



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**  
**“APENDICITIS AGUDA GRADO IV COMPLICADA CON ABSCESO**  
**HEPÁTICO”**

**Requisito previo para optar por el Título de Médico**

**Autora: Herrera Guanopatín, Jenny Gabriela**

**Tutor: Dr. Chicaiza Tayupanta, Jesús Onorato**

**Ambato - Ecuador**

**Octubre 2016**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: “**APENDICITIS AGUDA GRADO IV COMPLICADA CON ABSCESO HEPÁTICO**” de Jenny Gabriela Herrera Guanopatín estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2016

**EI TUTOR**

.....  
**Dr. Chicaiza Tayupanta, Jesús Onorato**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**APENDICITIS AGUDA GRADO IV COMPLICADA CON ABSCESO HEPÁTICO**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente trabajo.

**Ambato, Septiembre 2016**

## **LA AUTORA**

.....  
**Herrera Guanopatín, Jenny Gabriela**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de Investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetado mis derechos de autora.

**Ambato, Septiembre del 2016**

**LA AUTORA**

.....

**Herrera Guanopatín, Jenny Gabriela**

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema: **“APENDICITIS AGUDA GRADO IV COMPLICADA CON ABSCESO HEPÁTICO”**, elaborado por: Herrera Guanopatín Jenny Gabriela estudiante de la Carrera de Medicina.

**Ambato, Octubre 2016**

Para la constancia firman

.....  
**PRESIDENTE/A**

.....  
**1er VOCAL**

.....  
**2do VOCAL**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico primeramente a Dios por haberme regalado a dos seres maravillosos mis padres y por permitirme culminar mi carrera, a mis familiares que ya no se encuentran a mi lado por darme la fortaleza espiritual.

A la luz de mi vida mi pilar fundamental mis padres Galo Ernesto Herrera y Luz María Guanopatín porque a pesar de las adversidades me han apoyado de todas las maneras posibles para encaminarme en los momentos más difíciles de mi vida para lograr cumplir la meta más anhelada la cual comenzó como un sueño y que con mucho esfuerzo, dedicación y perseverancia por fin es una realidad.

A todas mis hermanas y hermano, a mi tío Guillermo Herrera porque de una u otra manera me apoyaron para poder lograr mi sueño y a toda mi familia por brindarme consejos que me han sido de gran ayuda para fortalecerme y no decaer en los objetivos que me he propuesto y al fin se pudo realizar.

**Jenny Herrera**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por permitirme vivir junto a mis seres queridos y elegir esta hermosa carrera con la cual puedo brindar mi ayuda a todas las personas que lo necesitan.

A mis padres por sus consejos y apoyo incondicional día a día para que logre superarme y obtener un Título profesional, a mis hermanas y hermano porque de una u otra manera contribuyeron para lograr uno de mis objetivos académicos.

A la Universidad Técnica de Ambato (UTA) por acogerme y formar parte de esta prestigiosa institución, en la cual me he formado y permitirme lograr alcanzar el anhelado sueño de ser Médica.

A mi querido Hospital Provincial General de Latacunga y a todos los profesionales que conforman el mismo por abrirme sus puertas y permitirme conocer y compartir inolvidables momentos en la etapa más importante de mi vida estudiantil mi Internado Rotativo.

A mis maestros por haber orientado y compartido sus conocimientos durante toda mi vida estudiantil,

Un agradecimiento especial a mi tutor Doctor Jesús Chicaiza por el apoyo y consejos para realizar este caso clínico.

Eternamente agradecida

**Jenny Herrera**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“APENDICITIS AGUDA GRADO IV COMPLICADA CON ABSCESO  
HEPÁTICO”**

**Autora:** Herrera Guanopatín, Jenny Gabriela

**Tutor:** Dr. Chicaiza Tayupanta, Jesús Onorato

**Fecha:** Septiembre, 2016

**RESUMEN**

El presente caso es de un paciente masculino de 27 años de edad, trabajador particular, sin antecedentes personales de importancia, quién presenta dolor abdominal tipo continuo localizado en fosa iliaca derecha de moderada intensidad de aproximadamente 48 horas de evolución el mismo que se acompaña de nauseas que llegan al vómito por 3 ocasiones para lo cual se automédica sin ceder sintomatología motivo por el cual acude al Hospital Provincial General Latacunga por el servicio de emergencia. Al ser valorado, presenta TA 120/80 mmHg, Pulso: 100 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, saturación de O<sub>2</sub>: 97%, diagnosticando abdomen agudo inflamatorio iniciando con hidratación 1000 ml intravenoso + Analgésico intravenoso, además se le envía a realizar biometría hemática y piden valoración al servicio de cirugía. A las 6 horas posteriores es valorado por servicio de cirugía el cual mediante y examen físico y apoyo de exámenes de laboratorio diagnostican de Apendicitis Aguda dejando las siguientes indicaciones: nada por vía oral, hidratación 1000 mililitros endovenoso cada 8 horas, antibióticoterapia endovenoso cada 6 horas, analgesia endovenosa cada 6 horas, protección gástrica endovenoso cada día, e ingreso a cirugía. A las 11 horas posteriores a su ingreso es intervenido quirúrgicamente encontrándose una apendicitis aguda grado IV, perforada en el tercio medio retroilial; sumando al tratamiento antes mencionado Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas. Al 2 día postquirúrgico paciente frecuencia cardiaca de

80 por minuto, Saturación de oxígeno 88%, presenta picos febriles, además de ictericia escleral por lo que se solicita exámenes de Bilirrubinas, TGO, TGP, Ecografía Doppler de hígado y portal para descartar Pileflebitis y/o Absceso hepático. Se realiza control por consulta eterna con estudio ecosonográfico de Hígado y Vías biliares cuyos resultados indican normalidad morfológica.

**PALABRAS CLAVE:** APENDICITIS, ESCALA\_ALVARADO, ANTIBIÓTICOTERAPIA, PILEFLEBITIS, ABSCESO\_HEPÁTICO.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**MEDICAL CAREER**

**“APPENDICITIS ACUTE GRADE IV COMPLICATED WITH HEPATIC  
ABSCESS”**

**Author:** Herrera Guanopatín, Jenny Gabriela

**Tutor:** Dr. Chicaiza Tayupanta, Jesús Honorato

**Data:** September, 2016

**SUMMARY**

This case is of a male patient of 27 years old, individual worker, without personal history of importance, who has abdominal pain continuous type located in the right iliac fossa moderate intensity of approximately 48 hours of evolution the same that is accompanied by nausea, vomiting that arrive for 3 times for which they self-medicate without yielding symptoms reason for which go to Provincial General Hospital Latacunga by the emergency service. To be valued, it presents TA 120/80 mmHg, pulse: 100 lpm, respiration rate 18 rpm, saturation O<sub>2</sub>: 97% by diagnosing acute inflammatory abdomen therefore administered intravenous hydration 1000 ml + intravenous analgesic, also it is sent to perform blood count and ask for evaluation by surgery service. At 6 hours after service is valued by surgery and which by means physical examination and laboratory tests support is diagnosed of acute appendicitis leaving the following indications: none by orally, intravenous hydration 1000 milliliters every 8 hours every 6 hours intravenous antibiotic treatment, analgesia intravenous every 6 hours, intravenous gastric protection every day and admission surgery. At the 11 hours after admission was surgically operated appendicitis find ourselves with a grade IV retroilial perforated in the middle third; I summing

abovementioned treatment Metronidazole 500 mg intravenous every eight hours. At two days post-surgery patient with heart rate of 80 beats per minute, oxygen saturation 88%, it presented fever peaks in addition to scleral jaundice which tests Bilirubin, SGOT, SGPT, Doppler ultrasound of liver and portal to rule Pylephlebitis requested and / or liver abscess. It is performed control ecosonographic external consultation study with liver and biliary tract whose results indicate morphologically normal.

**KEYWORDS:** APPENDICITIS, SCALE\_ALVARADO, ANTIBIOTIC THERAPY, PYLEPHLEBITIS, HEPATIC\_ABSCESS.

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	viii
SUMMARY .....	x
ÍNDICE .....	xii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xiv
INTRODUCCIÓN .....	1
1. MARCO TEÓRICO .....	2
APENDICITIS AGUDA.....	2
DEFINICIÓN .....	2
EPIDEMIOLOGÍA.....	2
FISIOPATOLOGÍA .....	2
CLASIFICACIÓN.....	3
DIAGNÓSTICO.....	4
TRATAMIENTO .....	5
PILEFLEFISIS .....	6
DEFINICIÓN .....	6
ETIOLOGÍA.....	6
EPIDEMIOLOGÍA.....	6
FISIOPATOLOGÍA .....	6
DIAGNÓSTICO.....	7

TRATAMIENTO .....	7
ABSCESO HEPÁTICO .....	7
DEFINICIÓN .....	7
ETIOLOGÍA.....	7
EPIDEMIOLOGÍA.....	8
DIAGNÓSTICO.....	8
TRATAMIENTO .....	9
2. OBJETIVOS .....	10
2.1. GENERAL.....	10
2.2. ESPECÍFICO .....	10
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN FUENTES DE INFORMACIÓN .....	11
4. DESARROLLO .....	12
4.1. EVOLUCIONES DETALLADAS .....	12
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS .....	33
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO .....	35
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	36
4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS .....	36
4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	36
4.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	38
5. CONCLUSIONES .....	39
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40
7. ANEXOS .....	43

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Escala de Alvarado.....	4
<b>Tabla 2.</b> Apoyo diagnóstico por imagen de la apendicitis aguda.....	5
<b>Tabla 3.</b> Signos vitales. ....	13
<b>Tabla 4.</b> Análisis de la escala de Alvarado.....	15
<b>Tabla 5.</b> Signos vitales. ....	17
<b>Tabla 6.</b> Signos vitales. ....	19
<b>Tabla 7.</b> Signos vitales. ....	21
<b>Tabla 8.</b> Signos vitales. ....	24
<b>Tabla 9.</b> Signos vitales. ....	26
<b>Tabla 10.</b> Signos vitales. ....	29
<b>Tabla 11.</b> Signos vitales. ....	31
<b>Tabla 12.</b> Biometría hemática 18/04/2016 15:35 pm.....	33
<b>Tabla 13.</b> Bioquímica 21/04/2016 12:25 pm.....	33
<b>Tabla 14.</b> Enzimas. ....	34

## INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta la incidencia de pacientes con abdomen agudo de los cuales la apendicitis abarca un poco más del 60%. El promedio de edad es de 19 años y casi la mitad de los pacientes con apendicitis aguda tienen entre 10 y 20 años. La enfermedad es rara por debajo de los 3 años.

Se estima que de los pacientes con abdomen agudo, más del 50% corresponden a apendicitis aguda.

La apendicetomía continúa siendo hoy en día la operación de urgencia más frecuente en los servicios quirúrgicos y, a pesar de eso, las causas que condicionan sus complicaciones son aún poco conocidas, según diversos trabajos, las complicaciones luego de una apendicetomía por apendicitis aguda tienen lugar en cerca del 20,0 % de los pacientes. Todos afirman que la infección del sitio operatorio es la complicación más frecuente de la apendicetomía, la que ocurre en 30,0 a 50,0 % de los intervenidos, seguida de los abscesos intraabdominales y de las gastrointestinales.

En estudios publicados en Latinoamérica reportan que del 16,3% al 20% de los pacientes desarrollan alguna complicación postquirúrgica, entre las que destacan las relacionadas con la herida quirúrgica, 9,3% (seroma 4%; hematoma 3,7%, e infección, 1,5%). variando de acuerdo al estado evolutivo del apéndice, otras complicaciones descritas son la evisceración, el absceso residual, obstrucción intestinal, íleo prolongado. y las complicaciones intraabdominales como absceso hepático en menos del 1%.

Es importante considerar la relevancia de la investigación del presente caso clínico puesto que, pretende generar un conocimiento claro y preciso de protocolos y guías de manejos para realizar un diagnóstico e intervención temprana, ya que, pese a los avances científicos tanto en métodos diagnósticos como tratamiento de esta patología, aún se presentan complicaciones, como el absceso hepático, ya sea por falta de suspicacia en el momento de atención o la tardanza en el diagnóstico lo cual retrasa el análisis de manera rápida y oportuna para el beneficio del paciente.

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **APENDICITIS AGUDA**

#### **DEFINICIÓN**

La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice cecal, es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico.<sup>1-2</sup>

#### **EPIDEMIOLOGÍA**

La apendicitis aguda es un trastorno de resolución quirúrgico; más del 60% corresponde a esta patología en pacientes con abdomen agudo, el 10% de la población occidental lo padece. Se puede presentar a cualquier edad, se considera que afecta al 7% de la población general.<sup>1-2</sup>

La mayor incidencia esta entre los 7 y 30 años; en relación al género el masculino se encuentra mayormente comprometido en un 20, con una relación hombre/mujer 3/2. Dicha patología es rara por debajo de los 3 años.<sup>2-3-4</sup>

Una complicación no frecuente es la pileflebitis de la vena porta que puede dar lugar al desarrollo de un absceso hepático piógeno y tiene importancia por la gravedad de la patología, ya que requiere de una terapia antimicrobiana.<sup>3-4</sup>

#### **FISIOPATOLOGÍA**

Esta patología inicia por diversa causas como: hiperplasia de los folículos linfoides, coprolitos, parásitos, acodamientos de bridas, tumores, etc; lo cual conlleva a una obstrucción del lumen apendicular beneficia la proliferación bacteriana desencadenando así el proceso inflamatorio.<sup>3-4-7</sup>

Este proceso inicialmente es focal caracterizado por la presencia de síntomas que el paciente interpreta como una indigestión. A continuación las bacterias colonizan y destruyen la pared apendicular lo que se denomina apendicitis aguda supurativa caracterizada por dolor localizado en fosa iliaca derecha; con el paso del tiempo se genera un proceso de necrosis de la pared y gangrena permitiendo de esta manera la migración de bacterias a la cavidad peritoneal produciéndose signos de irritación peritoneal localizada e incluso generalizada. Finalmente el apéndice se perfora escapando el contenido purulento que da origen a una peritonitis.<sup>1-2-4-5</sup>

## CLASIFICACIÓN

Todas estas etapas ocurren en el transcurso de 24-36 horas desde el inicio del proceso en los adultos. En los niños pequeños la progresión de la enfermedad es generalmente tan rápida que el primero de los tres estadios patológicos suele darse antes de que se produzca la consulta médica.<sup>5-6</sup>

➤ **GRADO I Apendicitis congestiva o catarral:** La obstrucción del lumen apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente el apéndice. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, acúmulo de bacterias y reacción del tejido linfóide, produce un exudado denso que va infiltrando las capas superficiales, lo que genera edema y congestión de la serosa.<sup>3-5</sup>

➤ **GRADO II Apendicitis flemonosa o supurativa:** Poco a poco el apéndice se distiende al aumentar su presión interior, coleccionándose un exudado mucopurulento en la luz y una infiltración de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en todas las tunicas incluyendo la serosa, se muestra intensamente congestiva, edematosa, de coloración rojiza y con exudado fibrino-purulento en su superficie.<sup>3-5</sup>

➤ **GRADO III Apendicitis gangrenosa o** Las paredes del apéndice se van debilitando, tanto por la falta de riego sanguíneo, como por el aumento de la presión interna. La superficie del apéndice presenta áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con microperforaciones, aumenta el líquido peritoneal, que puede ser tenuamente purulento con un olor fecaloideo.<sup>3-5</sup>

➤ **GRADO IV Apendicitis perforada:** Las perforaciones se hacen más grandes, generalmente en el borde antimesentérico y adyacente a un fecalito, Líquido peritoneal se hace francamente purulento y de olor fétido, la perforación del apéndice en secuencia provoca Peritonitis.<sup>3-5</sup>

## DIAGNÓSTICO

**Clínico:** a pesar de los múltiples métodos diagnósticos con los que se cuenta en la actualidad, la historia clínica enfocada en la evolución del dolor y los síntomas asociados así como los hallazgos obtenidos durante el examen físico son aún las piedras angulares del diagnóstico de la apendicitis.<sup>6-7</sup>

**Escala de Alvarado:** de acuerdo al cuadro clínico y los resultados complementarios en el momento de la confección de la historia clínica.<sup>6-7</sup>

**Tabla 1. Escala de Alvarado**

**Cuadro.** Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

El puntaje obtenido por cada enfermo permitió ubicarla en los grupos de riesgo, propios de la escala de Alvarado; estos se organizaron en grupos según los niveles de riesgo: bajo hasta 4, intermedio desde 5 hasta 7 y alto desde 8 hasta 10 de la escala.<sup>6</sup>

**Radiológico:** La radiografía simple de abdomen no debe ser utilizada de rutina, pero puede ser útil en casos de clínica atípica y duda diagnóstica, puede mostrar un fecalito, un íleo localizado, pérdida del patrón graso del peritoneo o una neumonía no sospechada. El neumoperitoneo solo se presenta en un 1-2% de los casos de apendicitis.<sup>6-7</sup>

El ultrasonido (US) y la tomografía abdominal (TAC) han sido comparadas en los últimos años con el fin de afinar el diagnóstico de la apendicitis aguda (23-25). El TAC ha demostrado una sensibilidad y una especificidad de 94% y 95% en niños respectivamente y de 94% y 94% en adultos. En el mismo estudio el US mostró una sensibilidad y especificidad de 88% y 94% en niños respectivamente, y de 83% y 93% en adultos.<sup>6-7</sup>

**Tabla 2. Apoyo diagnóstico por imagen de la apendicitis aguda.**

Método	Criterio diagnóstico	Evidencia
Radiografías	Ninguno	No tiene ninguna ventaja en el diagnóstico de Apa; en algunos casos puede demostrarse el fecalito.
Ultrasonido (US)	Estructura tubular sin peristalsis y no compresible con un diámetro mayor de 0.6 cms.	Sensibilidad de 86% y especificidad de 81%
Tomografía computada (TC)	Identificación del apéndice anormal con un diámetro mayor de 0.6 cms y en el que puede observarse el apendicolito así como afección a la grasa periapendicular.	Sensibilidad de 94% y especificidad de 95%
Resonancia magnética (RM)	Aún sin confirmar	Su uso está restringido en los casos en los que la radiación ionizante no es conveniente, por ejemplo en el embarazo.

**Fuente: Artículo de revisión**

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico cuando ya se ha producido la obstrucción o inflamación del apéndice.<sup>1-2-3-6-7</sup>

Se deben administrar antibióticos en el pre y post-operatorio con el fin de ayudar a controlar la infección local o generalizada que pueda haber, los antibióticos deben ser suspendidos a la 24 horas después de la intervención quirúrgica a menos que la apéndice se encuentre gangrenosa o perforada.<sup>1-2-3-6-7</sup>

Los antibióticos utilizados son muchos, fundamentalmente los de actividad frente a microorganismos anaerobios, del tipo Metronidazol, gentamicina, ampicilina, doble

o triple asociación aumentando así el espectro de acción y disminuyendo las resistencias.<sup>1-2-3-6-7</sup>

## **PILEFLEBITIS**

### **DEFINICIÓN**

La pileflebitis es la trombosis séptica de la vena porta y de sus ramas causada por un foco infeccioso en su área de drenaje. Dicha patología puede ocurrir en relación procesos inflamatorios de origen abdominal como: Apendicitis aguda, diverticulitis de colon, colangitis, entre otros. Es una complicación infrecuente pero unida a una alta morbimortalidad, ya que puede evolucionar a una sepsis de foco abdominal.<sup>8-9</sup>

### **ETIOLOGÍA**

Los microorganismo más frecuentemente involucrado es la E. coli, así como también los estreptococos aeróbicos y B. fragilis.<sup>8-9</sup>

### **EPIDEMIOLOGÍA**

El primer caso de pileflebitis como complicación de una apendicitis aguda fue reportado por Waller, en 1846. Reginald Fitz, en 1886. En 1938 la incidencia disminuyó al 0,36%, y con el uso de los antibióticos, descendió a 0,1%. En la actualidad es de 0,05% para las apendicitis agudas y de 3% para las apendicitis perforadas. En distintos estudios se ha descrito en población adulta como complicación de una apendicitis aguda.<sup>9-10-11</sup>

### **FISIOPATOLOGÍA**

Fisiopatológicamente el desarrollo de la pileflebitis comienza con la formación de un trombo en venas que drenan en la vena porta, que luego se propaga a vasos de mayor calibre desde el cual pueden desprenderse trozos y así propagarse en el árbol vascular y a otros parénquimas, como el hígado. Se produce por procesos infecciosos

originados en zonas que son drenadas por el sistema venoso portal o en estructuras contiguas a la vena porta.<sup>10-11</sup>

## **DIAGNÓSTICO**

Dentro de las herramientas diagnósticas tenemos a la ultra-sonografía doppler que es un método no invasivo que puede proporcionar información sobre alteración del flujo portomesentérico. Se puede observar alteración del flujo sanguíneo, trombos, engrosamiento de la pared intestinal o líquido intraperitoneal libre. Actualmente el estudio de elección es la TAC con contraste ya que permite evaluar la vasculatura y la pared intestinal, con una sensibilidad sobre el 90%.<sup>9-10-11</sup>

## **TRATAMIENTO**

Así, el tratamiento debiera ser de amplio espectro, en cuanto a la duración del tratamiento antibiótico, no existe consenso, pero dado el posible riesgo de desarrollo de abscesos hepáticos múltiples, se recomienda un tratamiento prolongado de alrededor de 4 semanas. En caso de presentarse abscesos hepáticos, este tratamiento debiera prolongarse por 6 semanas, independiente de si requieren o no drenaje.

Es fundamental la sospecha diagnóstica para su detección y tratamiento precoz para prevenir el desarrollo de un absceso hepático, sepsis, isquemia intestinal y trombosis completa de la circulación portal.<sup>8-9-11</sup>

## **ABSCESO HEPÁTICO**

### **DEFINICIÓN**

Absceso hepático (AH) es una colección de pus rodeado de cápsula fibrosa.<sup>10-12</sup>

### **ETIOLOGÍA**

El origen de la infección hepática puede ser:

- 1) Biliar (40.1%), por litiasis, estenosis o neoplasia, mediante colangitis ascendente.<sup>11</sup>
- 2) Portal (16.1%), secundario a procesos como apendicitis, diverticulitis o enfermedad inflamatoria intestinal comprometiendo la circulación venosa portal.<sup>11</sup>
- 3) Infección en una estructura vecina (5.8%), como la vesícula o cólon con extensión directa al hígado.<sup>11</sup>
- 4) Bacteriemias de cualquier foco (7.3%).<sup>11</sup>
- 5) Traumatismos hepáticos (4.5%), 6) criptogénicas (26.2%).<sup>11</sup>

## **EPIDEMIOLOGÍA**

La enfermedad es relativamente infrecuente en países desarrollados, reportándose entre 5 y 2 casos por 100.000 ingresos hospitalarios. Su incidencia es más elevada en hombres, con un predominio de 30 a 60 años. Tras la introducción de la intervención percutánea guiada por ultrasonografía o tomografía la mortalidad se ha reducido de alrededor del 50 %, hasta un 10 – 26%.<sup>11-12</sup>

Más del 80% de los abscesos hepáticos se localizan en el lóbulo derecho, con una fuerte preferencia por los segmentos 6-8, por efecto del flujo sanguíneo mesentérico de la vena Porta(18) , el 60%-70% de los AH son únicos y un 30% a 40% múltiples.<sup>11-12</sup>

## **DIAGNÓSTICO**

La radiografía simple de abdomen puede mostrar hepatomegalia con niveles hidroaéreos en la cavidad del absceso.<sup>11-12</sup>

La ecografía abdominal tiene una sensibilidad de 85 % - 95 %, y es el método diagnóstico de elección debido a que no es invasivo y tiene bajo costo, además puede ser usado para guiar la aspiración y cultivo del absceso. La tomografía axial computarizada tiene una mayor sensibilidad, 95 % - 100% y es útil para identificar además otras patologías intrabdominales.<sup>11-12-13</sup>

## **TRATAMIENTO**

El manejo del absceso hepático amebiano se basa en el uso de metronidazol durante 5 a 10 días, o tinidazol. La aspiración quirúrgica debe llevarse a cabo, como terapia combinada con la antibioticoterapia, en las siguientes situaciones: Alto riesgo de ruptura, por una cavidad de más de 5 centímetros, Absceso del lóbulo izquierdo, por su riesgo de desembocadura al espacio pericárdico, Falla al tratamiento después de 7 d. En unas semanas el hígado regresa a su tamaño normal en el 50% de los pacientes y la resolución radiológica se observa 3 a 9 meses después.<sup>12-13</sup>

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. GENERAL**

- Evaluar la calidad de atención médica en un paciente con **APENDICITIS AGUDA GRADO IV COMPLICADA CON ABSCESO HEPÁTICO** en el Hospital Provincial General Latacunga.

### **2.2. ESPECÍFICO**

- Evaluar la oportunidad en el diagnóstico clínico.
- Establecer la pertinencia de las técnicas y métodos diagnósticos utilizados en el paciente.
- Analizar el tratamiento médico-terapéutico del paciente durante la estancia hospitalaria del paciente con apendicitis aguda grado IV complicada con absceso hepático.

### 3. RECOPIACION Y DESCRIPCIÓN FUENTES DE INFORMACION

Para la elaboración de este proyecto se tomó en cuenta:

- **Historia clínica:** Documento médico legal que contiene la mayor parte de la información del paciente cuadro clínico, evolución y permanencia hospitalaria.
  
- **Guías de Práctica clínica y Artículos de Revisión:** Resumen de evaluaciones y evidencias que permiten escoger una estrategia adecuada, en base a protocolos para el tratamiento del paciente.
  
- **Información directa de Paciente:** Entrevista personal a fin de recopilar la mayoría de datos relevantes.

## **4. DESARROLLO**

### **4.1. EVOLUCIONES DETALLADAS**

#### **DATOS DE FILIACIÓN**

Paciente masculino de 27 años de edad, estado civil unión libre, mestizo, nacido en la Ciudad de Sigchos y residente en la Ciudad de Saquisilí, provincia de Cotopaxi, Instrucción superior completa, ocupación Trabajador particular, religión católica, lateralidad diestra, Grupo sanguíneo ORH +

#### **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

- **CLINICOS:** Ninguno
- **QUIRURGICOS:** (-)
- **ALERGIAS:** (-)

#### **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

- No refiere

#### **MOTIVO DE CONSULTA**

- Dolor Abdominal

#### **ENFERMEDAD ACTUAL**

“Paciente que acude por presentar dolor abdominal tipo continuo localizado en fosa iliaca derecha de moderada intensidad de aproximadamente 48 horas de evolución el mismo que se acompaña de náuseas que llegan al vómito por 3 ocasiones de contenido alimenticio en poca cantidad para lo cual se automédica medicación que no recuerda el nombre sin ceder sintomatología motivo por el cual acude al Hospital Provincial General Latacunga por el servicio de emergencia.”

## **EVOLUCIÓN SERVICIO DE EMERGENCIA**

**18/04/2016 11:40 am**

Paciente masculino que acude al servicio de Emergencia del Hospital Provincial General de Latacunga por presentar dolor abdominal de moderada intensidad localizado en mesogástrico teniendo como causa aparente ingesta de comida copiosa de 48 horas de evolución; además refiere presentar náuseas que llegan al vómito por 3 ocasiones para lo cual toma medicación que no recuerda el nombre.

### **EXAMEN FÍSICO:**

**Tabla 3. Signos vitales.**

Tensión arterial	120/80 mmHg
Frecuencia cardíaca	100 lpm
Frecuencia respiratoria	18 rpm
Saturación de O <sub>2</sub>	97%

**Elaborado por Jenny Herrera**

Paciente consciente, orientado, hidratado, afebril, cardiopulmonar sin patología aparente, abdomen suave, depresible, dolorosos a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha Mack Burney positivo, Rovsing positivo, Blumberg positivo, ruidos hidroaéreos presentes; diagnosticando dolor abdominal en estudio.

### **DIAGNÓSTICO**

Dolor abdominal

### **INDICACIONES**

- Solución salina 0.9% 1000 ml intravenoso
- Tramadol 80 mg intravenoso diluido y lento.

## **SERVICIO DE EMERGENCIA**

**18/04/2016 12:45 PM**

Paciente con cuadro de dolor abdominal tipo cólico abdomen suave, doloroso, ruidos hidroaéreos presentes, Mack Burney positivo.

#### **INDICACIONES:**

- Nada por vía oral
- Solución salina 0.9% 1000 mililitros endovenoso cada día
- Omeprazol 40 miligramos endovenoso cada 12 horas
- Tramadol 70 miligramos diluido en 100 mililitros de solución salina al 0.9% endovenosos en este momento
- Biometría hemática en este momento
- Valoración con resultados

#### **SERVICIO DE EMERGENCIA**

**18/04/2016 16:35 PM**

Reciben resultados de laboratorio y piden valoración ala Servicio de Cirugía.

#### **VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA**

**18/04/2016 18:00 PM**

Paciente de 27 años masculino, nacido en Sigchos y residente en Latacunga, ayudante de bus, instrucción secundaria completa, católico. Sin antecedentes patológicos de importancia.

#### **MOTIVO DE CONSULTA**

- Dolor abdominal

#### **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente refiere presentar dolor abdominal en hipogastrio de moderada intensidad hace más o menos 48 horas, hace 12 horas el dolor se localiza en fosa iliaca derecha, además presenta nausea más vómito por varias ocasiones para lo cual automédica 1 tableta que no especifica el nombre al no ceder sintomatología acude.

## ANÁLISIS

**Tabla 4. Análisis de la escala de Alvarado.**

Migración del dolor	2
Dolor en fosa iliaca derecha	1
Dolor al rebote	1
Nauseas	1
Vómitos	1
Leucocitosis 14.300	2
Neutrofilia 88%	1
<b>ESCALA DE ALVARADO 8/10</b>	

**Elaborado por Jenny Herrera**

## DIAGNÓSTICO

- Apendicitis aguda

## INDICACIONES

- Nada por vía oral
- Control de signos vitales
- Lactato Ringer 1000 mililitros endovenoso cada 8 horas
- Ampicilina + sulbactam 1.5 gramos endovenoso cada 6 horas
- Tramadol 50 miligramos endovenoso cada 8 horas
- Omeprazol 40 miligramos endovenoso cada dia
- Parte operatorio
- Consentimiento informado
- Ingreso a Cirugía

## SERVICIO DE CIRUGÍA

**19/04/2016 02:30 AM**

## NOTA POST – QUIRÚRGICA

Bajo normas de asepsia y antisepsia y previa colocación de anestesia general se realiza laparotomía más apendicetomía.

### **HALLAZGOS:**

1. Apéndice grado IV perforada en tercio medio, retroilial, emplastronado con íleon terminal, base friable.
2. Íleon terminal con gleras fibrinopurulentas y de aspecto eritematoso en región de plastrón y apéndice.
3. Líquido purulento en cavidad más o menos 150 mililitros.

Acto quirúrgico sin complicaciones, colocación de dren mixto.

Sangrado más o menos 30 mililitros.

### **DIAGNÓSTICO POST – QUIRÚRGICO**

- Apendicitis aguda grado IV

### **INDICACIONES**

1. Nada por vía oral por 2 horas
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Semifowler
5. Oxígeno por bigotera a 2 litros por minuto por razones necesarias
6. Lactato Ringer 1000 mililitros endovenoso cada 8 horas
7. Ampicilina + sulbactam 3 gramos endovenoso cada 6 horas (0)
8. Metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas (0)
9. Tramadol 70 miligramos endovenoso cada 8 horas
10. Metoclopramida 10 miligramos endovenosos por razones necesarias
11. Omeprazol 40 miligramos endovenoso cada día
12. Incentivómetro 10 minutos cada hora
13. Diuresis horaria
14. Metamizol 1 gramo por razones necesarias
15. Cuantificar dren
16. Curación por razones necesarias
17. Histopatológico

18. Novedades

**EVOLUCIÓN DIURNA SERVICIO DE CIRUGÍA**

**19/04/2016 07:00 AM**

Paciente masculino de 27 años

**DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: 2**

**S:** paciente refiere tener sed

**O:** paciente consciente, orientado.

**Tabla 5. Signos vitales.**

Tensión arterial	120/80 mmHg
Frecuencia cardiaca	83 lpm
Frecuencia respiratoria	20 rpm
Saturación de O2	94%

**Elaborado por Jenny Herrera**

**Abdomen:** uave, depresible, herida quirúrgica con presencia de apósito manchados con liquido serohemático. Presencia de dren permeable con liquido serohemático 50 mililitros.

**Genitourinario:** presencia de sonda vesical, orina concentrada.

**A:** paciente post- quirúrgico complicado.

**P:** valoración evolución post- quirúrgico.

**NOTA:** paciente al momento del pase de visita con saturación de oxigeno de 78% al aire ambiente a pesar de indicación médica de oxigeno por cánula nasal.

**INDICACIONES**

1. Nada por vía oral por 2 horas

2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Semifowler
5. Oxígeno por cánula nasal si saturaciones menor de 90% a 2 litros por minuto
6. Diuresis horaria
7. Dextrosa al 5% en solución salina + 1 ampolla de potasio en 1000 mililitros endovenoso cada 8 horas.
8. Ampicilina + sulbactan 3 gramos endovenoso cada 6 horas (1)
9. Metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas (1)
10. Tramadol 70 miligramos endovenoso cada 8 horas
11. Metoclopramida 10 miligramos endovenosos por razones necesarias
12. Omeprazol 40 miligramos endovenoso cada día
13. Incentivómetro 10 minutos cada hora
14. Metamizol 1 gramo por razones necesarias
15. Lactato Ringer 500 mililitros en bolo en este momento
16. Novedades

## **EVOLUCIÓN NOCTURNA SERVICIO DE CIRUGÍA**

**19/04/2016 21:00 PM**

Paciente consciente, orientado, hidratado; al momento no refiere ninguna molestia.

**Abdomen:** suave, depresible, doloroso a la palpación; apósito manchado.

## **INDICACIONES**

1. Continuar indicaciones.

## **EVOLUCIÓN DIURNA SERVICIO DE CIRUGÍA**

**20/04/2016 06:45 AM**

Paciente masculino de 27 años

**DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: 3**

**DÍAS POST – QUIRÚRGICOS: 2**

## DIAGNÓSTICO

- Apendicitis aguda grado IV

**S:** paciente al momento refiere dolor a nivel de sitio quirúrgico

**O:** paciente consciente, orientado, hidratado

**Tabla 6. Signos vitales.**

Tensión arterial	120/70 mmHg
Frecuencia cardiaca	72 lpm
Frecuencia respiratoria	19 rpm
Saturación de O2	90%

**Elaborado por Jenny Herrera**

**Abdomen:** suave, depresible, doloroso a la palpación, herida quirúrgica con presencia de apósito manchados con líquido amarillento en moderada cantidad.

**Genitourinario:** presencia de sonda vesical, orina concentrada.

**A:** paciente con presencia de dren con aproximadamente 40 mililitros de líquido sero - sanguinolento

**P:** mantener dren y continuar con esquema establecido.

## INDICACIONES

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Semifowler
5. Oxígeno por cánula nasal si saturaciones menor de 90% a 2 litros por minuto
6. Diuresis horaria
7. Curva térmica
8. Lactato Ringer 1000 mililitros endovenoso pasar en 3 horas

9. Dextrosa al 5% en solución salina + 1 ampolla de potasio en 1000 mililitros endovenoso cada 8 horas.
10. Ampicilina + sulbactam 3 gramos endovenoso cada 6 horas (1)
11. Metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas (1)
12. Tramadol 90 miligramos endovenoso cada 8 horas
13. Metoclopramida 10 miligramos endovenoso por razones necesarias
14. Omeprazol 40 miligramos endovenoso cada día
15. Incentivómetro 10 minutos cada hora
16. Metamizol 1.5 gramo endovenoso cada 8 horas
17. Curación por razones necesarias
18. Fisioterapia respiratoria
19. Novedades

## **EVOLUCIÓN DE FISIOTERAPIA**

**20/04/2016 9:00 AM**

Edad: 27 años

### **DIAGNÓSTICO**

- Apendicitis aguda

**S:** paciente álgico

**O:** campo pulmonar murmullo vesicular conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos ni retransmitidos

### **INDICACIONES**

- Gimnasia respiratoria
- Utilización de incentivómetro 10 minutos cada hora.

## **EVOLUCIÓN NOCTURNA SERVICIO DE CIRUGÍA**

**20/04/2016 19:40 PM**

Paciente de 27 años de edad con diagnóstico de apendicitis grada IV

**S:** al momento refiere gases intestinales en moderada cantidad más cefalea de moderada intensidad

**O:** paciente post – quirúrgico inmediato presenta picos febriles, taquicardia, desaturación además de *ictericia escleral*

**Tabla 7. Signos vitales.**

Tensión arterial	110/80 mmHg
Frecuencia cardíaca	80 lpm
Frecuencia respiratoria	18 rpm
Saturación de O2	88%

**Elaborado por Jenny Herrera**

**Abdomen:** suave, depresible, doloroso a la palpación; apósito manchado.

## **DIAGNÓSTICO**

- Pileflebitis (a descartar)

## **INDICACIONES**

1. Bilirrubinas, TGO, TGP, mañana
2. Ecografía doppler de hígado y porta
3. Curva térmica.

## **EVOLUCIÓN DIURNA SERVICIO DE CIRUGÍA**

**21/04/2016 07:00 AM**

Paciente masculino de 27 años.

**DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: 4**

**DÍAS POST – QUIRÚRGICOS: 3**

## DIAGNÓSTICO

- Apendicitis aguda arado IV

**S:** Paciente al momento refiere dolor a nivel de herida quirúrgico

**O:** Paciente consciente, orientado, afebril, hidratado

**Frecuencia cardiaca:** 70 por minuto

**Frecuencia respiratoria:** 20 por minuto

**Saturación de oxígeno:** 90%

Se recibe reporte de **ECOGRAFIA ABDOMIAL:**

Hígado de forma, tamaño y Ecogenicidad conservados, con imagen hipoecogénica de contornos mal definidos en lóbulo derecho segmento VI que mide 2.5 \* 2.6 cm que al Doppler no gana flujo no se descarta la posibilidad de absceso.

Venas hepáticas de calibre normal flujo normal.

Vena porta de tamaño adecuado mide 7mm en reposos y 5 en espiración al Doppler color flujo hepatopedal, al Doppler pulsado ondas fásicas, VDF 11.6 cm/seg.

Arterias hepáticas no se observó por abundante gas intestinal.

Bazo de tamaño adecuado, sin lesiones focales.

No se observa dilataciones de las vías intra, ni extrahepáticas, CHC mide 5 mm.

**A:** paciente sin alteración en signos vitales hemodinámicamente estable. Eco abdominal presencia de imagen hipoecogénica de contornos mal definidos en lóbulo derecho segmento VI que mide 2.5 \* 2.6 cm.

**P:** cambiar esquema antibiótico.

## INDICACIONES

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Semifowler
5. Diuresis horaria
6. Curva térmica
7. Incentivómetro 10 minutos cada hora y fisioterapia
8. Oxígeno por cánula nasal si saturaciones menor de 90% a 2 litros por minuto

9. Dextrosa al 5% en solución salina + 1 ampolla de potasio en 1000 mililitros endovenoso cada 12 horas.
10. Ampicilina + sulbactam 3 gramos endovenoso cada 6 horas (2)
11. Metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas (2)
12. Tramadol 90 miligramos endovenoso cada 8 horas
13. Metoclopramida 10 miligramos endovenoso por razones necesarias
14. Omeprazol 40 miligramos endovenoso cada día
15. Metamizol 1.5 gramo endovenoso cada 8 horas
16. Curación por razones necesarias
17. Novedades

## **EVOLUCIÓN DE FISIOTERAPIA**

**21/04/2016 9:30 AM**

Edad: 27 años

### **DIAGNÓSTICO**

- Apendicitis aguda grado IV

**S:** paciente tranquilo no refiere molestias

**O:** campo pulmonar murmullo vesicular conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos ni retransmitidos

### **INDICACIONES**

- Gimnasia respiratoria
- Utilización de incentivómetro 10 minutos cada hora.

## **EVOLUCIÓN NOCTURNA SERVICIO DE CIRUGÍA**

**21/04/2016 21:00 PM**

Paciente masculino de 27 años de edad al momento refiere dolor a nivel de sitio quirúrgico

**Al examen físico:** presencia de herida quirúrgica en buen estado, drenaje con salida de líquido sanguinolento 5 mililitros

## INDICACIONES

1. Continuar indicaciones.

## EVOLUCIÓN DIURNA SERVICIO DE CIRUGÍA

**22/04/2016 06:30 AM**

Paciente masculino de 27 años.

**DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: 5**

**DÍAS POST – QUIRÚRGICOS: 4**

## DIAGNÓSTICO

- Apendicitis aguda grado IV
- Absceso hepático polimicrobiano

**S:** paciente al momento refiere dolor a nivel de herida quirúrgico

**O:** paciente consciente, orientado, afebril, hidratado

**Tabla 8. Signos vitales.**

Tensión arterial	110/80 mmHg
Frecuencia cardiaca	71 lpm
Frecuencia respiratoria	19 rpm
Saturación de O2	91%

**Elaborado por Jenny Herrera**

**Corazón:** ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

**Pulmones:** murmullo vesicular conservado

**Abdomen:** presencia de drenaje con líquido serohemático 10 mililitros aproximadamente dolorosos a la palpación en sitio quirúrgico.

**A:** paciente sin alteración en signos vitales hemodinámicamente estable

**P:** continuar esquema establecido, valorar retiro de drenaje

## **INDICACIONES**

1. Dieta líquida
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Curva térmica
5. Incentivómetro 10 minutos cada hora
6. Oxígeno por cánula nasal si saturaciones menor de 90% a 2 litros por minuto
7. Dextrosa al 5% en solución salina más 1 ampolla de potasio en 1000 mililitros endovenoso cada 12 horas.
8. Ceftriaxona 1 gramo endovenoso cada 12 horas (0/10)
9. Metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas (3/10)
10. Tramadol 90 miligramos endovenoso cada 8 horas
11. Omeprazol 40 miligramos endovenoso cada día
12. Metoclopramida 10 miligramos endovenoso por razones necesarias
13. Metamizol 1 gramo endovenoso cada 8 horas
14. Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo cada día
15. Fisioterapia respiratoria
16. Curación
17. Novedades

## **EVOLUCIÓN DE FISIOTERAPIA**

**22/04/2016 9:30 AM**

Edad: 27 años

## **DIAGNÓSTICO**

- Apendicitis aguda grado IV

**S:** paciente tranquilo no refiere molestias

**O:** campo pulmonar murmullo vesicular conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos ni retransmitidos

## INDICACIONES

- Gimnasia respiratoria
- Utilización de incentivómetro 10 minutos cada hora.

## EVOLUCIÓN NOCTURNA SERVICIO DE CIRUGÍA

**22/04/2016 21:00 PM**

Paciente masculino de 27 años de edad al momento refiere dolor a nivel de sitio quirúrgico

**Al examen físico:** presencia de herida quirúrgica en buen estado, drenaje con salida de líquido seroso 4 mililitros

## INDICACIONES

2. Continuar indicaciones.

## EVOLUCIÓN DIURNA SERVICIO DE CIRUGÍA

**23/04/2016 06:50 AM**

Paciente masculino de 27 años.

**DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: 6**

**DÍAS POST – QUIRÚRGICOS: 5**

## DIAGNÓSTICO

- Apendicitis aguda grado IV
- Absceso hepático polimicrobiano

**S:** paciente al momento refiere dolor a nivel de herida quirúrgico

**O:** paciente consciente, orientado, afebril, hidratado

**Tabla 9. Signos vitales.**

Tensión arterial	120/80 mmHg
------------------	-------------

Frecuencia cardiaca	81 lpm
Frecuencia respiratoria	19 rpm
Saturación de O2	91%

**Elaborado por Jenny Herrera**

**Cardiopulmonar:** sin alteraciones

**Abdomen:** presencia de drenaje con liquido seroso 3 mililitros aproximadamente dolorosos a la palpación en sitio quirúrgico.

**A:** paciente sin alteración en signos vitales hemodinámicamente estable

**P:** continuar esquema establecido

## INDICACIONES

1. Dieta blanda
3. Control de signos vitales
4. Control de ingesta y excreta
5. Curva térmica
6. Incentivómetro 10 minutos cada hora
7. Oxígeno por cánula nasal si saturaciones menor de 90% a 2 litros por minuto
8. Dextrosa al 5% en solución salina más 1 ampolla de potasio en 1000 mililitros endovenoso cada 12 horas.
9. *Ceftriaxona 1 gramo endovenoso cada 12 horas (1/10)*
10. Metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas (4/10)
11. Tramadol 90 miligramos endovenoso cada 8 horas
12. Omeprazol 40 miligramos endovenoso cada día
13. Metoclopramida 10 miligramos endovenoso por razones necesarias
14. Metamizol 1 gramo endovenoso cada 8 horas
15. Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo cada día
16. Fisioterapia respiratoria
17. Curación
18. Novedades

## **EVOLUCIÓN DE FISIOTERAPIA**

**23/04/2016 10:30 AM**

Edad: 27 años

### **DIAGNÓSTICO**

- Apendicitis aguda grado IV

**S:** paciente tranquilo no refiere molestias

**O:** campo pulmonar murmullo vesicular conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos ni retransmitidos

### **INDICACIONES**

- Gimnasia respiratoria
- Utilización de incentivómetro 10 minutos cada hora.

## **EVOLUCIÓN NOCTURNA SERVICIO DE CIRUGÍA**

**23/04/2016 21:00 PM**

Paciente masculino de 27 años de edad al momento refiere dolor a nivel de sitio quirúrgico, presencia de herida quirúrgica en buen estado, drenaje con salida de líquido sanguinolento 5 mililitros

### **INDICACIONES**

1. Continuar indicaciones.

## **EVOLUCIÓN DIURNA SERVICIO DE CIRUGÍA**

**24/04/2016 06:30 AM**

Paciente masculino de 27 años.

**DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: 7**

**DÍAS POST – QUIRÚRGICOS: 6**

## DIAGNÓSTICO

- Apendicitis aguda grado IV
- Absceso hepático polimicrobiano

**S:** paciente al momento refiere dolor a nivel de herida quirúrgico

**O:** paciente consciente, orientado, afebril, hidratado

**Tabla 10. Signos vitales.**

Tensión arterial	110/80 mmHg
Frecuencia cardíaca	72 lpm
Frecuencia respiratoria	20 rpm
Saturación de O <sub>2</sub>	94%

**Elaborado por Jenny Herrera**

**Corazón:** ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

**Pulmones:** murmullo vesicular conservado

**Abdomen:** presencia de drenaje con líquido serohemático 10 mililitros aproximadamente dolorosos a la palpación en sitio quirúrgico.

**A:** paciente sin alteración en signos vitales hemodinámicamente estable

## INDICACIONES

1. Dieta líquida
2. Control de signos vitales
3. Control de ingesta y excreta
4. Curva térmica
5. Incentivómetro 10 minutos cada hora
6. Oxígeno por cánula nasal si saturaciones menor de 90% a 2 litros por minuto
7. Solución salina 0.9% 1000 mililitros endovenoso día
8. Ceftriaxona 1 gramo endovenoso cada 12 horas (2/10)

9. Metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas (5/10)
10. Tramadol 90 miligramos endovenoso cada 8 horas
11. Omeprazol 40 miligramos endovenoso cada día
12. Metoclopramida 10 miligramos endovenoso por razones necesarias
13. Metamizol 1 gramo endovenoso cada 8 horas
14. Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo cada día
15. Fisioterapia respiratoria
16. Retirar drenaje
17. Curación Novedades

## **EVOLUCIÓN DE FISIOTERAPIA**

**24/04/2016 10:30 AM**

Edad: 27 años

## **DIAGNÓSTICO**

- Apendicitis aguda grado IV

**S:** paciente tranquilo no refiere molestias

**O:** campo pulmonar murmullo vesicular conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos ni retransmitidos

## **INDICACIONES**

- Gimnasia respiratoria
- Utilización de incentivómetro 10 minutos cada hora.

## **EVOLUCIÓN NOCTURNA SERVICIO DE CIRUGÍA**

**24/04/2016 20:00 PM**

Paciente masculino de 27 años de edad al momento refiere dolor a nivel de sitio quirúrgico, herida quirúrgica en buen estado, drenaje con salida de líquido sanguinolento 5 mililitros

## INDICACIONES

1. Continuar indicaciones.

## EVOLUCIÓN DIURNA SERVICIO DE CIRUGÍA

**25/04/2016 06:30 AM**

Paciente masculino de 27 años.

**DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN: 8**

**DÍAS POST – QUIRÚRGICOS: 7**

## DIAGNÓSTICO

- Apendicitis aguda grado IV
- Absceso hepático polimicrobiano

**S:** paciente al momento refiere dolor a nivel de herida quirúrgico

**O:** paciente consciente, orientado, afebril, hidratado

**Tabla 11. Signos vitales.**

Tensión arterial	110/70 mmHg
Frecuencia cardíaca	70 lpm
Frecuencia respiratoria	18 rpm
Saturación de O2	90%

**Elaborado por Jenny Herrera**

**Corazón:** ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

**Pulmones:** murmullo vesicular conservado

**Abdomen:** dolorosos a la palpación en sitio quirúrgico.

**A:** Paciente sin alteración en signos vitales hemodinámicamente estable

**P:** Continuar esquema establecido.

## **INDICACIONES**

1. Alta
2. Plan de alta
3. Referencia inversa
4. Cefuroxima 500 miligramos endovenoso cada 6 horas
5. Metronidazol 500 miligramos endovenoso cada 8 horas
6. Control por consulta externa 3 de mayo

## **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

**03/05/2016 09:30 AM**

Paciente masculino de 27 años acude a control al cumplir 14 días de tratamiento con Antibioticoterapia. Al momento paciente refiere encontrarse asintomático.

Al examen físico paciente consciente, orientado, hidratado, afebril signos vitales en parámetros normales, sitio quirúrgico en buen estado no signos de inflamación, abdomen suave, depresible no doloroso a la palpación.

## **INDICACIONES**

1. Dieta balanceada
2. Eco abdominal de control
3. Acudir con resultados

## **SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

**17/05/2016 10:00 AM**

Paciente acude a control con resultado de examen imagenológico.

**Reporte ecografía abdominal:** Hígado de forma, tamaño y ecogenicidad conservados. Venas hepáticas de calibre normal flujo normal. Vena porta de tamaño adecuado mide 6mm en reposos y 5 en espiración. Bazo de tamaño adecuado, sin lesiones focales. No se observa dilataciones de las vías intra, ni extrahepática.

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

**Tabla 12. Biometría hemática 18/04/2016 15:35 pm.**

Parámetros	Resultados	Valores normales
Glóbulos blancos	14.3 K/UL	5 – 10
Neutrófilos	88 %	40 – 70
Linfocitos	9 %	20 – 45
Monocitos	2 %	0 – 12
Eosinófilos	1 %	0.5 – 4
Hemoglobina	15.9 g/dl	12 – 16
Hematocrito	51 %	37 – 48

**Elaborado por Jenny Herrera**

Se puede observar que existe una leucocitosis más neutrofilia, fórmula leucocitaria con desviación a la izquierda lo cual conlleva a pensar en un cuadro infeccioso de origen bacteriano.

**Tabla 13. Bioquímica 21/04/2016 12:25 pm.**

<b>Bilirrubina directa</b>	1.35 mg/dl
<b>Bilirrubina indirecta</b>	0.95 mg/dl
<b>Bilirrubina total</b>	2.30 mg/dl

**Elaborado por Jenny Herrera**

Se evidencia que existe un incremento de la bilirrubina total a expensas de la bilirrubina directa, lo que nos indica que existe una alteración a nivel hepático de tipo inflamatorio.

**Tabla 14. Enzimas.**

<b>TGO</b>	<b>53 U/L</b>
<b>TGP</b>	103.7 U/L

**Elaborado por Jenny Herrera**

Existe incremento en los valores tanto de la piruvato transaminasa como de la transaminasa oxalacética lo cual nos indica un cuadro de tipo inflamatorio a nivel hepático.

**REPORTE ECOGRAFÍA DOPPLER DE HÍGADO Y VENA PORTA  
21/04/2016**

Hígado de forma, tamaño y ecogenicidad conservados, con imagen hipocogénica de contornos mal definidos en lóbulo derecho segmento VI que mide 2.5 \* 2.6 cm que al Doppler no gana flujo no se descarta la posibilidad de absceso.

Venas hepáticas de calibre normal flujo normal.

Vena porta de tamaño adecuado mide 7mm en reposos y 5 en espiración al Doppler color flujo hepatopedal, al Doppler pulsado ondas fásicas, VDF 11.6 cm/seg.

Arterias hepáticas no se observó por abundante gas intestinal.

Bazo de tamaño adecuado, sin lesiones focales.

No se observa dilataciones de las vías intra, ni extrahepática, CHC (conducto hepático común) mide 5 mm.

## 4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

### 4.2.1. GENÉTICOS

Los pacientes con antecedentes familiares de apendicitis aguda tienen mayor riesgo de sufrirla, varios estudios mencionan que existe una predisposición genética para desarrollar la apendicitis, aunque aún no se puede determinar exactamente los factores genéticos involucrados en dicha patología ni tampoco se ha podido establecer si el mecanismo de transmisión es hereditario; o se lo relaciona con una exposición a los mismos factores ambientales de la familia.<sup>4</sup>

- **Género:** en relación al género el masculino se encuentra mayormente comprometido en un 20% con una relación hombre/mujer 3/2.<sup>1-3</sup>

### 4.2.2. INMUNOLÓGICOS

Varios aspectos de la inmunidad están alterados en los inmunodeprimidos o con presencia de comorbilidades, tales como una función disminuida de los leucocitos polimorfonucleares, adherencia leucocitaria, quimiotaxis y fagocitosis. La mortalidad incrementa en los inmunocomprometidos en comparación con los pacientes no inmunocomprometidos. Tasas diferentes de progresión del proceso inflamatorio en pacientes individuales con estado inmunológico alterado han sido sugeridas como factores que influyen los resultados de los pacientes con apendicitis aguda y su evolución a la gravedad.<sup>4-5</sup>

### 4.2.3. SOCIALES

- **Edad:** la apendicitis puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en las personas entre 20 y 30 años.<sup>2-3</sup>
- **Dieta:** algunos factores favorecen la presentación de esta patología como la dieta baja en fibra y rica en carbohidratos refinados, las epidemias virales, los síndromes diarreicos infecciosos, entre otras causas. La dieta rica en fibra

aumenta la velocidad del tránsito intestinal, reduce la viscosidad fecal e inhibe la formación de fecalitos.<sup>4</sup>

#### **4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.**

**4.3.1. Oportunidad de la atención en emergencia:** en este punto se analiza el tiempo que se tardó para atención del paciente, las acciones y medidas diagnósticas o terapéuticas que se realizaron en este servicio hasta que el paciente sea valorado por el servicio de especialidad.

**4.3.2. Tiempo de evaluación por la especialidad:** En este punto se analiza el tiempo transcurrido desde la llegada del paciente a esta casa de salud hasta el momento en que fue evaluado por el servicio de especialidad orientado al caso.

**4.3.3. Intervención quirúrgica:** aquí se analiza al médico que realizó la intervención quirúrgica al paciente; ya que debemos tomar en cuenta si está o no capacitado adecuadamente para realizar este tipo de intervención y su forma de actuar en caso de presentarse alguna complicación durante el acto quirúrgico.

**4.3.4. Gravedad de la patología:** En este caso se debe evaluar la gravedad y evolución de la patología para de esta manera direccionar el mejor manejo tanto diagnóstico como clínico del paciente.

#### **4.4. IDENTIFICACION DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

- **Edad:** el paciente es un adulto por lo que la presentación de la sintomatología es muy variable y se puede enmascarar la patología.
- **Tiempo de evolución:** el paciente no acude oportunamente a la unidad de salud permitiendo que de esta manera su patología se agrave.

- **Administración de medicación sin prescripción médica:** paciente se administra medicación que no especifica antes de acudir a la unidad de salud.
- **Admisión en emergencia:** el tiempo que se tarda el servicio de emergencia en la admisión del paciente es demasiado prolongado.
- **Evaluación inicial:** La evaluación inicial del paciente no es realizado por un médico especialista ya que el servicio de emergencia solamente cuenta con médicos residentes y no con especialistas.
- **Evaluación de especialidad:** La evaluación del paciente por parte de la especialidad de cirugía se tarda 7 horas ya que el servicio de emergencia espera contar con todos los exámenes complementarios para interconsultarlos.
- **Intervención quirúrgica:** La intervención quirúrgica es realizada por un médico residente y no por un especialista.
- **Manejo postoperatorio:** Frente a la complejidad de dicha patología se utilizó un manejo antibiótico no muy adecuado ya que era recomendado utilizar un esquema antibiótico de mayor espectro.

#### 4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>FECHA DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Orientar a los pacientes para que acudan oportunamente a las unidades de salud	Preparar charlas educativas a los pacientes en las unidades de salud para que acudan oportunamente a las casas de salud.	seis meses	Profesionales de la Salud dentro de cada unidad de Salud
Orientar a los pacientes para que no se automediquen.	Preparar charlas educativas a los pacientes en las unidades de salud para que no se automediquen ya que esto puede agravar su estado de salud.	seis meses	Profesionales de la Salud dentro de cada unidad de Salud
Establecimiento del diagnóstico definitivo prolongado	Mejorar la disponibilidad del médico especialista para la valoración de las emergencias.	seis plazo	Profesionales de la Salud dentro de cada unidad de Salud

Intervención quirúrgica realizada por médico general	Disponibilidad de médico especialista para la intervención quirúrgica	seis meses	Profesionales de la Salud dentro de cada unidad de Salud
Manejo antimicrobiano empírico	Establecer un protocolo de manejo antimicrobiano de acuerdo a la gravedad de la patología.	1 año	Profesionales de la Salud dentro de cada unidad de Salud

#### **4.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO**

De acuerdo a las normas y protocolos revisados en la literatura el manejo tanto diagnóstico como terapéutico de la patología (apendicitis aguda grado IV complicada con absceso hepático) es la apendicectomía mas las utilización de Antibioticoterapia de amplio espectro por 6 semanas. Es decir que el manejo aplicado en el paciente fue el correcto tomando en cuenta que Absceso Hepático presentado como complicación en el paciente fue de pequeño tamaño y no se requirió tomar medidas de drenaje para el mismo por lo que no se propone un tratamiento alternativo en este caso.

## 5. CONCLUSIONES

Mediante el análisis del presente caso clínico se llega a las siguientes conclusiones:

- ❖ El diagnóstico del paciente no se desarrolló de una manera adecuada en esta casa de salud ya que el tiempo utilizado para el mismo fue demasiado prolongado y no se contaba con la presencia de un médico especialista en el momento de la evaluación e intervención quirúrgica del paciente.
- ❖ Las técnicas y métodos diagnósticos utilizados en el paciente fueron aplicados de una manera adecuada de acuerdo a la revisión de diferentes guías de práctica clínica de esta patología.
- ❖ El tratamiento médico-terapéutico del paciente utilizado durante la estancia hospitalaria fue el mejor ya que por ser una apendicitis aguda grado IV se requería la utilización de medicamentos de más amplio espectro y por un mayor lapso por la complicación presentada. Además no se requirió utilizar otra forma de tratamiento para el absceso hepático como el drenaje del mismo ya sea por vía abierta, laparoscópica o percutánea.
- ❖ Se realizó seguimiento del paciente por consulta externa en la cual se valoró el estado del paciente y mediante estudios ecográficos se pudo valorar la mejoría de la complicación (Absceso Hepático) presentada por nuestro paciente.

## 6. REFERENCIAS BLIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Schwart., (2007).Manual de Cirugía (Vol. Reg. num. 736). (F. C. Brunicardi, Ed.) México; McGraw-hill Interamericana. Obtenido de : [www. MédicoModerno.Bolgsport.com](http://www.MédicoModerno.Bolgsport.com)

### LINKOGRAFÍA

- Arévalo, O. (2014). Apendicitis Aguda: Diagnóstico por imagen. Revista Colombiana de RRadiología, 25(1):3877- 88, 1-4. Disponible en: <sup>(3)</sup> [www.web.org/revistavirtual/articulo.ec](http://www.web.org/revistavirtual/articulo.ec) <sup>(3)</sup>
- Coronel., Miguel, Soto., Alonso, Claros., José. Pileflebitis y abscesos hepáticos como una complicación de apendicitis retrocecal. Revista de la facultad de Medicina Humana. (2006)Vol.6Nª1:50-52 <sup>(11)</sup> <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/18/14> <sup>(11)</sup>
- Dominguez V. Ricardo, Balcazar V. Ricardo, Rodriguez B. Agustin, Casian C. Gustavo. Pileflebitis como una complicación del proceso inflamatorio abdominal. (2012); 72(1):48-52. Revisado septiembre 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju121i.pdf> <sup>(9)</sup>
- Dominguez, E. P., Sweeney, J. F. y Y. U. Choi. (2006).Diagnosis and Management of Diverticulitis and Appendicitis. Gastroenterol Clin N Am, 35, 367–391. Revisado septiembre 2016. Disponible en: <sup>(6)</sup> <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf> <sup>(6)</sup>
- Doria, A. S., Moineddin, R., Kellenberger,(2009).Diagnóstico de apendicitis aguda en niños y adultos, 241, 83–94. Revisado septiembre 2016 <sup>(7)</sup>
- Dra. James AW, Rabl C, Washthalen AC, Fogarty PF, Posselt AN, Campos GM. Trombosis venosa portomesentérica. ArchSurg(2009); 144(6): 520-526. Revisado septiembre 2016. Disponible en: <sup>(12)</sup> <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=61937> <sup>(12)</sup>

- Dra. Correa., Selene, Dr. Valiño., José, Dr. Dufrechau., Carlos. Pileflebitis un desafío diagnóstico. (2015) *Arc. Med. Interna*; 37(3):144-146. Revisado septiennre 2016. Disponible en: <sup>(8)</sup>  
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v37n3/v37n3a09.pdf> <sup>(8)</sup>
- Falkowski A, Cathomas G, Zerz A, Pylephlebitis of a variants mesenteric vein complicating sigmoid diverticulitis. *J Radiol Case Rep*. 2014; 8: 37-45. Revisado septiembre 2016. <sup>(13)</sup>
- Médico Cirujano. Universidad de Costa Rica. Docente de Anatomía, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica. Médico. Apendicitis Aguda. Vol. 29 (1), Marzo 2012. ISSN 1409-0015. Recibido para publicación: 15 de enero de 2011 Aceptado: 07 de febrero de 2011. Disponible en: <sup>(1)</sup>  
<https://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/apendicitis.pdf> <sup>(1)</sup>
- Motta-Ramírez GA, Méndez-Colín E, Martínez-Utrera MJ, Bastida-Alquicira J, Garrido-Sánchez GA. Apendicitis atípica en adultos. *Anales de Radiología México* 2014;13:143-165. Revisado septiembre 2016. Disponible en: <sup>(5)</sup>  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2014/arm142j.pdf> <sup>(5)</sup>
- Prof. Dr. M García – Caballero. Apendicitis, adenitis mesentérica y tumores del apéndice cecal. *Uma.es* [Internet]. 2008. [citado 08 septiembre del 2016]; 33: 1-8. Disponible en: <sup>(2)</sup>  
[https://www.bioestadistica.uma.es/cirugia/attachments/002\\_Apendicitis%20aguda.pdf](https://www.bioestadistica.uma.es/cirugia/attachments/002_Apendicitis%20aguda.pdf) <sup>(2)</sup>
- Rodríguez Fernandez Z. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. *Rev Cubana Cir*. Abril- JUN 2010;49(2):21-6. Revisado septiembre 2016. <sup>(10)</sup>
- Roosevelt F. Apendicitis\_aguda\_en\_adultos en Capitulo IV, Guia para manejo de urgencias, Fundación Santa Fe de Bogotá pp726-730  
<http://es.search.yahoo.com/search?yq=1&fr=yq-read&type=03709&ei=UTF-8&p=de> <sup>(14)</sup>
- Tejada., Paúl, Melgarejo., Gianina. Incidencia de apendicitis y su relación con los factores ambientales. (2013) *ADIECS-UNMSM. Perú-Lima*. 2015;76(3):253-6. Revisado septiembre 2016. Disponible en: <sup>(4)</sup>  
<http://dx.doi.org/10.15385/anales.v76i3.11234> <sup>(4)</sup>

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

- **ESCOHOST.** Dubon. P, Ortiz. A Julio 2014 Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamineto. México. Ebscohost. Vol. 57, N. Disponible en : <http://web.a.ebscohost.com>
- **SPRINGER.** Takeshi, F. (2014, Junio). Effectiveness of Interval Appendectomy After Conservative Treatment of Appendicitis with Abscess. (I.J. Surgery, Ed.) Spriger. ISSN: 0972 – 2068. Retrieved from [ink.springer.com/article/10.1007/s12262-014-1121-7](http://ink.springer.com/article/10.1007/s12262-014-1121-7)
- **PROQUEST.** Ryan, W. digestive Diseases – Research and Clinical Developments: Appendicitis: Symptoms, Diagnosis, and Treatments. New York, NY, USA: Nova Science Publishers, inc., 2011. ProQuest ebrary. Web. 21 May 2015. Copryright Nova Science Publisehers, Inc. All rights reserved.

## 7. ANEXOS

### Biometría hemática

HEMATOLOGIA			
NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO		RANGO DE REFERENCIA
GLOBULOS BLANCOS	14.3	K/ul	5 - 10
NEUTROFILOS %	88	%	40 - 70
LINFOCITOS %	9	%	20 - 45
MONOCITOS %	2	%	0 - 12
EOSINOFILOS%	1	%	0.5 - 4
BASOFILOS %			
NEUTROFILOS			
LINFOCITOS			
MONOCITOS			
EOSINOFILOS			
BASOFILOS			
RECuento de G. ROJOS			
HEMOGLOBINA	15.9	g/dl	12 - 16
HEMATOCRITO	51	%	37 - 45
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO			
HB CORPUSCULAR MEDIA			
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR			
ANCHO DE DISTRIBUCION G. ROJOS			
PLAQUETAS			
VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO			

Fuente: Historia clínica del paciente

### Bioquímica

BIOQUIMICA			
EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALORES NORMALES
BILIRRUBINA DIRECTA:	1,35	mg/dL	Hasta 0,25
BILIRRUBINA INDIRECTA:	0,95	mg/dL	Hasta 0,75
BILIRRUBINA TOTAL:	2,30	mg/dL	Hasta 1,0
ENZIMAS			VALORES NORMALES
S.G.O.T:	56,00	U/L	H HASTA 38 M HASTA 31 U/L
S.G.P.T:	103,70	U/L	H HASTA 40 M HASTA 31 U/L

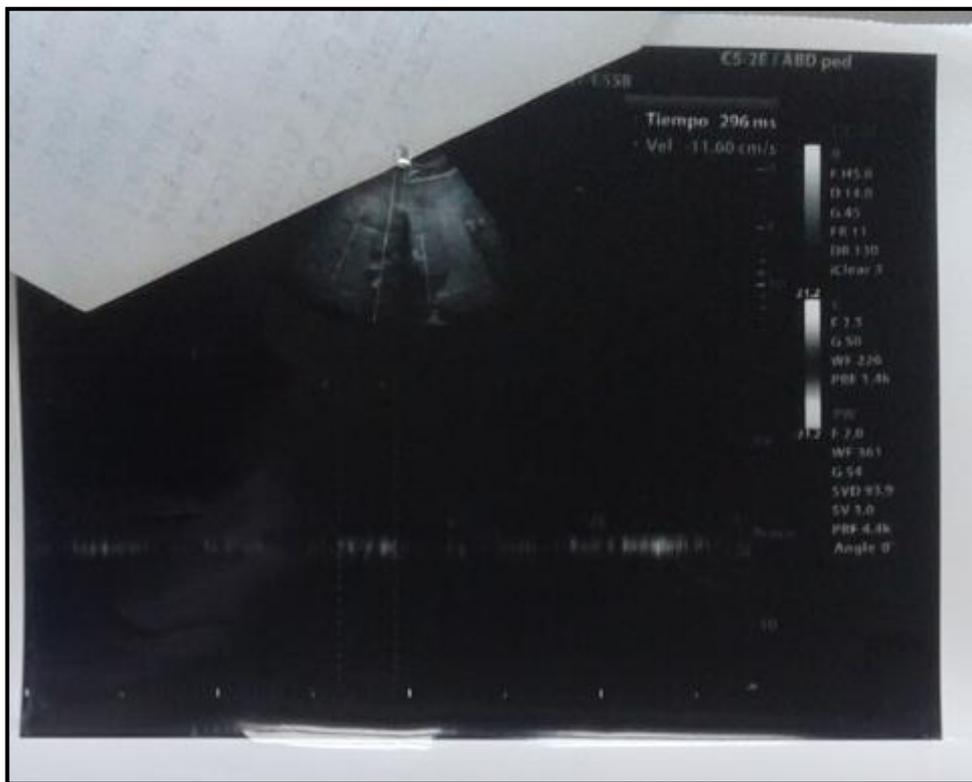
Fuente: Historia clínica del paciente

### Ecografía

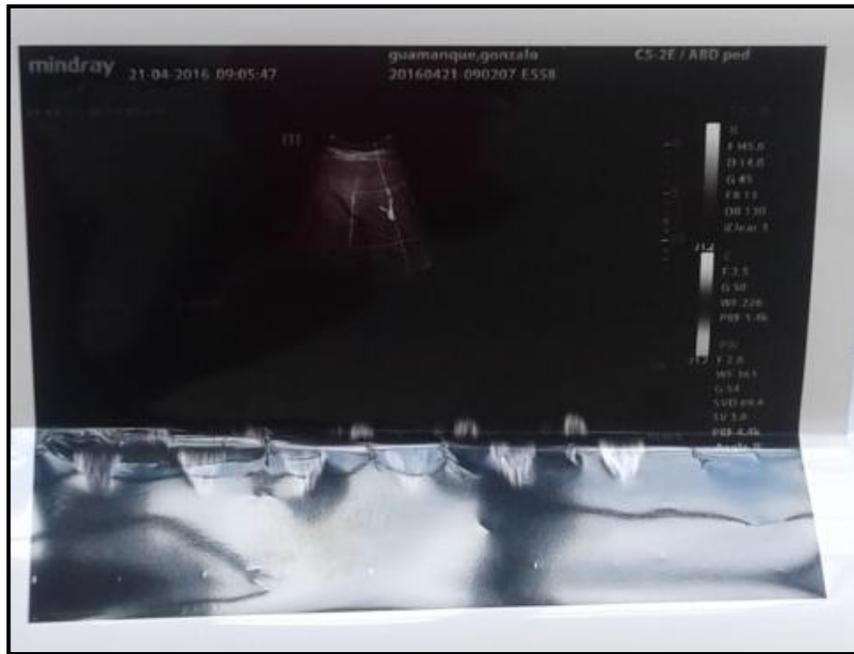
MEDICO REFERENTE:  
 ESTUDIO: ECO DOPPLER HIGADO Y DE VENA PORTA  
 FECHA: Latacunga jueves, 21 de abril de 2016  
 Reporte:  
 Hígado de forma y tamaño y ecogenicidad conservados, con imagen hipocogénica de contornos mal definidos en lóbulo derecho segmento VI que mide 2.5 x 2.6 cm q al doppler no gana flujo no se descarta la posibilidad de absceso  
 Venas hepáticas de calibre normal flujo normal  
 Vena porta de tamaño adecuado, mide 7 mm en reposo y 5 mm en espiración, al doppler color flujo hepatopedal, al doppler pulsado ondas fásicas, VDF 11.6 cm/seg.  
 Arteria hepática no se observó por abundante gas intestinal  
 Bazo de tamaño adecuado, sin lesiones focales.  
 No se evidencia dilataciones de las vías biliares intra, ni extrahepáticas. CHC mide 5 mm.  
 Vesícula distendida pared delgada sin patología en su interior. Volumen 30 cc al momento del estudio.  
 Atentamente

Dr. Patricia E. 1980 T  
 MEDICINA INTERNA  
 CC: 040118243-1  
 REGISTRO 19234677

Fuente: Historia clínica del paciente



Fuente: Historia clínica del paciente



Fuente: Historia clínica del paciente



Fuente: Historia clínica del paciente

# Kàrdex

FECHA	18/04/16	19/04/16	20/04/16	21/04/16	22/04/16
DÍA DE INTERACCIÓN	1	2	3	4	5
DÍA POSTQUIRÚRGICO	-	-	1	2	3

### 1 SIGNOS VITALES

TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA

	AM	PM														
PULSO																
TEMP																

F. RESPIRATORIA X min	18	20	21	22	22	20	20	18
PRESIÓN SISTÓLICA	120	116	118	118	122	128	119	127
PRESIÓN DIASTÓLICA	88	73	70	68	69	75	70	63

### 2 BALANCE HÍDRICO

INGRESOS CC		ELIMINACIONES CC	
PARENTERAL			
VIA ORAL			
TOTAL	4100	2450	
ORINA		2700	1160
DRENAJE		115	90
OTROS		0	0
TOTAL		2815	1240

### 3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO / BAÑO	/	/	/	/	
PESO Kg	67 Kilos	67 Kilos	NO	NO	
DIETA ADMINISTRADA	67 Kilos Hada por v.o oral	67 Kilos Hada por v.o oral	NO Hada por v.o oral	NO Hada por v.o oral	Líquida
NÚMERO DE COMIDAS	0	0	0	0	3
NÚMERO DE MICCIONES	1	Sonda vesical	Sonda vesical	Sonda vesical	
NÚMERO DE DEPOSICIONES	0	0	0	0	
ACTIVIDAD FÍSICA	Relativo	Aditivo	Relativo	Relativo	Relativo
CAMBIO DE SONDA	NO	NO	NO	NO	
RECANALIZACIÓN VIA	Emergencia	NO	Lic. MB	Lic. Carzo	Lic. G. Aza
RESPONSABLE	Lic. H. Maldonado	Lic. Colo	Lic. H. Soto	Lic. Carzo	Lic. G. Aza

SNS-MSP / HCU-form.020 / 2008

Talla: 1.59 centímetros.

SIGNOS VITALES (2)

Fuente: Historia clínica del paciente

## Protocolo operatorio

Fecha de Operación			Hora de inicio	Hora de terminación	Tipo de anestesia
Día	Mes	Año			
18	Abril	2016	23:55	02:15	General
<b>TIEMPO QUIRURGICOS</b>					
DIRESIS <u>Supraumbilical medio de aproximadamente 10 centímetros.</u>					
EXPOSICIÓN <u>Manual e Instrumental</u>					
EXPLORACIÓN Y HALLAZGOS QUIRURGICOS <u>1. Apéndice grado IV perforado en el tercio medio retro ilio, empastado con el íleon terminal, base friable</u> <u>2. Íleon terminal con glacia fibrinopercutulas y de aspecto exhemático en región de plastón y apéndice</u> <u>3. Líquido purulento en cavidad más o menos 150 mililitros.</u>					
<b>PROCEDIMIENTO OPERATORIO</b>					
1. Asepsia y Antiseptia					
2. Colocación de Campos Quirúrgicos					
3. Diresis descrita					
4. Profundización por planos					
5. Desmontaje de plastón apendicular					
6. Identificación de base, ligadura y sección de la misma					
7. Identificación y ligación de meso apendicular y sección					
8. Control de hemostasio					
PROTOCOLO DE OPERACIÓN					

Fuente: Historia clínica del paciente

9. Lavado de lecho quirúrgico	
10. Secado de corredero y fondo de saco	
11. Colocación de dren mixto en corredero, lecho quirúrgico y fondo de saco más fijación.	
12. Síntesis por planos	
<b>SINTESIS</b>	
Aponeurosis Vicryl 1/0	
Teflón Celular Subcutáneo Vicryl 2/0	
Piel Dofilon 3/0	
<b>COMPLICACIONES DEL ACTO QUIRURGICO</b>	
Ninguna	
<b>EXÁMEN HISTOPATOLÓGICO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
<b>DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO</b>	

Fuente: Historia clínica del paciente