

¿Cómo elevar la efectividad diagnóstica en apendicitis aguda en la atención primaria?

As elevating the diagnostic effectiveness in acute appendicitis in the primary care?

Dr. Pedro Rafael Casado Méndez

Hospital Provincial Universitario "Carlos Manuel de Céspedes". Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba.

ESTIMADO DIRECTOR:

En el año 2016 la Revista Archivo Médico de Camagüey publicó el artículo titulado: Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria, de los autores Casado Méndez PR, et al, ¹ en la sección artículo original. En dicho artículo se pone al descubierto la incertidumbre que se tiene en los distintos niveles de atención, sobre el diagnóstico de apendicitis aguda (AA). En el año 2014, en esta misma revista y en esta misma sección, se publicaba el artículo original: Enfermedades trazadoras del abdomen agudo quirúrgico no traumático, de los autores Casado Méndez PR, et al. ²En este artículo se demostraba que la AA es una enfermedad trazadora por cumplir con dos de los criterios propuestos por Kessner.

Dichos criterios son:

- La tasa de prevalencia debe ser muy alta para que se puedan recopilar de forma adecuada los

datos en una población limitada.

- La historia natural de la enfermedad debe variar con la atención médica.

En ambos artículos queda demostrado que el conocimiento, en general, de la enfermedad y su diagnóstico, en particular, tuvo en los aportes de Fitz R ³ sus mayores avances, al definir los aspectos patológicos de la enfermedad, establecer de manera correcta al apéndice como principal causa de inflamación del cuadrante inferior derecho del abdomen, recomendar el término apendicitis y proponer su tratamiento quirúrgico precoz. Otro aspecto de importancia en los artículos fue el referir que el tratamiento quirúrgico de la AA es uno de los mayores adelantos en salud pública de los últimos 150 años. Una vez finiquitado el siglo XIX y haber transcurrido 130 años, desde que el eminente patólogo anunciara sus resultados, estas conclusiones tienen una

vigencia total y una actualidad difícil de superar. En AA se sucedieron hitos a partir de los descubrimientos del eminente patólogo:

- Sistematización de la apendicectomía precoz como único tratamiento de la enfermedad.
- Reducción de la mortalidad de 40 % a 0,6 % gracias a la introducción de la operación temprana, la hidratación parenteral, la mejoría de las técnicas anestésicas y la aparición de los antibióticos.
- Reducción de la estadía hospitalaria, del número de complicaciones intraoperatorias y posoperatorias, la disminución de los costos del tratamiento, el acortamiento del tiempo de invalidez temporal y un mejor resultado cosmético de la herida quirúrgica, gracias a la introducción de la cirugía invasiva en su minoría.

La AA es la enfermedad que mayores cirugías de urgencia demanda en el mundo y, su diagnóstico, adolece de uniformidad de criterios dada la irregularidad de síntomas y signos con los que se presenta.^{4,5} Su cuadro clínico se encuentra bien descrito en la literatura pero su diagnóstico es un reto y un tema pendiente en la medicina moderna; pues constituye uno de los últimos bastiones de la medicina clínica.

Los retos actuales que plantea esta enfermedad son:

- Desarrollo de estrategias que disminuyan el número de apendicectomías no terapéuticas.
- Disminuir la tasa potencial de perforación.
- Disminuir la frecuencia de apendicitis en los pacientes dados de alta de los servicios de urgencias, sobre todo en grupos de difícil diagnóstico.²

El diagnóstico preoperatorio de la AA es un problema no resuelto, sobre todo en edades extremas de la vida, con una presentación atípica, sin

signos ni síntomas patognomónicos, ni un método diagnóstico específico.⁶ Los intentos de definir patrones precisos de diagnósticos, si bien no han fracasados tampoco han demostrado ser útiles de manera aisladas. De modo que el método clínico tradicional junto a los exámenes paraclínicos constituyen, hoy, la base del diagnóstico para definir los casos sugestivos de AA.^{1,2} En este impreciso escenario surgen las escalas diagnósticas las cuales se formulan como estrategias para evaluar la posibilidad de presentación de AA en los escenarios clínicos de los servicios de urgencias. Son estrategias útiles, con diversos grados de complejidad y aplicabilidad que permiten la identificación rápida de individuos con riesgo de desarrollar la enfermedad y ayuda en la toma de decisiones.⁴

En el artículo "Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria" de los autores Casado Méndez PR, et al,¹ se evidenciaba que la correlación diagnóstica en la atención primaria de salud fue menor del 50 % si se toma en cuenta el diagnóstico histopatológico, dicha correlación fue de 79 % con el diagnóstico clínico de los médicos de atención secundaria, mientras que la correlación diagnóstica en la atención secundaria de salud fue de 81,65 %, 68,35 % y 83,72 % entre los diagnósticos clínico y operatorio, clínico e histopatológico y operatorio e histopatológico.

Se coincide con lo expuesto por Ospina Díaz, et al,⁴ al decir que la escala diagnóstica de Alvarado es el resultado de un estudio retrospectivo de 305 pacientes hospitalizados, en el Hospital de Nazaret en Filadelfia, Pennsylvania, con dolor abdominal sugestivo de AA. El resultado de este estudio constituye la escala diagnóstica más conocida ante la sospecha de AA.

La escala diagnóstica de Alvarado ha sido la escala más validada, en el mundo, con reportes de sensibilidad superiores al 80 %. Estos resultados permiten una eficiencia, en el diagnóstico de AA, superior a la obtenida mediante el diagnóstico clínico tradicional. Su impacto sería más evidente en aquellos grupos de pacientes donde el diagnóstico se hace difícil. ^{5,6}

La experiencia del médico en el diagnóstico clínico del dolor abdominal, es el mejor estudio al que puede ser sometido el paciente. La idea de aplicar una escala diagnóstica a una determinada enfermedad que requiera cirugía no es nueva; así, múltiples autores han investigado, elaborado y validado diversas escalas en enfermedades quirúrgicas, que incluyen la AA. ⁴ El gran número de escalas y puntuaciones diagnósticas para AA, desarrolladas en diferentes instituciones, demuestra la elevada incertidumbre para el diagnóstico de AA que prevalece entre los médicos de las unidades de emergencias.

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de la patología, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo con un especial cuidado, adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración física. ⁷ Al concordar con de Quesada Suárez, et al, ⁵ se arriba a la conclusión de que la escala de Alvarado es una herramienta que aplicada con anticipación en los servicios de urgencia mejora la precisión diagnóstica en los pacientes con sospecha de AA. Esta escala diagnóstica es de fácil aplicación por médicos para efectos del diagnóstico adecuado y oportuno de AA que reduce además, el porcentaje de equivocaciones diagnósti-

cas y los costos de atención. ⁴

Sería de mucha utilidad profundizar en el estudio de la escala diagnóstica de Alvarado y su correspondiente algoritmo. Se considera de utilidad, valorar, además, criterios propuestos por otros investigadores como la sensación de sed, grado de deshidratación o los títulos de proteína C reactiva que ayuden a optimizar el manejo de los pacientes con sospecha diagnóstica de AA.

El uso de la escala de Alvarado es una herramienta de ayuda diagnóstica que pudiera ser muy útil en los servicios de atención primaria donde los medios diagnósticos más sofisticados o la presencia de un cirujano son de difícil acceso o inaccesibles. La utilización de dicha escala de manera sistemática puede tener un impacto en los costos de atención, efectividad de la atención médica y precisión de las remisiones de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casado Méndez PR, Vallés Gamboa ME, Corrales Caymari Y, Cabrera Zambrano Y, Méndez Jiménez O. Enfermedades trazadoras del abdomen agudo quirúrgico no traumático. Arch Med Camagüey [Internet]. May-Jun 2014 [citado 5 Ago 2016];18(3):[aprox. 22 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000300003&lng=es
2. Casado Méndez PR, Peña Rosa Y, Reyna Aguilar MM, Méndez López HA, Remón Elías M, Méndez Jiménez O. Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria. Arch Med Camagüey [Internet]. Ene-Feb 2016 [citado 23 Ago 2016];20(1):[aprox. 10 p.].

Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4005/2275>

3. Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment. Am J Med Sci. 1886;92:321-46.

4. Ospina Díaz JM, Barrera LF, Manrique FG. Utilidad de una escala diagnóstica en casos de apendicitis aguda. Rev Colomb Cir [Internet]. 2011 [citado 23 Ago 2016];26:[aprox. 11 p.].

Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822011000400002&lng=en

5. de Quesada Suárez L, Ival Pelayo M, González Meriño CL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev Cubana Cir [Internet]. Jun 2015 [citado 16 Dic 2016];54(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004&lng=es

6. López Abreu Y, Fernández Gómez A, Hernández Paneque Y, Pérez Suárez MJ. Evaluación de la Escala de Alvarado en el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda. Rev haban cienc méd [Internet]. Abr 2016 [citado 16 Dic 2016];15(2):

[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000200009&lng=es

7. Tolentino Hernández H. Aplicación de escalas diagnósticas en pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis en el servicio de urgencias [tesis]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014 [citado 16 Dic 2016].

Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14696/414252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Recibido: 15 de enero de 2017

Aprobado: 24 de abril de 2017

Dr. Pedro Rafael Casado Méndez. Especialista de II grado en Medicina General Integral. Especialista de I grado en Cirugía General. Hospital Provincial Universitario "Carlos Manuel de Céspedes". Profesor Instructor. Investigador agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba. Email: pcasado@infomed.sld.cu