

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“RAFAEL DONAYRE ROJAS”



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO DE
PLASTRÓN APENDICULAR EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE
ENERO 2014 A JUNIO 2018”**

TESIS

Para Optar el Título de Médico – Cirujano

Presentado por:

Bach. Med. Carlos Rolando Velasco Chong

Asesor:

Dr. Ernesto Salazar Sánchez M.C; N.C; M.SC

IQUITOS – PERÚ

2019



UNAP

Facultad de Medicina Humana
"Rafael Donayre Rojas"
Secretaría Académica

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Iquitos, a los **veinticinco** días del mes de **febrero** del **dos mil diecinueve**, siendo las **12:00 horas**, el jurado de tesis designado según **Resolución Decanal N° 364-2018-FMH-UNAP**, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se menciona:

Dr. Eduardo Alberto Valera Tello	Presidente
Dr. Jorge Miguel Sibina Vela	Miembro
Mg. SP. Cristiam Armando Carey Ángeles	Miembro
MSc. Ernesto Salazar Sánchez	Asesor

Se constituyeron en las instalaciones del Salón de Grados de la Facultad de Medicina Humana, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la tesis titulado: **"Características clínicas, diagnósticas y tratamiento de plastrón apendicular en el hospital Regional de Loreto, de enero 2014 a junio 2018"**, del bachiller en Medicina Humana **Carlos Rolando Velasco Chong**, para optar el **título profesional de Médico Cirujano**, que otorga la **Universidad Nacional de la Amazonía Peruana**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la UNAP.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma **SATISFACTORIA**.....

El jurado llegó a la siguiente conclusión:

La tesis ha sido **APROBADO POR MATORIA**.....

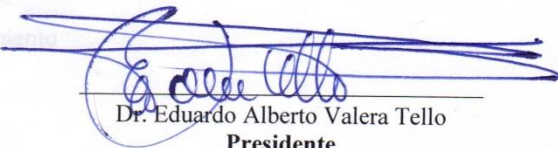
Siendo las **13 horas** se dio por concluido el acto de sustentación pública de tesis, felicitándole al sustentante por su **ADECUADA EXPOSICION**.....

Dr. Eduardo Alberto Valera Tello
Presidente

Dr. Jorge Miguel Sibina Vela
Miembro

Mg. SP. Cristiam Armando Carey Ángeles
Miembro

INDICE DE CONTENIDO

• Índice de Contenido	MIEMBROS DEL JURADO Y ASESOR	03
• Índice de Tablas		05
• Índice de Gráficos		07
• Dedicatoria		09
• Agradecimientos		10
• Resumen		11
• Abstracto	Dr. Eduardo Alberto Valera Tello	12
• Introducción	Presidente	13

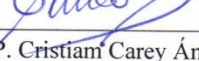
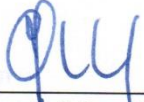
CAPITULO I 14

1. Planteamiento del Problema		15
2. Justificación		17
3. Objetivos		18

CAPITULO II 18

4. Marco Teórico		20
5. Operacionalización de variables		45

CAPITULO III 50

6. Metodología		51
6.1 Tipo de estudio	Mg. S.P. Cristian Carey Ángeles	51
6.2 Diseño de la investigación	Miembro	61
6.3 Población		51
6.4 Muestra		51
6.5 Criterios de selección		51
6.6 Técnicas e Instrumentos		52
6.7 Procedimiento de recolección de datos	Dr. Ernesto Salazar Sánchez	52
6.8 Procedimiento de la información	Asesor	52
6.9 Protección de los derechos humanos		53

CAPITULO IV 54

7. Resultados		55
8. Discusión		76

INDICE DE CONTENIDO

• Índice de Contenido	04
• Índice de Tablas	06
• Índice de Gráficos	08
• Dedicatoria	10
• Agradecimiento	11
• Resumen	12
• Abstrac	13
• Introducción	14
CAPITULO I	15
1. Planteamiento del Problema	16
2. Justificación	18
3. Objetivos	19
CAPITULO II	20
4. Marco Teórico	21
5. Operacionalización de Variables	46
CAPITULO III	51
6. Metodología	52
6.1 Tipo de estudio	52
6.2 Diseño de la investigación	52
6.3 Población	52
6.4 Muestra	52
6.5 Criterios de selección	52
6.6 Técnicas e instrumentación	53
6.7 Procedimiento de recolección de datos	53
6.8 Procedimiento de la información	53
6.9 Protección de los derechos humanos	54
CAPITULO IV	55
7. Resultados	56
8. Discusión	77

9. Conclusiones	79
10. Recomendaciones	82
CAPITULO V	83
11. Referencias Bibliográficas	84
12. Anexos	87

INDICE DE TABLAS

TABLA 01	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según incidencia”	56
TABLA 02	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según edad”	57
TABLA 03	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según sexo”	58
TABLA 04	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según estado civil”	59
TABLA 05	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según grado de instrucción”	60
TABLA 06	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según ocupación”	61
TABLA 07	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según lugar de procedencia”	62
TABLA 08	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según masa palpable”	63
TABLA 09	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según sintomatología”	64
TABLA 10	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según presencia de leucocitosis”	65
TABLA 11	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según medicación Pre-hospitalaria”	66
TABLA 11.1	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según medicación recibida previo al ingreso”	67
TABLA 12	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según tiempo de enfermedad”	68
TABLA 13	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según tiempo de hospitalización”	69
TABLA 14	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según enfermedades asociadas”	70
TABLA 15	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según presencia de complicaciones”	71

TABLA 15.1	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según complicaciones encontradas”	72
TABLA 16	“Distribución de los exámenes auxiliares más usados de ayuda diagnóstica en pacientes con plastrón apendicular”	73
TABLA 17	“Distribución de los medicamentos más usados pacientes con plastrón apendicular”	74
TABLA 18	“Distribución del esquema antibiótico usado en pacientes con plastrón apendicular”	75
TABLA 19	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según el tratamiento quirúrgico recibido”	76

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según año”	56
GRÁFICO 02	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según edad”	57
GRÁFICO 03	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según sexo”	58
GRÁFICO 04	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según estado civil”	59
GRÁFICO 05	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según grado de instrucción”	60
GRÁFICO 06	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según ocupación”	61
GRÁFICO 07	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según lugar de procedencia”	62
GRÁFICO 08	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según masa palpable”	63
GRÁFICO 09	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según sintomatología”	64
GRÁFICO 10	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según presencia de leucocitosis”	65
GRÁFICO 11	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según medicación Pre-hospitalaria”	66
GRÁFICO 12	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según tiempo de enfermedad”	68
GRÁFICO 13	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según tiempo de hospitalización”	69
GRÁFICO 14	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según enfermedades asociadas”	70
GRÁFICO 15	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según presencia de complicaciones”	71
GRÁFICO 15.1	Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según complicaciones encontradas”	72

GRÁFICO 16	“Distribución de los exámenes auxiliares más usados de ayuda diagnóstica en pacientes con plastrón apendicular”	73
GRÁFICO 17	“Distribución de los medicamentos más usados pacientes con plastrón apendicular”	74
GRÁFICO 18	“Distribución del esquema antibiótico usado en pacientes con plastrón apendicular”	75
GRÁFICO 19	“Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según el tratamiento quirúrgico recibido”	76

DEDICATORIA

- ✓ *A mis queridos padres ROLANDO VELASCO y FLOEDECITH CHONG, quienes pusieron toda su confianza en mí sin perder la paciencia. Gracias a ustedes por inculcarme los valores. No pienso defraudarlos.*

- ✓ *A mis hermanos JONAS y ORLANDO por compartir momentos inolvidables conmigo desde que nací... LOS AMO Y EXTRAÑO MUCHO!!!*

- ✓ *A mis abuelitos JONAS Y MARIA LUISA, quienes en vida deseaban tanto verme terminar esta hermosa carrera, solo decirle que LO LOGRE!!!*

- ✓ *A mi novia Cristina Ruiz, cuñadas y suegros por su acogida y compañía ante la ausencia de mis padres y hermanos. Gracias totales para ustedes.*

- ✓ *A toda mi familia, Tíos, primos, sobrinos por sus cariño y sus buenos deseos. Estoy para servirles.*

AGRADECIMIENTOS

- ✓ A DIOS por guiarme en cada camino que emprendo
- ✓ A la facultad de medicina humana de la universidad nacional de la amazonía peruana, alma mater de mi formación profesional.
- ✓ Agradecer a todos los docentes de la facultad de medicina humana, de quienes no solo obtuve conocimientos sino también valores con los cuales me desempeñare en esta noble profesión para el bien de mi comunidad.
- ✓ Agradecimiento especial para el gran maestro el Dr. ERNESTO SALAZAR SANCHEZ, por todo su apoyo incondicional en la elaboración de este proyecto de tesis, mi más sincero respeto y lealtad hacia usted.
- ✓ Al Dr. EDUARDO VALERA, Dr. CRISTIAM CAREY y al Dr. JORGE SIBINA por su aporte en las correcciones de este humilde trabajo de investigación.
- ✓ A ROBERT CUBAS por el apoyo en el análisis de datos. Gracias colega!!!
- ✓ A todo el personal médico, enfermeras, obstetras y técnicos que conocí durante el internado en el Hospital Regional de Loreto. Gracias a ustedes por contribuir también en mi formación profesional

RESUMEN

INTRODUCCION: La apendicitis es la inflamación del apéndice vermiforme, que al no haber tratamiento oportuno puede complicarse y evolucionar a plastrón apendicular en aproximadamente 10% de los casos. Más del 8% de las personas en el mundo presentan apendicitis en algún momento de su vida

OBJETIVO: Describir las características clínicas, diagnósticas y tratamiento de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2014 a Junio 2018.

METODOLOGIA:

- **Tipo de investigación:** descriptivo, retrospectivo y de corte transversal
- **Población:** Fue de 1148 pacientes hospitalizados con diagnóstico de apendicitis aguda
- **Muestra:** pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular, en nuestro estudio 101 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión

RESULTADOS: La incidencia de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto fue de 8.79% con respecto a los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda. El 73% de los pacientes con plastrón apendicular son menores de 48 años, siendo el grupo de edad de 18 a 27 años con mayor frecuencia. Se demostró que el 55% de los casos son de sexo masculino y el 45% de los casos son de sexo femenino. Se demostró que casi la mitad (43.6%) de los casos son convivientes, el 35.6% son solteros, el 18.8% son casados y vimos un caso en viudos y un caso en divorciados donde ambos representan el 2 %. En cuanto al grado de instrucción más de la mitad de los pacientes (52.5%) cursaron secundaria, el 28.7% cursaron primaria, el 7.9% cursaron estudio superior técnico al igual que superior universitario, el 2% analfabetos y solo se vio un caso de estudio inicial que equivale al 1%. En cuanto a la ocupación el 32.7% son ama de casa, el 15.8% son estudiantes, el 12.9% de los casos con negocio propio, el 10.9% son obreros, el 9.9% son agricultores y el 5% de los casos se dio en estudiantes. Sobre la procedencia se demostró que el 69.3% de los pacientes proceden de las zonas urbanas de la ciudad de Iquitos y el 30.7% proceden de zonas rurales. En cuanto a la presencia de masa palpable el 100% de los casos lo presentaron. Se demostró que más de la mitad (57.4%) de pacientes presentaron al menos 2 síntomas, el 28.4% presentaron sólo dolor abdominal y el 13.9% presentaron todos los síntomas. Sobre la presencia de leucocitosis se encontró que el 63.4% de pacientes presentaron leucocitosis y en el 36.6% de los casos se evidenció ausencia de la misma. En cuanto a la medicación pre-hospitalaria se encontró que el 59.4% de los casos recibió medicación antes del ingreso a la institución y el 40.6% no lo recibió. Sobre el manejo médico se usó antibióticos, analgésicos y protectores gástricos en el 100% de los pacientes. A demás se describe que el esquema antibiótico más usado fue CIPROFLOXACINO + METRONIDAZOL. Se encontró que el 4% de los casos no recibieron tratamiento quirúrgico y el 96% si lo recibió, de estos al 51.5% se le practicó apendicectomía + drenaje, al 25.7% lavado de cavidad + drenaje, y al 18.8% sólo apendicectomía.

CONCLUSIONES: La incidencia de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto fue de 8.79% con respecto a los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda. El plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto se da más frecuentemente en varones de entre la segunda y tercera década provenientes de zonas urbanas. Se concluye que el plastrón apendicular se dio más frecuente en convivientes y en personas que concluyeron sus estudios secundarios. Se concluyó que la ocupación que más prevaleció en nuestro estudio fue el de las amas de casa con 32.7%. El 100% de los pacientes presentaron masa palpable. En nuestro estudio se concluye que del total de pacientes con plastrón apendicular, el 63.4% presento leucocitosis. Se concluye que en el 100% de los casos de plastrón apendicular se usó antibióticos, analgésicos y protectores gástricos. El esquema antibiótico más usado en los pacientes con plastrón apendicular fue CIPROFLOXACINO + METRONIDAZOL (46.5%), seguido de CEFTRIAXONA + METRONIDAZOL (42.6%) y EN EL 10.9% se usó CIPROFLOXACINO + CLINDAMICINA. Se concluye que el 4% de los pacientes con plastrón apendicular no recibió tratamiento quirúrgico, el 96% si recibió tratamiento quirúrgico, de ellos, al 51.5% se les realizó APENDICECTOMIA + DRENAJE, al 25.7% LAVADO DE CAVIDAD + DRENAJE, al 18.8% se le practicó solo APENDICECTOMIA y ningún paciente fue sometido a DRENAJE PERCUTANEO.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Appendicitis is the inflammation of the vermiform appendix, which, due to the lack of timely treatment, can complicate and evolve into an appendiceal plastron in approximately 10% of cases. More than 8% of people in the world have appendicitis at some point in their lives

OBJECTIVE: To describe the clinical, diagnostic and appendiceal plastron treatment characteristics at the Regional Hospital of Loreto from January 2014 to June 2018

METHODOLOGY:

- **Type of research:** descriptive, retrospective and cross-sectional
- **Population:** It was 1148 hospitalized patients diagnosed with acute appendicitis
- **Sample:** patients with diagnosis of appendiceal plastron, in our study 101 patients met the inclusion criteria

RESULTS: The incidence of appendiceal plastron in the Regional Hospital of Loreto was 8.79% with respect to patients diagnosed with acute appendicitis. 73% of patients with appendiceal plastron are under 48 years old, with the age group of 18 to 27 years being more frequent. It was shown that 55% of cases are male and 45% of cases are female. It was shown that almost half (43.6%) of the cases are cohabiting, 35.6% are single, 18.8% are married and we saw one case in widowed and one case in divorced where both represent 2%. Regarding the level of education, more than half of the patients (52.5%) attended secondary school, 28.7% attended primary school, 7.9% studied technical higher education as well as higher education, 2% were illiterate and only one case was seen. Initial study that equals 1%. Regarding employment, 32.7% are housewives, 15.8% are students, 12.9% are self-employed, 10.9% are workers, 9.9% are farmers and 5% of the cases were in students. Regarding provenance, it was shown that 69.3% of patients come from urban areas of the city of Iquitos and 30.7% come from rural areas. Regarding the presence of palpable mass, 100% of the cases presented it. It was demonstrated that more than half (57.4%) of patients presented at least 2 symptoms, 28.4% presented only abdominal pain and 13.9% presented all the symptoms. On the presence of leukocytosis it was found that 63.4% of patients presented leukocytosis and in 36.6% of cases there was evidence of absence of leukocytosis. Regarding pre-hospital medication, it was found that 59.4% of the cases received medication before admission to the institution and 40.6% did not receive it. About the medical management, antibiotics, analgesics and gastric protectors were used in 100% of the patients. In addition, it is described that the most used antibiotic scheme was CIPROFLOXACIN + METRONIDAZOLE. It was found that 4% of the cases did not receive surgical treatment and 96% received it, of these 51.5% underwent appendectomy + drainage, 25.7% cavity wash + drainage, and 18.8% only appendectomy.

CONCLUSIONS: The incidence of appendiceal plastron in the Regional Hospital of Loreto was 8.79% with respect to patients diagnosed with acute appendicitis. The appendiceal plastron in the Regional Hospital of Loreto occurs more frequently in males between the second and third decade from urban areas. It is concluded that the appendiceal plastron was more frequent in cohabitants and in people who finished secondary school. It was concluded that the occupation that most prevailed in our study was that of housewives with 32.7%. 100% of patients presented palpable mass. In our study it was concluded that of the total of patients with appendiceal plastron, 63.4% had leukocytosis. It is concluded that in 100% of cases of appendiceal plastron antibiotics, analgesics and gastric protectors were used. The most used antibiotic scheme in patients with appendiceal plastron was CIPROFLOXACIN + METRONIDAZOLE (46.5%), followed by CEFTRIAXONE + METRONIDAZOLE (42.6%) and IN 10.9% CIPROFLOXACIN + CLINDAMYCIN was used. It is concluded that 4% of patients with appendiceal plastron did not receive surgical treatment, 96% if they received surgical treatment, of them, 51.5% underwent APENDICECTOMY + DRAINAGE, to 25.7% CAVITY WASH + DRAINAGE, to 18.8% he was practiced only APENDICECTOMY and no patient was subjected to PERCUTANEOUS DRAINAGE.

INTRODUCCIÓN

Caracterizada por primera vez como entidad quirúrgica en 1886 por el patólogo Reginald Fitz, la apendicitis es ahora la emergencia abdominal más común y la apendicetomía es la cirugía no electiva más frecuentemente realizada por cirujanos generales.(1)

La apendicitis aguda ocurre infrecuentemente en niños, jóvenes así como en adultos mayores, al igual que el plastrón apendicular que ocurre alrededor del 2 a 7 % de pacientes con este cuadro, teniendo como alta incidencia a las personas de entre 7 a 30 años.(2)

El manejo inicial no quirúrgico de pacientes con plastrón apendicular ha resultado ser seguro y muy efectivo en pacientes hospitalizados, pero debido a que no hay una concordancia general, y basados en las diferentes formas y evolución del tratamiento de estos pacientes, el manejo medico aun genera controversia.(2)

De modo que, hablar de apendicetomía electiva, lo cual se realiza a partir de la 6ta u 8va semana posterior al tratamiento médico conservador inicial del plastrón apendicular, también ha generado controversia, lo cual es recomendada como tratamiento electivo de rutina para algunos autores, mientras que los detractores de esta posición exponen la baja incidencia de apendicitis recurrente y desaconsejaría su uso como un procedimiento de rutina.(2)

Es debido que, a la poca información actual sobre las características clínicas, diagnósticas y de tratamiento del plastrón apendicular en la población loreтана, se realizó este trabajo de investigación a fin de mejorar el conocimiento de esta patología, así mismo también el tratamiento a realizar.

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La apendicitis aguda es la primera causa de atención quirúrgica en los servicios de urgencias de adultos en prácticamente todo el mundo, y la apendicetomía se ha establecido como el estándar de oro del tratamiento. El riesgo de padecer apendicitis aguda en algún momento de la vida es del 8.6% en varones y 6.7% en las mujeres por lo que, se estima una incidencia de 1.5 a 1.9 por cada 1,000 habitantes en el mundo. La población mayormente afectada se encuentra entre los 25 a 35 años.(1)

El diagnóstico de apendicitis aguda se basa principalmente en los hallazgos clínicos, en especial, en las primeras horas de la enfermedad, lo cual debe tratarse oportunamente, de modo que, en aproximadamente un 10% de los pacientes puede evolucionar hacia una perforación apendicular y con ello, a una peritonitis o un plastrón apendicular, incrementándose las morbilidades, así como también, el tiempo de reposo o estadía hospitalaria.(2)

La apendicitis aguda puede ser complicada por el desarrollo de una masa apendicular inflamatoria en el 2 a 10% de los pacientes. Esta masa es el resultado de una perforación de la pared apendicular y representa un amplio espectro patológico que va desde una masa inflamatoria (que consiste en la inflamación del apéndice, algunas vísceras adyacentes y el epiplón mayor) hasta un absceso peri apendicular.(3)

De estos, un grupo importante llega a desarrollar un plastrón apendicular, que no es más que el resultado del aplastronamiento del apéndice cecal por el epiplón edematoso, lo cual junto a las asas intestinales se adhiere a éste cuando se halla inflamado y/o perforado, por ende, a pesar de ello, existen aún controversias y no hay un acuerdo general entre los cirujanos en cuanto al manejo de la masa apendicular inflamatoria.(3)

En el Perú existen algunos reportes sobre la incidencia, aspectos clínicos y el tratamiento que se les da a los pacientes con plastrón apendicular.

En el departamento de Loreto en el año 2014 se realizó un estudio sobre la eficacia del tratamiento médico ante quirúrgico de plastrón apendicular. Actualmente se expuso un trabajo de investigación realizado en el Hospital "CESAR GARAYAR GARCIA" sobre las complicaciones de la apendicitis aguda en la ciudad de Iquitos.

En el Hospital Regional de Loreto no se han realizado investigaciones al respecto, de modo que, considero que es muy importante conocer las características clínicas, diagnósticas y de tratamiento del plastrón apendicular.

Por lo que me planteo la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características clínicas, diagnósticas y tratamiento del plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto de Enero de 2014 a Junio del 2018?

II. JUSTIFICACION

El plastrón apendicular es una complicación de la apendicitis aguda que es muy frecuente, sobre todo en edades de entre 20 y 30 años, y se asocia a una mortalidad elevada cuando no existe diagnóstico adecuado ni tratamiento oportuno.

El presente estudio parte de que en la región Loreto, aun no hay estudios suficientes que permitan conocer cuáles son las características clínicas, diagnósticas y de tratamiento plastrón apendicular.

La importancia del presente trabajo, radica en que aún no existe un protocolo de manejo de pacientes con diagnóstico de Plastrón Apendicular en el Hospital Regional de Loreto, de manera que, con los resultados obtenidos en este estudio se contribuirá al conocimiento de dicha entidad.

Tales conocimientos orientaran a tomar medidas y realizar el diagnóstico oportuno por parte del profesional médico con la finalidad de realizar tratamiento adecuado a dichos pacientes que al final repercutirán en la buena salud de nuestra comunidad.

Por lo que se debe justificar a la realización de esta investigación **“Características clínicas, diagnósticas y tratamiento de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2014 a Junio 2018”**

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

- ❖ Determinar las características clínicas, diagnósticas y tratamiento del plastrón apendicular, en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de Enero 2014 a Junio 2018.

3.2 Objetivos específicos:

- ❖ Identificar la incidencia de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto, de Enero 2014 a Junio 2018
- ❖ Describir las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación y lugar de procedencia) de los pacientes con plastrón apendicular atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de Enero 2014 a Junio 2018.
- ❖ Establecer las características clínicas (presencia de masa apendicular, sintomatología más frecuente, leucocitosis, medicación pre-hospitalaria, tiempo de enfermedad, tiempo de hospitalización, enfermedades asociadas y complicaciones) de los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Loreto, de Enero 2014 a Junio 2018.
- ❖ Identificar los métodos diagnósticos más utilizados en el plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto, de Enero 2014 a Junio 2018.
- ❖ Determinar el tipo de tratamiento del plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto, de Enero 2014 a Junio 2018.

CAPITULO II

IV. MARCO TEORICO

4.1 Antecedentes de la investigación

4.1.1 Internacionales

En un estudio descriptivo retrospectivo de los especímenes de apendicitis aguda de la base de datos del Departamento de Patología del Hospital San Rafael de Tunja (Colombia), durante el periodo de enero a diciembre de 2011. Se encontraron 1.688 informes de histopatología de apendicitis aguda. Las muestras de tejidos provenían de siete áreas diferentes del departamento de Boyacá. Los estadios, por orden de frecuencia, fueron: apendicitis supurativa aguda (49 %), gangrenosa (24 %), apéndice normal (18 %) y apéndice edematoso (7 %). (4)

En un estudio realizado en el área de emergencia del hospital universitario de Guayaquil el 2015, de tipo retrospectivo, no experimental y transversal, se analizó 55 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda de 15 a 30 años de los cuales el grupo etario que más predominó fue de 15 a 19 años 43% (24/55), además se observó predominio de sexo masculino 56% (31/55). (5)

En un estudio realizado en el hospital Exequiel Gonzales Cortes de Santiago de Chile publicado en la revista de cirugía infantil el 2004, se reportó que el 9% de pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular no respondió a tratamiento médico, requiriendo cirugía; mientras que aquellos que recibieron tratamiento quirúrgico el 46% presentaron complicaciones intra y post- operatoria. (6)

Celsa perez et al. en un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo realizado en el Hospital central Universitario Antonio Maria Pineda de Barricineto en Venezuela se encontró que de los pacientes manejados quirúrgicamente un 32% fue debido a complicaciones por absceso de

plastrón, 20,6% por peritonitis y 44,1% no presentaron complicaciones.(7)

En un estudio realizado en Córdoba, Argentina en el año 2015 de tipo observacional descriptivo de 46 pacientes con plastrón apendicular en los últimos 10 años. El 56,5% fueron mujeres, siendo el 43,5% hombres. El tiempo de diagnóstico fue de 5 días, recibieron antibióticos 24% del grupo tratado quirúrgicamente y 42,9% el grupo tratado de forma convencional. Para su diagnóstico aparte de la anamnesis y exploración física se les hizo una ecografía abdominal y solo a 9 pacientes fue precisa una TAC abdominal. La estancia hospitalaria para los tratados quirúrgicamente 7,9 +/- 2,9 días y; los de forma convencional fue de 8,3 +/- 2,2 días las complicaciones fueron mayor en el grupo que se les realizó apendicetomía las principales fueron: colección abscesificada de diferente localización, suboclusión intestinal, seroma. Con este estudio concluyeron que el manejo conservador del plastrón apendicular presenta una menor tasa de complicaciones respecto al manejo quirúrgico inicial. (8)

F. Villalon et al en un estudio retrospectivo realizado en el servicio de cirugía pediátrica del Hospital Dinostia en San Sebastian se encontró de un total de 19 casos, al 100% de ellos se administró antibioterapia intravenosa y, en 14 de ellos, además, se realizó drenaje peritoneal (estancia media de 11,5 días). En 3 pacientes (16%) fue necesario realizar la apendicectomía de manera precoz (a los 12, 30 y 40 días). En 16 (84%), el manejo conservador funcionó y la apendicectomía se realizó transcurridos entre 3 y 12 meses (media: 6,6 meses): cuatro por abordaje abierto y 12 mediante laparoscopia. (9)

4.1.2 Nacionales

En un estudio realizado en la ciudad de Cajamarca en el año 2015, se encontró que 24 (77,1%) fueron de sexo masculino. La edad de los pacientes tuvo una media de 42 años y la procedencia en su mayoría fue

del área rural. La incidencia del plastrón apendicular fue de 1,57%. El tiempo de enfermedad tuvo un promedio de 6 días y el diagnóstico de ingreso en su mayoría fue de Plastrón apendicular (40,6%). La principal manifestación clínica encontrada en todos los pacientes fue el dolor abdominal y el signo más encontrado fue el de una masa palpable en la fosa iliaca derecha (57,1 %). Se observó un recuento leucocitario promedio de 11730 leuc/mm³ La ecografía se utilizó como diagnóstico de confirmación de la enfermedad (57,1 %), siendo la masa apendicular el hallazgo más frecuente (40,5%). El tipo de manejo fue en su mayoría médico en los pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular confirmado por ecografía (87,5%), mientras que en los que no fueron diagnosticados por ecografía el tratamiento en su mayoría fue quirúrgico (77,8%). El esquema antibiótico más utilizado fue metronidazol - ciprofloxacino. (10)

En otro estudio, realizado en el Instituto Nacional de Salud del niño se encontró que la incidencia de plastrón apendicular fue 28.86%. La edad de mayor incidencia fue 9 años, siendo más frecuente en menores de 6 a 10 años. El tiempo de enfermedad previo a la hospitalización fue de 5 días. Se evidenció masa en fosa iliaca derecha en el 62.5%. El 75.74% se realizó ultrasonografía abdominal. Se inició tratamiento médico conservador en el 93.2%. El esquema antibiótico de primera línea fue amikacina/clindamicina endovenoso por 6 días, y el de segunda línea ceftriaxona/metronidazol. (11)

En un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, realizado en la ciudad de lima en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza se encontró que el 25,0% del total presentó al menos alguna complicación; 23,3% en el grupo médico en comparación a 26,4% en el quirúrgico, sin diferencia significativa ($p > 0.05$); en ambos fiebre fue la principal complicación en 15%; seguida por fístula enterocutánea y absceso en el quirúrgico y absceso y neumonía en el

medico. La mediana de estancia hospitalaria fue de 10 días con diferencias significativas según cada grupo. (12)

En un estudio observacional y retrospectivo de Frias y cols. Publicado en el 2012 realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, de 77 pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular durante el periodo 2006 - 2012, se encontró que la incidencia de masa apendicular inflamatoria (plastrón) fue de 2,76% respecto al grupo total de pacientes diagnosticados con apendicitis aguda, encontrando una media para la edad de 35,64 años. Así mismo, el tiempo de enfermedad promedio fue de 8,02 días. La ecografía abdominal es el estudio utilizado con mayor frecuencia para confirmar el diagnóstico (97,4%), seguido de la tomografía abdominal en el 57,14% de los pacientes. En los hemogramas se encontró una media de 14012 leucocitos/mm³. El manejo que se opta en dicho nosocomio es el manejo conservador, siendo ceftriaxona - metronidazol el esquema antibiótico más utilizado (92,21%), reportando una tasa de éxito de 88,31% (tasa de fracaso de 11,69%), de los cuales sólo al 11,76% se les realizó apendicectomía de intervalo, y de éstos ninguno presentó complicaciones postoperatorias. (13)

En un estudio observacional de casos y controles realizado en el hospital "CESAR GARAYAR GARCIA" de la ciudad de Iquitos en el periodo de enero a diciembre del 2017 se encontró que de 110 pacientes postoperados por apendicitis aguda complicada el 61,10% fueron de sexo masculino y el 38,9% fueron de sexo femenino, la edad media de los pacientes que presentaron complicaciones postoperatorias fue de 32,22 años, el 94,4% de los pacientes con complicaciones postoperatorias no presentaron comorbilidades, el 3.3% presentaron HTA, el 1.1% presento DM2 o VIH. En los reportes operatorios se encontró que de los pacientes que presentaron complicaciones postoperatorias, el 5.6% presentaron fase congestiva, otros 5,6% fase flemosa, el 33,3% fase necrótica, mientras que el 55,6% fase perforada.

Según evolución de los pacientes que presentaron complicaciones postoperatorias, el 83,3% tuvieron infección de herida operatoria, el 5,5% dehiscencia, 5,5% íleo adinámico y otros 5,5% presentaron absceso abdominal.(14)

En un estudio analítico, retrospectivo realizado en el periodo de Enero del 2010 a Diciembre del 2013 en el hospital apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA" se evaluó a 96 pacientes distribuidos en dos grupos, grupo I (48 pacientes con tratamiento conservador) y grupo II (48 pacientes con tratamiento quirúrgico) encontrándose que la edad promedio para el grupo I fue $33,82 \pm 12,54$ años y para el grupo II de $29,60 \pm 9,33$ años; el 64,58% de los pacientes en el grupo I y 60,42% del grupo II fueron varones. En lo referente a la eficacia de los tratamientos, en el grupo I el 83,33% de los pacientes respondieron al tratamiento conservador y en el grupo II solamente el 27,08% de los pacientes respondieron al tratamiento quirúrgico. ($p < 0,05$). En cuanto a la presencia de complicaciones, en el grupo I el 16,67% de los pacientes presentaron complicaciones y en el grupo II se presentó el 72,92%. Las complicaciones que con mayor frecuencia se presentaron en el grupo I fueron la sepsis en el 10,42% de los pacientes, seguido por absceso de plastrón en el 4,17% y un 2,08% presentó obstrucción intestinal y complicación torácica. En el grupo II fueron las fístulas en el 29,17% seguido de infección de herida operatoria en un 22,92% y sepsis en un 20,83% de las complicaciones y por último se expone que tratamiento conservador es más eficaz que el tratamiento quirúrgico en pacientes con plastrón apendicular.(15)

4.2 Bases Teóricas

4.2.1 Historia de la Apendicitis

En 1886 fue reconocida como entidad clínica y anatomopatológica por Reginald Heber Fitz (1843-1913). El apéndice fue descrito por Berengario DaCarpi (1460-1530) en el año 1521, aunque se observó claramente en las descripciones de anatomía de Leonardo Da Vinci

(1452-1519), hechas en 1492, que fueron publicadas en el siglo 18.
(16)

El 18 de junio de 1886 el Dr. Reginald H. Fitz presentó su conferencia titulada "Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment". En este escrito, Fitz enfatizó que el origen de la mayoría de los procesos inflamatorios de la fosa ilíaca derecha están en el apéndice. Describe con claridad el cuadro clínico y lo más sorprendente es que propone la cirugía temprana como tratamiento, siendo además el primero que utilizó el término apendicitis. (16)

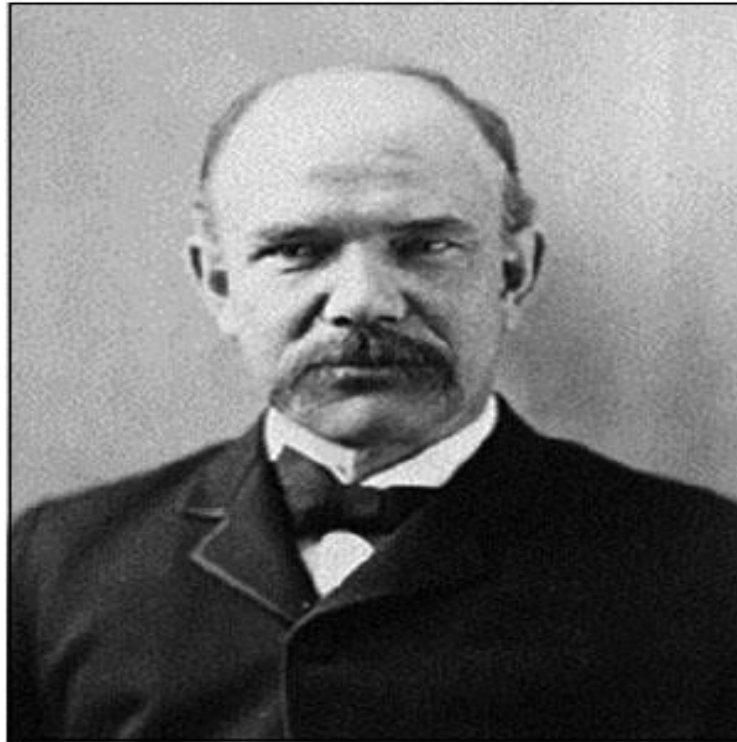


Figura 1. Reginald H. fitz



Figura 2. Berengario DaCarpi

4.2.2 Consideraciones Anatómicas

Embriología

El apéndice vermiforme es derivado del intestino medio junto con el intestino delgado, el ciego, el colon ascendente y la mitad derecha del colon transversal; todas estas estructuras a su vez irrigadas por la arteria mesentérica superior. Es visible en la octava semana de gestación y los primeros acúmulos de tejido linfático se desarrollan durante las semanas catorce y quince de gestación. (17)

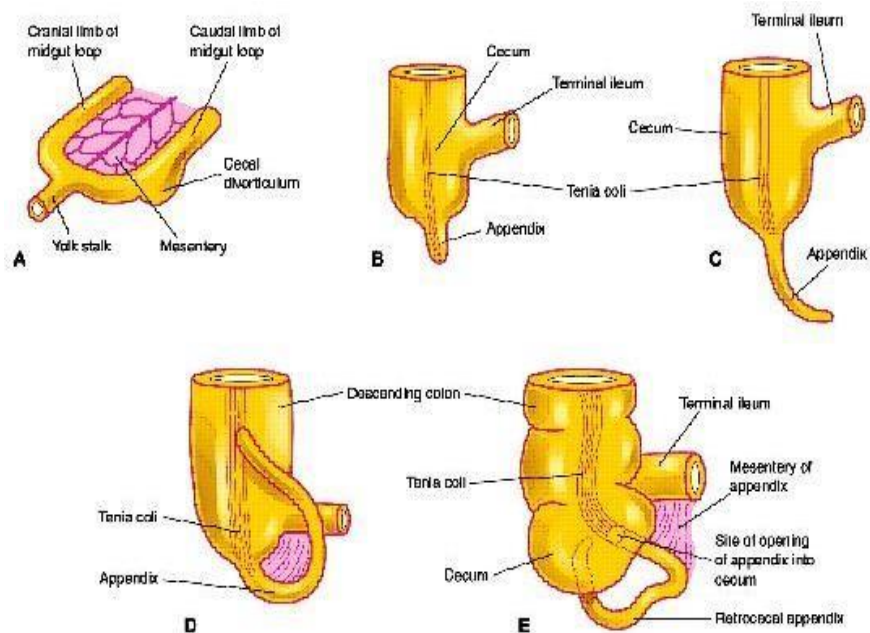


Figura 3.embriología del apéndice

Anatomía

De forma vermicular, el apéndice tiene una longitud media de 6 a 12 cm (extremos de 1 a 20 cm) por un calibre de 0,8 mm. Normalmente es permeable. Su base de implantación es constante sobre la cara interna o posterointerna del ciego, a 2-3 cm por debajo de la unión ileocecal, en el punto de convergencia de las tres tenías musculares cólicas anteriores, posteroexterna y posterointerna. Es descendente en posición laterointerna. El meso apendicular es normalmente ancho y desplegado, extendido entre el apéndice y la cara posterior del mesenterio de la última asa de delgado. Es el repliegue formado por la arteria apendicular que constituye este meso. (18)

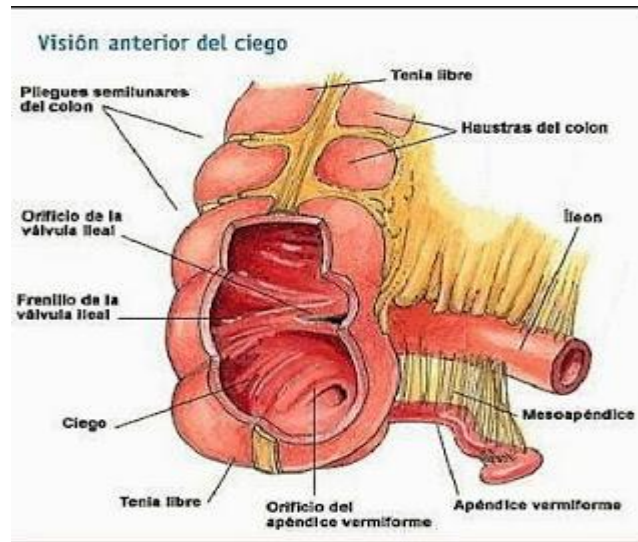


Figura 4. Anatomía del Apéndice

Su posición varía, y así se presentan las siguientes localizaciones:

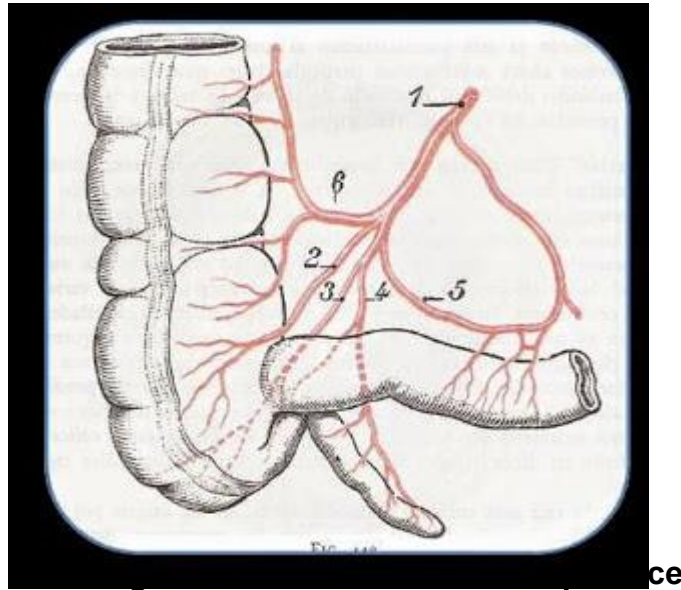
- Apéndice ascendente en el receso retrocecal, 65%
- Apéndice descendente en la fosa iliaca, 31%
- Apéndice transverso en el receso retrocecal, 2,5%
- Apéndice ascendente, paracecal y preileal, 1%
- Apéndice ascendente, paracecal y postileal 0,5%. (17)

Vascularización

La arteria ileocólica o cólica derecha inferior se divide en dos ramas, una cólica, que remonta a lo largo del colon ascendente y otra ileal, que constituye junto con la rama terminal de la arteria mesentérica superior la arcada ileocólica.

De esta arcada nacen arterias terminales para el ciego y el apéndice:

- La arteria cecal anterior pasa por delante del íleon.
- La arteria cecal posterior por detrás.
- La arteria apendicular propiamente dicha nace de la arteria cecal posterior o de la arcada ileocólica quien se encarga del aporte sanguíneo del apéndice vermiforme. (18)



1. Arteria ileocecoapendiculocolica
2. art. Cecal ant.
3. art. Cecal post.
4. art. Apendicular
5. art. Recurrente ileal
6. art. Cólica der. Inferior

Inervación

La inervación del apéndice está dada por el plexo solar, por medio del plexo mesenterio superior. (18)

Drenaje venoso

Las venas del apéndice se ubican con la arteria, en el mesenterio del apéndice. Se unen a las venas cecales para convertirse en la vena ileocólica, una tributaria de la vena cólica derecha. (18)

Drenaje linfático

El drenaje linfático de la región ileocecal es a través de una cadena de ganglios alrededor de las arterias apendicular, ileocólica y mesentérica superior que llegan al ganglio celiaco y la cisterna del quilo. Los linfocitos formados en los ganglios pasan a la luz del apéndice. (18)

4.2.3 Concepto

La apendicitis aguda es una enfermedad inflamatoria infecciosa del apéndice cecal, que, como su nombre lo indica, es un apéndice que tiene la parte inicial del intestino grueso, denominada ciego. Al ser una inflamación aguda, el dolor es de rápido inicio. Si uno siente molestias hace meses lo más probable es que no sea apendicitis. (19)

4.2.4 Epidemiología

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. La tasa de apendicectomía es aproximadamente del 12% en hombres y del 25% en mujeres. En la población en general las apendicetomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10.000 pacientes cada año y las tasas de mortalidad son menores de 1 por 100.000 pacientes. (19)

4.2.5 Etiopatogenia

La apendicitis constituye una versión de una diverticulitis, en la cual el apéndice representa un largo divertículo con una luz estrecha. La inflamación del apéndice resulta de una obstrucción de su luz, ya sea por materia fecal espesada (fecalito), hiperplasia linfoidea, cuerpo extraño, parásitos, tumor carcinoide, etc. Existe una relación temporal entre la apendicitis y la aparición y el desarrollo de folículos linfáticos submucosos alrededor de la base del apéndice. Estos folículos son muy escasos en el nacimiento y progresivamente van aumentando en número, hasta alcanzar un pico en la adolescencia, para luego declinar a partir de los treinta años. En los países desarrollados con dietas pobres en fibras, existe una relación epidemiológica entre apendicitis y presencia de fecalitos en la luz apendicular. Sin embargo, en los preparados histológicos no siempre aparece una causa de obstrucción de la luz

apendicular, lo que sugeriría en esos casos una obstrucción funcional. Por otra parte, también podría ocurrir inflamación local del apéndice secundaria a algún agente infeccioso como Yersinia, Salmonella, Shigella, coxsackievirus B, adenovirus, actinomyces. (20)

Obstrucción de la luz apendicular

- Hiperplasia linfoidea.
- Fecalito.
- Cuerpo extraño.
- Parásito.
- Tumor carcinoide.

Infección

- Yersinia, salmonella, shigella, coxsackie virus B, adenovirus, actinomyces. (20)

En forma esquemática, se podrían reconocer cuatro estadios evolutivos en una apendicitis: 1. Apendicitis congestiva o catarral. 2. Apendicitis flegmonosa o supurada. 3. Apendicitis gangrenosa o microscópicamente perforada. 4. Apendicitis perforada.

1. Apendicitis Congestiva o Catarral. Se explica por la oclusión de la luz apendicular, donde se secreta cada vez más secreción mucosa distendiendo el apéndice por aumento de la presión dentro de éste, gracias a esto, existe congestión vascular a predominio venoso y exudado plasmoleucocitario que infiltra las paredes del apéndice. Todo lo cual se evidencia a nivel macroscópico con edema. (20)

2. Apendicitis Flegmonosa. A medida que existe la colección de secreciones mucosas dentro del apéndice, se produce el sobrecrecimiento bacteriano que favorece la invasión de bacterias hacia la pared apendicular, misma que a estas alturas se encuentra ulcerada debido al compromiso vascular. Ésta pared invadida de PMN presentará necrosis en sus capas más internas, pero

al exterior se puede observar, aparte de edema y congestión, exudado y gleras fibrinopurulentas lo cual caracteriza este estadio macroscópicamente. (20)

3. Apendicitis Gangrenosa. También llamada necrótica, es aquella cuyo compromiso congestivo y supurativo ha sido tal, que produce mayor compresión vascular afectando la circulación arterial, aparte del existente sobrecrecimiento bacteriano, contribuye a la necrosis total de la pared apendicular. A la observación macroscópica se observa grandes áreas de ulceración hemorrágica y necrosis, aparte de las características de estadios anteriores, microscópicamente se observa infiltrado PMN y otros componentes propios de la inflamación, además de necrosis del tejido con pequeñas perforaciones de la pared. (20)

4. Apendicitis Perforada. Como su nombre lo indica, el apéndice llega a un estado en el cual las situaciones anteriores desarrollan perforación plena de la pared, es decir, todas esas pequeñas perforaciones se agrandarán y formarán soluciones de continuidad vistas tanto macroscópica como microscópicamente, acompañadas de características de estadios anteriores. La salida de exudado fibrinopurulento, y del contenido apendicular incluyendo el fecalito impactado, como causa más común, puede originar con facilidad abscesos, plastrón apendicular, peritonitis localizada y generalizada, e incluso, en el peor de los casos provocar la muerte. (20)

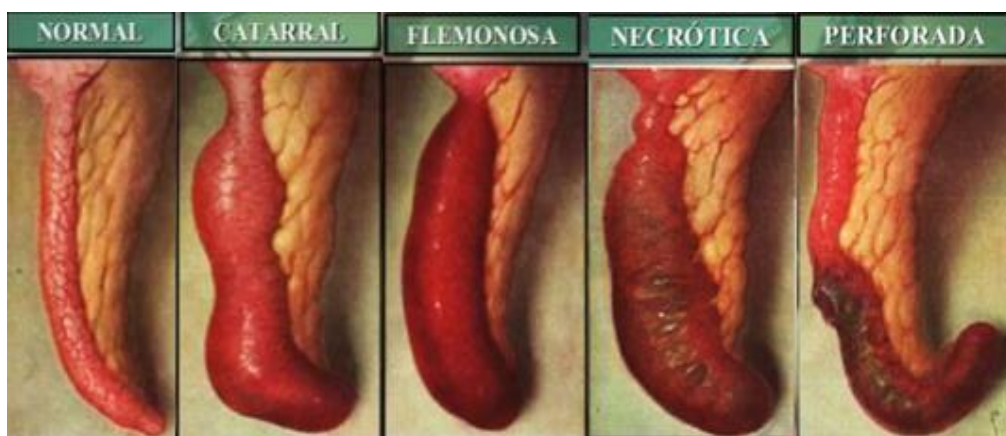


Figura 6. Estadios

4.2.6 Manifestaciones Clínicas

Cuadro clínico inicial

Evolución no mayor de 24-36 horas

- Inapetencia.
- Dolor periumbilical y luego en fosa ilíaca derecha.
- Náuseas y/o vómitos.
- Estado subfebril y luego hipertermia, 37,5°-38,5°.

En su forma más simple y clásica, la apendicitis comienza con inapetencia y dolor periumbilical (dolor metamérico, por distensión del apéndice inervado por el dermatomo correspondiente a D8-D10, que también recibe las aferencias nerviosas de la zona periumbilical). Es importante tener en cuenta que la inflamación de cualquier sector del intestino medio causará tal sintomatología. (20)

Estadios avanzados Evolución mayor de 36-48 horas

Si el paciente no es diagnosticado y tratado a tiempo aparecen:

- Cierta compromiso del estado general (facies séptica, taquipnea, taquicardia, deshidratación, aliento cetónico).
- Dolor más generalizado (flanco, fosa ilíaca derecha, hipogastrio, flanco contralateral, o generalizado).
- Hipertermia mayor de 38-38,5°.
- Dolor a la descompresión y defensa más generalizados.
- Palpación de una masa tumoral en flanco derecho, fosa ilíaca derecha y/o hipogastrio (plastrón). (20)

4.2.7 Diagnóstico

El diagnóstico de la apendicitis se basa en la exploración física y en la historia clínica, complementado con análisis de sangre, orina y otras pruebas como las radiografías simples de abdomen, de pie y en decúbito, ecografía abdominal y TAC abdominal simple entre otros.

La exploración física se basa en la palpación abdominal. La presentación de la apendicitis suele comenzar como un dolor repentino localizado en la mitad inferior de la región epigástrica o región umbilical, caracterizado por ser un dolor de moderada intensidad y constante que ocasionalmente se le superponen calambres intermitentes. Luego desciende hasta localizarse en la fosa ilíaca derecha, en un punto ubicado en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de una línea imaginaria entre el ombligo y la espina ilíaca antero-superior, llamado Punto de McBurney. (19)

En el 75% de los casos existe la tríada de Cope, que consiste en la secuencia dolor abdominal, vómitos alimentarios y febrícula. Los signos clásicos se localizan en la fosa ilíaca derecha, en donde la pared abdominal se vuelve sensible a la presión leve de una palpación superficial. Además, con la descompresión brusca dolorosa del abdomen, un signo llamado Signo del Rebote, se indica una reacción por irritación peritoneo parietal. (19)

En los niños el diagnóstico puede ser más difícil por la irritabilidad del paciente y su falta de colaboración para el examen físico, en estos casos el papel de la ecografía es muy eficiente como medio diagnóstico de gabinete. Si la palpación del abdomen produce una rigidez involuntaria, se debe sospechar una peritonitis. También en los ancianos puede ser difícil el diagnóstico por el alto umbral al dolor por parte de éstos, la poca atención que se les da y por otras patologías. (19)

Signo de Rovsing:

La palpación profunda de la fosa ilíaca izquierda puede producir dolor en el lado opuesto, la fosa ilíaca derecha, lo cual describiría un signo de Rovsing positivo, uno de los signos usados en el diagnóstico de la apendicitis. La presión sobre el colon descendente que se refleja en el cuadrante inferior derecho es también una indicación de irritación del peritoneo. La presión en la fosa ilíaca izquierda genera desplazamiento del gas en el marco cólico en forma retrograda, y al llegar dicho gas al ciego se produce dolor en la fosa ilíaca derecha. También se produce el mismo fenómeno presionando sobre el epigastrio, conocido como signo de Aaron o, si es en el hipocondrio derecho, Signo de Cheig. (19)

Signo del Psoas:

A menudo, el apéndice inflamado se ubica justo por encima del llamado músculo psoas de modo que el paciente se acuesta con la cadera derecha flexionada para aliviar el dolor causado por el foco irritante sobre el músculo. El signo del psoas se confirma haciendo que el paciente se acueste en decúbito supino mientras que el examinador lentamente flexione el muslo derecho, haciendo que el psoas se contraiga. La prueba es positiva si el movimiento le causa dolor al paciente. Aunque este signo también llamado signo de Cope se presenta en casos de absceso del psoas. (19)

Signo del obturador:

Similar al signo del psoas, el apéndice inflamado puede estar en contacto con el músculo obturador, localizado en la pelvis, causando irritación del mismo. El signo del obturador se demuestra haciendo que el paciente flexione y rote la cadera hacia la línea media del cuerpo mientras se mantiene en posición acostada boca-arriba, o posición supina. La prueba es positiva si la maniobra le causa dolor al paciente, en especial en el hipogastrio. (19)

Laboratorio

La mayoría de los pacientes cuentan con un hemograma previo a la realización de la cirugía como parte de los estudios básicos, se observa muy frecuentemente leucocitosis entre 12 000 y 18 000 mm³. El conteo de leucocitos puede ser útil en el diagnóstico y en la exclusión de la apendicitis. Los análisis de orina son solicitados usualmente para excluir la posibilidad de infección del tracto urinario cuando esta se sospecha, pudiéndose encontrar piuria y/o hematuria sin bacteriuria en un tercio de los pacientes con apendicitis debido a la proximidad del uréter y la vejiga. (19)

Imagen

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 y pérdida del patrón graso del peritoneo. (17)

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. La TAC ha demostrado una sensibilidad y una especificidad de 94% y 95% en niños respectivamente y de 94% y 94% en adultos. El US mostró una sensibilidad y especificidad de 88% y 94% en niños respectivamente, y de 83% y 93% en adultos. (17)

Escala de Alvarado

La probabilidad del diagnóstico correcto de apendicitis se incrementa cuando se hace hincapié en las manifestaciones clínicas específicas, las cuales se resumen en una escala de puntuación denominada la Escala de Alvarado. (19)

Tabla 1. Escala de Alvarado (Ohle *et al.* 2011).

Parámetro	Puntaje
Dolor abdominal migratorio	1
Anorexia	1
Náuseas/vómito.	1
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Fiebre (Temperatura > 37,5°C)	1
Rebote positivo (blumberg presente)	1
Leucocitosis (leucocitos > 10.500 cel/mm ³)	2
Desviación a la izquierda (neutrofilia >75%)	1
Total	10

Figura 7. Escala de Alvarado

Criterios de decisión de la escala diagnóstica de Alvarado

- ❖ Negativo para apendicitis 0-4 Puntos
- ❖ Posible apendicitis 5-6 Puntos
- ❖ Probable apendicitis 7-8 Puntos
- ❖ Apendicitis 10 Puntos

Un valor acumulado de 7 o más puntos es altamente sugestivo de una apendicitis. Cuando el puntaje no pasa de 5-6 puntos, se recomienda realizar una tomografía para reducir la probabilidad de falsos negativos descubiertos durante la apendectomía. (19)

4.2.8 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La precisión diagnóstica de la apendicitis suele ser entre el 75-80% basado en los criterios clínicos. las alteraciones más frecuentes encontradas como diagnóstico diferencial, en orden de frecuencia son: la linfadenitis mesentérica, ausencia de enfermedad orgánica, enfermedad

inflamatoria pélvica aguda, rotura de folículo ovárico o cuerpo amarillo y gastroenteritis aguda. (19)

4.2.9 Tratamiento

El tratamiento de la apendicitis aguda es de resolución quirúrgica, Apendicectomía, previamente se realiza reposición hidroelectrolítica y profilaxis antibiótico. **Apendicectomía abierta:** En individuos con sospecha de apendicitis casi todos los cirujanos practican una incisión de McBurney (oblicua) o Rocky-Davis (transversal) en el cuadrante inferior derecho. Cuando se sospecha de alguna complicación, como perforación, o se palpa una masa en cuadrante inferior derecho se opta por realizar una **laparotomía exploratoria** para tener una visión más amplia y revisar mejor la cavidad abdominal. (20)

4.2.10 Protocolo De Manejo Quirúrgico Y Medico De Apendicitis Aguda

Paso 1. Recepción del paciente y verificación de programación de cirugía

Paso 2. Chequeo de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Paso 3. Verificar que el consentimiento informado está firmado.

Paso 4. Comprobar la existencia del informe pre anestésico.

Paso 5. Procedimiento de revisión por parte de Anestesiología del cumplimiento de los requisitos pre quirúrgicos.

Paso 6. Traslado del paciente al quirófano desde el área prequirúrgica.

Paso7. Colocación correcta del paciente en la cama quirúrgica.

Paso 8. Procedimiento de asepsia y antisepsia.

Paso 9. Procedimiento de control de la anestesia y las medidas oportunas para mantener las constantes vitales del paciente.

Paso 10. Realización del procedimiento quirúrgico.

Paso 11. Al finalizar el acto quirúrgico, el cirujano de la intervención deberá completar la descripción quirúrgica.

Paso 12. Traslado de paciente a recuperación post anestésica.(21)

ESQUEMA DE HIDRATACION

Primeras 24 horas	Lactato Ringer o solución salina 0.9%	3000 ml, dosis de infusión ajustada de acuerdo a función renal
Mantenimiento	Lactato Ringer o solución salina 0.9% o Dextrosa al 5%	Infusión ajustada a equilibrio entre ingesta oral y parenteral

ESQUEMA PARA USO DE ANTIBIOTICO

Esquema profiláctico	Cefazolina	1gr EV 30 minutos antes de la intervención. Repetir dosis a las 12 horas
Esquema para cirugía contaminada o complicación	Ceftriaxona, 1gr cada 12 horas. Gentamicina, 80 mg cada 12 horas o 160 mg cada 24 horas. Clindamicina 600 mg cada 8 horas. Metronidazol 500 mg cada 8 horas	Manejar esquema empírico y según resultado de cultivo.

ANALGESICOS

- a) Ketorolaco: una ampolla 30 mg cada 8horas
- b) Tramadol: 100 mg por via subcutánea cada 8 horas (no exceder los 400 mg)

PROTECTORES GASTRICOS

a) Omeprazol b) pantoprazol	40 mg cada 24 horas. Si hay registro de ulcera el medicamento debe ser administrado la misma cantidad cada 12 horas.
--------------------------------	--

4.2.11. Complicaciones:

- Perforación
- Absceso apendicular
- Peritonitis
- Pileflebitis
- **PLASTRON APENDICULAR**

4.3 PLASTRON APENDICULAR

4.3.1 Concepto

El plastrón apendicular se caracteriza por la presencia de una masa sensible en el cuadrante inferior derecho o periumbilical acompañado de fiebre y malestar general. Este proceso se produce por una inflamación del apéndice que es rodeado por epiplón y asas intestinales que lo cubren e impide que la ruptura del apéndice termine en una peritonitis. (22)

Un plastrón es una masa formada por intestino y omento inflamado y adherido, con poca o ninguna colección de pus; la inflamación transmural se extiende a través de la subserosa, serosa y el peritoneo, para comprometer en el proceso inflamatorio a los órganos adyacentes. Cuando se presenta colección de pus se denomina absceso apendicular. (23)

4.3.2 Epidemiología

La apendicitis (plastrón apendicular) puede presentarse a cualquier edad, es más frecuente entre la segunda y tercera década de vida. Es más

común en los individuos de raza blanca. La relación entre sexos es similar y existe una leve diferencia a favor de los varones a medida que aumenta la edad. Se calcula que entre un 7% y un 12% de la población presentó el cuadro. (24)

Aproximadamente del 2 al 10% de pacientes con apendicitis aguda, que son admitidos a un hospital cualquiera, se presentan tardíamente con una "masa" palpable en el cuadrante inferior derecho del abdomen, la que nosotros llamamos "Plastrón Apendicular". (25)

4.3.3 Fisiopatología

La teoría más aceptada sobre la patogénesis de la apendicitis aguda y por ende el plastrón apendicular, es la que postula la obstrucción de la luz del apéndice y el adosamiento del mismo por el epiplón como desencadenante. La obstrucción de la luz estaría causada principalmente por una hiperplasia linfoidea en el 60% de los casos, un fecalito en el 35%, y por cuerpos extraños, parásitos y estenosis inflamatorias o tumorales en el resto. La presencia de hiperplasia linfoidea es más frecuente en individuos jóvenes y los fecalitos en los adultos. Una vez obstruida la luz apendicular, se produce una acumulación de las secreciones normales de la mucosa del apéndice y un sobrecrecimiento bacteriano, esto determina un aumento de la presión intraluminal y encapsulamiento del proceso inflamatorio con la formación de un absceso localizado. (24)

4.3.4 Cuadro Clínico

El síntoma inicial y el más frecuente es el dolor abdominal, que se acompaña luego de náuseas y anorexia. Al principio, el dolor es de tipo visceral y de una intensidad moderada, de localización no muy bien definida, que es referida como epigástrica o periumbilical. En la medida

que la inflamación y el adosamiento del omento progresa y compromete el peritoneo parietal (entre 4 y 12 horas del inicio del cuadro), el dolor se vuelve somático, comienza a aumentar en intensidad y se va localizando en la fosa ilíaca derecha acompañado de una masa palpable irregular. Las náuseas aparecen habitualmente posterior al comienzo del dolor. Los vómitos pueden estar presentes entre un 50% y 60% de los casos, pero nunca son profusos ni prolongados.(24)

El plastrón apendicular presenta aproximadamente 5 a 7 días de evolución y está asociado a dolor abdominal (97%), vómitos (90%), fiebre (82%), anorexia (87%), disuria (50%), diarrea (40%) masa palpable (25% a 45%). (26)

4.3.5 Diagnóstico

El diagnóstico es sencillo cuando al examen físico se palpa una masa (diagnóstico clínico) y debe ser confirmado por ecografía (90%) o tomografía computada. En ocasiones el hallazgo se produce durante el examen bajo anestesia general, previa a la intervención quirúrgica; esto da un valor agregado a la práctica de palpar el abdomen con el paciente anestesiado antes de iniciar el procedimiento. (23)

4.3.6 Tratamiento

Tratamiento Quirúrgico

Se realiza básicamente con las siguientes indicaciones: la preferencia del cirujano, duda diagnóstica, obstrucción intestinal, sepsis o falla del manejo no quirúrgico. (23)

El tratamiento quirúrgico presenta aproximadamente el 30% a 50% de morbilidad y está asociada a sangrado, abscesos intraabdominales, íleos paralíticos y perforación intestinal. (26)

El tratamiento quirúrgico está asociado a:

- Duda diagnóstica
- Obstrucción intestinal
- Fracaso en el tratamiento conservador inicial
- Sepsis

Ventajas:

- Evita recidivas
- Menos estancia hospitalaria

Desventajas:

- Alta morbimortalidad (infección de herida, absceso pélvico, reintervención)
- Fístula intestinal
- Mayor coste hospitalario

Tratamiento Médico o Conservador

Consiste en cuatro puntos fundamentales:

Antibioticoterapia: En la mayoría de estudios revisados se utiliza un esquema que incluye ampicilina, gentamicina y metronidazol como mínimo por cinco días. Otros proponen el manejo con una penicilina y estreptomicina o cefalosporina y gentamicina. (23)

Drenaje percutáneo guiado por ecografía (para absceso apendicular), cuando éste sea técnicamente viable.

Observación: Seguimiento del dolor abdominal, tolerancia a la vía oral, tránsito intestinal y ausencia de SRIS. Si la evolución no es adecuada, debe suspenderse el manejo no quirúrgico y llevar al paciente a cirugía. (23)

Apendicetomía electiva: en ocho-doce semanas. (23)

Ventajas:

- Menor costo
- Menor morbilidad

Desventajas:

- Mayor estancia hospitalaria
- Tasa elevada de fracaso al tratamiento
- Puede requerir drenaje percutáneo

4.4 CONCEPTOS BÁSICOS

- ✓ **Plastrón apendicular:** El plastrón apendicular es una variante en la evolución de la apendicitis aguda en la cual el apéndice se cubre de tejidos vecinos (intestino, epiplón) formando una masa que bloquea el proceso infeccioso.
- ✓ **Apendicetomía:** extirpación del apéndice cecal
- ✓ **Apendicitis Recurrente:** Inflamación aguda del apéndice cecal posterior a un diagnóstico de plastrón apendicular con un periodo asintomático intermedio.
- ✓ **Apendicetomía de intervalo:** Extirpación del apéndice cecal, luego de instaurarse el tratamiento médico, generalmente después de 8 a 12 semanas.

V. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS				
Edad	Tiempo en que una persona ha vivido, a contar desde que nace	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio. Se medirá en años.	Numérica	En años
Sexo	Rasgo que se expresa únicamente en individuos de un determinado sexo	Se definirá por la historia clínica en : masculino y femenino	Nominal	Masculino () Femenino ()
Estado civil	Expresión jurídica, político de la comunidad humana constituida para cumplir fines trascendentales dentro de la comunidad	Estado jurídico político al momento del estudio	Nominal	Soltero (a) () Conviviente () Casado (a) () Divorciado(a)() Viudo (a) ()
Grado de instrucción	Nivel educacional recibido por parte del	Se definirá por historia clínica en: analfabeto, primaria,	Ordinal	Analfabeto () Inicial () Primaria () Secundaria ()

	paciente.	secundaria, superior no universitaria, superior universitaria,		Superior técnico () Superior universitaria ()
Ocupación	Empleo remunerado que ejerce el paciente	Se definirá de acuerdo a que si tiene su propio negocio, profesional, obrero y desempleado	Nominal	Agricultor () Obrero () Estudiante () Profesional () Desempleado () Negocio propio () Ama de casa () Otro ()
Lugar de Procedencia	Expresa lugar de origen	Se definirá de acuerdo a si proviene de zona rural o urbana	Nominal	Urbana () Rural ()
CARACTERISTICAS CLINICAS				
Plastrón Apendicular	Masa irregular en fosa iliaca derecha	Se definirá si presenta o no masa apendicular en FID	Nominal	Masa palpable () Masa no palpable ()
Sintomatología	Manifestación clínica que se presenta a causa de una patología	Síntoma que el paciente o familiar refiere al momento del ingreso	Nominal	Dolor abdominal () Fiebre () Náuseas y vómitos () 2 síntomas () Todos los

				síntomas ()
Presencia de leucocitosis	Aumento de leucocitos en sangre periférica por encima de 10 000 cel/mm ³	Se definirá si presenta o no leucocitosis	Numérica	Si () No ()
Medicación Pre-hospitalaria	Tratamiento recibido antes de ingreso al hospital	Se definirá de acuerdo a lo expresado en la historia clínica	Nominal	Si ()..... No ()
Tiempo de enfermedad	Tiempo de inicio del cuadro clínico	Se definirá el número de horas de iniciado los síntomas	Numérica	Menor de 24 horas. 24 a 48 horas. Mayor de 48 horas
Tiempo de hospitalización	Tiempo que transcurre entre el momento de ingreso al hospital, hasta el momento que es dado de alta.	Se definirá por la historia clínica en: días de hospitalización	Numérica	Menor de 3 días 3 – 7 días 8 – 14 días 15 – 30 días Mayor de 30 días
Enfermedades asociadas	Juicio medico sobre la naturaleza de la enfermedad asociada al motivo de estudio	Se definirá de acuerdo a lo expresado en la historia clínica	Nominal	DM 2 () HTA () VIH () Otros () Ninguna ()

Complicaciones	Intercurrencia médica que se produce durante la enfermedad o después del tratamiento médico o quirúrgico	Se definirá si presenta o no complicaciones	Nominal	Si ()..... No ()
CARACTERISTICAS DEL DIAGNOSTICO				
Métodos de diagnóstico	Exámenes de laboratorio y/o de imágenes que ayudan al diagnóstico	Se definirá de acuerdo a lo expresado en la historia clínica	Nominal	Hematológicos() Bioquímica () Rx abdominal () TAC abdominal() Ecografía () Otros ()
CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO				
Tratamiento médico	Manejo farmacológico de un paciente con plastrón apendicular	Se definirá de acuerdo a lo expresado en la historia clínica	Nominal	Analgésicos () Protectores gástricos () Hemotransfusión () Protectores gástricos + Analgésicos + Antibióticos ()
Esquema antibiótico	Cobertura	Se definirá de	Nominal	Ciprofloxacino +

	antibiótica de un paciente con plastrón apendicular.	acuerdo a lo expresado en la historia clínica		metronidazol () Ceftriaxona + metronidazol () Ciprofloxacino + clindamicina ()
Tratamiento Quirúrgico	Método u operación llevada a cabo para realizar el acto quirúrgico	Se definirá de acuerdo a lo expresado en la historia clínica	Nominal	No recibió () Apendicectomía () Apendicectomía + Drenaje () Drenaje percutáneo () Lavado de cavidad + Drenaje ()

CAPÍTULO III

VI. METODOLOGÍA

6.1 Tipo De Estudio: El presente trabajo es un estudio Descriptivo, Transversal y Retrospectivo.

6.1.1 Descriptivo: este estudio es descriptivo porque observó y reportó una enfermedad determinada (plastrón apendicular), en una población dada (población expuesta) y su variación de acuerdo a ciertas características de la población.

6.1.2 Transversal: según el periodo y secuencia de estudio. Este estudio es transversal porque incluyó como sujetos a las personas que están en la población en un instante determinado.

6.1.3 Retrospectivo: es retrospectivo por que se analizó datos del pasado en las historias clínicas.

6.2 Diseño De Investigación:

El presente estudio es observacional, ya que no se construyó ninguna situación sino, se observaron características ya existentes.

6.3 Población De Estudio:

Todos los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda atendidos en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2014 a Junio del 2018, que en nuestro estudio fue de 1148 pacientes.

6.4 Muestra:

Pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular atendidos en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018. En nuestro estudio 101 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión

6.5 Criterios de selección

6.5.1 Criterios de inclusión: fueron incluidos en el estudio:

- Pacientes mayores de 15 de edad
- Historia clínica de pacientes que refiera como diagnóstico clínico y/o ultrasonográfico y/o post operatorio de plastrón apendicular.

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular que se encuentren con llenado completo.

6.5.2 Criterios de exclusión: fueron excluidos del estudio:

- Pacientes en edad pediátrica hasta los 14 años.
- Pacientes cuyas historias clínicas estén ilegibles o con omisión de información.

6.6 Técnica e instrumentación

Se realizó mediante el análisis documental a través de la revisión de historias clínicas del Hospital Regional de Loreto. La confiabilidad de los datos obtenidos en las historias clínicas se midió según si cumplían o no con los criterios de inclusión y exclusión; este criterio de inclusión se realizó para disminuir el sesgo de selección e información.

6.7 Procedimiento de Recolección de Datos

Previa autorización de la dirección del hospital regional de Loreto se procedió a la revisión de historias clínicas de los pacientes en el registro de egresos de este nosocomio, desde enero del 2014 a junio del 2018.

Se elaboró una ficha de recolección de datos, la cual fue validada por 3 expertos en el tema (Ver Anexo).

6.8 Procedimiento de la información

La información recolectada fue ingresada a una base de datos en el programa Excel del Office 2013 de Microsoft, y se procedió a analizar los resultados mediante el programa estadístico SPSS ver. 22 para Windows.

6.9 Protección de los derechos humanos

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación con el fin de mantener la confidencialidad y evitar la intencionalidad de sesgo, el responsable de la investigación fue el único autorizado a tener conocimiento del paciente para el desarrollo del trabajo, el cual para la protección de los pacientes y su intimidad se tomaron los datos en forma anónima solo por número de historias clínicas sin que perjudiquen e identifiquen a los incluidos en el trabajo de investigación. Además, por ser un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal no se atentó contra ningún artículo de los derechos humanos.

CAPITULO IV

VII. RESULTADOS

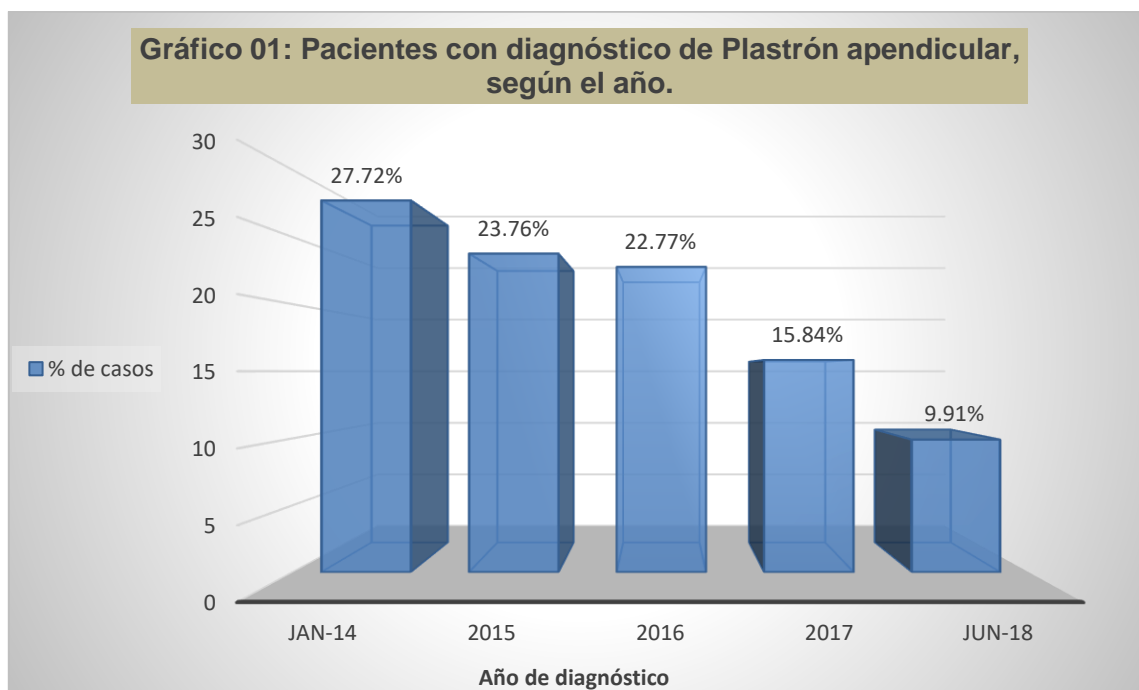
La incidencia del Plastrón Apendicular en el Hospital Regional de Loreto fue de 8.79% con respecto a los pacientes atendidos por apendicitis aguda. La distribución de los casos durante los 4 años y 6 meses en el estudio se puede visualizar en la tabla 01, determinándose la tendencia de dicha patología en nuestro medio en el gráfico 01.

Tabla 01: Incidencia de pacientes con diagnóstico de Plastrón apendicular, según el año.

AÑO DE ESTUDIO	N° DE CASOS DE PLASTRÓN APENDICULAR	N° DE PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA	PORCENTAJE
2014	28	218	12.84%
2015	24	234	10.25%
2016	23	278	8.27%
2017	16	264	6.06%
2018	10	154	6.49%
Total	101	1148	8.79%

- **Datos proporcionados por el servicio de Estadística del Hospital Regional de Loreto.**

En la tabla 01 se evidencia que el mayor número de casos de plastrón apendicular se dio en el 2014, seguido del 2015 con 24 casos. En el año 2018 se obtuvo 10 casos en los 6 primeros meses.



En el gráfico 01 se evidencia que el mayor número de casos de plastrón apendicular fueron en el año 2014, reportándose el 27.72%.

A. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

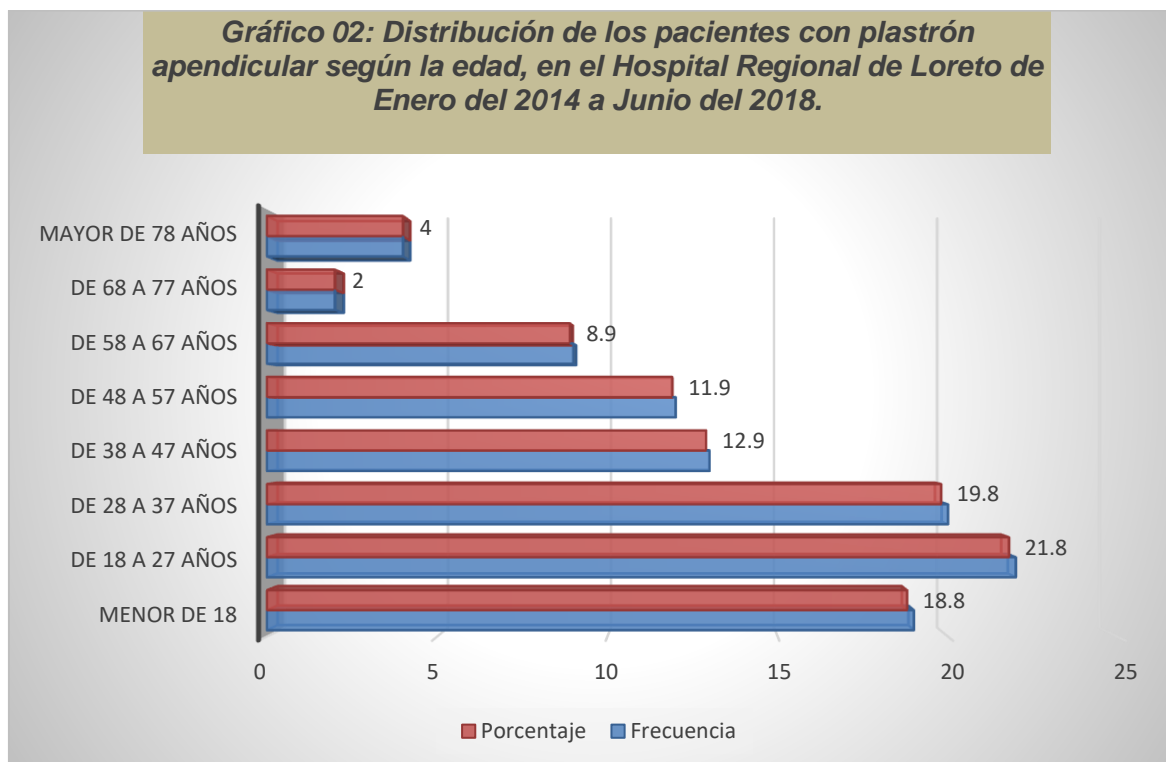
1. Edad

Tabla 02: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según la edad, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

2.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor de 18	19	18,8	18,8
De 18 a 27 años	22	21,8	40,6
De 28 a 37 años	20	19,8	60,4
De 38 a 47 años	13	12,9	73,3
De 48 a 57 años	12	11,9	85,1
De 58 a 67 años	9	8,9	94,1
De 68 a 77 años	2	2,0	96,0
Mayor de 78 años	4	4,0	100,0
Total	101	100,0	

Gráfico 02: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según la edad, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

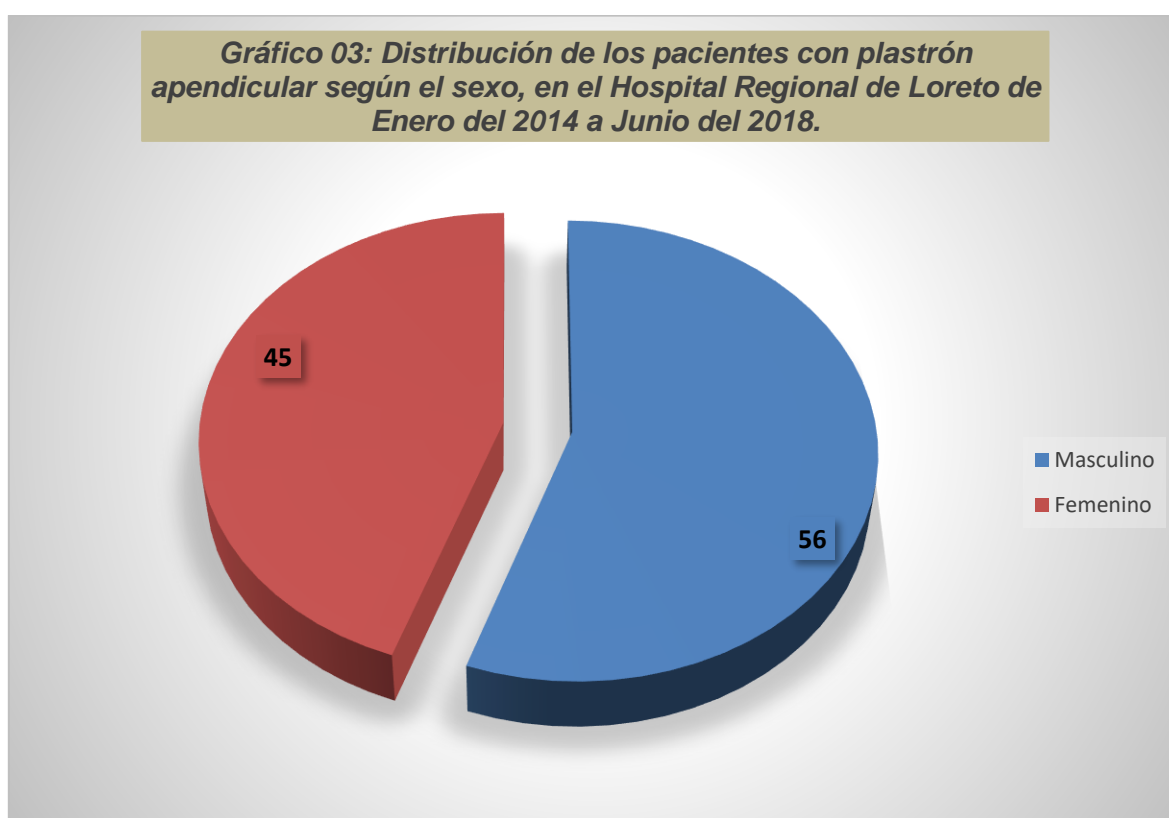


El 73% de los pacientes con plastrón apendicular son menores de 48 años, siendo el grupo de edad de 18 a 27 años con mayor frecuencia con el 21.8% de los casos, seguido por pacientes de entre 28 y 37 años con el 19.8% de los casos, solo el 4% son mayores de 78 años.

2. Sexo

Tabla 03: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según el sexo, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	56	55,4
Femenino	45	44,6
Total	101	100,0

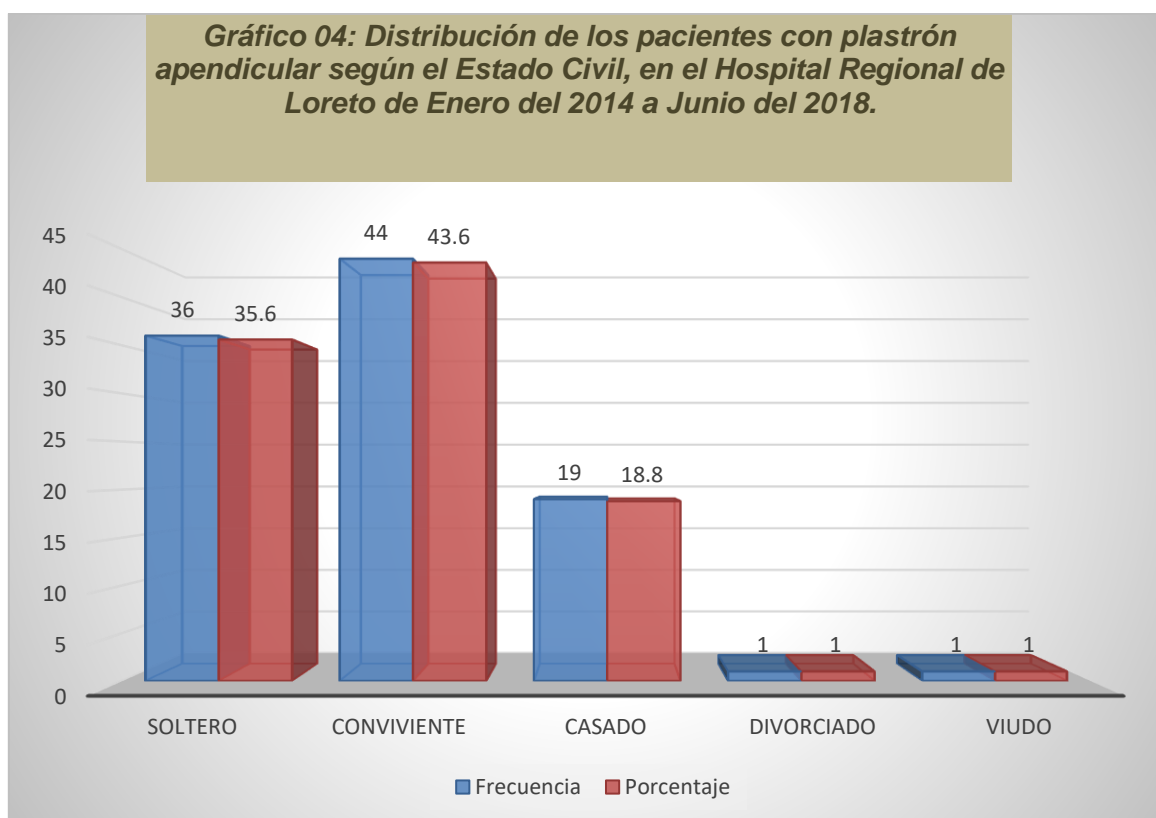


En la tabla y gráfico 03 se muestran la distribución de los pacientes con plastrón apendicular, teniendo en cuenta el sexo, demostrándose que el 55% de los casos son de sexo masculino y el 45% de los casos son de sexo femenino.

3. Estado civil

Tabla 04: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según el Estado Civil, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	36	35,6
Conviviente	44	43,6
Casado	19	18,8
Divorciado	1	1,0
Viudo	1	1,0
Total	101	100,0

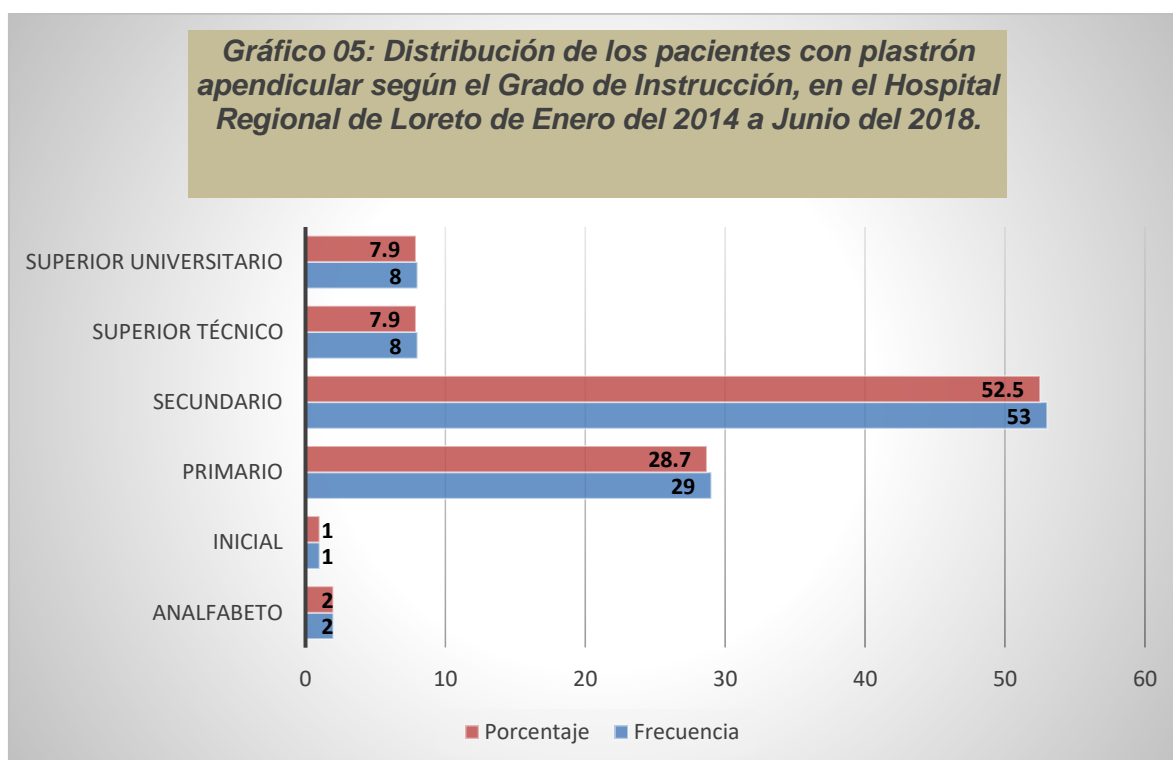


En la tabla y gráfico 03 se muestran la distribución de los pacientes con plastrón apendicular, teniendo en cuenta el estado civil, demostrándose que casi la mitad (43.6%) de los casos son convivientes, el 35.6% son solteros, el 18.8% son casados y vimos un caso en viudos y un caso en divorciados donde ambos representan el 2 %.

4. Grado de instrucción

Tabla 05: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según el Grado de Instrucción, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	2	2,0
Inicial	1	1,0
Primario	29	28,7
Secundario	53	52,5
Superior técnico	8	7,9
Superior universitario	8	7,9
Total	101	100,0

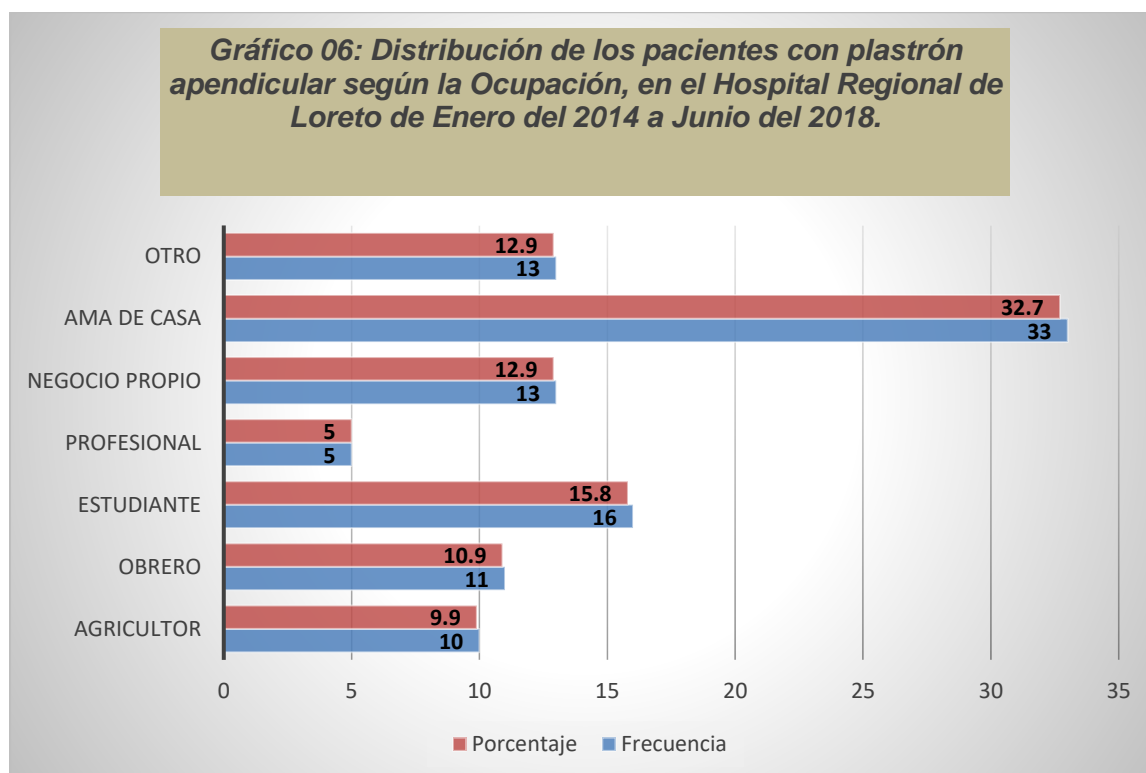


En la tabla y gráfico 05 se muestra la distribución de los pacientes con plastrón apendicular, teniendo en cuenta el grado de instrucción, demostrándose que más de la mitad de los pacientes (52.5%) cursaron secundaria, el 28.7% cursaron primaria, el 7.9% cursaron estudio superior técnico al igual que superior universitario, el 2% analfabetos y solo se vio un caso de estudio inicial que equivale al 1%.

5. Ocupación

Tabla 06: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según la Ocupación, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	10	9,9
Obrero	11	10,9
Estudiante	16	15,8
Profesional	5	5,0
Negocio propio	13	12,9
Ama de casa	33	32,7
Otro	13	12,9
Total	101	100,0



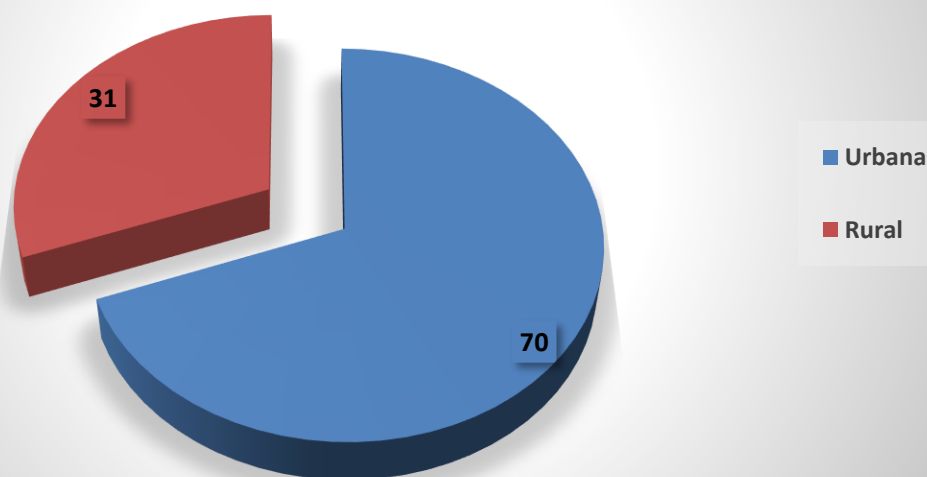
En la tabla y gráfico 06 se muestra la distribución de los pacientes con plastrón apendicular, teniendo en cuenta la ocupación, obteniéndose que el 32.7% son ama de casa, el 15.8% son estudiantes, el 12.9% de los casos con negocio propio, el 10.9% son obreros, el 9.9% son agricultores y el 5% de los casos se dio en estudiantes.

6. Lugar de procedencia

Tabla 07: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según el Lugar de procedencia, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	70	69,3
Rural	31	30,7
Total	101	100,0

Gráfico 07: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según el Lugar de procedencia, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.



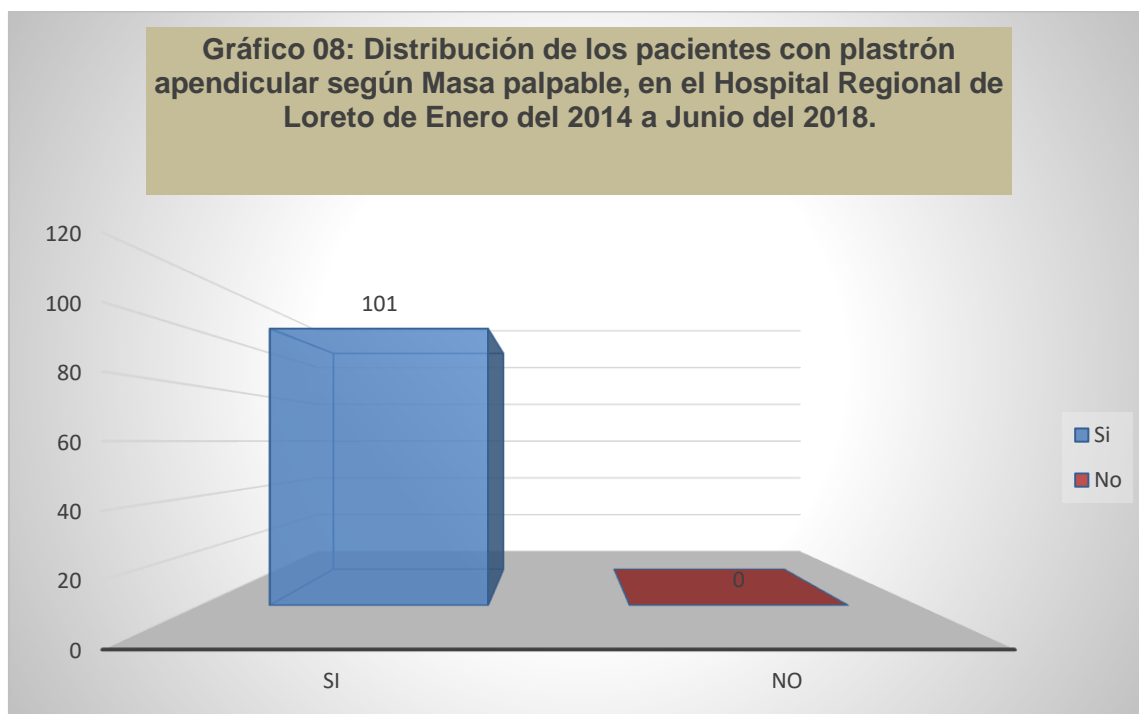
En la tabla y gráfico 07 se muestra la distribución de los pacientes con plastrón apendicular, teniendo en cuenta la procedencia, demostrándose que el 69.3% de los pacientes proceden de las zonas urbanas de la ciudad de Iquitos y el 30.7% proceden de zonas rurales.

B. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

7. Masa palpable

Tabla 08: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular, según Masa palpable, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Plastrón Apendicular	Frecuencia	Porcentaje
Si	101	100,0
No	0	0
Total	101	100

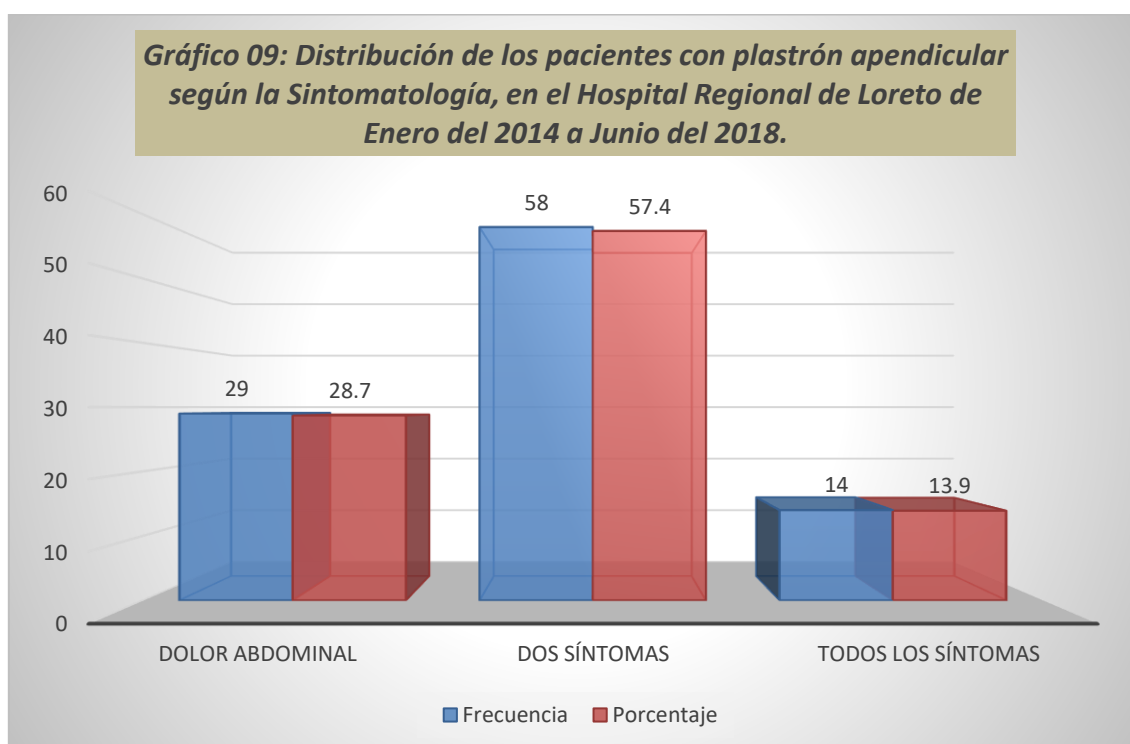


En la tabla y gráfico 08 de nuestro estudio se obtuvo que el 100% de los pacientes presentaron masa palpable al momento del ingreso a la institución.

8. Sintomatología

Tabla 09: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según la Sintomatología, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Sintomatología	Frecuencia	Porcentaje
Dolor abdominal	29	28,7
Dos síntomas	58	57,4
Todos los síntomas	14	13,9
Total	101	100,0



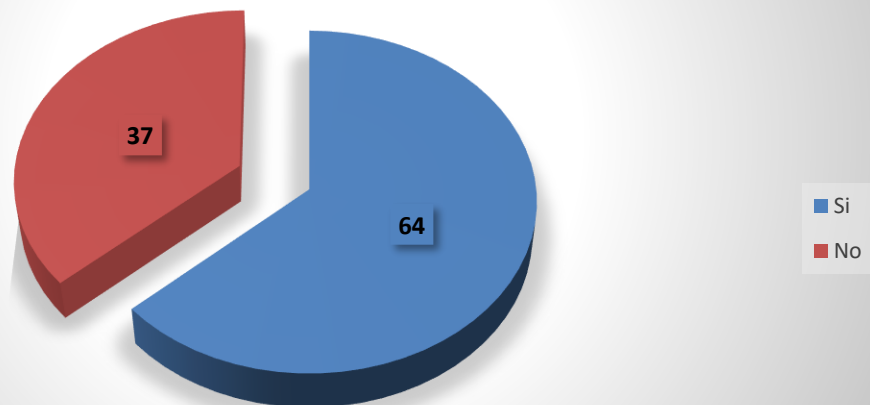
En la tabla y gráfico 09 se muestra la distribución de los pacientes con plastrón apendicular, teniendo en cuenta la sintomatología presentada, demostrándose que más de la mitad (57.4%) de pacientes presentaron al menos 2 síntomas, el 28.4% presentaron sólo dolor abdominal y el 13.9% presentaron todos los síntomas.

9. Leucocitosis

Tabla 10: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según presencia de Leucocitosis, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Leucocitosis	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	63,4
No	37	36,6
Total	101	100,0

Gráfico 10: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según presencia de Leucocitosis, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

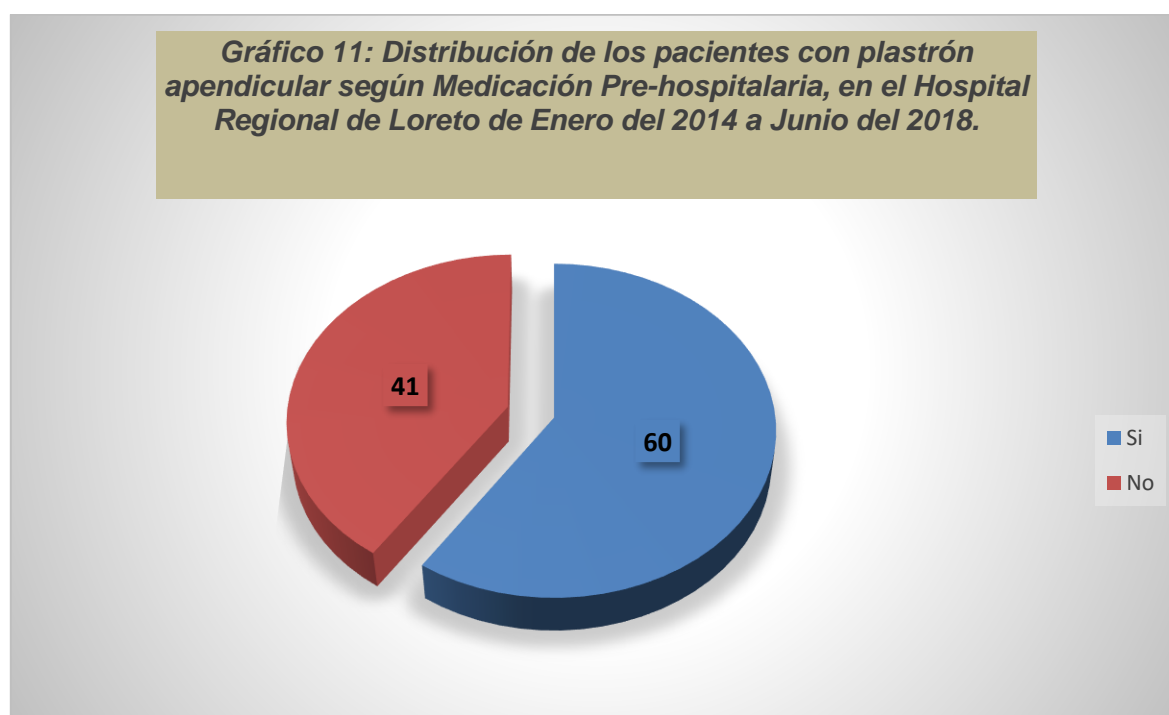


En la tabla y gráfico 10 se describe la distribución de los pacientes con plastrón apendicular teniendo en cuenta la presencia de leucocitosis, lo cual podemos afirmar que el 63.4% de pacientes presentaron leucocitosis y en el 36.6% de los casos se evidenció ausencia de la misma.

10. Medicación Pre-hospitalaria

Tabla 11: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según Medicación Pre-hospitalaria, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Medicación Pre-hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	59,4
No	41	40,6
Total	101	100,0



En la tabla y gráfico 11 se muestra la distribución de los pacientes con plastrón apendicular teniendo en cuenta la medicación Pre-hospitalaria recibida lo cual se puede afirmar que el 59.4% de los casos recibió medicación antes del ingreso a la institución y el 40.6% no lo recibió.

a. Medicación recibida previo al ingreso hospitalario

Tabla 11.1: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según Medicación recibida previo al ingreso en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

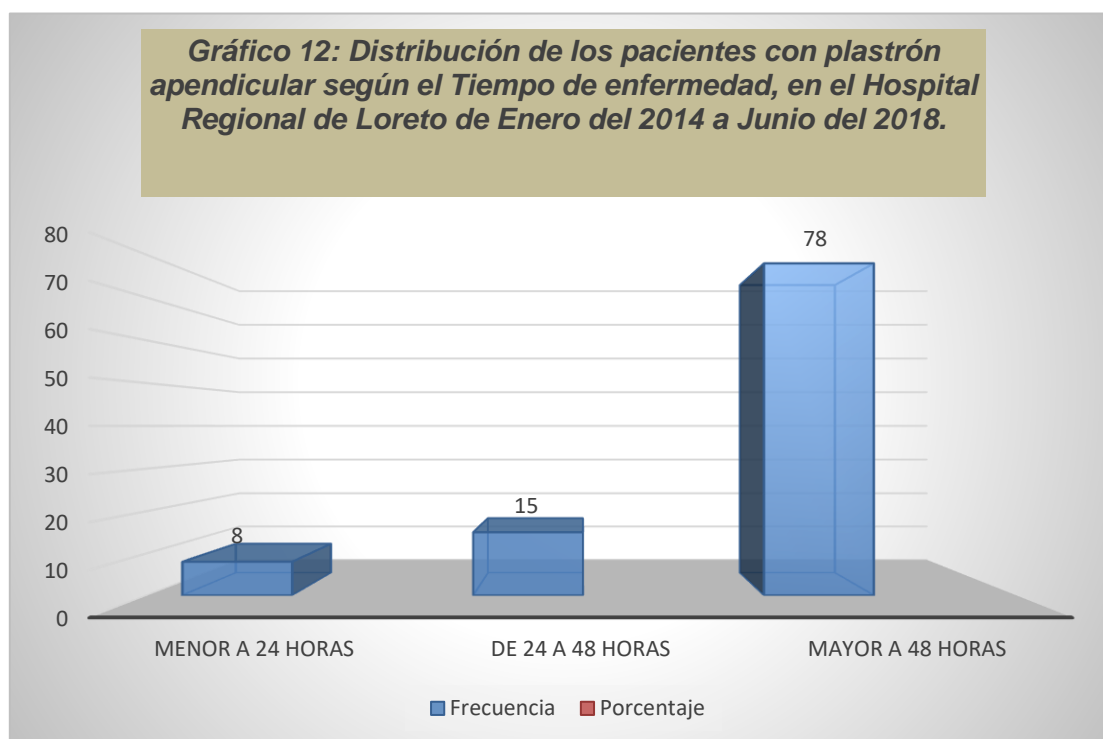
MEDICAMENTOS RECIBIDOS	N° CASOS	%
ANTIBIOTICOS		
Amoxicilina	16	26.7
Ceftriaxona	18	30
Ciprofloxacino	9	15
Metronidazol	10	16.6
Clindamicina	7	11.7
Total	60	100
ANALGESICOS/ANTIPIRETTICOS		
Paracetamol	22	36.7
Ibuprofeno	16	26.6
Naproxeno	10	16.7
Diclofenaco	12	20
Total	60	100
OTROS		
Hidratación	38	63.3
Ranitidina	12	20
Dimenhidrinato	10	16.7
Total	60	100

En la tabla 11.1 se muestra que del total de pacientes que recibieron medicación pre-hospitalaria estuvieron incluidos antibióticos, analgésicos y otros, lo cual se evidencia que de los antibióticos el más comúnmente usado fue la amoxicilina (26.7%), de los analgésicos/antipiréticos fue el paracetamol (36.7%) y de los OTROS fue la hidratación (63.3%).

11. Tiempo de enfermedad

Tabla 12: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según el Tiempo de enfermedad, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Tiempo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 24 horas	8	7,9
De 24 a 48 horas	15	14,9
Mayor a 48 horas	78	77,2
Total	101	100,0

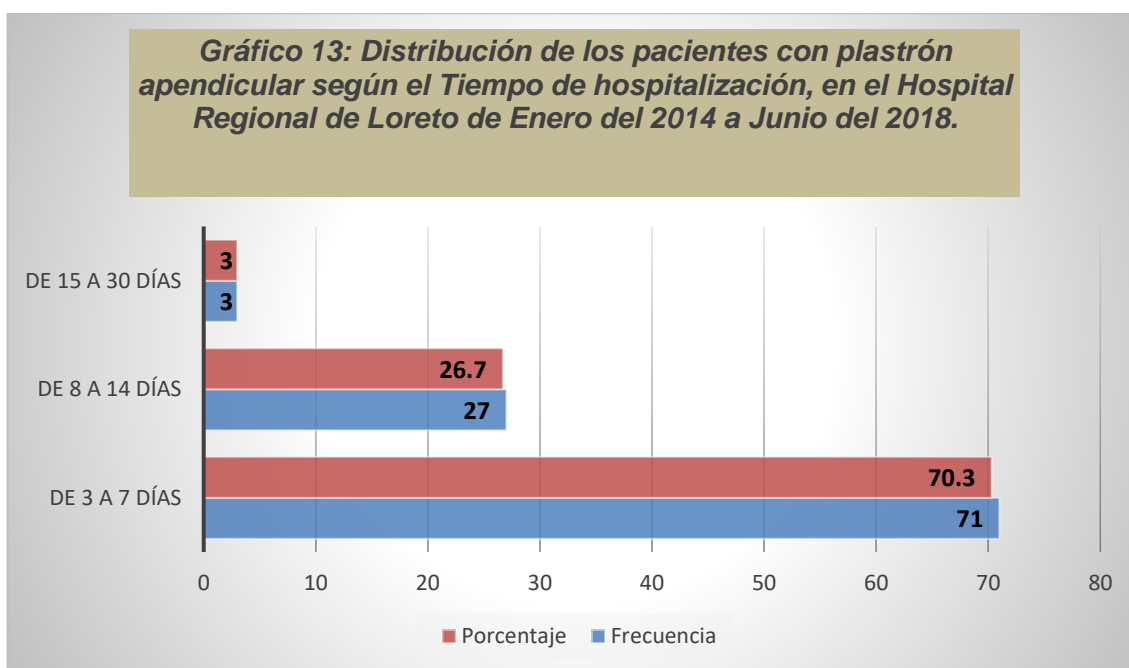


En la tabla y gráfico 12 se describe la distribución de los pacientes con plastrón apendicular de acuerdo al tiempo de enfermedad que presentaron, se evidenció que el 77.2% de los casos tuvieron tiempo de enfermedad mayor a 48 horas, el 14.9% de 24 a 48 horas y el 7.9% menor a 24 horas.

12. Tiempo de hospitalización

Tabla 13: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según el Tiempo de hospitalización, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Tiempo de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
De 3 a 7 días	71	70,3
De 8 a 14 días	27	26,7
De 15 a 30 días	3	3,0
Total	101	100,0

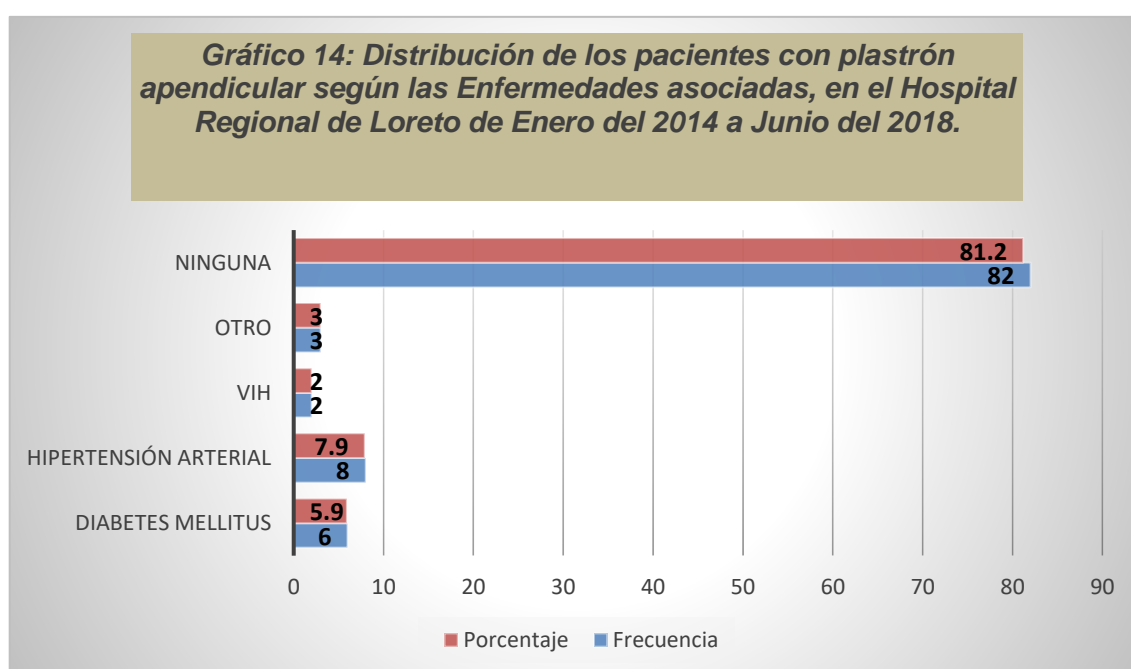


En la tabla y gráfico 13 se describe la distribución de los pacientes con plastrón apendicular de acuerdo al tiempo de hospitalización y podemos afirmar que el 70.3% de los casos presentaron de 3 a 7 días de hospitalización, el 26.7% de 8 a 14 días y se obtuvo que solo 3 casos (3%) estuvieron hospitalizados por más de 15 días hasta antes del mes.

13. Enfermedades asociadas

Tabla 14: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según las Enfermedades asociadas, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Enfermedades asociadas	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	6	5,9
Hipertensión arterial	8	7,9
VIH	2	2,0
Otro	3	3,0
Ninguna	82	81,2
Total	101	100,0

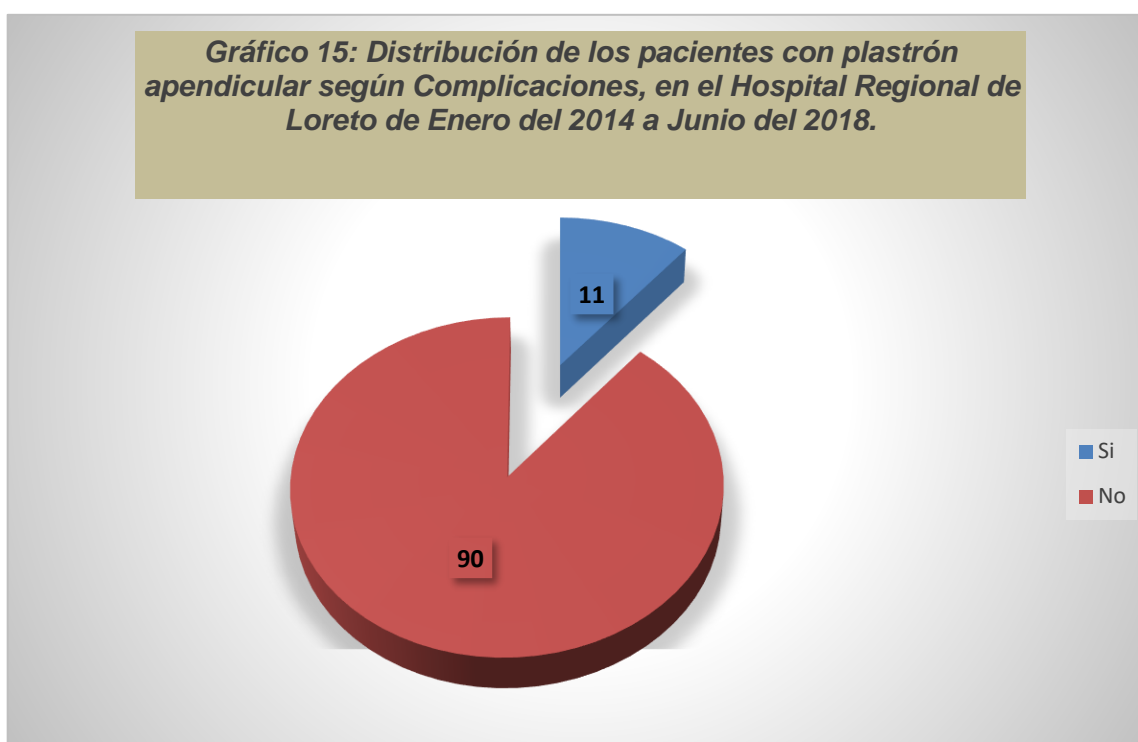


En la tabla y gráfico 14 se describe la distribución de los pacientes con plastrón apendicular de acuerdo a la presencia de enfermedades asociadas, y se reportó que el 81.2 % de los casos no presentaron ninguna enfermedad asociada, el 7.9% de los casos presentaron hipertensión arterial, el 5.9% diabetes mellitus y se evidencio 2 casos con VIH que representan el 2 %.

14. Complicaciones

Tabla 15: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según Complicaciones, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	10,9
No	90	89,1
Total	101	100,0



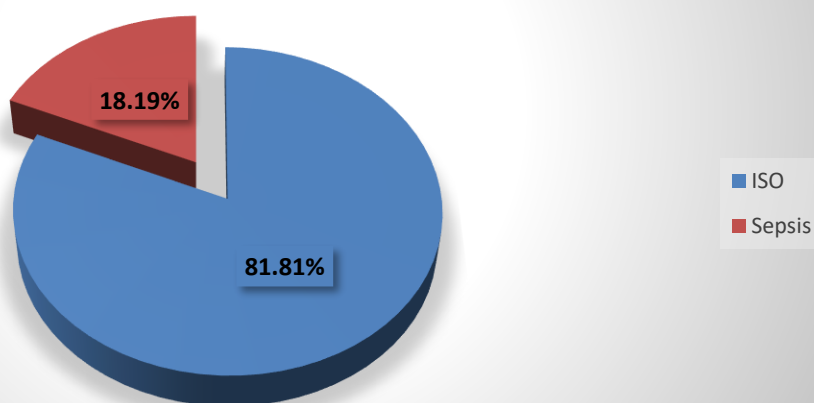
En la tabla y gráfico 15 se describe la distribución de los pacientes con plastrón apendicular, teniendo en cuenta la presencia o no de complicaciones, lo cual se encontró que el 89.1% de los casos no se complicaron y el 10.9% presentó complicaciones.

a. Complicaciones encontradas

Tabla 15.1: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según complicaciones encontradas en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Complicaciones	N° de Casos	%
Infección de Sitio Operatorio	9	81,81
Sepsis	2	18,19
Total	11	100

Gráfico 15.1: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según Complicaciones encontradas, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.



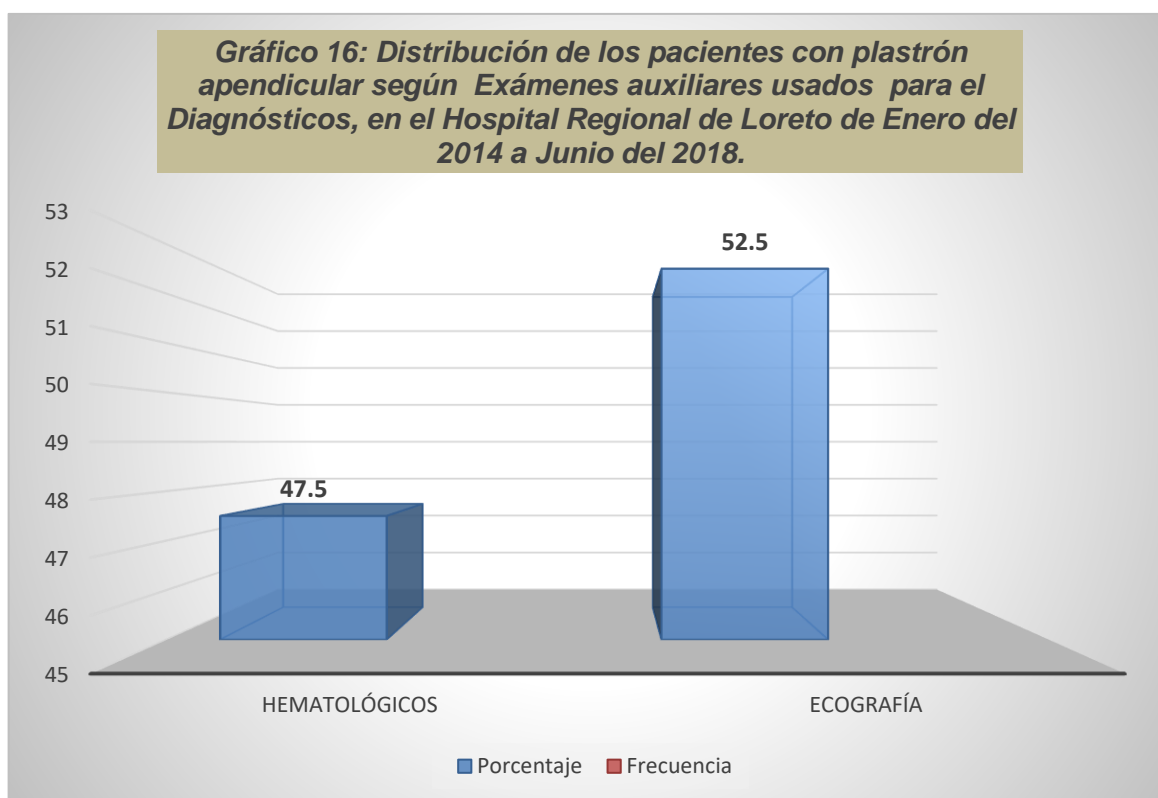
En la tabla y gráfico 15.1 se describe la distribución de los pacientes con plastrón apendicular según complicaciones encontradas. Del total de pacientes (11), el 81.81% presentaron infección del sitio operatorio y el 18.19% presentó sepsis.

C. CARACTERISTICAS DEL DIAGNÓSTICO

15. Exámenes auxiliares

Tabla 16: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según Exámenes auxiliares usados para el Diagnósticos, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Métodos de diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Hematológicos	48	47,5
Ecografía	53	52,5
Total	101	100,0



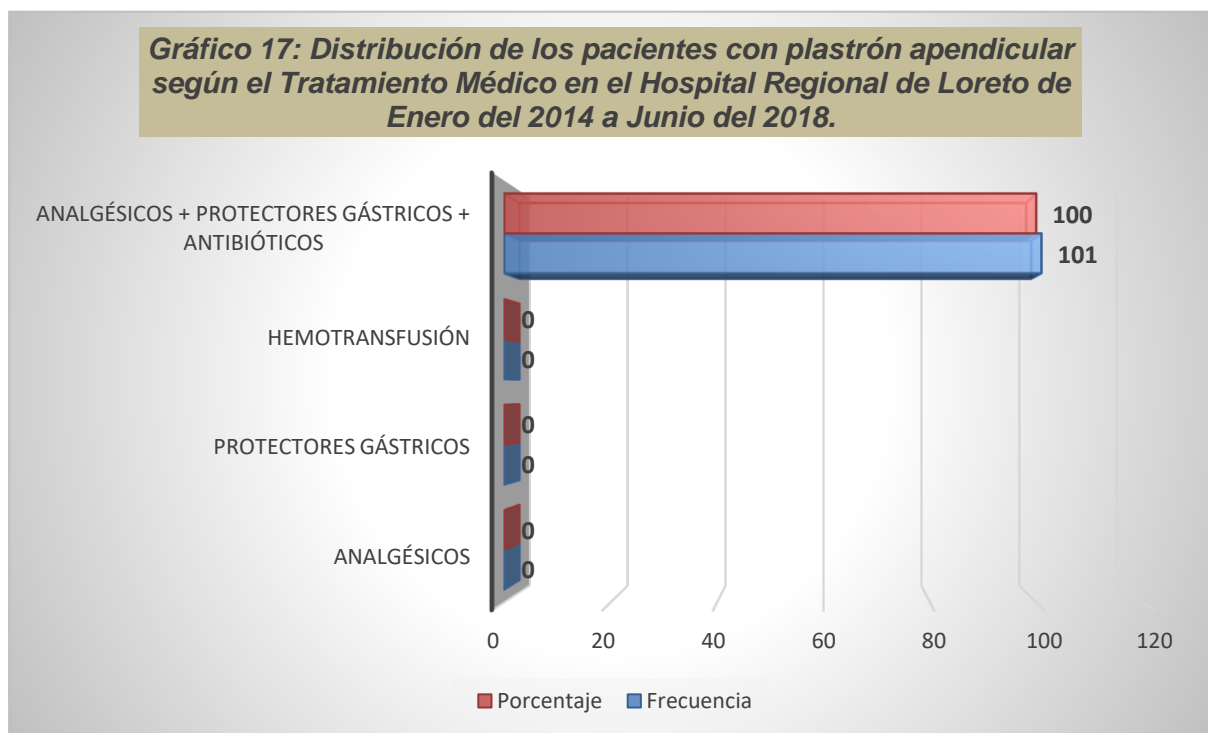
En la tabla y gráfico 16 se describe que el examen ecográfico fue el más frecuentemente empleado con fines diagnósticos, representando el 52.5%, el 47.5% representó a los exámenes hematológicos.

D. CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO

16. Tratamiento médico

Tabla 17: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según el Tratamiento Médico en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Tratamiento medico	Frecuencia	Porcentaje
Analgésicos	0	0
Protectores gástricos	0	0
Hemotransfusión	0	0
Analgésicos + Protectores gástricos + Antibióticos	101	100,0
Total	101	100

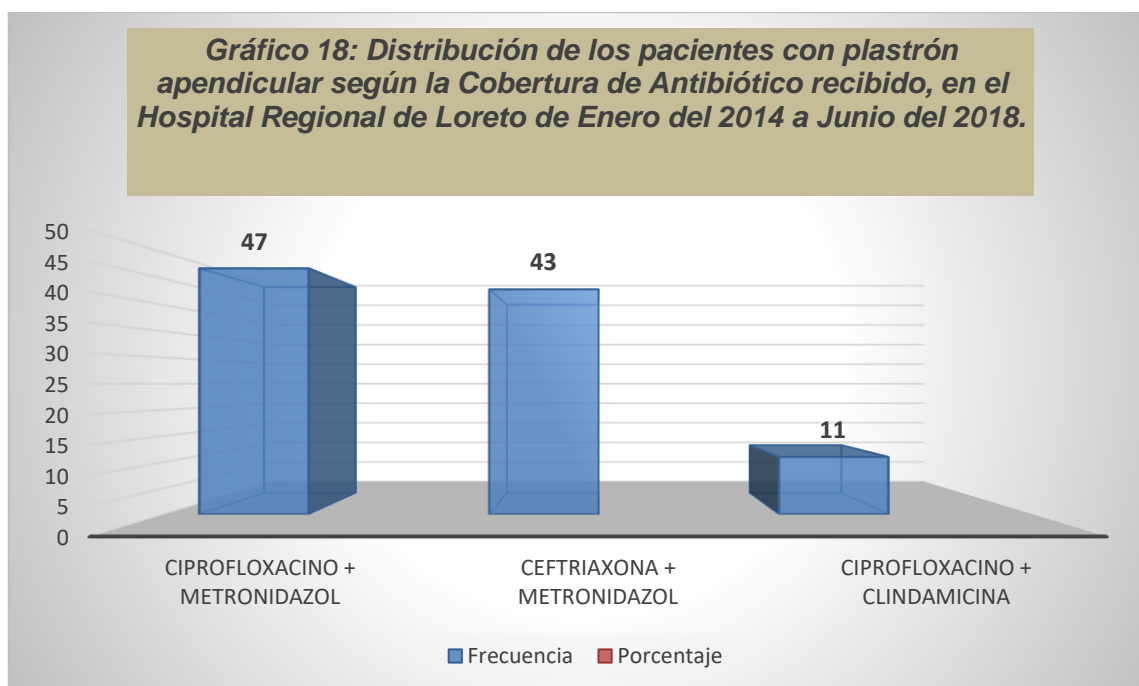


En la tabla y gráfico 17 se describe el manejo médico que recibieron los pacientes con plastrón apendicular, se usó analgésicos, antibióticos y protectores gástricos en el 100% de ellos.

17. Cobertura antibiótica recibida

Tabla 18: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según la Cobertura de Antibiótico recibido, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Cobertura Antibiótico recibido	Frecuencia	Porcentaje
Ciprofloxacino + Metronidazol	47	46,5
Ceftriaxona + Metronidazol	43	42,6
Ciprofloxacino + Clindamicina	11	10,9
Total	101	100,0

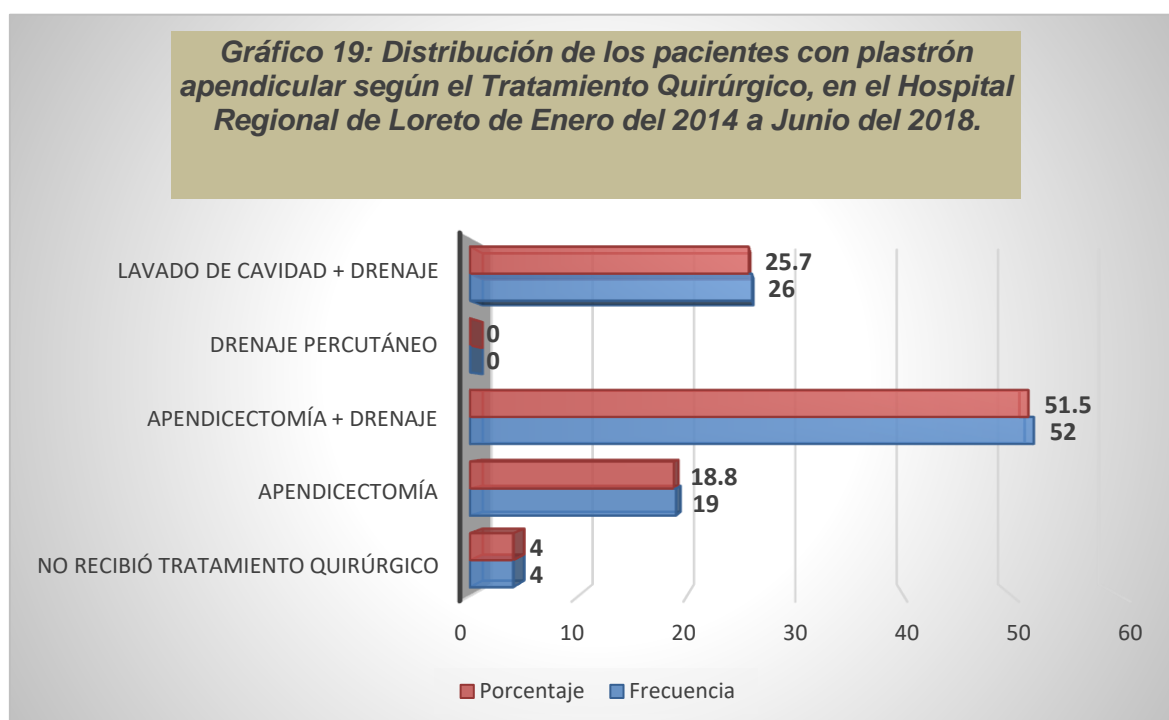


En la tabla y gráfico 18 se describe la cobertura antibiótica usada en el manejo médico de los pacientes con plastrón apendicular, siendo el esquema CIPROFLOXACINO + METRONIDAZOL el más usado (46.5%), seguido de CEFTRIAXONA + METRONIDAZOL que representó el 42.6%, y el 10.9% de los casos recibieron el esquema CIPROFLOXACINO + CLINDAMICINA.

18. Tratamiento quirúrgico

Tabla 19: Distribución de los pacientes con plastrón apendicular según el Tratamiento Quirúrgico, en el Hospital Regional de Loreto de Enero del 2014 a Junio del 2018.

Tratamiento quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
No recibió tratamiento quirúrgico	4	4,0
Apendicectomía	19	18,8
Apendicectomía + Drenaje	52	51,5
Drenaje percutáneo	0	0
Lavado de cavidad + Drenaje	26	25,7
Total	101	100,0



En la tabla y gráfico 19 se describe el manejo quirúrgico de los pacientes con plastrón apendicular y se determinó que el 96% de los casos recibieron tratamiento quirúrgico, de modo que, intraoperatoriamente al 51.5% se le practicó apendicectomía + drenaje, al 25.7% lavado de cavidad + drenaje, al 18.8% sólo apendicectomía y se encontró que el 4% de pacientes no se les realizó el acto quirúrgico.

VIII. DISCUSIONES

El Plastrón apendicular es una complicación de la apendicitis aguda poco frecuente en el Hospital Regional de Loreto, en nuestro estudio, de 104 pacientes con este diagnóstico, solo 101 cumplieron con los criterios de inclusión.

En el Hospital Regional de Loreto la incidencia de plastrón apendicular fue de 8.79%, mayor a lo reportado en el Hospital Cayetano Heredia que fue de 2.76%. (FRIAS GONZALES V, 2012) y al Hospital Regional de Cajamarca (1.57%), (GUEVARA N, 2015).

El Plastrón apendicular es más frecuente en varones de la tercera década, provenientes de zonas urbanas de la ciudad de Iquitos, lo que concuerda con lo afirmado por, (CLOUET-HUERTA en el año 2017) y (MILLER P. en el 2016).

La presencia de masa palpable en nuestro estudio fue de los casos 100% lo que difiere (57.1%) por lo expuesto por (GABRIEL L. en el 2015) y por lo descrito (62.5%) por (AYALA LEDESMA en el año 2011).

La presencia de leucocitosis en pacientes diagnosticados con plastrón apendicular en nuestro estudio son similares a lo reportado por (GUEVARA en el 2015), en su estudio concluyó que más de la mitad de los pacientes con mencionado diagnóstico presentaron leucocitosis.

De acuerdo a los hallazgos del presente trabajo se encontró que el tiempo de enfermedad más comúnmente encontrado en nuestros pacientes fue mayor a 48 horas, estos resultados concuerdan con lo afirmado por (CANO MENDOZA en el 2015).

El tiempo de hospitalización más frecuente que tuvieron nuestros pacientes con plastrón apendicular fue de entre 3 a 7 días, lo cual, concuerda con lo reportado por (PINEDO J. en el año 2018) y lo expuesto por (VILLALON F. en el año 2013).

En cuanto a la presencia de complicaciones de los pacientes con plastrón apendicular en nuestro reporte se evidencia que casi el 90% no presentaron complicaciones, lo que difiere a lo reportado por (VILLAVERDE KATHIA en el año 2015).

El diagnóstico de plastrón apendicular en su mayoría de los casos es clínico, sin embargo, para establecer y complementar nuestro diagnóstico, y decidir el tipo de manejo, es necesario el uso de exámenes auxiliares, de modo que, en este estudio se observó que la ecografía fue el más usado (52.5%) para ayuda diagnóstica concordando por lo explicado por (GUEVARA N en el 2015).

El esquema antibiótico que se usó con más frecuencia en nuestro estudio fue CIPROFLOXACINO + METRONIDAZOL, lo que concuerda con lo afirmado por (GUEVARA N en el 2015).

Históricamente el manejo de un paciente con masa apendicular inflamatoria consistía en realizar una cirugía de emergencia, posteriormente surgió el manejo conservador, el cual, luego de ser exitoso proseguía con una apendicetomía de intervalo programada, de manera que, en nuestro estudio se reportó que el 96% de los pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular fueron intervenidos quirúrgicamente, estos resultados difieren a lo concluido por (AYALA LEDESMA en el año 2011), (GUEVARA N en el 2015) y (VILLAVERDE KATHIA en el año 2015).

IX. CONCLUSIONES

- La incidencia de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto en el periodo 2014 a 2018 fue de 8.79% con respecto a los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda.
- El plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto se da más frecuentemente en varones de entre la segunda y tercera década provenientes de zonas urbanas de la ciudad de Iquitos.
- Se concluye que del total de pacientes con plastrón apendicular el 43.3% son convivientes, el 35.5% de los casos eran solteros, el 18.8% son casados y el 1% eran viudos al igual que divorciados.
- Se concluye que del total de pacientes con plastrón apendicular, el 52.5% alcanzó a terminar los estudios secundarios, el 28.7% la primaria, el 15.8% alcanzó los estudios superiores, el 1% cursaron solo inicial y se obtuvo el 2% de pacientes analfabetos.
- Se concluyó que la ocupación que más prevaleció en nuestro estudio fue el de las amas de casa con 32.7% y el que menos predominó fue el de los profesionales con 5%.
- Se concluye que el 100% de los pacientes en nuestro estudio presentaron masa palpable.
- Se llega a la conclusión que del total de pacientes con plastrón apendicular, que el 13.9% presentaron todos los síntomas, el 28.7% presentó sólo dolor abdominal y el 57.4% presentó dos síntomas.
- En nuestro estudio se concluye que del total de pacientes con plastrón apendicular, el 63.4% presentó leucocitosis y 36.6% no lo presentó.

- Se concluyó que de los pacientes incluidos en el estudio el 59.4% recibió medicación antes del ingreso a la institución y el 40.6% no lo recibió.
- Se concluye que del total de pacientes con plastrón apendicular el tiempo de enfermedad que prevaleció fue el de mayor a 48 horas con el 77.2%.
- Se puede concluir que el tiempo de enfermedad que más predominó en nuestros pacientes con plastrón apendicular fue el de 3 a 7 días con el 70.3%.
- En nuestro trabajo se concluye que del total de pacientes con plastrón apendicular, el 81.2% no presentó ninguna enfermedad asociada, el 7.9% presentó hipertensión arterial, el 5.9% diabetes mellitus y el 2% de los pacientes presentaron VIH.
- Se concluye que del total de casos el 89.1% de los pacientes no presentaron complicaciones, el 10.9% presentaron alguna complicación, de éstos el 81,8% presentó infección del sitio operatorio y el 18.2% presentó sepsis.
- Se puede concluir que de los exámenes de ayuda diagnóstica más frecuentemente usados en el plastrón apendicular fueron la ecografía (52.5%) y los exámenes hematológicos (47.5%).
- Se concluye que en el 100% de los casos de plastrón apendicular se usó antibióticos, analgésicos y protectores gástricos.
- Se concluyó que el esquema antibiótico más usado en los pacientes con plastrón apendicular fue CIPROFLOXACINO + METRONIDAZOL (46.5%), seguido de CEFTRIAXONA + METRONIDAZOL (42.6%) y EN EL 10.9% se usó CIPROFLOXACINO + CLINDAMICINA.

- Se concluye que el 4% de los pacientes con plastrón apendicular no recibió tratamiento quirúrgico, el 96% si recibió tratamiento quirúrgico, de ellos, al 51.5% se les realizó APENDICECTOMIA + DRENAJE, al 25.7% LAVADO DE CAVIDAD + DRENAJE, al 18.8% se le practicó solo APENDICECTOMIA y ningún paciente fue sometido a DRENAJE PERCUTANEO.

X. RECOMENDACIONES

- Se debería realizar protocolos de manejo del -Plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto, los cuales deben ser ejecutados y ser norma para futuros casos de pacientes con esta patología.

- Se debería realizar estudios prospectivos y comparativos, para el seguimiento y comparación de cada uno de los tipos de manejo que existen para el plastrón apendicular y así poder tratar de una manera adecuada de acuerdo a nuestra realidad.

- El Hospital Regional de Loreto debería contratar a mayor personal médico, enfermeras y técnicas en enfermería para los turnos nocturnos de centro quirúrgico para la mejor resolución en cuanto a dicha patología.

- Se debería mejorar el sistema de almacenamiento de la información así como también el llenado de las historias clínicas con letras legibles.

CAPITULO V

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Advíncula Rocca M. Correlación entre el diagnóstico postoperatorio y anatomopatológico de apendicitis aguda en los pacientes del Hospital Central de la Policía Nacional del PERU entre setiembre 2014-setiembre 2015. 2016;
2. Clouet-Huerta DE, Guerrero B. C, Gómez L. E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. Rev Chil Cir. enero de 2017;69(1):65-8.
3. Frías-Gonzales V, Castillo-Angeles M, Rodríguez-Castro M, Borda-Luque G. Manejo de la masa apendicular inflamatoria en el paciente adulto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Gastroenterol Perú. 2012;32(3):267–272.
4. Ávila MJ, García-Acero M. Apendicitis aguda: revisión de la presentación histopatológica en Boyacá, Colombia. Rev Colomb Cir. 2015;30(2).
5. Miller P, Adrian D. Apendicitis aguda correlación clínico patológica, utilizando la escala de alvarado en pacientes entre 15 y 30 años. Estudio realizado en el área de emergencia del Hospital Universitario de Guayaquil periodo Enero a Diciembre del 2015 [PhD Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2016.
6. Claire P, Linacre V, Lagos J, Guelfand M, López P, Gutiérrez P, et al. Plastrón apendicular. Experiencia de 5 años. Rev Cir Infant. 2004;14:83–7.
7. Pérez C, Cumare S, Colmenares N. 1MANEJO DEL PLASTRON APENDICULAR EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARIA PINEDA DE BARQUISIMETO EN EL PERIODO 1998-2000. Bol Méd Postgrado. 2003;19(4).
8. Caceres S, David C. Manejo del plastron apendicular complicado y no complicado en el adulto con cinco dias de evolucion. 2017;
9. Villalón F, Villanueva A, Suñol MA, Garay J, Arana J, Jiménez J, et al. Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular. Cir Pediatr. 2013;26(4):164–166.

10. Guevara N, Grabiell L. Plastrón apendicular: características clínicas, epidemiológicas, de laboratorio, ecográficas más tipo de tratamiento en el hospital regional de Cajamarca: enero del 2010-diciembre del 2014. 2015;
11. Ayala Ledesma ME. Aspectos Clínico-epidemiológicos y Manejo del Plastrón Apendicular en pacientes pediátricos atendidos en el Servicio de Cirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño durante el periodo enero 2004-diciembre 2008. 2011;
12. Cano Mendoza C. Tratamiento médico ante quirúrgico de plastrón apendicular en el servicio de emergencia. Hospital Arzobispo Loayza 2010-2014. 2015;
13. Frías-Gonzales V, Castillo-Angeles M, Rodríguez-Castro M, Borda-Luque G. Manejo de la masa apendicular inflamatoria en el paciente adulto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Gastroenterol Perú. 2012;32(3):267–272.
14. Pinedo, Juan. FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES OPERADOS DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017. 2018;
15. Kathia Villaverde Vasquez. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LA MASA APENDICULAR EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA. 2014;
16. Young P. La apendicitis y su historia. Rev Médica Chile. 2014;142(5):667–672.
17. Fallas González J. Apendicitis aguda. Med Leg Costa Rica. 2012;29(1):83–90.
18. DR. JUAN HERNÁNDEZ ORDUÑA. : Anatomía quirúrgica del apéndice texto [Internet]. DR. JUAN HERNÁNDEZ ORDUÑA. [citado 23 de junio de 2018]. Disponible en: <https://cirugiaconcompetencias.blogspot.com/p/anatomia-quirurgicadel-apendice-cecal-dr.html>
19. Apendicitis (Definición, diagnóstico, complicaciones y tratamiento) | SOS Enfermero [Internet]. [citado 24 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.sosenfermero.com/publicaciones-de-salud/infectologia/apendicitis-definicion-diagnostico-complicaciones-y-tratamiento/>

20. Cuervo JL. Apendicitis aguda. Rev Hosp Niños B Aires. 2014;56(252):15–31.
21. Santo Domingo DN. Protocolos de Atención Salud Pública. 2016;
22. Uc-christus:27548700 DFCSD com CVFCSCR. Dr. Felipe Castro: Plastrón apendicular [Internet]. Dr. Felipe Castro. 2013 [citado 2 de junio de 2018]. Disponible en: <http://drfelipecastro.blogspot.com/2013/03/plastron-apendicular.html>
23. Brainsky A, Salamanca E, Bonilla E, Varón C, Roa JL, Díaz D. Controversias en el manejo del plastrón y el absceso apendicular: reporte de un caso. Rev Colomb Cir. 2004;19(3):190–194.
24. Castagneto GH. Patología quirúrgica del apéndice cecal. Cir Dig. 2009;3:1–11.
25. Membreño-Padilla AA. MANEJO DEL PLASTRÓN APENDICULAR: ¿CONSERVADOR o AGRESIVO?
26. plastron.pdf [Internet]. [citado 5 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/ServeiCirPed/documents/plastron.pdf>

XII. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N°.....

HISTORIA CLINICA N°.....

A. Características Sociodemográficas

Edad: **Sexo:** Masculino Femenino

Estado civil:

Soltero (a) Conviviente Casado (a) Divorciado
 Viudo (a)

Grado de instrucción:

Analfabeto Inicial Primario Secundario
 Superior técnico Superior universitario

Ocupación:

Agricultor Obrero Estudiante
 Profesional Desempleado Negocio propio
 Ama de casa Otro

Lugar de Procedencia:

Urbana Rural

B. Características Clínicas

Masa palpable (Plastrón Apendicular)

Si No

Sintomatología

Dolor abdominal Fiebre Náuseas y vómitos
 2 Síntomas Todos los síntomas

Leucocitosis

Si No

Medicación Pre-hospitalaria

Si..... No

Tiempo de enfermedad

Menor a 24 horas De 24 a 48 horas Mayor a 48 horas

Tiempo de hospitalización

Menor de 3 días 3 – 7 días 8 – 14 días
 15 – 30 días Mayor a 30 días

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

NOMBRE DEL EXPERTO: ABDIAS S MUÑOZ TORREJÓN

ESPECIALIDAD: Cirujano General

DNI: 09270414 CMP: 6505 RNE: 2129

Por medio de la presente, hago constar que realicé la revisión de la ficha de recolección de datos elaborada por el Bachiller en Medicina Carlos Rolando Velasco Chong, quien está realizando el trabajo de investigación titulada "Características clínicas, diagnósticas y tratamiento de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2014 a Junio 2018".

Luego de la revisión de dicha ficha, estoy conforme con la validación del instrumento y está apto para su aplicación.

Lqitos 11 de ENERO del 2019


Firma
Abdias Socrates Muñoz Torrejón
CIRUJANO GENERAL
CMP 6505 RNE 2129

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

NOMBRE DEL EXPERTO: Percy Lugo San Bartolomé

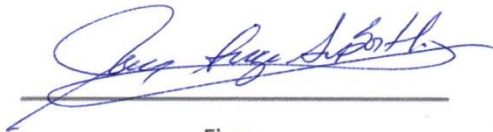
ESPECIALIDAD: Cirugía General

DNI: 08351525 CMP: 2420 RNE: 11001

Por medio de la presente, hago constar que realicé la revisión de la ficha de recolección de datos elaborada por el Bachiller en Medicina Carlos Rolando Velasco Chong, quien está realizando el trabajo de investigación titulada "Características clínicas, diagnósticas y tratamiento de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2014 a Junio 2018".

Luego de la revisión de dicha ficha, estoy conforme con la validación del instrumento y está apto para su aplicación.

Iquitos 18 de 01 del 2019



Firma

Dr. Percy Lugo San Bartolomé
Cirujía General
CMP: 2420 RNE: 11001
Hospital III - Iquitos - GRALO N° 15 Salud

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

NOMBRE DEL EXPERTO: Christian Anthony Nizama Barrientos.

ESPECIALIDAD: Cirujía General

DNI: 42565131 CMP: 50851 RNE: 24143

Por medio de la presente, hago constar que realicé la revisión de la ficha de recolección de datos elaborada por el Bachiller en Medicina Carlos Rolando Velasco Chong, quien está realizando el trabajo de investigación titulada "Características clínicas, diagnósticas y tratamiento de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2014 a Junio 2018".

Luego de la revisión de dicha ficha, estoy conforme con la validación del instrumento y está apto para su aplicación.

Iquitos 17 de enero del 2019


Dr. Christian Nizama Barrientos
Cirujía General y Laparoscopia
CMP: 50851 RNE: 24143
Hospital III - Iquitos - HIAS - Salud

Firma

MEMORANDO N° 119 - 2019- GRL - DRS - Loreto/30.50

A : Dr. CARLOS MANRIQUE DE LARA ESTRADA.
Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

ASUNTO : AUTORIZACION

FECHA : Punchana, 18 de enero de 2019 .

Por el presente, comunico a Usted que el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Loreto, (CIEI) luego de la revisión del estudio de Investigación titulada: **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO DE PLASTRON APENDICULAR EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO 2014 A JUNIO 2018"**, presentado por el investigador

➤ BACH. MED. CARLOS ROLANDO VELASCO CHONG

Autoriza su ejecución a la investigación como de "Riesgo Mínimo", El Bachiller de medicina en mención, se encargara de recolectar datos estadísticos de las historias clínicas de la Oficina a su cargo, para lo cual solicitamos brinde las facilidades del caso.

Atentamente;

Cc :

- Interesado
- OADEI
- Unid. Investigación
- CIEI
- Archivo



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"Felipe Arriola Iglesias"


MC. HORACIO RAMOS SANTILLÁN
DIRECTOR GENERAL
CMP 15277

HRS/PT/KYRF/keyla