

T
617.5545
R74

**NO SALE A
DOMICILIO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA
PERUANA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"RAFAEL DONAYRE ROJAS"**



TITULO

**"MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS LOCALIZADA EN
PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IQUITOS
– "CESAR GARAYAR GARCÍA" – 2012."**

Tesis para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller en Medicina:

John Rey Rodríguez Saavedra.

Asesor:

Dr. Abdías Sócrates Muñoz Torrejón

IQUITOS – PERÚ

2013

DONADO POR:
JHON R. RODRIGUEZ SAAVEDRA
Iquitos, 29 de 10 de 2013



493



UNAP

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Iquitos, a los **nueve** días del mes de **julio** del **dos mil trece**, siendo las **11.30 horas**, el jurado de tesis designado según **Resolución Decanal N° 064-2013-FMH-UNAP**, con cargo a dar cuenta al consejo de facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se menciona:

Dr. Ernesto Salazar Sánchez	Presidente
Dr. Jorge Antonio Reyes Dávila	Miembro
Dr. Javier Vásquez Vásquez	Miembro

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 titulada: **"MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS LOCALIZADA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IQUITOS-"CESAR GARAYAR GARCIA"-2012"**, del bachiller en medicina **JOHN REY RODRIGUEZ SAAVEDRA**, para optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO** que otorga la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA**, de acuerdo a la ley universitaria 23733 y el estatuto general de la UNAP vigentes.

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:

- 5. La Tesis ha sido **APROBADO POR UNANIMIDAD**.....
- 6. Observaciones **NINGUNA**.....

Siendo las **12.20**..... se dio por concluido el acto de sustentación pública de tesis, felicitándole al sustentante por su **ADECUADA EXPOSICIÓN**.....

Reyes

Dr. Jorge Antonio Reyes Dávila
Miembro

ES

Dr. Ernesto Salazar Sánchez
Presidente

JV

Dr. Javier Vásquez Vásquez
Miembro

DEDICATORIA.

A mis padres Valentín y Delmith

Todo lo que soy y espero ser, se lo debo a su inmenso cariño, a su sacrificio y desvelos. por tener paciencia y ayudarme incondicionalmente siempre a salir adelante hasta conseguir mis metas.

A mi hermana Yenny

Por su apoyo y comprensión en estos años de estudios siempre con sus buenos consejos y ejemplo a seguir.

Al todo poderoso.

A mis ángeles **Orfelinda, Remigia y Ulises**, que iluminan mi vida; guían mis pasos y siempre estarán en mi corazón y mis pensamientos.

Y a mi Enamorada

Por su apoyo y amor incondicional.

AGRADECIMIENTO.

Expreso mi profundo reconocimiento a las personas que hicieron posible esta Investigación, en la calidad de Asesores, Informantes y a todos y cada uno de ellos dedicaron su tiempo contribuyendo de esta manera con sus aportes al enriquecimiento de la presente investigación.

Mi sincero agradecimiento al *Dr. Abdías Sócrates Muñoz Torrejón*, asesor de la presente investigación; por su guía y orientación constante, dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar su valiosos experiencia y conocimientos para la realización de esta tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO.

CAPITULO I	1
I.-TITULO.	2
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	2
III.- JUSTIFICACIÓN.	4
IV.- OBJETIVOS.....	6
a.- General.....	6
b.- Especifico.....	6
CAPITULO II.....	7
V.- MARCO TEÓRICO.....	8
5.1.- Antecedentes.....	8
5.2.- Apendicitis Aguda.	15
5.2.1.- Clasificación de la Apendicitis Aguda.	15
5.3.- Apendicitis aguda con peritonitis localizada	16
5.4.- Manejo de apendicitis aguda con peritonitis localizada.....	17
5.5.- Criterios Para Tratamiento Medico.	17
5.6.- Criterios Para Tratamiento Quirúrgico.....	18
VI.- TÉRMINOS OPERACIONALES.....	20
6.1.- DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	20
6.1.1.- Características epidemiológicas	20
6.1.2.- Características clínicas.....	20
6.1.3.- Manejo.....	22
6.1.4.- Complicaciones operatorias.....	22
6.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
CAPITULO III	29
VII.- METODOLOGÍA	30
7.1.- Tipo y diseño de estudio	30
7.2.- Población y muestra.....	30
7.3.- Técnicas e instrumentos.....	30
7.3.1.- Criterios de inclusión:	30
7.3.2.- Criterios de exclusión:.....	30
7.4.- Descripción de la intervención propuesta.....	31
7.5.- Procedimiento para la recolección de la información	31

7.6.- Protección de los derechos humanos	31
CAPITULO IV	32
VIII.- RESULTADOS.	33
8.1.- Incidencia de Apendicitis aguda con peritonitis localizada.	33
8.2.- Características epidemiológicas de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada.	34
8.3.- Características clínicas de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada.	40
8.4.- Manejo de Apendicitis aguda con peritonitis localizada.	48
8.5.- Hallazgos y Complicaciones operatorias	56
IX.- DISCUSIÓN.	58
9.1.- Incidencia de Apendicitis aguda con peritonitis localizada.	58
9.2.- Características epidemiológicas de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada.	58
9.3.- Características clínicas de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada.	59
9.4.- Manejo de Apendicitis aguda con peritonitis localizada.	60
9.5.- Complicaciones operatorias.....	62
X.- CONCLUSIONES.	63
XI.- RECOMENDACIONES.....	64
XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1: Incidencia de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.	33
Tabla 2: Patología apendicular, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	34
Tabla 3: Frecuencia según edad, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	35
Tabla 4: Frecuencia según sexo, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	36
Tabla 5: Frecuencia según Grado de instrucción, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	37
Tabla 6: Frecuencia según Lugar de Procedencia, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	38
Tabla 7: Frecuencia según Ocupación, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	39
Tabla 8: Intervención quirúrgica y Tiempo de enfermedad, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	40
Tabla 9: Intervención quirúrgica y Síntomas generales al ingreso, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	41
Tabla 10: Intervención quirúrgica y Signos apendiculares, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	42
Tabla 11: Intervención quirúrgica y observaciones ecográficas, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	43

Tabla 12: Intervención quirúrgica y Recuento de leucocitos, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	45
Tabla 13: Intervención quirúrgica y Estancia hospitalaria, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	46
Tabla 14: Intervención quirúrgica y Manejo sintomático, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	48
Tabla 15: Manejo antibiótico por servicio, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	49
Tabla 16: Antibioticoterapia, según días de administración, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	51
Tabla 17: Indicación de cirugía de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	53
Tabla 18: Indicación de cirugía de Recurrencia, de pacientes intervenidos quirúrgicamente, por Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	54
Tabla 19: Tiempo quirúrgico de pacientes intervenidos quirúrgicamente, por Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	55
Tabla 20: Hallazgos intraoperatorios de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	56
Tabla 21: Complicaciones post operatorias, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico 1: Incidencia de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	33
Gráfico 2: Patología apendicular, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	34
Gráfico 3: Frecuencia según edad, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	35
Gráfico 4: Frecuencia según sexo, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	36
Gráfico 5: Frecuencia según Grado de instrucción, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	37
Gráfico 6: Frecuencia según Lugar de Procedencia, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	38
Gráfico 7: Frecuencia según Ocupación, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	39
Gráfico 8: Intervención quirúrgica y Tiempo de enfermedad, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	40
Gráfico 9: Intervención quirúrgica y Síntomas generales al ingreso, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	41
Gráfico 10: Intervención quirúrgica y Signos apendiculares, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	42
Gráfico 11: Intervención quirúrgica y observaciones ecográficas, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	44

Gráfico 12: Intervención quirúrgica y Recuento de leucocitos, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	45
Gráfico 13: Intervención quirúrgica y Estancia hospitalaria, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	47
Gráfico 14: Intervención quirúrgica y Manejo sintomático, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	48
Gráfico 15: Manejo antibiótico por servicio, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.	50
Gráfico 16: Antibioticoterapia, según días de administración, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	52
Gráfico 17: Indicación de cirugía de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	53
Gráfico 18: Indicación de cirugía de Recurrencia, de pacientes intervenidos quirúrgicamente, por Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	54
Gráfico 19: Tiempo quirúrgico de pacientes intervenidos quirúrgicamente, por Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	55
Gráfico 20: Hallazgos intraoperatorios de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	56
Gráfico 21: Complicaciones post operatorias, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.....	57

RESUMEN.

MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS LOCALIZADA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IQUITOS – “CESAR GARAYAR GARCÍA” - 2012.

Autor: Bach. John Rey Rodriguez Saavedra

Objetivo: Identificar el manejo clínico y quirúrgicos en los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el Hospital Iquitos – Cesar Garayar García, durante el año 2012.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, Observacional, para determinar manejo clínico y quirúrgicos en los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el Hospital Iquitos – Cesar Garayar García, mediante la revisión de historias clínicas, reportes operatorios e informes ecográficos

Resultados y Conclusiones: Durante el 2012, se atendieron 1088 pacientes mayores de 15 años en el servicio de cirugía general, de los cuales 53 fueron Apendicitis aguda con peritonitis localizada. La incidencia de apendicitis aguda con peritonitis localizada durante el año 2012, fue de 4,87% y representó el 31,74% de la patología apendicular. Los casos de apendicitis aguda con peritonitis localizada, prevalecieron en el sexo femenino (52,83%), El grupo etáreo más frecuente fue el de 15 a 24 años (39,62%); El grado de instrucción más frecuente fue el nivel secundario (58,49%); las ocupaciones más frecuentes fueron Trabajador independiente (28,30%) y Estudiante (26,42%) y el lugar de procedencia más frecuente fue el Distrito de San Juan (41,51%). El tiempo de enfermedad más frecuente fue de 1 día (16,98%) para los que fueron intervenidos quirúrgicamente; y 5 a más días (24,53%) para los que no fueron intervenidos quirúrgicamente; Los síntomas y signos que se presentaron más frecuentemente fueron: Dolor abdominal (100,00%), masa palpable (62,26%) y presencia de nauseas (60,38%). El signo de McBurney (86,79%) y el signo de Blumberg (64,15%), fueron los signos apendiculares más frecuentes. La observación ecográfica mas frecuente fue de Masa compleja intraperitoneal en FID, compatible con plastrón apendicular (86,50%); La leucocitosis de 10001 a 15000 x mm³, se presentó en el 43,40%; la Estancia hospitalaria, fue de 2 días (11,31%), para los que fueron intervenidos quirúrgicamente; y de 5 días (16,98%), para los que no fueron intervenidos quirúrgicamente. El manejo sintomático fue Hidratación (100,00%), Metamizol (88,68%), Ranitidina (69,81%). No se usó antibióticos al ingreso en el 26,42%, y la combinación más frecuente fue Ciprofloxacino + Metronidazol (33,95%). El tiempo quirúrgico más frecuente fue de menos de 30 minutos (44,45%); La cirugía de recurrencia se presentó en el 33,33%, y se realizó con más frecuencia después de 1 día de hospitalización (60,00%). No hubo complicaciones intraoperatorias. Los hallazgos intraoperatorios más frecuentes fueron Adherencia (11,11%) y Pioperitoneo (11,11%); La complicación postoperatoria que se presentó fue Infección de Herida Operatoria (5,56%).

CAPITULO I

I.-TITULO.- MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS LOCALIZADA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IQUITOS – “CESAR GARAYAR GARCÍA” - 2012.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La patología apendicular aguda es una de las causas de abdomen agudo quirúrgico más frecuente en la población, y de fácil diagnóstico si es que se presenta en su forma habitual(1,2). En adolescentes y adultos jóvenes la proporción hombres/mujeres es de aproximadamente 3:2, después de los 25 años de edad, esa relación declina gradualmente hasta que la proporción se iguala hacia los 35 años (3)

La rápida progresión de la enfermedad (2) y la demora en el diagnóstico sería la causa fundamental de la apendicitis perforada (2), de estas perforaciones que se presentan, un grupo importante llega a desarrollar una Apendicitis aguda con peritonitis localizada, conocido comúnmente como “Plastrón Apendicular”, o “Masa apendicular inflamatoria” que viene a ser el apéndice perforado, rodeado por epiplón edematoso junto con asas intestinales que llegan a adherirse, para evitar la propagación del contenido fecal(5).

A nivel internacional, varios autores (1,3, 4,8,11,14,4) han tratado de llegar a un consenso y de compartir sus experiencia acerca del manejo de la apendicitis aguda con peritonitis localizada(3,4,14,15,18,20,21,24), y a pesar de ello, dicho manejo continua siendo controversial. Algunos cirujanos prefieren operar en el momento que se hace el diagnóstico, otros los tratan con antibióticos para realizar la apendicetomía en forma diferida.

En el Perú existen escasos reportes sobre la incidencia, aspectos clínicos y tratamiento que se les da a los pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada.

A nivel nacional la incidencia de apendicitis aguda con peritonitis localizada en el Hospital del Niño entre el 2004 y el 2008 fue de 28,86%(23) y el tratamiento medico conservador fue el 93,2%, siendo los antibióticos mas usados la combinación de Amikacina/Clindamicina(1,2,3,4,5,23).

A nivel local, en el Hospital Iquitos, la patología apendicular tiene una frecuencia importante (5,6,7,17), en el 2010 ocupó el primer lugar(6) de hospitalizaciones del servicio de cirugía general (33,8%), seguido de las hernias en todas sus presentaciones (31,1%) y patologías de vías biliares (28,6%), otras patologías de cirugía general ocuparon 6,5% de las atenciones. Durante el 2011, la patología apendicular ocupó el segundo lugar (31,9%)(7), precedido por las patologías de las vías biliares (41,9%) y en tercer lugar estuvo ocupado por las hernias de pared abdominal (26,9%).

El Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, cuenta con la guía clínica aprobada por el Ministerio de Salud, sin embargo cada cirujano tiene un criterio propio para el manejo de la Apendicitis aguda con peritonitis localizada, y no se tiene experiencia de un manejo consensuado, ni se ha realizado investigaciones al respecto en la población adulta que se atiende en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García.

A fin de tener un solo criterio en el tratamiento y tener información actualizada sobre los aspectos clínico epidemiológicos de la Apendicitis aguda con peritonitis localizada, se realizará la presente investigación y es por ello que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el manejo de la Apendicitis aguda con peritonitis localizada de pacientes mayores de 15 años, atendidos en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el 2012?

III.- JUSTIFICACIÓN.

La apendicitis es una enfermedad frecuente que en algunos casos, por un retraso de diagnóstico o formas de presentación diferentes, se diagnostica una apendicitis aguda con peritonitis localizada, que viene a ser un proceso apendicular evolucionado (18).

La presencia de apendicitis aguda con peritonitis localizada, que se define como una aglutinación de asas intestinales y/o epiplón en relación al proceso inflamatorio local(21), es un signo que se presenta en aproximadamente 6% al 10% de los casos de patología apendicular (21).

No existe un consenso específico en cuanto a su manejo inmediato o diferido en relación a la apendicetomía, pudiendo ser en primer lugar conservador y posteriormente quirúrgico(15,21); Si el paciente con apendicitis presenta un estado general aceptable y no tienen un cuadro de oclusión intestinal, se puede seguir un tratamiento antibiótico inicial (18); si este es eficaz, y se resuelve el proceso agudo se pospone la apendicetomía para un segundo tiempo.(18). La segunda tendencia propone cirugía inmediata independientemente de la variedad de presentación clínica(33,34).

Se tiene evidencia que el manejo conservador inicial no es 100% efectivo (24), y la tasa de fracaso oscila entre 2% al 20% (1,4,5,,24,30); otros autores reportan una tasa de 5% a 37%(35,36,37) los pacientes que no requieren manejo quirúrgico de emergencia durante la hospitalización inicial, corren el riesgo de desarrollar apendicitis recurrente(23).

El manejo quirúrgico, se realiza básicamente con las siguientes indicaciones: obstrucción intestinal, sepsis o falla del manejo no quirúrgico (38).

Debido a que no hay un acuerdo general y basados en diferentes experiencias, el tratamiento de la apendicitis aguda con peritonitis localizada sobre todo en niños genera controversia (39). Muchos autores recomiendan un tratamiento no quirúrgico, con uso de antibióticos seguido de apendicetomía de intervalo como el tratamiento de elección mientras otros están a favor apendicetomía inmediata en todos los casos de apendicitis (40).

El resultado del presente trabajo podría ayudar a definir un consenso entre manejo conservador de los pacientes con diagnósticos de apendicitis aguda con peritonitis localizada y el manejo quirúrgico, creando un protocolo que sea una guía futura para los nuevos cirujanos, que redundara en beneficio de la población.

Por todo lo anteriormente mencionado, es objetivo del presente trabajo, conocer el manejo del apendicitis aguda con peritonitis localizada en los pacientes atendidos en el Hospital Iquitos – Cesar Garayar García, determinando la relación al total de casos de apendicitis aguda presentados en el periodo de estudio, la frecuencia de éxito o fracaso en la respuesta del tratamiento conservador inicial y esquemas de terapia antibiótica utilizados, los días de estancia hospitalaria, frecuencia de la cirugía de intervalo y morbimortalidad.

IV.- OBJETIVOS.

a.- General.

- Identificar el manejo clínico y quirúrgicos en los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el Hospital Iquitos – Cesar Garayar García, durante el año 2012.

b.- Especifico.

- Conocer la incidencia de apendicitis aguda con peritonitis localizada en pacientes mayores de 15 años, atendidos Servicio de Cirugía en el Hospital Iquitos – Cesar Garayar García, durante el año 2012.
- Conocer las características epidemiológicas (edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, procedencia) de pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el Hospital Iquitos – Cesar Garayar García, durante el año 2012.
- Conocer las características clínicas de la apendicitis aguda con peritonitis localizada en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el Hospital Iquitos – Cesar Garayar García, durante el año 2012.
- Conocer las observaciones ecográficas, tiempo quirúrgico, tiempo de estancia hospitalaria de pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el Hospital Iquitos – Cesar Garayar García, durante el año 2012.
- Determinar el manejo inmediato conservador (antibioticoterapia) y diferido (apendicetomía) de la apendicitis aguda con peritonitis localizada en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el Hospital Iquitos – Cesar Garayar García, durante el año 2012.
- Conocer las complicaciones intra y post operatorias de la apendicitis aguda con peritonitis localizada en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el Hospital Iquitos – Cesar Garayar García, durante el año 2012.

CAPITULO II

V.- MARCO TEÓRICO

5.1.- Antecedentes

En 1985, Deras y Membreño(8), publicaron en el Congreso Medico Nacional de Tegucigalpa, un reporte sobre 340 pacientes con apendicitis aguda, de los cuales 27 de ellos (7,90%) tenían masas abdominales o pélvicas al ser admitidos en el hospital, en todos esos pacientes, la masa fue identificada clínicamente mediante palpación abdominal y/o exámenes ginecológicos o rectal; de ellos 14 pertenecían al sexo masculino, y 13 al femenino, y el rango de edad fue de 5 a 49 años, con un 40,00% en la segunda década de la vida.

En 1992; Prieto y Cols.(41) Analizó una serie de 33 pacientes ingresados durante 3 años a un hospital, con diagnostico de apendicitis evolucionada a la formación de una masa. A todos los pacientes se le realizó un tratamiento medico con buena evolución. Fueron operados 20 en forma programada entre 4 y 12 meses posteriores al episodio agudo. Dos niños necesitaron ser operados a los 2 y 5 meses del episodio inicial por reagudización clínica. Once pacientes permanecen en control sin haber manifestado enfermedad después del episodio agudo. Se revisaron las apendicetomía con los siguientes resultados: inflamación subaguda persistente en grasa pericecal y peritoneo en 2; sin lesión 4; obliteración fibrosa 1; escaso infiltrado linfoide en restos del apéndice y/o grasa pericecal en 13; 2 no fueron revisados.

Vásquez Urrelo(9) (1995); presentó en su tesis para optar el Título de Medico Cirujano; realizado en el Hospital Regional de Loreto entre Marzo de 1991 y Febrero de 1995; publico que el grupo etáreo mas frecuente fue el de 10 a 39 años (79,98%); el 75,31% acudieron al Hospital dentro de las 78 horas de iniciado los síntomas; el 32,78% recibió tratamiento antiespasmódico y/o analgésico previo a su hospitalización; el signo de Mc Burney se presentó en el 62,22% de los casos; la presentación mas frecuente fue el apéndice congestivo en el 53,52%; la estancia hospitalaria fue menor a los 8 días en el 54,44% de los casos; los antibióticos mas usados fueron Gentamicina (31,6%), seguido de Clindamicina (20,9%) y Metronidazol (18,9%), Otros antibióticos (Cefalosporinas, Cloranfenicol, Ciprofloxacino) 28,6%; la combinación de cuatro antibióticos se realizó en el 32,02% de los casos y de dos antibióticos en el 29,21% de los casos.

Caichihua G(10), (1996), presento en su tesis para optar el Título de Médico Cirujano, realizado en el Hospital de la Seguridad Social de Iquitos, a 195 pacientes del servicio de cirugía con diagnóstico clínico y quirúrgico de Apendicitis Aguda, sin diagnóstico definitivo por patología; el grupo etáreo más afectado fue entre 5 y 14 años (29,26%); y entre 25 a 34 años (26,15%); El cuadro clínico de la apendicitis aguda fue dolor; fiebre; anorexia; y los signos de Mc Burney y Blumberg estuvieron en la mayoría; el 79,48% recibió analgésicos antes del ingreso; el hallazgo quirúrgico más frecuente fue la apendicitis no complicada (49,74%); los antibióticos de elección en el intraoperatorio fueron Cloranfenicol (55,6%) Gentamicina (38,8%), Ampicilina (5,6%) y en el post operatorio fue la Gentamicina (37,3%), Cloranfenicol (32,4%) y Clindamicina (11,4%); el tiempo de hospitalización fue de 7,7 días; la complicación post operatoria más frecuente fue el absceso residual intra abdominal (8,72%).

En el 2003, Pérez y Cumare(11), en su estudio sobre Manejo del Plastrón Apendicular en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central Universitario de Barquisimeta, en el periodo 1998-2000, publicado en Venezuela; reportaron que el plastrón fue más frecuente entre 20-29 años (25%) y entre 30-39 años (22%), todos los pacientes presentaron dolor abdominal palpándose la tumoración en 84,30% de ellos. Los exámenes paraclínicos más usados fueron hematología completa (86,4%) y ecosonograma abdominal (70,80%), la mayoría de pacientes tuvo leucocitosis >15000 x mm³. 62 pacientes se manejaron conservadoramente con éxito, 29 se manejaron quirúrgicamente desde el ingreso y 5 fueron quirúrgicos por fracaso conservador. Los antibióticos más usados fueron Amikacina – Metronidazol (61,30%) en casos conservadores, con duración entre 1-5 días. Las complicaciones que motivaron el fracaso conservador fueron peritonitis (32,00%) y absceso (20,60%).

Bardales R(12), en el 2003, en su tesis “Apendicitis Aguda en Pediatría: Hallazgos Epidemiológicos, Clínico Quirúrgicos”, para optar el Título de Médico Cirujano, realizado en el Hospital Regional de Loreto, entre Enero de 1998 y Diciembre del 2002, publicó que 69,40% de pacientes tuvieron un inicio de enfermedad tipo insidioso; 63,00% recibió medicación previa a la hospitalización; el 98,40% presentó signo de McBurney; 95,20% presentó defensa muscular; 58,10% presentó signo de Rovsing; el diagnóstico post operatorio reveló que el 100,0% se trataron apendicitis aguda en cualquiera de sus estadios;

Los antibióticos más usados fueron: Clindamicina y Gentamicina (75,80%), seguido de Metronidazol en el 37,10%.

Beltrán y colaboradores (13), publicaron en el 2004, un estudio realizado a pacientes mayores de 15 años, operados de apendicitis entre marzo del 2002 y marzo del 2003 en hospital de Ovalle – Chile; sobre sintomatología atípica en 140 pacientes con apendicitis, siendo más frecuente en los varones; el síntoma clásico más frecuente fue la anorexia (74,20%), el síntoma clásico de dolor epigástrico o periumbilical que migra a fosa iliaca derecha se presentó en un 65,70% y el síntoma atípico más frecuente fue la diarrea (40,00%) y el dolor en hipogastrio (25,70%).

Brainsky y cols(14) (2004), publicaron en Colombia, el reporte de un caso de una niña de 10 años con un cuadro de 17 días de evolución, consistente en dolor abdominal, fiebre, vómito y deposiciones diarreicas. Al examen físico se encontró una masa en el hemiabdomen inferior, por lo que se hizo diagnóstico de plastrón apendicular. Una escanografía abdominal diagnosticó dos abscesos apendiculares grandes. Se realizó manejo médico no quirúrgico mediante antibioticoterapia intravenosa y drenaje percutáneo de las colecciones, guiado por escanografía con evolución clínica satisfactoria.

Claure y cols(15) (2004); publicaron en Santiago de Chile, un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital Exequiel Gonzales, que incluyó la revisión de 71 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular durante un periodo de 5 años. Fueron divididos en dos grupos: *Grupo 1*, tratamiento médico; y grupo 2, tratamiento quirúrgico inicial. El 42,00% de los pacientes era de sexo femenino y 58,00% de sexo masculino, la edad promedio fue de 8,5 años. Grupo 1: 33 niños; la evolución de los síntomas fue de 6,7 días; el estado general era bueno en 76,00% de los casos. El 91,00% de los pacientes tenía dolor y masa palpable al ingreso. Todos recibieron antibióticos de amplio espectro durante un promedio de 10 días. Tres pacientes (9,00%) no respondieron al tratamiento, requiriendo cirugía. El tiempo de hospitalización fue de 9 días y medio. La apendicetomía laparoscópica electiva se realizó en el 43,00% de los pacientes, no se registraron complicaciones intra ni posoperatorias. *Grupo 2*: 38 pacientes. La evolución de los síntomas fue en promedio de 4 días, el estado general era regular en 74,00%. Durante la cirugía se encontró en todos los pacientes un plastrón apendicular con o sin absceso localizado. No se pudo realizar apendicetomía en el 8,00%. La tasa de complicaciones (intra

y posoperatorias) fue del 37,00%. La duración del tratamiento antibiótico posoperatorio fue de 11 días en promedio y el tiempo de internación fue de 8,3 días. Para la comparación con el grupo 1 se seleccionaron del grupo 2 a 15 pacientes (subgrupo 2), manejados quirúrgicamente, pero con masa palpable e irritación peritoneal al momento del ingreso. El 46,00% de ellos presentaron complicaciones intra o postoperatorias. El tiempo de hospitalización fue de 10 días y la duración del tratamiento antibiótico fue en promedio 7,5 días. En nuestros dos grupos de estudio no se encontraron diferencias estadísticas en cuanto a días de hospitalización y tiempo de tratamiento antibiótico; destacando que hubo diferencia en el estado general al ingreso, el que fue bueno en la mayoría de los pacientes del grupo 1, en comparación con el grupo 2 que fue regular. Es destacable también que los pacientes del grupo 1 no presentaron complicaciones, contra un 40,00% de complicaciones en el grupo 2.

Reátegui D(16), en el 2006, en su tesis para optar el Título de Médico Cirujano, realizado en el Hospital Nacional Sergio Bernales de Lima; entre el 2000 y el 2005, comparó las características clínico quirúrgicas de las apendicitis en pacientes adultos jóvenes versus adultos mayores; encontró que la tumoración abdominal en fosa iliaca derecha, se presentó solo en el 3,40% de los adultos jóvenes y 7,30% de los adultos mayores; no encontrando diferencias estadísticamente significativas de las características clínico quirúrgicas en pacientes adultos mayores jóvenes y adultos mayores.

Del Castillo J(17), (2007), en su tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, realizado en el Hospital Iquitos "Cesar Garayar García", entre 1 de enero al 31 de diciembre del 2006, publicó que la edad más frecuente de presentación de apendicitis aguda fue entre los 11 a 30 años; la apendicitis aguda supurativa fue la más frecuente (47,90%), seguido de la apendicitis aguda gangrenosa (23,50%).

Blanco y Cols(18) en un estudio publicado en el 2008 en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Germans Trias en España; hicieron una revisión de los casos de apendicitis aguda tratados entre Enero del 2003 y Diciembre del 2005, seleccionando los casos de plastrón apendicular, valorado los siguientes parámetros: edad, sexo, días de evolución, diagnóstico previo, hemograma, PCR, ecografía, Tomografía computarizada (TAC), tratamiento médico, tratamiento quirúrgico inicial, días de tratamiento y tipo de antibióticos, tratamiento quirúrgico en un segundo tiempo y anatomía patológica. De los

154 procesos apendiculares, 10 pacientes fueron diagnosticados de plastrón apendicular lo que representa un 6,49%. Rango de edad entre 2 y 15 años (media 6,9). No hay diferencias respecto al sexo, repartidos en un 50%. El diagnóstico inicial en un 60,00% fue de gastroenteritis aguda (GEA). La media de días de evolución hasta el diagnóstico definitivo fue de 5 días (entre 1 y 10 días). En el 90,00% de los casos el diagnóstico se confirmó por ecografía y en 2 se tuvo que realizar TAC. En dos casos tuvo que realizarse una intervención quirúrgica inicial para drenar un absceso. La apendicetomía en un segundo tiempo se realizó en 7 casos. Concluyendo que en los pacientes con plastrón o absceso apendicular si no hay una oclusión intestinal, debemos iniciar un tratamiento médico con antibióticos y posteriormente por laparoscopia realizar la apendicetomía.

En el 2009, Gamero, Barrera y cols(19), en un estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo de Lima – Perú, reportaron que el 52,00% (523) de las cirugías de emergencia fueron por apendicitis aguda y 48,00% por otras patologías. Del total de pacientes operados por apendicitis aguda, el 60,00% fueron hombres, con edad promedio de 31 años. El tipo de diagnóstico de apendicitis aguda fueron, supurada y necrosada en 39,00% y 23,00%, respectivamente. El 51,00% de casos fueron apendicitis no complicada y el 49,00% complicada. Sólo el 11,00% de las apendicetomías durante el tiempo de estudio fueron por vía laparoscópica, el resto se operó por cirugía abierta. La forma de manejo del muñón apendicular fue “a muñón libre”, en el 96,20%, requirieron rafia de ciego el 2,70% de pacientes y en 1,10% se practicó invaginación o jareta del muñón. La herida operatoria se dejó abierta para cierre por segunda intención en 14%, y se usó dren *Penrose* en 32,10% de los casos.

En el 2010, Aranda et al(20); publicó en España un estudio realizado en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Regional de Málaga – España; sobre Resultados del tratamiento conservador inicial y de la cirugía urgente en la apendicitis aguda evolucionada; mostrando que los episodios de infección del sitio quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo que apendicetomías de urgencia, por su carácter contaminante; concluyendo que el tratamiento conservador inicial constituye la mejor alternativa terapéutica para la apendicitis aguda evolucionada.

Santos y cols(21) (2010); en un artículo original publicado en Chile, Realizado en el Hospital de niños “Dr. Exequiel Gonzales”; sobre el Tratamiento de Plastrones

Apendiculares en Pediatría, reportó que de 107 pacientes, edad promedio de 8,5 años (2 a 14 años). 68 hombres y 39 mujeres. Se establecieron 2 grupos. El Grupo I constituido por 34 pacientes que se operaron al ingreso. Tiempo de evolución clínica 5,14 días en promedio. En 9 se palpó masa abdominal. Ningún paciente de este grupo contó con ecografía. Tiempo quirúrgico promedio 83 minutos. En 8 casos se presentaron complicaciones como abscesos residuales, obstrucción intestinal y necrosis con perforación intestinal. Tiempo de hospitalización 8,97 días en promedio. El Grupo II, 73 pacientes no se operaron y se manejaron con tratamiento antibiótico (endovenoso y oral). Días de evolución promedio de 6,6 días. 46 presentaban masa palpable y ecografía confirmatoria el 100,00%. No hubo complicaciones en este grupo. Tiempo de hospitalización promedio de 9,1 días. Se han realizado exploración laparoscópica diferida en 52 pacientes. Tiempo quirúrgico promedio 48,9 minutos promedio. Dentro de los hallazgos operatorios, en el 57,60% el apéndice se encontró con adherencias y posición anómala. La mayoría de las biopsias (68,00%) se informaron como normal y/o con inflamación, 13 pacientes presentaron un segundo episodio de apendicitis mientras esperaban la intervención diferida, siendo operados de urgencia.

En el 2011, Nome et al(22), publico en Chile un estudio realizado en Hospital Clínico de Niños, sobre presentación y manejo del plastrón apendicular, mostrando en sus resultados que se presento más frecuentemente en el sexo masculino (51,10%), con una edad promedio de $8,15 \pm 4,5$ años; el 27,50% de los casos presento masa palpable; en el manejo medico se utilizó Ampicilina + Metronidazol + Amikacina (73,70%) por un promedio de 8,61 días; dentro de las complicaciones incluyeron plastrón abscedado y síndrome febril prolongado.

Ayala M(23), (2011) en su Tesis de Especialista en Cirugía Pediátrica, realizado en el Instituto de Salud del Niño, publicó 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 62,50%. El 75,74% se realizó ultrasonografía abdominal. Se inició tratamiento médico conservador en el 93,20%. El esquema antibiótico de primera línea fue Amikacina/Clindamicina endovenoso por 6 días, y el de segunda línea Ceftriaxona/Metronidazol. El porcentaje de falla del esquema antibiótico de primera línea fue 15%. La frecuencia de recurrencia de plastrón apendicular fue 22%, presentándose

predominantemente en las primeras 2 semanas post tratamiento médico. La apendicetomía laparoscópica de intervalo se realizó en 25,00% de los pacientes a partir de las 8 semanas de episodio inicial. El 80,00% de los pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular realizaron control ambulatorio.

En el 2012, Frias y cols(24), en un estudio publicado en Lima, realizado en forma descriptiva y retrospectiva, tomando los datos de las historias clínicas de los pacientes adultos con diagnóstico de masa apendicular inflamatoria que fueron manejados en el Hospital Cayetano Heredia entre los años 2006 y 2010. Reportó que de 77 pacientes que fueron incluidos en el estudio. 41 (53,25%) fueron de género masculino y la edad tuvo una media de 35 años. La incidencia de masa apendicular inflamatoria fue de 2,76%. El tiempo de enfermedad tuvo una media de 8 días. Se encontró éxito al tratamiento conservador en el 88,31%, realizando apendicetomía de intervalo en el 11,76% de estos pacientes, el tiempo de intervalo de la cirugía diferida tuvo una media de 3,5 meses. Nueve pacientes (11,69%) no respondieron al manejo conservador inicial y se les realizó cirugía de emergencia. No hubo mortalidad. Concluyendo que en el Hospital Nacional Cayetano Heredia la incidencia de masa apendicular inflamatoria es 2,76%. El manejo conservador tiene éxito en el 88,31% de los pacientes, y al 11,76% de ellos se les realiza apendicetomía de intervalo.

De Souza Peixoto(25) (2012), en su tesis para optar el grado de especialista en Cirugía General, realizado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Militar Central, entre Enero 2001-Diciembre 2011. reportó 31 casos de plastrón apendicular, con una edad media de 37 ± 19.16 años, afectando mayormente al grupo etario menor de 20 años (32,30%) y al sexo masculino (64,50%). El tiempo de enfermedad medio fue 6 ± 1.61 días, y el cuadro clínico fue: dolor abdominal (100,00%), masa palpable (48,40%), fiebre (45,20%), náuseas o vómitos (32,20%). El diagnóstico fue con ultrasonido (74,20%). La conducta inicial fue: Manejo conservador (67,70%), intervención quirúrgica abierta (19,40%) y laparoscópica (12,90%). El 19,00% de los pacientes con manejo conservador fracasaron y fueron intervenidos posteriormente. El esquema antibiótico más empleado fue Metronidazol + Ciprofloxacina (66,7%), con un tiempo medio 8.36 ± 3.79 días. El tiempo operatorio medio más prolongado fue de las cirugías laparoscópicas 108 minutos (rango 85-140), pero presentó menor estancia hospitalaria 5 días (rango 5-7) y menores complicaciones post operatorias.

5.2.- Apendicitis Aguda.

La apendicitis es un proceso evolutivo, secuencial, de allí las diversas manifestaciones clínicas y anatomopatológicas que suele encontrar el cirujano y que dependerán fundamentalmente del momento o fase de la enfermedad en que es abordado el paciente.

5.2.1.- Clasificación de la Apendicitis Aguda.

Cuando ocurre la obstrucción del lumen apendicular se acumula la secreción mucosa y agudamente distiende el lumen. El aumento de la presión intraluminal produce una obstrucción venosa, acúmulo de bacterias y reacción del tejido linfoide, que produce un exudado plasmoleucocitario denso que va infiltrando las capas superficiales. Todo esto macroscópicamente se traduce en edema y congestión de la serosa.

Apendicitis Flemonosa o Supurativa.

La mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones o es completamente destruida siendo invadida por enterobacterias, coleccionándose un exudado mucopurulento en la luz y una infiltración de leucocitos neutrófilos y eosinófilos en todas las tunicas incluyendo la serosa, que se muestra intensamente congestiva, edematosa, de coloración rojiza y con exudado fibrino-purulento en su superficie si bien aún no hay perforación de la pared apendicular, se produce difusión del contenido mucopurulento intraluminal hacia la cavidad libre.

Apendicitis Gangrenosa o Necrótica.

Cuando el proceso flemonoso es muy intenso, la congestión y rémora local y la distensión del órgano producen anoxia de los tejidos, a ello se agrega la mayor virulencia de las bacterias y a su vez el aumento de la flora anaeróbica, que llevan a una necrobiosis total. La superficie del apéndice presenta áreas de color púrpura, verde gris o rojo oscuro, con microperforaciones, aumenta el líquido peritoneal, que puede ser tenuamente purulento con un olor fecaloideo.

Apendicitis Perforada.

Cuando las perforaciones pequeñas se hacen más grandes, generalmente en el borde antimesentérico y adyacente a un fecalito, el líquido peritoneal se hace francamente purulento y de olor fétido, en este momento estamos ante la perforación del apéndice.

Toda esta secuencia debería provocar siempre peritonitis, si no fuera porque el exudado fibrinoso inicial determina la adherencia protectora del epiplón y asas intestinales adyacentes que producen un bloqueo del proceso que, cuando es efectivo, da lugar a una peritonitis localizada, y aun cuando el apéndice se perfora y el bloqueo es adecuado, dará lugar al absceso apendicular, éste tendrá una localización lateral al ciego, retrocecal, subcecal o pélvico y contiene una pus espesa a tensión y fétida.

Según la evolución, podemos clasificarla en:

- Apendicitis aguda sin perforación.
- Apendicitis aguda perforada:
 - Con peritonitis local.
 - Con absceso localizado.
 - Con peritonitis difusa.

5.3.- Apendicitis aguda con peritonitis localizada

Es un proceso inflamatorio infiltrativo purulento formada por intestino y omento, inflamado y adherido, con poca o ninguna colección de pus, como método para aislar un proceso inflamatorio apendicular.(22)

El cuadro clínico generalmente mayor de 36 horas de evolución, que se presenta con dolor que se localiza en el cuadrante inferior derecho y se torna mas somático, hiporexia, nauseas a veces vomito, alza térmica, taquicardia, con o sin masa palpable; el tacto rectal es muy doloroso con tumoración palpable en Fosa Iliaca Derecha.

Procedimientos auxiliares:

- Hemograma: leucocitosis con desviación izquierda.
- Amilasa: ligeramente aumentado

- Radiografía simple de abdomen: Apelotonamiento de asas intestinales
- Ecografía: Presencia de masa compleja, lo que puede verificarse con TAC y resonancia magnética abdominal.

5.4.- Manejo de apendicitis aguda con peritonitis localizada.- Tratamiento medico inicial o quirúrgico inmediato

Antes de indicar un tratamiento quirúrgico en un cuadro de sospecha de Apendicitis Aguda se debe descartar la presencia de un apendicitis aguda con peritonitis localizada, ya que en estos casos el tratamiento ideal inicial es con antibióticos, de lo contrario el paciente tiene mayor posibilidad de presentar complicaciones como la perforación intestinal, abscesos residuales, fístulas entéricas e infección de la herida operatoria (1).

La apendicetomía diferida es discutible, ya que un porcentaje variable de pacientes pueden presentar recurrencia, esto debe discutirse con la familia tomando en cuenta los hechos a favor y en contra.

Se debería realizar siempre en los casos que habiten, trabajen, o practiquen deportes alejados de centros hospitalarios(1). Los pacientes en los cuales no se realiza deben ser advertidos que deben consultar inmediatamente frente a la presencia de dolor abdominal localizado en FID.

5.5.- Criterios Para Tratamiento Medico.

- Paciente con funciones vitales estables (buen estado general) mayor de 3 días de evolución.
- Masa palpable en fosa iliaca derecha de origen apendicular, ausencia de reacción peritoneal generalizada o sepsis.

Manejo Conservador.

- Hospitalización por lo menos 48 horas.
- Endovenoso para antibiótico terapia e hidratación.
- Iniciar dieta líquida y aumentar según tolerancia.
- Antibiótico terapia de tratamiento para aerobio y anaerobio.
- Analgésicos y antipiréticos condicional a dolor o fiebre.
- Monitorización de la masa de fosa iliaca derecha con ecografía según evolución del paciente por lo menos una vez por semana.
- Si tolera la dieta completa con cuadro clínico estable, dar de alta con indicaciones escritas para cirugía posterior laparoscópica (puede ser convencional).
- Si empeora el cuadro clínico con manifestaciones sistémicas debe ser sometido a tratamiento quirúrgico.

5.6.- Criterios Para Tratamiento Quirúrgico.

Nivel de complejidad en Cirugía: B.

- Paciente hemodinámicamente inestable con signos de sepsis y reacción peritoneal generalizada.
- Hemograma: Gran leucocitosis con desviación izquierda.
- Ecografía: presencia de colección peri apendicular o liquido libre en cavidad peritoneal.

Manejo Quirúrgico.

Se realiza básicamente con las siguientes indicaciones: obstrucción intestinal, sepsis o falla del manejo no quirúrgico (15).

Apendicetomía clásica en Apendicitis aguda con peritonitis localizada.(32)

- Incisión de elección: Rocky – Davis extendida sobre la masa tumoral.
- No es necesario toma de muestra para estudio bacteriológico

- Aspiración del absceso periapendicular, no lavado
- Tratamiento del mesoapéndice y apendicetomía igual que en apendicitis aguda no perforada
- Drenaje laminar Penrose
- Cierre por planos:
 - Peritoneo: ácido poliglicólico #0 puntos continuos
 - Aponeurosis: ácido poliglicólico #1 puntos separados
 - Irrigación a presión con 1 litro de suero fisiológico luego cierre del peritoneo y aponeurosis
 - Piel y TCSC se dejan abiertas para un cierre primario diferido después de 4 o 5 días.

VI.- TÉRMINOS OPERACIONALES

6.1.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.1.1.- Características epidemiológicas

- **Incidencia.-** Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.
- **Edad:** Edad del paciente expresada en años que inicia desde el nacimiento hasta el momento del estudio.
- **Sexo:** Sexo genético, definido por las características anatómicas y fenotípicas del paciente, especificado en masculino y femenino.
- **Grado de instrucción:** Nivel de aprendizaje del paciente, expresado en grados de estudios aprobados.
- **Ocupación:** Actividad laboral a que se dedicó el paciente en sus últimos 6 meses o se dedica en el momento del estudio.
- **Procedencia:** Distrito de la ciudad, donde vive o reside el paciente al momento del estudio.

6.1.2.- Características clínicas

- **Tiempo de enfermedad:** Periodo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso al hospital, expresado en días.
- **Masa palpable:** Identificación de masa en fosa iliaca derecha, durante el examen físico al ingreso
- **Signo de Mcburney:** Sensibilidad local a la palpación en el punto de McBurney

- Signo de Blumberg: Sensibilidad aumentada después de liberar la presión que se ejerce en la palpación abdominal.
- Signo de Rovsing: Dolor en la fosa iliaca derecha a la palpación contralateral del abdomen.
- Signo del Psoas: Dolor en fosa iliaca derecha a la extensión pasiva de la cadera del mismo lado.
- Nauseas: Sensación de tener la urgencia de vomitar
- Vómitos: Vaciamiento forzado voluntario o involuntario del contenido gástrico a través de la boca.
- Fiebre: Elevación anormal de la temperatura corporal por encima de 37 °C, como consecuencia de una enfermedad.
- Masa apendicular inflamatoria: Apéndice cecal inflamado y cubierto por asas intestinales y/o epiplón, confirmado por ultrasonografía.
- Observaciones ecográficas: Hallazgos obtenidos durante la ultrasonografía realizada al paciente para diagnosticar patología apendicular.
- Tiempo quirúrgico: Periodo que dura la apendicetomía, desde que se abre la piel hasta que se sutura la piel.
- Tiempo de estancia hospitalaria: Periodo transcurrido desde el ingreso hasta el momento del alta.

6.1.3.- Manejo

- Esquema antibiótico: Antibióticos recibidos desde el ingreso hasta el alta, especificando número de días de administración.
- Tratamiento quirúrgico: Manejo de la patología con cirugía, puede ser de tres tipos.
 - Cirugía de emergencia: La que se realiza en la primera hospitalización del paciente.
 - Cirugía durante recurrencia: La que se realiza de emergencia durante episodio de recurrencia
 - Apendicetomía de intervalo: Escisión quirúrgica del apéndice cecal que se realiza posteriormente al tratamiento médico de la apendicitis aguda plastronada con el paciente asintomático.

6.1.4.- Complicaciones operatorias

- Complicaciones intra operatorias: Sucesos patológicos que sobrevienen durante la cirugía.
- Complicaciones post operatorias: Sucesos patológicos que sobrevienen después de la cirugía y que ocurren en el seguimiento del paciente.

6.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
Edad	Tiempo que una persona ha vivido a partir del nacimiento.	Edad del paciente expresado en años que inicia desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Número de Años cumplidos	Nominal	Edad_____
Sexo	Características fenotípicas propias del individuo.	Sexo genético, definido por las características anatómicas y fenotípicas del paciente, especificado en masculino y femenino.	Genero.	Nominal	Masculino Femenino
Grado de Instrucción	Nivel de preparación académica alcanzado por el paciente.	Nivel de aprendizaje del paciente, expresado en grados de estudios aprobados.	Escolaridad	Ordinal	1. Sin instrucción. 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior no universitario 5. Superior universitario

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
Ocupación	Actividad laboral a que se dedica el paciente	Actividad laboral a que se dedicó el paciente en sus últimos 6 meses o se dedica en el momento de la investigación.	Actividad laboral	Nominal	<input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Campesino <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Otro
Procedencia	Zona de donde procede el paciente	Distrito del cual procede el paciente.	Lugar de Procedencia	Nominal	<input type="checkbox"/> Iquitos <input type="checkbox"/> Belén <input type="checkbox"/> Punchana. <input type="checkbox"/> San Juan <input type="checkbox"/> Otros
Tiempo de enfermedad	Duración desde el inicio de los síntomas hasta su ingreso al hospital.	Periodo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso al hospital, expresado en días.	Días de enfermedad	Nominal	<input type="checkbox"/> 1 día <input type="checkbox"/> 2 días <input type="checkbox"/> 3 días <input type="checkbox"/> 4 días <input type="checkbox"/> 5 a mas días

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
Masa palpable	Presencia de masa palpable en fosa iliaca derecha	Identificación de masa en fosa iliaca derecha, durante el examen físico al ingreso	Masa palpable	Nominal	()SI ()NO
Dolor	Dolor agudo o crónico localizado o difuso en la cavidad abdominal.	Presencia de dolor según signo	<p>Signo de McBurney: Sensibilidad local a la palpación en el punto de McBurney</p> <p>Signo de Blumberg: Sensibilidad aumentada después de liberar la presión que se ejerce en la palpación abdominal.</p> <p>Signo de Rovsing: Dolor en la fosa iliaca derecha a la palpación contralateral del abdomen.</p> <p>Signo del Psoas: Dolor en fosa iliaca derecha a la extensión pasiva de la cadera del mismo lado.</p>	Nominal	()Signos de McBurney ()Signo de Blumberg ()Signo de Rovsing ()Signo del Psoas
Nauseas	Sensación que frecuentemente conduce al vómito.	Presencia de nauseas en el transcurso de la enfermedad	Nauseas	Nominal	()SI ()NO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
Vómitos	Vaciamiento forzado voluntario o involuntario del contenido gástrico a través de la boca.	Presencia de vómitos en el transcurso de la enfermedad	Vómitos	Nominal	()SI ()NO
Fiebre	Elevación anormal de la temperatura corporal por encima de 37 °C, como consecuencia de una enfermedad.	Presencia de fiebre en el transcurso de la enfermedad	Fiebre	Nominal	()SI ()NO
Masa apendicular inflamatoria	Masa situada en la fosa iliaca derecha correspondiente al apéndice cecal inflamado	Apéndice cecal inflamado y cubierto por asas intestinales y/o epiplón, confirmado por ultrasonografía.	Masa en FID	Nominal	()SI ()NO
Observaciones ecográficas	Hallazgos obtenidos durante la ultrasonografía realizada al paciente para diagnosticar patología apendicular	Informe de hallazgo radiográficos documentados en el informe de ecografía	Informe Ecográfico	Nominal	Según resultados de ecografía _____
Tiempo quirúrgico	Tiempo operatorio	Periodo transcurrido desde que se abre la piel hasta que se sutura la piel, expresado en minutos y horas.	Tiempo quirúrgico	Nominal	< 30 minutos - 30 – 45 min - 45 – 60 min. - 60 a mas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
Tiempo de estancia hospitalaria	Tiempo de hospitalización	Días que el paciente pasa en el Hospital desde que ingresa hasta el alta.	Días	Nominal	() 2 días () 3 días () 4 o mas
Esquema antibiótico	Antibioticoterapia recibida durante la hospitalización	Antibióticos recibidos desde el ingreso hasta el alta.	Antibioticoterapia	Nominal	() Gentamicina () Clindamicina () Metronidazol () Ciprofloxacino () Cloranfenicol () Ampicilina () Otros
Tratamiento quirúrgico	Manejo de patología con cirugía	Cirugía de emergencia: La que se realiza en la primera hospitalización del paciente. Cirugía durante la recurrencia: la que se realiza de emergencia durante el episodio de recurrencia. Apendicetomía de intervalo: Escisión quirúrgica del apéndice cecal que se realiza posteriormente al tratamiento medico de la apendicitis aguda con peritonitis localizada y el paciente asintomático.	Tipo de Cirugía	Nominal	() Cirugía de emergencia () Cirugía de recurrencia () Cirugía de intervalo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
Complicaciones intra operatorias	Enfermedad o lesión que aparece durante el tratamiento de una enfermedad previa.	Sucesos patológicos que sobrevienen durante de la cirugía.	Complicaciones durante la cirugía.	Nominal	Complicaciones intra operatorias: _____ _____
Complicaciones en el post operatorio	Enfermedad o lesión que aparece posterior al tratamiento de una enfermedad.	Sucesos patológicos que sobrevienen después de la cirugía y que ocurren en el seguimiento del paciente.	Complicaciones después de la cirugía.	Nominal	Complicaciones post operatorias: _____ _____

CAPITULO III

9

VII.- METODOLOGÍA

7.1.- Tipo y diseño de estudio

- **Descriptivo**, porque describe la frecuencia y las características más importantes de este problema de salud.
- **Observacional**, porque el autor no interviene en la manipulación de las variables.
- **Retrospectivo**, porque la investigación se realiza en el tiempo, con hechos ya ocurridos.

7.2.- Población y muestra

La población estará constituido por todos los pacientes mayores de 15 años, atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el 2012.

La muestra estará constituido por todos los pacientes mayores de 15 años, con Diagnóstico de Apendicitis Aguda (CIE 10 K35) con peritonitis localizada; atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, durante el 2012.

7.3.- Técnicas e instrumentos

7.3.1.- Criterios de inclusión:

- Se incluirán todos los pacientes que al ingreso presenten Diagnóstico Clínico o ultrasonográfico de Apendicitis Aguda con Peritonitis Localizada.
- Pacientes mayores de 15 años.

7.3.2.- Criterios de exclusión:

- Pacientes con Historia clínica o Reporte operatorio incompleto.
- Pacientes que no tengan diagnóstico de Apendicitis Aguda con Peritonitis Localizada, al egreso.

7.4.- Descripción de la intervención propuesta

Se revisará el libro de ingreso hospitalario del servicio de cirugía general, y se recopilará los números de historia clínica de pacientes con diagnóstico de ingreso de patología apendicular en todas sus variantes.

Se hará la revisión sistemática de historias clínicas y reportes operatorios de dichos pacientes y se seleccionaran los casos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, que hayan sido atendidos desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2012, en el servicio de cirugía del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”.

Una vez identificadas las historias clínicas a estudiar, se procederá a llenar la ficha de recolección de datos de cada paciente.

7.5.- Procedimiento para la recolección de la información

Previa autorización de la Dirección del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, el/los investigador(es), procederán a la revisión de historias clínicas y reportes de cirugía, anotando los resultados en una ficha de recolección de datos (Anexo 01).

7.6.- Protección de los derechos humanos

Por ser un estudio no experimental no se atentará contra ningún articulado de los derechos humanos. La información captada solo se utilizará para el estudio.

CAPITULO IV

VIII.- RESULTADOS.

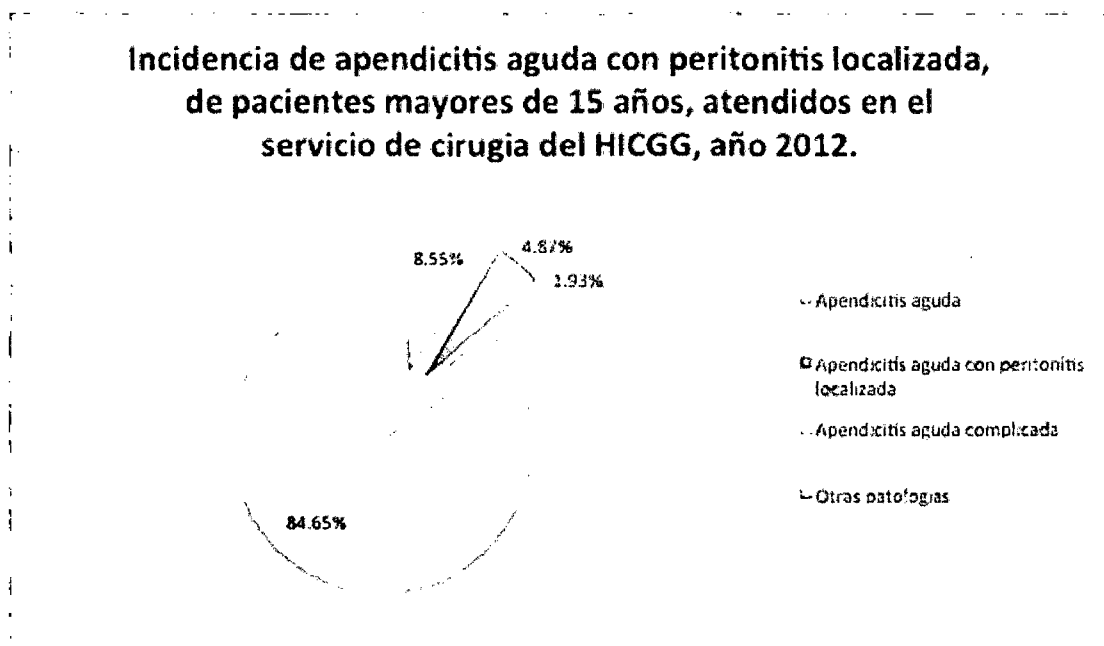
8.1.- Incidencia de Apendicitis aguda con peritonitis localizada.

Tabla 1: Incidencia de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

INCIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Apendicitis aguda	93	8.55%
Apendicitis aguda con peritonitis localizada	53	4.87%
Apendicitis aguda complicada	21	1.93%
Otras patologías	921	84.65%
Total	1088	100.00%

INTERPRETACIÓN: Se observa que la incidencia de apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012, fue del 4,87%.

Gráfico 1: Incidencia de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.



8.2.- Características epidemiológicas de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada.

Tabla 2: Patología apendicular, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

PATOLOGÍA APENDICULAR	Frecuencia	Porcentaje
Apendicitis Aguda con peritonitis localizada	53	31.74%
Otros tipos evolucionados de apendicitis	114	68.26%
Total	167	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que la apendicitis aguda con peritonitis localizada, representó el 31,74% de las patologías apendiculares, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 2: Patología apendicular, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Patología apendicular, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

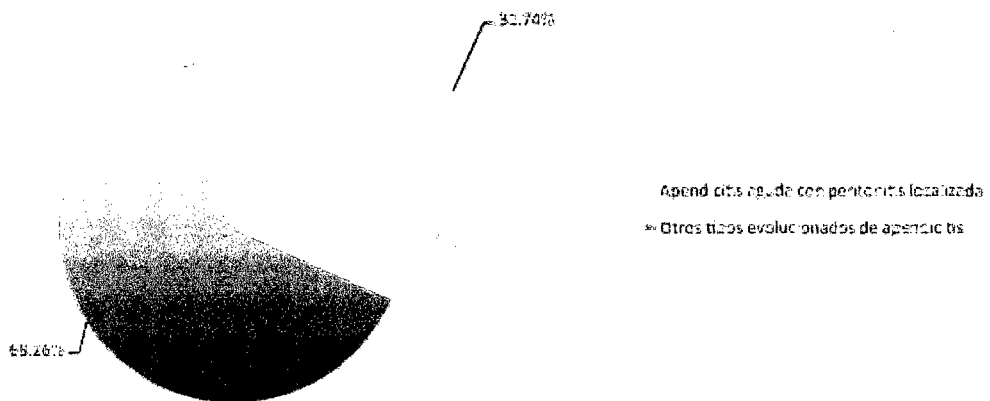


Tabla 3: Frecuencia según edad, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

GRUPO ETÁREO	Frecuencia	Porcentaje
15 a 24 años	21	39,62%
25 a 34 años	13	24,53%
35 a 44 años	7	13,21%
45 a 54 años	5	9,43%
55 a 64 años	4	7,55%
65 a 74 años	1	1,89%
75 años a mas	2	3,77%
Total	53	100,00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que la edad entre 15 a 24 años, fue la más frecuente (39,62%), seguido de 25 a 34 años (24,53%), en pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 3: Frecuencia según edad, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

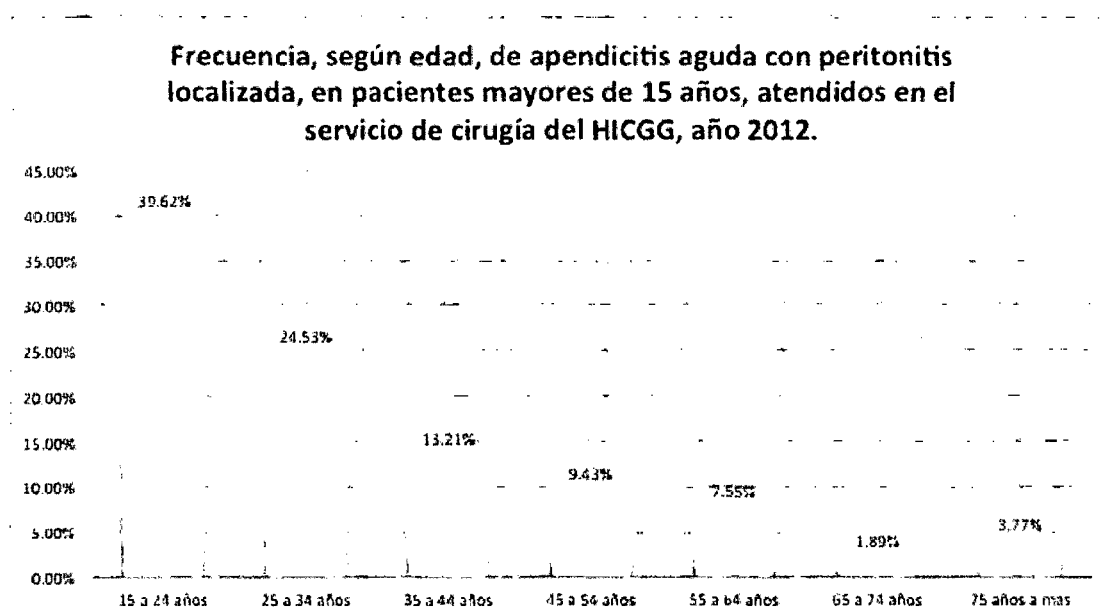


Tabla 4: Frecuencia según sexo, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	25	47.17%
Femenino	28	52.83%
Total	53	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que el sexo femenino fue el más frecuente (52,83%), en pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 4: Frecuencia según sexo, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

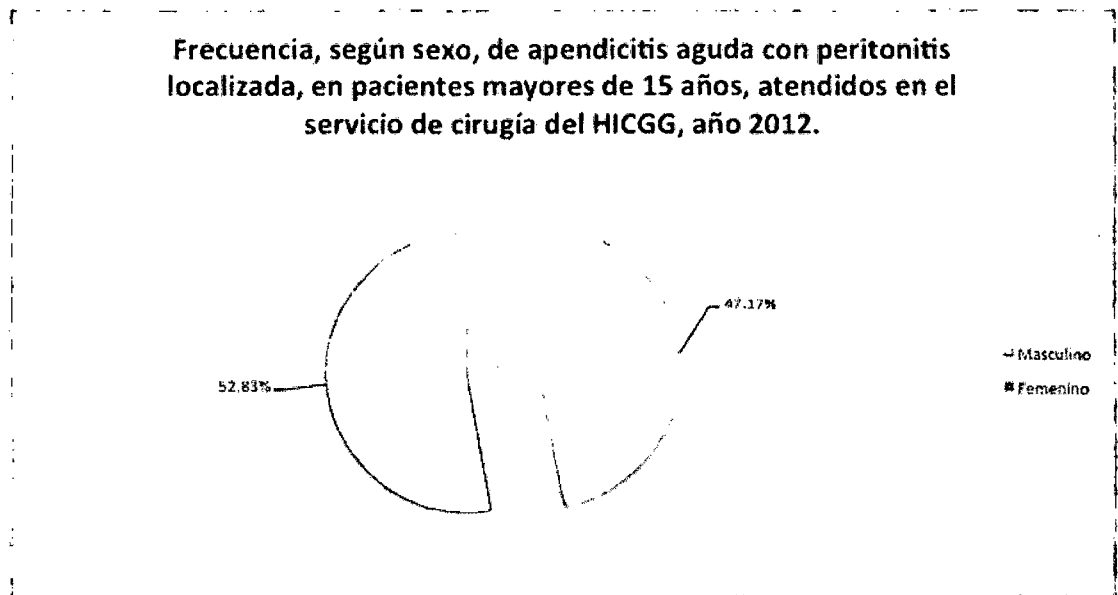


Tabla 5: Frecuencia según Grado de instrucción, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Sin Instrucción	2	3.78%
Primaria	8	15.09%
Secundaria	31	58.49%
Superior no universitario	11	20.75%
Superior Universitario	1	1.89%
Total	53	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que el grado de instrucción más frecuente fue el nivel secundario (58,49%) en pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 5: Frecuencia según Grado de instrucción, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Frecuencia, según grado de instrucción, de apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

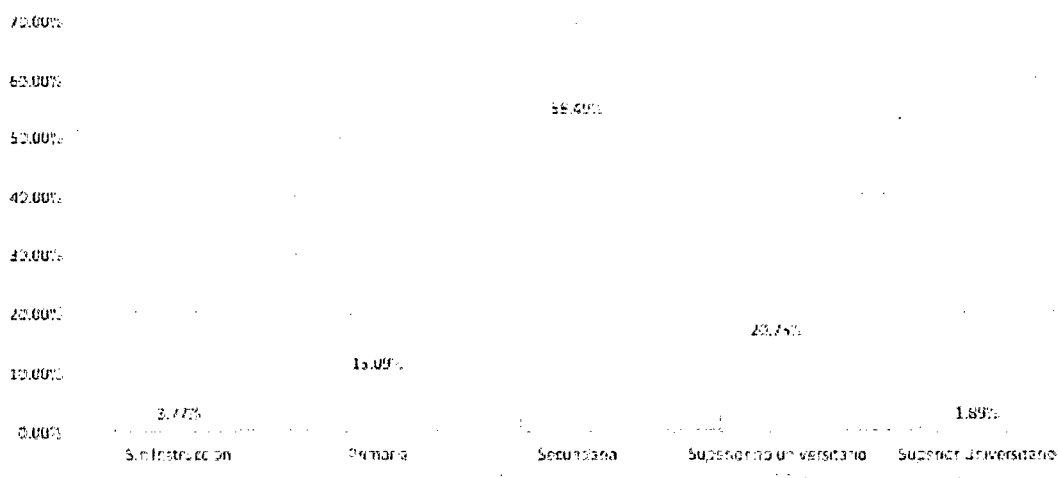


Tabla 6: Frecuencia según Lugar de Procedencia, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

LUGAR DE PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Iquitos	21	39.62%
Belén	8	15.09%
San Juan	22	41.51%
Punchana	2	3.78%
Total	53	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que el lugar de procedencia más frecuente fue el San Juan (41,51%), seguido de Iquitos (39,62%), en pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 6: Frecuencia según Lugar de Procedencia, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Frecuencia, según lugar de procedencia, de apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

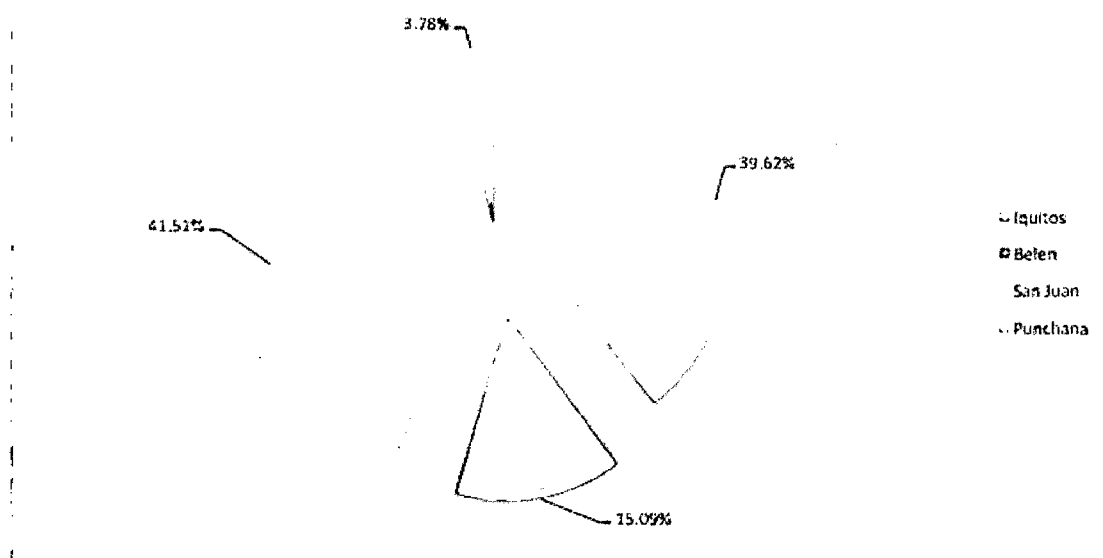
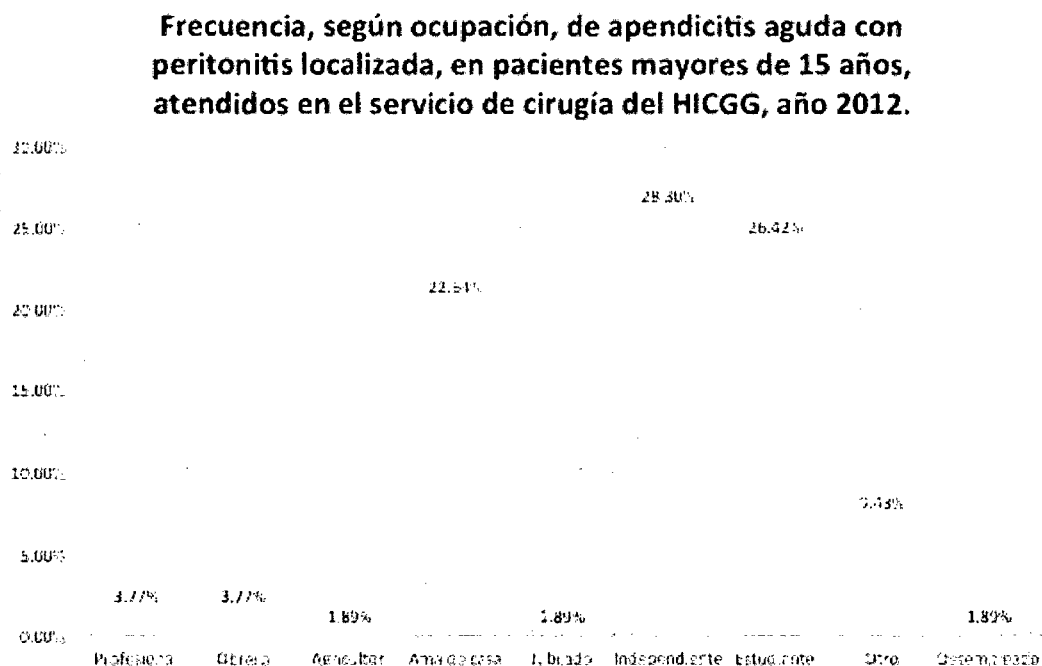


Tabla 7: Frecuencia según Ocupación, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	15	28.30%
Estudiante	14	26.42%
Ama de casa	12	22.64%
Otro	5	9.43%
Obrero	2	3.77%
Profesional	2	3.77%
Agricultor	1	1.89%
Jubilado	1	1.89%
Desempleado	1	1.89%
Total	53	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que la ocupación más frecuente fue Trabajador independiente (28,30%), seguido de Estudiante (26,42%), en pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 7: Frecuencia según Ocupación, de Apendicitis aguda con peritonitis localizada, en pacientes mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.



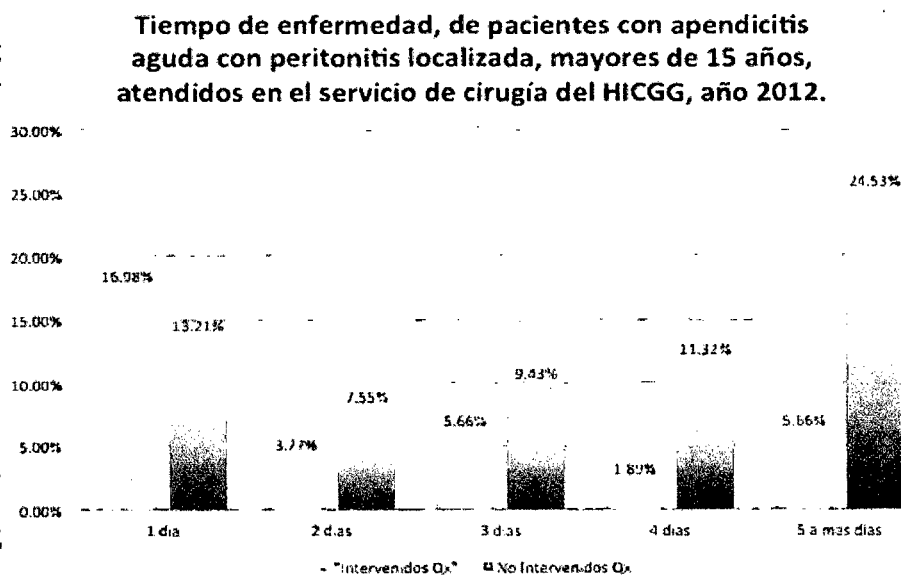
8.3.- Características clínicas de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada.

Tabla 8: Intervención quirúrgica y Tiempo de enfermedad, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Tiempo de enfermedad	Intervención quirúrgica Si		Intervención quirúrgica No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1 día	9	16.98%	7	13.21%	16	30.19%
2 días	2	3.77%	4	7.55%	6	11.32%
3 días	3	5.66%	5	9.43%	8	15.09%
4 días	1	1.89%	6	11.32%	7	13.21%
5 a más días	3	5.66%	13	24.53%	16	30.19%
Total	18	33.96%	35	66.04%	53	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que el tiempo de enfermedad fue de 1 día (16,98%) en pacientes intervenidos quirúrgicamente, y de 5 a más días (24,53%) en los que no fueron intervenidos quirúrgicamente, atendidos por apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 8: Intervención quirúrgica y Tiempo de enfermedad, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.



493

Tabla 9: Intervención quirúrgica y Síntomas generales al ingreso, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Síntomas	Intervención quirúrgica		Intervención quirúrgica		Total	
	Si		No			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dolor abdominal	18	33.96%	35	66.04%	53	100.00%
Masa palpable	3	5.66%	30	56.60%	33	62.26%
Presencia de Náuseas	13	24.53%	19	35.85%	32	60.38%
Presencia de Vómitos	12	22.64%	18	33.96%	30	56.60%
Presencia de Alza Térmica	9	16.98%	11	20.75%	20	37.74%
Presencia de Diarrea	1	1.89%	2	3.77%	3	5.66%

INTERPRETACIÓN: Observamos que el dolor abdominal fue el más frecuente en ambos grupos (100,00%), seguido de la masa palpable (62,26%) y náuseas (60,38%); al ingreso, de pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 9: Intervención quirúrgica y Síntomas generales al ingreso, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

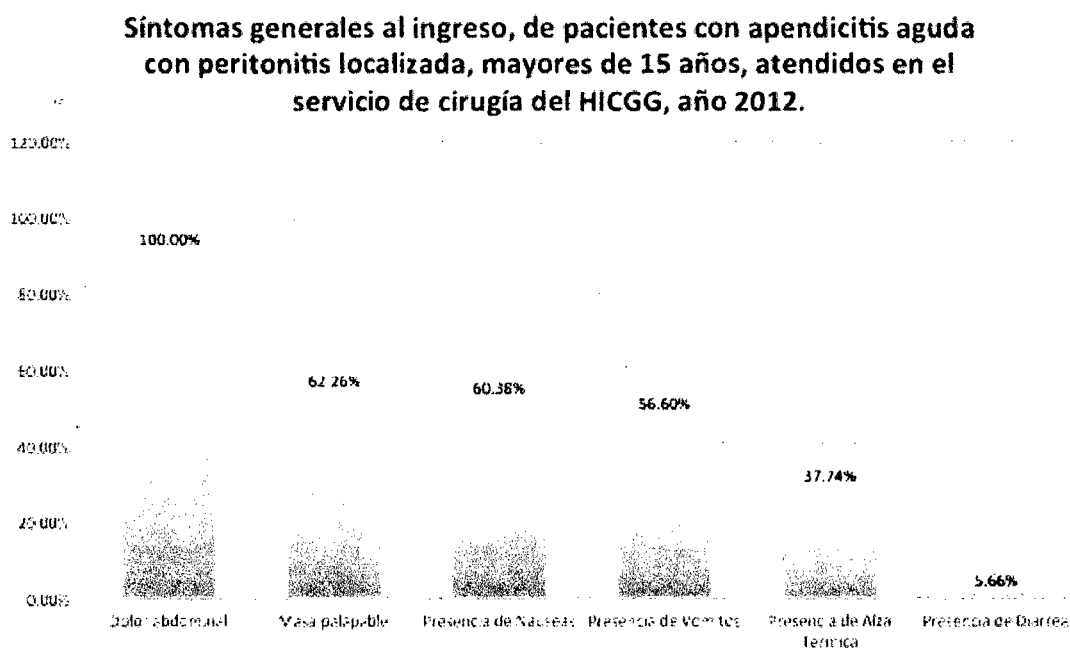


Tabla 10: Intervención quirúrgica y Signos apendiculares, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Signos apendiculares	Intervención quirúrgica Si		Intervención quirúrgica No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Signo de McBurney	18	33.96%	28	52.83%	46	86.79%
Signo de Blumberg	14	26.42%	20	37.74%	34	64.15%
Signo de Rovsing	4	7.55%	9	16.98%	13	24.53%
Signo del Psoas	5	9.43%	4	7.55%	9	16.98%
Signo de Murphy	1	1.89%	2	3.77%	3	5.66%

INTERPRETACIÓN: Observamos que el Signo de McBurney, se presentó en el **86,79%**, seguido de Blumberg (**64,15%**), de pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 10: Intervención quirúrgica y Signos apendiculares, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Signos apendiculares, de pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

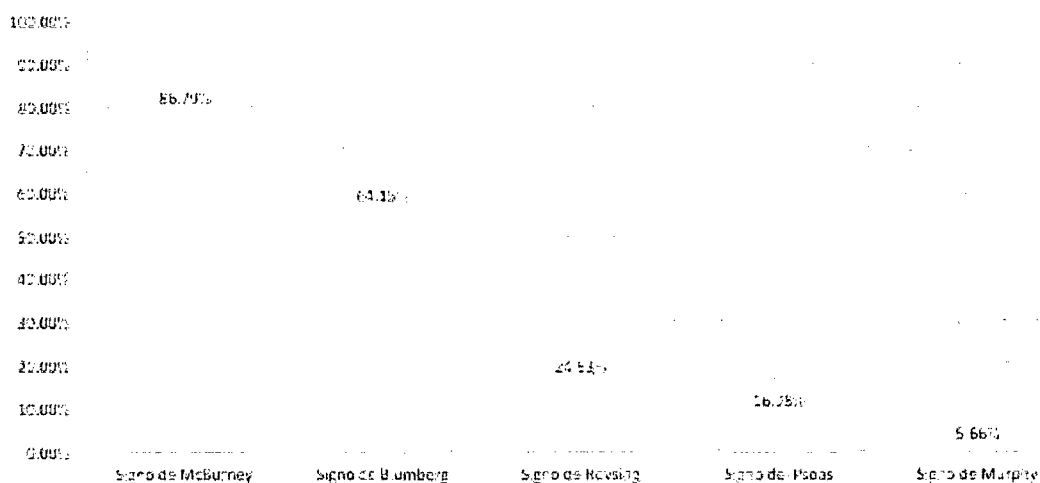


Tabla 11: Intervención quirúrgica y observaciones ecográficas, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Observaciones ecográficas	Intervención quirúrgica Si		Intervención quirúrgica No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Apendicitis catarral + plastrón apendicular	1	2.70%	0	0.00%	1	2.70%
Masa compleja hemiabdominal FID	1	2.70%	0	0.00%	1	2.70%
Masa solida con epiplón	1	2.70%	0	0.00%	1	2.70%
Masa compleja intraperitoneal en FID, compatible con plastrón apendicular	8	21.63%	24	64.87%	31	86.50%
Pseudomasa enteroepiploica	0	0.00%	1	2.70%	1	2.70%
Pseudomasa enteropelvica	0	0.00%	1	2.70%	1	2.70%
Total	11	29.73%	26	70.27%	37	100.00%

INTERPRETACIÓN: La observación ecográfica más frecuentemente descrita fue el de Masa compleja intraperitoneal en FID, compatible con plastrón apendicular (**86.50%**), de pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 11: Intervención quirúrgica y observaciones ecográficas, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

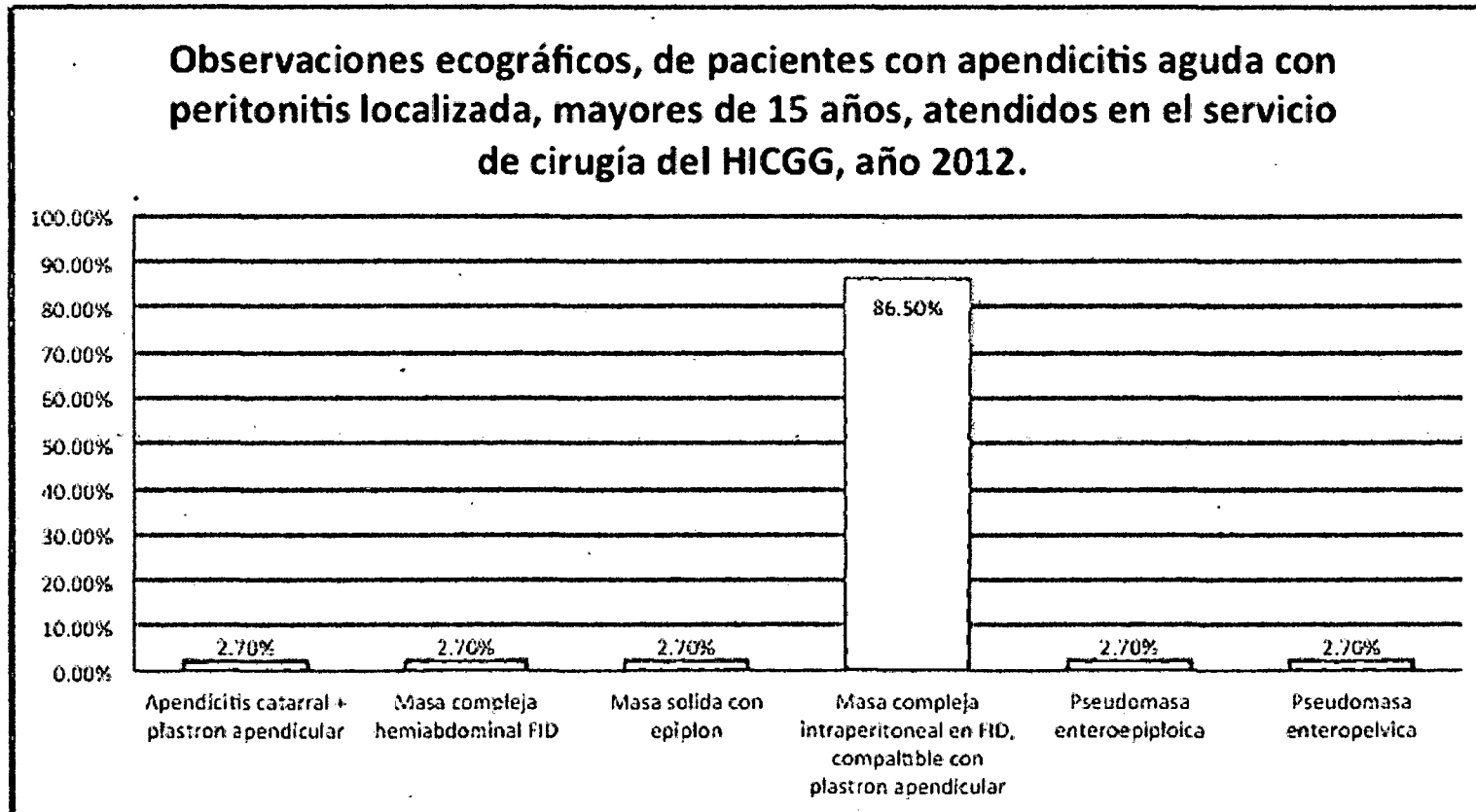


Tabla 12: Intervención quirúrgica y Recuento de leucocitos, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Recuento de leucocitos	Intervención quirúrgica Si		Intervención quirúrgica No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 5000 a 10000 Leucocitos	3	5.66%	8	15.09%	11	20.75%
De 10001 a 15000 Leucocitos	8	15.09%	15	28.31%	23	43.40%
De 15001 a 20000 Leucocitos	5	9.43%	7	13.21%	12	22.64%
De 20000 a más	2	3.78%	5	9.43%	7	13.21%
Total	18	33.96%	35	66.04%	53	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que la Leucocitosis de 10001 a 15000, fue el más frecuente (43,40%), en pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 12: Intervención quirúrgica y Recuento de leucocitos, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

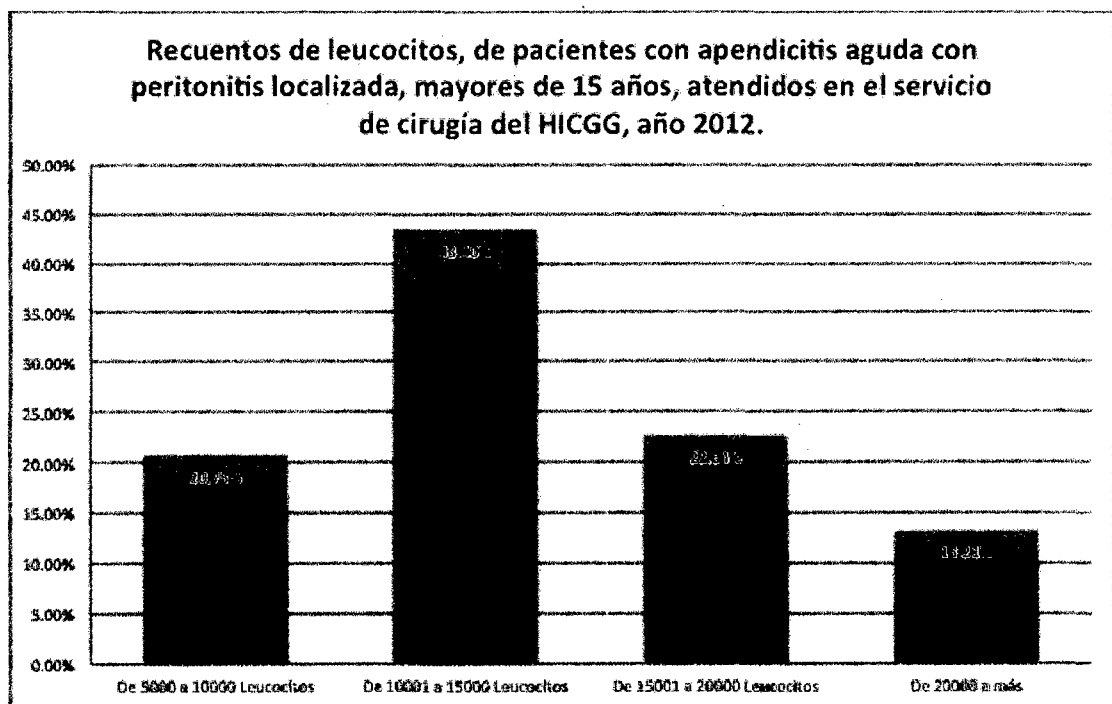
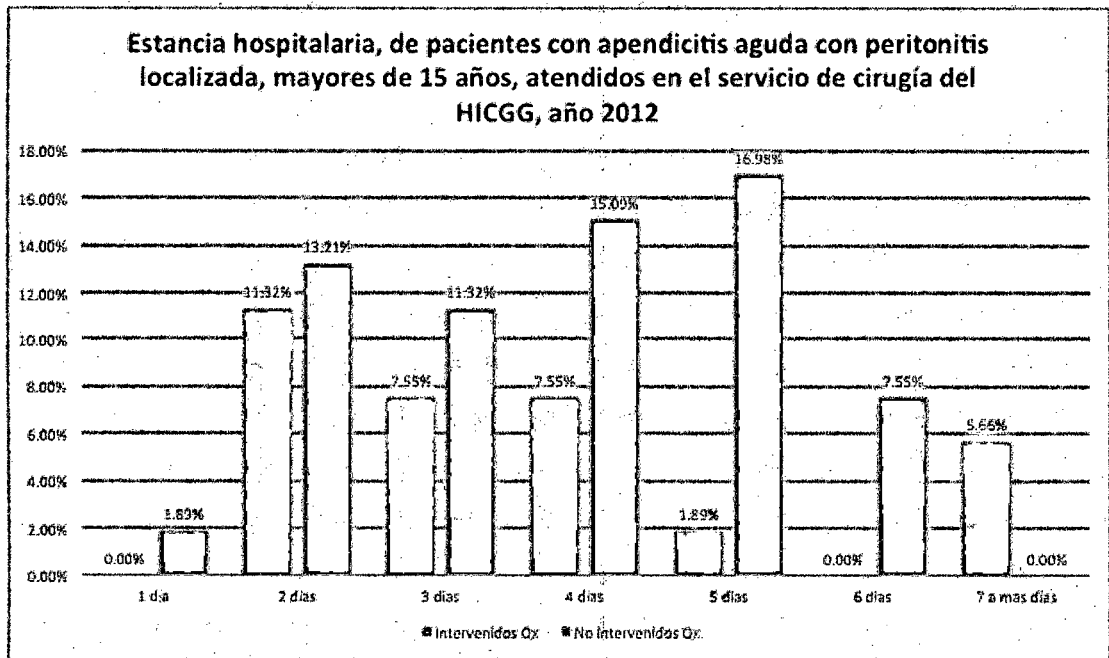


Tabla 13: Intervención quirúrgica y Estancia hospitalaria, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Estancia hospitalaria	Intervención quirúrgica Si		Intervención quirúrgica No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1 día	0	0.00%	1	1.89%	1	1.89%
2 días	6	11.31%	7	13.21%	13	24.52%
3 días	4	7.55%	6	11.32%	10	18.87%
4 días	4	7.55%	8	15.09%	12	22.64%
5 días	1	1.89%	9	16.98%	10	18.87%
6 días	0	0.00%	4	7.55%	4	7.55%
7 a más días	3	5.66%	0	0.00%	3	5.66%
Total	18	33.96%	35	66.04%	53	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que la Estancia hospitalaria más frecuente, fue de 2 días **(11,31%)**, para los que fueron intervenidos quirúrgicamente; y de 5 días **(16,98%)**, para los que no fueron intervenidos quirúrgicamente, de pacientes mayores de 15 años atendidos por apendicitis aguda con peritonitis localizada, en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 13: Intervención quirúrgica y Estancia hospitalaria, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.



8.4.- Manejo de Apendicitis aguda con peritonitis localizada.

Tabla 14: Intervención quirúrgica y Manejo sintomático, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Manejo sintomático	Indicación de Cirugía Si		Indicación de Cirugía No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hidratación	18	33.96%	35	66.04%	53	100.00%
Metamizol	16	30.19%	31	58.49%	47	88.68%
Ranitidina	15	28.30%	22	41.51%	37	69.81%
Dimenhidrinato	4	7.55%	7	13.21%	11	20.76%
Ketorolaco	1	1.89%	3	5.66%	4	7.55%

INTERPRETACIÓN: Observamos que la Hidratación (100,00%), administración de Metamizol (88,68%) y Ranitidina (69,81%), fueron los fármacos mas utilizados en pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 14: Intervención quirúrgica y Manejo sintomático, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

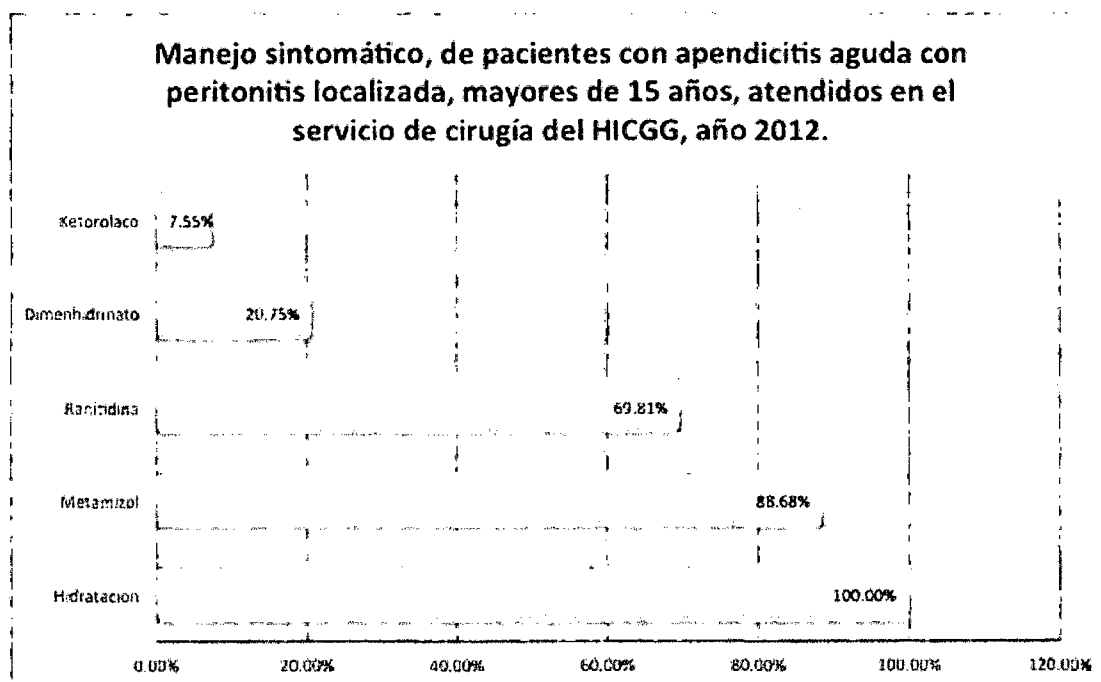


Tabla 15: Manejo antibiótico por servicio, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Manejo Antibiótico	Emergencia		Hospitalización	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No se indico antibiótico	14	26.42%	0	0.00%
Ciprofloxacino + Metronidazol	9	16.98%	18	33.95%
Clindamicina + Amikacina	5	9.43%	6	11.32%
Ceftriaxona	7	13.21%	1	1.89%
Clindamicina + Ceftriaxona	5	9.43%	7	13.21%
Clindamicina + Amikacina + Ceftriaxona	1	1.89%	0	0.00%
Ciprofloxacino + Clindamicina	2	3.77%	3	5.66%
Ceftriaxona + Amikacina	2	3.77%	3	5.66%
Ciprofloxacino + Amikacina + Metronidazol	3	5.66%	6	11.32%
Ceftriaxona + Amikacina + Metronidazol	1	1.89%	7	13.21%
Ciprofloxacino + Amikacina	2	3.77%	0	0.00%
Ceftriaxona + Metronidazol	1	1.89%	1	1.89%
Metronidazol	1	1.89%	0	0.00%
Ciprofloxacino + Clindamicina + Amikacina	0	0.00%	1	1.89%
Total	53	100.00%	53	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que no se usó antibióticos al ingreso en el **26,42%** de pacientes; y que la combinación mas frecuente fue de **Ciprofloxacino + Metronidazol (16,98% en emergencia y 33,95% en hospitalización)**, por lo que no hubo mucha diferencia en el manejo antibiótico en pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 15: Manejo antibiótico por servicio, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

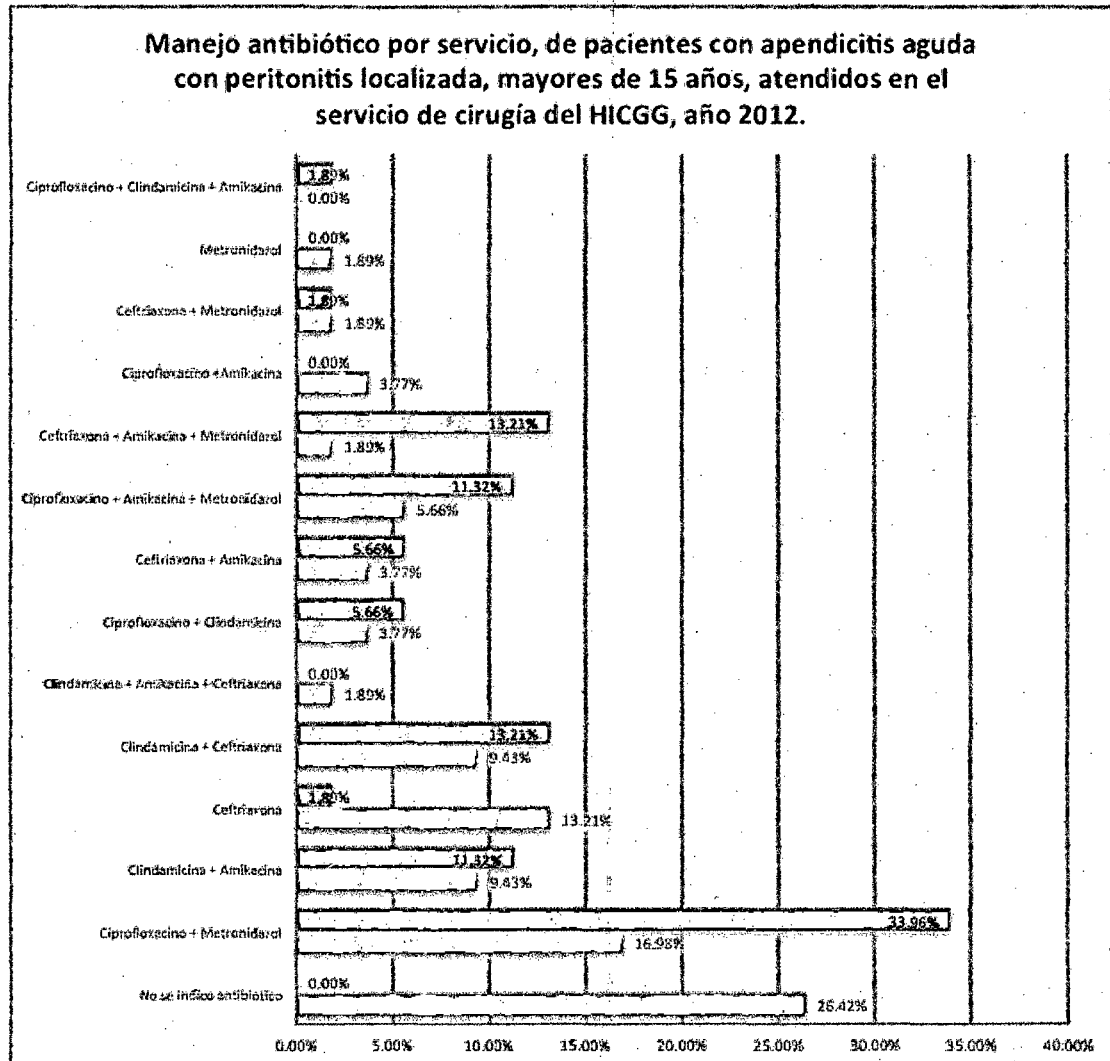


Tabla 16: Antibioticoterapia, según días de administración, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Días	Ceftriaxona		Clindamicina		Ciprofloxacino		Metronidazol		Amikacina		Total	
1 día	1	1.89%	3	5.66%	4	7.55%	3	5.66%	2	3.77%	13	24.53%
2 días	5	9.43%	2	3.77%	5	9.43%	9	16.98%	7	13.21%	28	52.83%
3 días	6	11.32%	7	13.21%	4	7.55%	7	13.21%	5	9.43%	29	54.72%
4 días	3	5.66%	5	9.43%	5	9.43%	5	9.43%	4	7.55%	22	41.51%
5 días	3	5.66%	2	3.77%	6	11.32%	7	13.21%	5	9.43%	23	43.40%
6 días	1	1.89%	3	5.66%	3	5.66%	2	3.77%	1	1.89%	10	18.87%
7 días	0	0.00%	0	0.00%	1	1.89%	1	1.89%	2	3.77%	4	7.55%
8 días	0	0.00%	0	0.00%	1	1.89%	0	0.00%	0	0.00%	1	1.89%
Total	19	35.85%	22	41.51%	29	54.72%	34	64.15%	26	49.06%		

INTERPRETACIÓN.- Observamos que los días de uso antibiótico fueron más frecuente a 3 días (54,72%) y 2 días (52,83%); y los antibióticos más usados fueron Metronidazol (64,15%), Ciprofloxacino (54,72%).

Gráfico 16: Antibioticoterapia, según días de administración, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

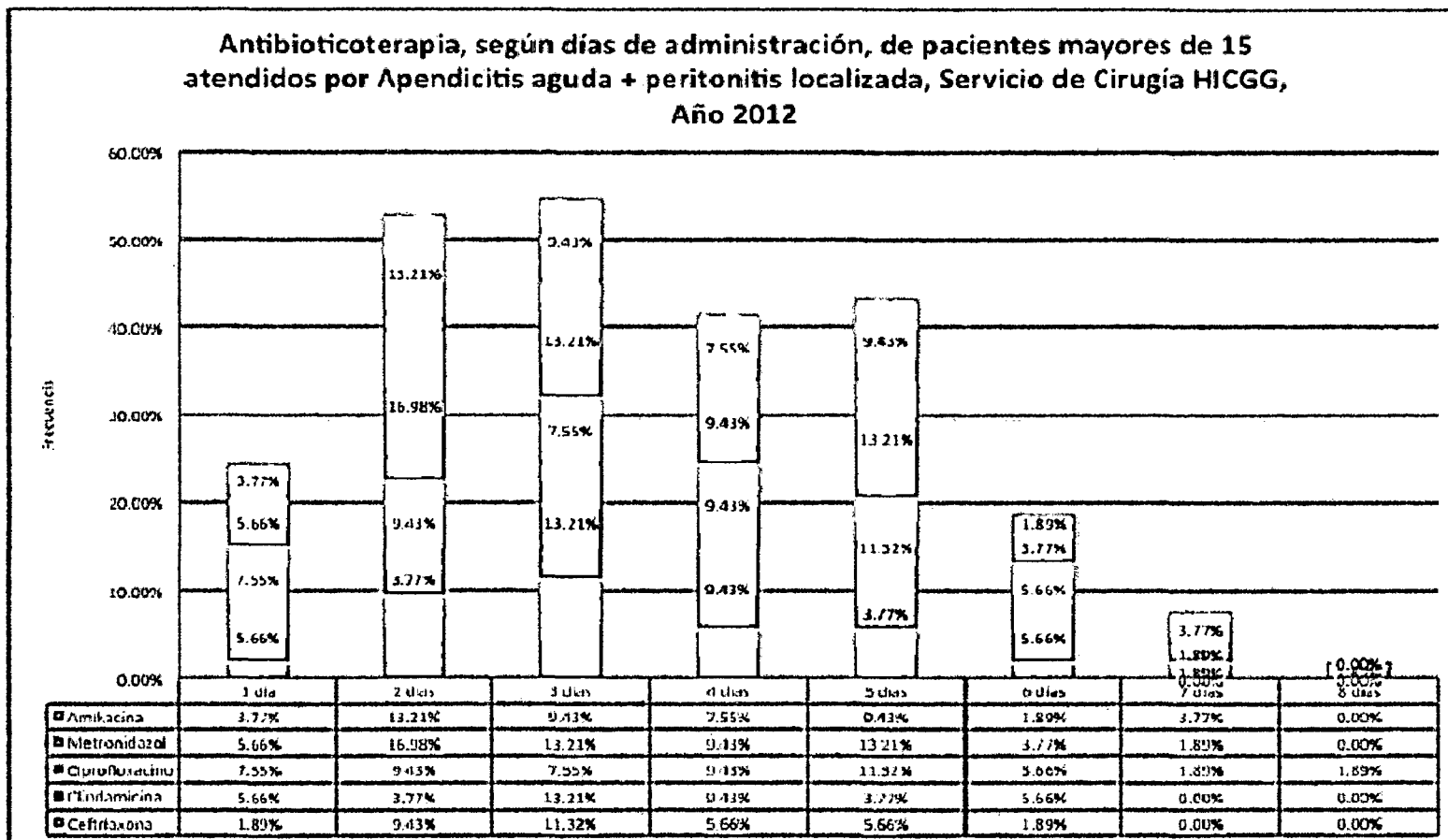


Tabla 17: Indicación de cirugía de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Indicación de Cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Emergencia	13	72.22%
Recurrencia	5	27.78%
Intervalo	0	0.00%
Total	18	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos una intervención quirúrgica de Emergencia en el **72,22%** y una intervención de Recurrencia del **27,78%** de pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 17: Indicación de cirugía de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

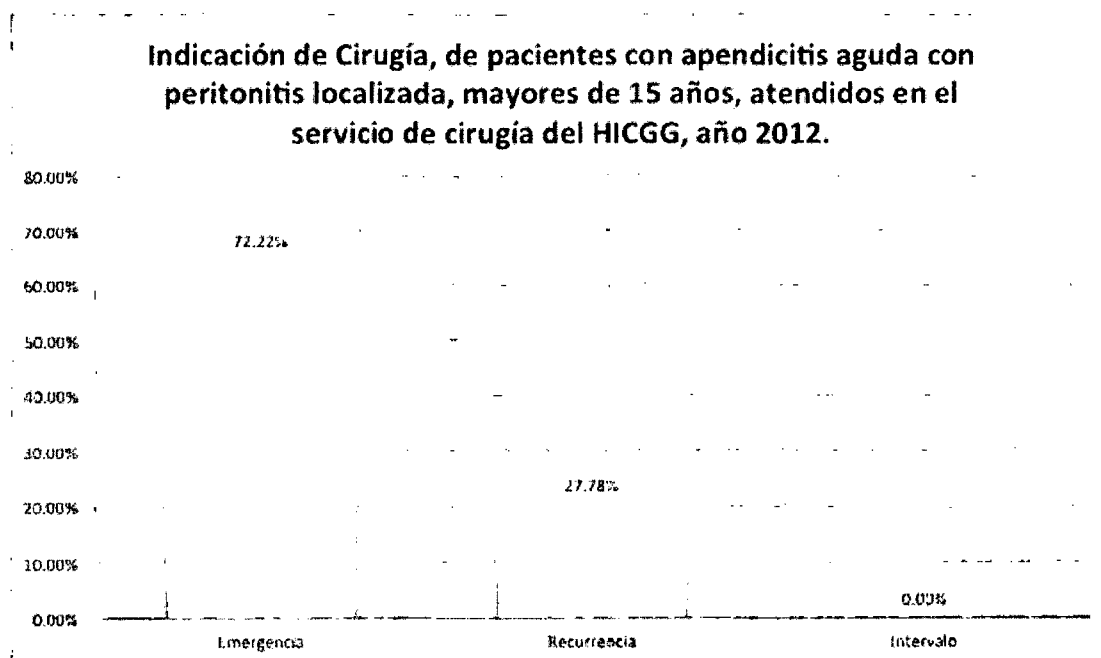


Tabla 18: Indicación de cirugía de Recurrencia, de pacientes intervenidos quirúrgicamente, por Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Cirugía de recurrencia	Frecuencia	Porcentaje
1 día de hospitalización	3	60.00%
2 día de hospitalización	1	20.00%
5 día de hospitalización	1	20.00%
Total	5	100.00%

INTERPRETACIÓN: Se observa que la intervención quirúrgica de recurrencia se realizó a partir de 1 día de hospitalización en el **60.00%**, seguido de Segundo día (**20.00%**) y Quinto día de hospitalización (**20.00%**), de pacientes intervenidos por cirugía de recurrencia, atendidos por apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 18: Indicación de cirugía de Recurrencia, de pacientes intervenidos quirúrgicamente, por Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

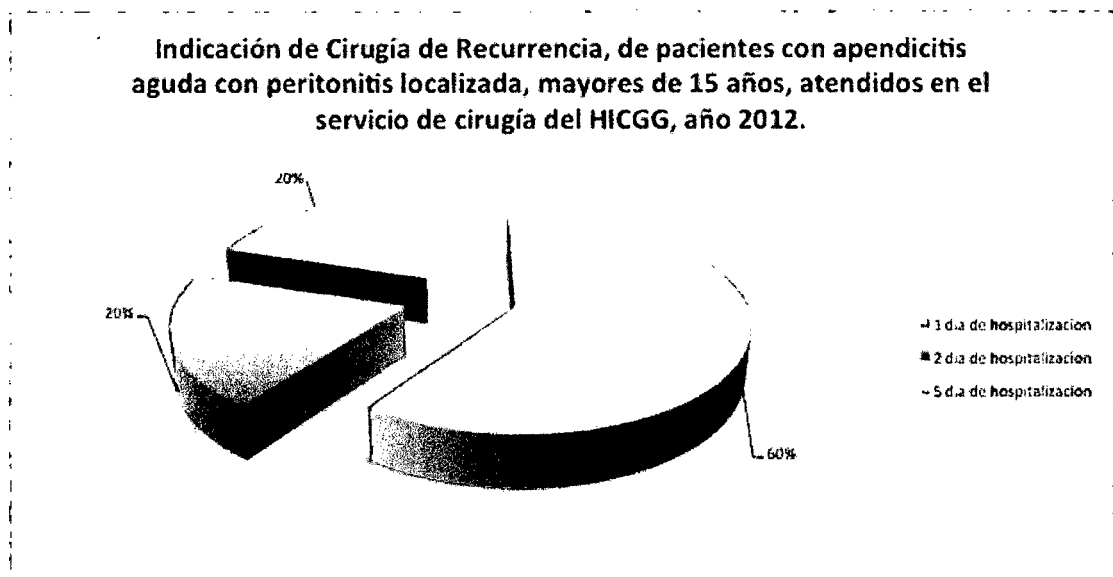
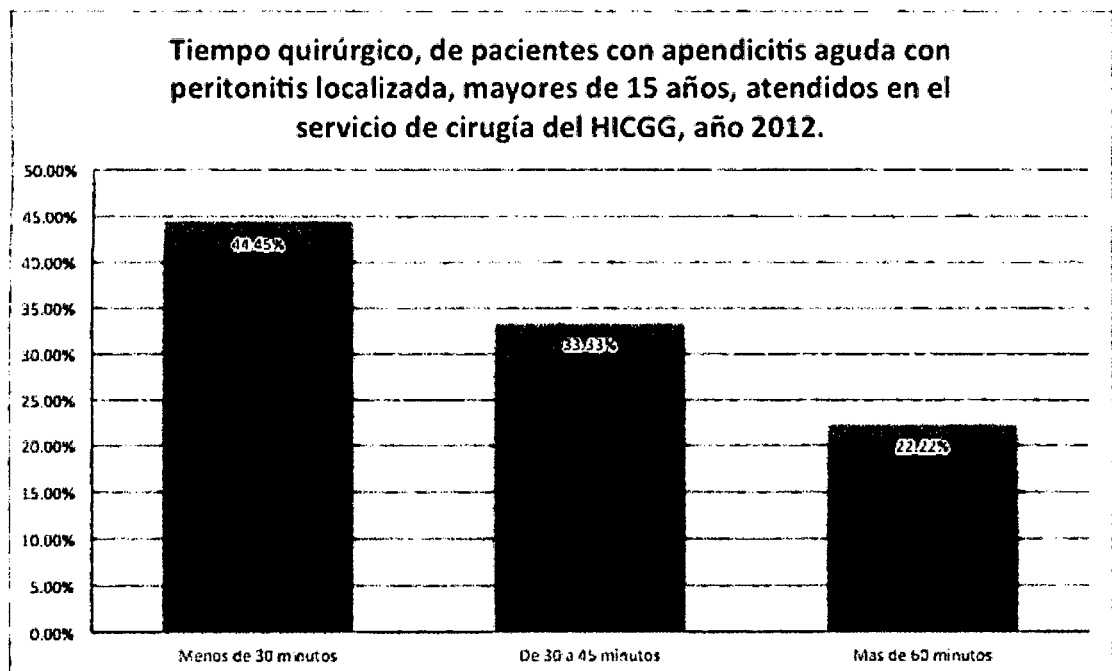


Tabla 19: Tiempo quirúrgico de pacientes intervenidos quirúrgicamente, por Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Tiempo quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 minutos	8	44.45%
De 30 a 45 minutos	6	33.33%
Mas de 60 minutos	4	22.22%
Total	18	100.00%

INTERPRETACIÓN: Observamos que la cirugía duró Menos de 30 minutos en el 44,45% de pacientes intervenidos quirúrgicamente, por apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 19: Tiempo quirúrgico de pacientes intervenidos quirúrgicamente, por Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.



8.5.- Hallazgos y Complicaciones operatorias

Tabla 20: Hallazgos intraoperatorios de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS	Frecuencia	Porcentaje
Absceso periapendicular	1	5.56%
Peritonitis generalizada	1	5.56%
Adherencias	2	11.11%
Pioperitoneo	2	11.11%
No describen hallazgos	12	66.66%
Total	18	100.00%

INTERPRETACIÓN: No se encontraron complicaciones quirúrgicas en el intraoperatorio; Se observa que el hallazgo intraoperatorio más frecuente fueron: adherencias (11.11%) y Pioperitoneo (11.11%), de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 20: Hallazgos intraoperatorios de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Hallazgos intraoperatorios, de pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

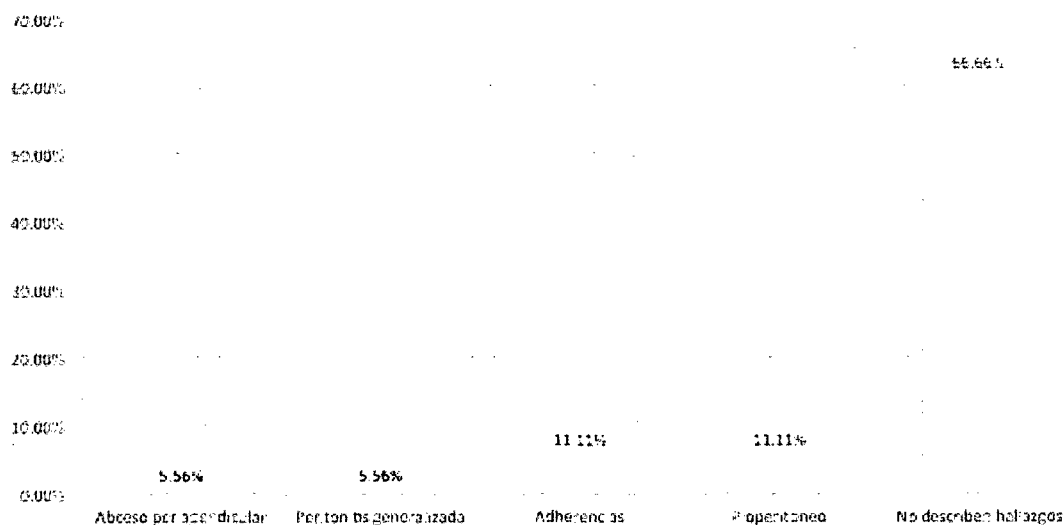


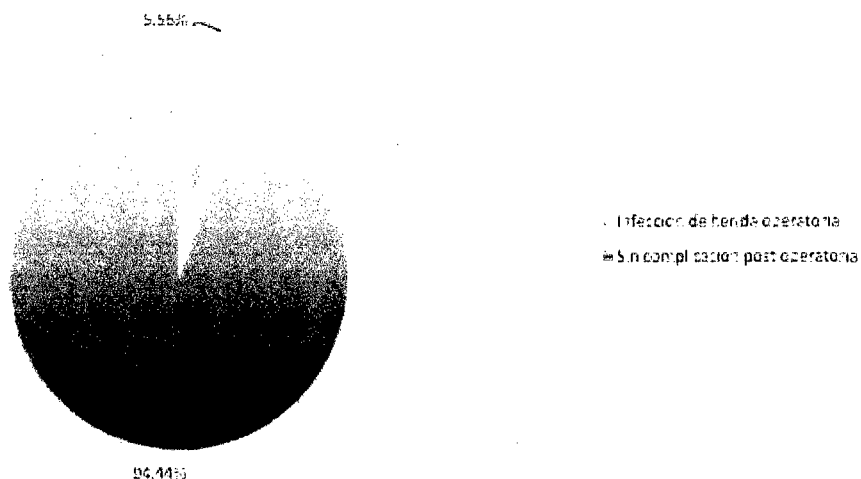
Tabla 21: Complicaciones post operatorias, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

COMPLICACIÓN POST OPERATORIA	Frecuencia	Porcentaje
Infección de herida operatoria	1	5.56%
Sin complicación post operatoria	17	94.44%
Total	18	100.00%

INTERPRETACIÓN: Se observa que solo hubo una (01) complicación posoperatoria (5.56%), en pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, en el servicio de cirugía del HICGG, durante el año 2012.

Gráfico 21: Complicaciones post operatorias, de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.

Complicaciones post operatorias, de pacientes con apendicitis aguda con peritonitis localizada, mayores de 15 años, atendidos en el servicio de cirugía del HICGG, año 2012.



IX.- DISCUSIÓN.

9.1.- Incidencia de Apendicitis aguda con peritonitis localizada.

En nuestro estudio reportamos una incidencia de Apendicitis aguda con peritonitis localizada de 4,87%. Este resultado se aproxima al de Prieto y cols, quien reportó una incidencia del 5,90%, pero tomando como población a todos los niños y adultos; Frias y cols (24), reportan una incidencia de 2,76%, esta diferencia se podría deber porque tuvo una muestra de 2856 historias clínicas, en un lapso de 5 años.

9.2.- Características epidemiológicas de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada.

En nuestro estudio la Apendicitis aguda con peritonitis localizada representó el 31,74% (53 pacientes) de todas las patologías apendiculares, en pacientes mayores de 15 años atendidos en el Servicio de Cirugía del HICGG, durante el 2012. Frias y cols, tuvieron un resultado similar de casos (77 casos), de una muestra de 5 años, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia; Prieto y cols, mencionan a un 15,00% de los casos de apendicitis aguda.

En nuestro estudio el grupo etáreo más frecuente fue el de 15 a 24 años (39,62%), y el de 25 a 34 años (24,53%), Deras (8) reporta un 40,00% de casos en la segunda década de la vida, Caichihua (10), reporta un 26,15% en pacientes entre 25 y 34 años; Pérez y Cumare, reportaron que el plastrón fue más frecuente entre 20-29 años (25%) y entre 30-39 años (22%); Gamero (19), reporta un mayor número de casos con la edad promedio de 31 años, que son resultados similares a los nuestros.

En nuestro estudio el sexo Femenino (52,83%), es el predominante, lo que difiere con Deras y cols (8), Gamero y cols (19), Santos y cols (21), Nome (22), Frias y cols (24), De Souza (25), que reportaron que el sexo masculino fue más frecuente pero con leve variación; Blanco y cols (18) reporta que no hay diferencias significativas en cuanto al sexo.

En nuestro estudio reportamos que el Grado de instrucción fue el nivel Secundario (58,49%), seguido del nivel Superior No Universitario (20,75%); esto coincide con el grupo

etéreo más frecuente de los resultados; y no encontramos series que tomen el grado de instrucción como una variable de estudio

Observamos que el distrito de mayor Procedencia fue San Juan (41,51%) e Iquitos (39,62%), lo que se debe a la ubicación del hospital dentro de la ciudad, justo en el límite de los 3 distritos: San Juan, Belén e Iquitos, recordemos que no existe un establecimiento con capacidad resolutive para cirugías en San Juan o Belén.

En nuestro estudio reportamos que la ocupación Independiente (28,30%), Estudiante (26,42%) y Ama de casa (22,64%), son las más frecuentes. Nuestro resultado puede deberse a que los pacientes son jóvenes y pertenecen a la población económicamente activa. No encontramos series que tomen Ocupación como una variable de estudio.

9.3.- Características clínicas de pacientes con Apendicitis aguda con peritonitis localizada.

En nuestro estudio reportamos un tiempo de enfermedad de 1 día (16,98%), para los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente; y 5 a más días (24,53%), para los que no fueron intervenidos quirúrgicamente; Vásquez Urrelo (9), refiere un tiempo de enfermedad de 78 horas de iniciado los síntomas (75,31%); Santos (21), refiere un tiempo de evolución clínica de 5 días, lo que se podría considerar similar a nuestros resultados. Esto podría deberse, sobre todo en pacientes jóvenes, a un sistema inmunológico óptimo que contrarresta rápidamente la apendicitis; y también por tomar medicamentos para otras patologías diferentes a la apendicitis pero con síntomas similares, prolongando el tiempo de enfermedad.

Observamos que los síntomas más frecuente son: Dolor abdominal (100,00%), Masa Palpable (62,26%), Nauseas (60,38%) y Vómitos (56,60%). Caichihua (10) reporta presencia de dolor, fiebre y anorexia; Beltrán y cols (13), refiere como signo clásico la anorexia, dolor epigástrico o periumbilical y diarrea; De Souza (25), reporta dolor abdominal (100%), fiebre (45,20%), nausea o vómitos (32,30%); que son resultados similares a los de nuestro estudio.

Los Signos Apendiculares fueron el Signo de McBurney (86,79%), seguido del Signo de Blumberg (64,15%), Vásquez Urrelo (9), reporta Signo de McBurney en el 62,22%, Caichihua reporta MacBurney y Blumberg en la mayoría de sus series; Bardales (12) reporta Mc Burney (98,4%) y Rovsing (58,10%); coincidiendo que el Signo de McBurney es el más conocido por los clínicos.

En nuestra serie, "Masa compleja intraperitoneal en FID" fue la observación ecográfica más frecuente (86,50%); De Sousa (25), lo reporta en el 74,2%; Ayala también lo reporta con resultados similares (75,74%).

El Conteo de leucocitos más frecuente, fue el de 10001 a 15000 leucocitos (43,40%), seguido del 15001 a 20000 leucocitos (22,64%); Pérez (11), reportan leucocitos mayor de 15000 x mm³; Otros autores (19,23,24), sólo mencionan leucocitosis.

El tiempo de Estancia hospitalaria más frecuente, fue de 2 días (11,31%), para los que fueron intervenidos quirúrgicamente; y de 5 días (16,98%), para los que no fueron intervenidos quirúrgicamente,). Pérez (11) refiere una estancia hospitalaria de 1 a 5 días en promedio; Claire (15) refiere un tiempo de 8 días en promedio; Santos (21) reporta 9 días, Nome (22) reporta 8 días, De Sousa (25) un tiempo de 5 días.

9.4.- Manejo de Apendicitis aguda con peritonitis localizada.

En nuestro estudio el Manejo conservador que se aplicó fue: Hidratación (100,00%) Metamizol (88,68%) y Ranitidina (69,81%); no encontramos estudios que reporten medicamentos sintomáticos para Apendicitis aguda con peritonitis localizada.

Con respecto al uso de antibiótico al ingreso, el 26,42% de los pacientes no lo recibió; en cuanto al manejo, el 16,98% recibió una asociación de Ciprofloxacino + Metronidazol y el 13,21% solo recibió Ceftriaxona.

En caso del uso de antibiótico en hospitalización, las asociaciones más frecuentes fueron: Ciprofloxacino + Metronidazol (33,95%), seguido de Ceftriaxona + Clindamicina (13,21%) y Ceftriaxona + Metronidazol + Clindamicina (13,21%). Observamos que tanto en emergencia como en hospitalización, la combinación de Ciprofloxacino + Metronidazol es la de elección. Y que los días de uso antibiótico fueron más frecuente a 3 días (54,72%) y 2

días (52,83%); Nome et al(22), publico en Chile que el manejo medico se utilizó Ampicilina + Metronidazol + Amikacina (73,70%) por un promedio de 8,61 días. Ayala (23); refiere un esquema antibiótico de primera línea con Amikacina/Clindamicina endovenoso por 6 días, y uno de segunda línea Ceftriaxona/Metronidazol. De Souza (25), refiere Metronidazol + Ciprofloxacina (66,7%), con un tiempo medio 8.36 ± 3.79 días. Bardales (12), refiere el uso de Clindamicina y Gentamicina (75,80%), seguido de Metronidazol en el 37,10%. Perez y Cumare,(11), refieren el uso de Amikacina + Metronidazol (61,30%) con una duración de 1 a 5 días.

En nuestro estudio reportamos que intervinieron quirúrgicamente a 18 pacientes. La cirugía de Emergencia se realizó en el 72,22%, y la Cirugía de Recurrencia en el 27,78%; No se reportaron cirugías de Intervalo. Pérez (11) refiere que las complicaciones que motivan un fracaso conservador fueron peritonitis (32,00%) y absceso (20,60%); Ayala (23), refiere que el porcentaje de falla del esquema antibiótico de primera línea fue 15%. Frías (24) reporta que el manejo conservador tiene éxito en el 88,31% de los pacientes, y al 11,76% de ellos se les realiza apendicetomía de intervalo.

Con respecto a la programación de cirugía de recurrencia, se realizó a partir de 1er día de hospitalización en el 60.00%, seguido de 2do día (20.00%) y 5to día de hospitalización (20.00%); Ayala también refiere que la frecuencia de recurrencia de plastrón apendicular fue 22%, presentándose predominantemente en las primeras 2 semanas post tratamiento médico.

El Tiempo quirúrgico más frecuente, fue de Menos de 30 minutos (44,45%); De Souza (25) en su estudio reportó que el tiempo operatorio medio más prolongado fue de las cirugías laparoscópicas 108 minutos (rango 85-140), pero presentó menor estancia hospitalaria 5 días (rango 5-7) y menores complicaciones post operatorias. El tiempo quirúrgico, sobre todo depende de la experiencia del cirujano y de las complicaciones que se podrían presentar durante la cirugía, y lo avanzado del cuadro patológico.

9.5.- Complicaciones operatorias

No se encontraron complicaciones quirúrgicas en el intraoperatorio; Se observa que el hallazgos intraoperatorio más frecuente fueron: adherencias (11.11%) y Pioperitoneo (11.11%). Nome (22), reporta plastrón abscedado y síndrome febril prolongado. Santos (21) refiere adherencias. Pérez (11), refiere peritonitis (32%) y absceso (20,6%).

Se observa que solo hubo una (01) complicación postoperatoria (infección de herida operatoria) (5,56%). Caichihua(10) reporta Absceso residual intraabdominal en el post operatorio. Aranda (20), refiere que los episodios de infección del sitio quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo que apendicetomías de urgencia, por su carácter contaminante; concluyendo que el tratamiento conservador inicial constituye la mejor alternativa terapéutica para la apendicitis aguda evolucionada.

X.- CONCLUSIONES.

La incidencia de apendicitis aguda con peritonitis localizada durante el año 2012, fue de 4,87% y representó el 31,74% de la patología apendicular.

Los casos de apendicitis aguda con peritonitis localizada, prevalecieron en el sexo femenino (52,83%), El grupo etáreo más frecuente fue el de 15 a 24 años (39,62%); El grado de instrucción más frecuente fue el nivel secundario (58,49%); las ocupaciones más frecuentes fueron Trabajador independiente (28,30%) y Estudiante (26,42%) y el lugar de procedencia más frecuente fue el Distrito de San Juan (41,51%).

El tiempo de enfermedad más frecuente fue de 1 día (16,98%) para los que fueron intervenidos quirúrgicamente; y 5 a más días (24,53%) para los que no fueron intervenidos quirúrgicamente; Los síntomas y signos que se presentaron más frecuentemente fueron: Dolor abdominal (100,00%), masa palpable (62,26%) y presencia de náuseas (60,38%). El signo de McBurney (86,79%) y el signos de Blumberg (64,15%), fueron los signos apendiculares más frecuentes. La observación ecográfica mas frecuente fue de Masa compleja intraperitoneal en FID, compatible con plastrón apendicular (86.50%); La leucocitosis de 10001 a 15000 x mm³, se presentó en el 43,40%; la Estancia hospitalaria, fue de 2 días (11,31%), para los que fueron intervenidos quirúrgicamente; y de 5 días (16,98%), para los que no fueron intervenidos quirúrgicamente.

El manejo sintomático fue Hidratación (100,00%), Metamizol (88,68%), Ranitidina (69,81%). No se usó antibióticos al ingreso en el 26,42%, y la combinación más frecuente fue Ciprofloxacino + Metronidazol (33,95%).

El tiempo quirúrgico más frecuente fue de menos de 30 minutos (44,45%); La cirugía de recurrencia se presentó en el 33,33%, y se realizó con más frecuencia después de 1 día de hospitalización (60,00%).

No hubo complicaciones intraoperatorias. Los hallazgos intraoperatorios más frecuentes fueron Adherencia (11,11%) y Pioperitoneo (11,11%); La complicación postoperatoria que se presentó fue Infección de Herida Operatoria (5,56%).

XI.- RECOMENDACIONES.

En todos los casos de apendicitis aguda con peritonitis localizada, se debe usar antibióticos principalmente con cobertura para Gram negativo anaerobio.

Toda historia clínica debe tener un reporte operatorio claro, completo y conciso.

En caso de infección de herida operatoria, realizar cultivo o Gram, para conocer el agente patógeno.

Realizar estudios prospectivos que permitan evaluar los factores asociados a plastrón apendicular.

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- ERDOKAN D, KARAMAN I, NARCI A, et al. Comparison of two methods for the management of appendicular mass in children. *Pediatr Surg Int.* 2005 Feb;21(2):81-3. Epub 2004 Dec 22.
- 2.- OLDHAM K, COLOMBANI P, FOGLIA R, SKINNER M. *Principles and Practice of Pediatric Surgery.* Lippicott Williams & Wilkins. 4th Edition. 2005.
- 3.- TELFORD G, CONDON R. El Apéndice. En: Zuidema Shackelford's *Cirugía del Aparato Digestivo – Tomo IV.* Buenos Aires – Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A. 2007. p. 166-167.
- 4.- OKUNE E. MAREK G, JAROSŁAW K. Management Of Appendiceal Mass In Children And Adults: Our Experience. *The Internet Journal of Surgery.* 2007 Volume 9 Number 2.
- 5.- MESHIKHES AWN. Appendiceal mass: Is interval appendicectomy “Something of the past”? *World J Gastroenterol* 2011; 17(25): 2977-2980
- 6.- Hospital Iquitos Cesar Garayar García. Informe estadístico año 2010. Unidad de estadística e informática.
- 7.- Hospital Iquitos Cesar Garayar García. Informe estadístico año 2011. Unidad de estadística e informática.
- 8.- DERAS J L, MEMBREÑO A; Manejo del Plastrón Apendicular: ¿Conservador o agresivo?. Trabajo Científico original. *Rev. Medica Hondureña* Vol 53 – 1985.
- 9.- VASQUEZ URRELO Rene. Apendicetomía: Hallazgos Clínico - Quirúrgicos en el Hospital Regional de Loreto entre los años 1991 y 1995; Tesis para optar el Título Profesional de Medico Cirujano. 1995. UNAP – Iquitos – Perú.

- 10.- CAICHIHUA BACA Gabriel. Perfil Epidemiológico y características Clínicas Quirúrgicas de Apendicitis Aguda en el Hospital II – IPSS – Iquitos entre Enero de 1990 a Diciembre del 1994. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. 1996. UNAP – Iquitos – Perú.
- 11.- PÉREZ C, CUMARE S. Manejo del plastrón Apendicular en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisimeto en el Periodo 1998 – 2000, Boletín Médico de Postgrado. Vol. XIX No 4 Octubre – Diciembre 2003
- 12.- BARDALES GUERRA Raúl. Apendicitis Aguda en Pediatría: Hallazgos Epidemiológicos – Clínico – Quirúrgicos en el Hospital Regional de Loreto, entre Enero 1998 y Diciembre 2002. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. 2003. UNAP – Iquitos – Perú.
- 13.- BELTRAN M, VILLAR R, Tapia T, et al. Sintomatología Atípica en 140 pacientes con apendicitis. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 – N° 3, junio 2004; pags 269-274.
- 14.- BRAINSKY A, SALAMANCA E, BONILLA E, et al. Controversias en el manejo del plastrón y el absceso apendicular: reporte de un caso. Rev. Colomb. Cir. [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2013 Ene 07] ; 19(3): 190-194.
- 15.- CLAURE P, LINACRE V, LAGOS J, et al. Plastrón Apendicular. Experiencia del 5 años. Rev de Cir Infantil 2004 - 14 (1,2,3,4) 83-7
- 16.- REÁTEGUI RUIZ Daniel. Estudio Comparativo de las Características Clínicas y Quirúrgicas de la Apendicitis Aguda entre los pacientes menores de 40 años y mayores de 60 años en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2000 – 2005. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. 2006. UNAP – Iquitos – Perú.
- 17.- DEL CASTILLO CAMAN Janeth Isabel. Correlato Clínico- Patológico en Pacientes con Diagnóstico de Apendicitis Aguda que ingresaron al Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García” del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2006. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. 2007. UNAP – Iquitos – Perú.

- 18.- BLANCO J, ISNARD R, ILLARI J, et al. Tratamiento medico y/o quirúrgico del plastrón o absceso apendicular en la infancia. *Cir Pediatr* 2008;21:43-45
- 19.- GAMERO M, BARREDA J, HINOSTROZA G. Apendicitis aguda: Incidencia y Factores Asociados. Hospital Nacional "Dos de Mayo" Lima, Perú 2009. *Revista Horizonte Médico* Vol. 11, No 1, Enero – Junio 2011.
- 20.- ARANDA J, GONZALES A, MARIN N, et al. Resultados del tratamiento conservador inicial y de la cirugía urgente en la apendicitis aguda evolucionada. *Rev Esp Enferm Dig* 2010; 102 (11): 648-652
- 21.- SANTOS M, TORRES V, POBLETE A, et al. Tratamiento de los Plastrones Apendiculares en Pediatría. Conservador Vs Quirúrgico ¿Cuál es la mejor alternativa?. *Rev. Ped. Elec.* [en línea] 2010, Vol 7, N° 2. ISSN 0718-0918
- 22.- NOME C, JELVEZ F, REDLICH A, et al. Plastrón apendicular. Descripción de presentación y manejo en el hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco entre 2001 y 2011.
- 23.- AYALA LEDESMA María. Aspectos Clínicos 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. Trabajo de Investigación para Optar el Título de especialista en Cirugía Pediátrica. 2011 Lima – Perú.
- 24.- FRIAS V, CASTILLO M, RODRIGUEZ M et al. Manejo de la masa apendicular inflamatoria en el paciente adulto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev. gastroenterol. Perú*, jul./set. 2012, vol.32, no.3, p.267-272. ISSN 1022-5129.
- 25.- DE SOUZA I, Aportes En El Manejo Del Plastrón Apendicular, Tesis Para Optar El Título De Especialista En Cirugía General 2012. Lima - Perú.
- 26.- BOUER G, VASQUEZ L, BANDE J, et al. Uso De Antibióticos En La Apendicitis Aguda En La Infancia. *Rev de Cir, Infantil* 1993(1) .28-32

- 27.- QUEVEDO L. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2013 Ene 07]; 46(2): .
- 28.- CONDON R. Et al. Tratado de patología quirúrgica de Sabinston 10 edición Interamericana Mac Graw Hill Volumen I . Mexico 1995, pag 997.
- 29.- BENNION R, et al. The bacteriology of gangrenous and perforated apendicitis revisited. Ann surg 211: 1965, 1990.
- 30.- GARBA E, AHMED A, Management of Appendiceal Mass, Annals of African Medicine, Vol 7, n° 4; 2008: 200 – 204.
- 31.- ALFARO J, et al . Actualización sobre el uso de antimicrobianos en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Quirúrgico «Joaquín Albarrán». Rev Cubana Cir, Ciudad de la Habana, v. 49, n. 3, sept. 2010 .
- 32.- MINISTERIO DE SALUD. Hospital Santa Rosa. Atención Para El Manejo De Apendicitis Aguda. Guía de practica clínica, Servicio de Cirugía General. Lima - Perú 2009.
- 33.- MC PHERSON AG, KIMOTH JB: Acute appendicitis and appendix mass. Can J Surg 32: 365 – 370, 1945.
- 34.- GIERUP J, KARPE B: Aspects on appendiceal abscess in children with special reference to delayed appendectomy. Acta Chir Scand 141: 801 – 803, 1975.
- 35.- ERIKSSON S, GRANSTROM L. Randomized controlled trial of appendectomy versus antibiotic therapy for acute appendicitis. Br J Surg 1995; 82:166-9.
- 36.- OLIAK D, YAMINI D, UDANI VM, et al. Initial non-operative management of peri-appendiceal abscess. Dis Colon Rectum 2001; 44:936-41.
- 37.- BROWN CV, ABRISHAMI M, MULLER M, et al. Appendiceal abscess: immediate operation or percutaneous drainage? Am Surg 2003; 69:829-32.

38.- MAZZIOTTI M, MARLEY E. Histopathologic analysis of interval appendectomy specimens: support for the role of interval appendectomy. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 806-809.

39.- ARRIAGADA LASA E, ACEVEDO FAGALDE A. Masa apendicular: tratamiento quirúrgico / Appendiceal mass: surgical treatment. *Rev Chil Cir* 1994; 46: 81-84.

40.- PURI P, HÖLLWARTH M. Appendicitis in Pediatric surgery. Springer Dordrecht Heidelberg London New York. 2009.

41.- PRIETO F, DAVILA M, VALLONE P, et al. "Plastron Apendicular: Es necesaria la operación diferida". *Rev de Cir Infantil* 1 (1992).

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA Nº			
HC	_____		
Edad	_____	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Grado de instrucción:	_____	Procedencia:	_____
Ocupación	_____		

1)	Fecha de Hospitalización	_____	/	_____	/	_____
2)	Tiempo de enfermedad	_____				
3)	Diagnóstico de ingreso	_____				
4)	Medicación recibida al ingreso	a.-	_____		c.-	_____
		b.-	_____		d.-	_____
5)	Masa palpable al examen físico	<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Alza térmica			<input type="checkbox"/> Rovsing
		<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Blumberg			<input type="checkbox"/> Psoas
		<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Mac Burney			
6)	Hallazgos ecográficos	_____				
		Plastrón apendicular	<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No
7)	Tratamiento antibiótico recibido	Antibiótico 1	_____	Días	:	_____
		Antibiótico 2	_____	Días	:	_____
		Antibiótico 3	_____	Días	:	_____
		Antibiótico 4	_____	Días	:	_____
		Antibiótico 5	_____	Días	:	_____
		Antibiótico 6	_____	Días	:	_____
		8)	Hemograma al ingreso	Leucocitos	_____	/mm ³
9)	Indicación de cirugía	<input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/> No	
		Tipo de Cirugía				
		<input type="checkbox"/> Emergencia (la que se realiza en la primera hospitalización del paciente)				
		<input type="checkbox"/> De recurrencia (la que se realiza de emergencia durante el episodio de recurrencia)				
<input type="checkbox"/> De Intervalo (la que se realiza posterior al tratamiento medico y con el paciente asintomático)						
10)	Tiempo Quirúrgico	_____ minutos				
11)	Complicaciones intraoperatorias:	_____				
12)	Complicaciones post operatorias:	_____				
13)	Fecha de Alta	_____	/	_____	/	_____
	Estancia hospitalaria	_____		días		