

NOMBRE DEL TRABAJO

**MANEJO QUIRÚRGICO VERSUS MANEJO
CONSERVADOR EN ADULTOS CON PLA
STRÓN APENDICULAR HOSPITAL CARL
OS LAN**

AUTOR

BRUNELA ELENA MONTOYA GUZMÁN

RECUENTO DE PALABRAS

6205 Words

RECUENTO DE CARACTERES

38105 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

36 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

247.3KB

FECHA DE ENTREGA

Jan 10, 2024 12:07 PM GMT-3

FECHA DEL INFORME

Jan 10, 2024 12:08 PM GMT-3

● 19% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**MANEJO QUIRÚRGICO VERSUS MANEJO CONSERVADOR EN
ADULTOS CON PLASTRÓN APENDICULAR
1 HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2021-2023**

PROYECTO DE INVESTIGACION

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL

PRESENTADO POR

BRUNELA ELENA MONTOYA GUZMÁN

1 ASESOR

Dr. JOSÉ SANDOVAL PAREDES

LIMA, PERÚ

2023

ÍNDICE

	Págs.
Portada.....	Error! Bookmark not defined.
ÍNDICE	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1. Descripción del situación problema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Objetivos	3
4 1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación	4
1.4.1. Importancia del estudio	4
1.4.2. Viabilidad del estudio	4
1.5. Limitaciones del estudio	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.2. Bases teóricas.....	12
2.3. Definición de términos básicos.....	14
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES.....	Error! Bookmark not defined.
3.1. Formulación de la hipótesis.....	Error! Bookmark not defined.
3.2. Variables y su operacionalización	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	Error! Bookmark not defined.
4.1. Tipos y diseño	Error! Bookmark not defined.
8 4.2. Diseño muestral	Error! Bookmark not defined.
4.3. Técnicas y procedimientos de recolección de datos ...	Error! Bookmark not defined.
4.4. Procesamiento y análisis de datos.....	Error! Bookmark not defined.
5 4.5. Aspectos éticos	Error! Bookmark not defined.
CRONOGRAMA.....	Error! Bookmark not defined.
PRESUPESTO.....	Error! Bookmark not defined.
FUENTES DE INFORMACIÓN	Error! Bookmark not defined.
ANEXOS	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

A nivel mundial se reportan casos de absceso, es una forma progresiva de apendicitis aguda (AA) (1), cuya incidencia es de aproximadamente 3.8% (2). Algunas de las complicaciones que genera son la obstrucción del intestino delgado, infecciones postoperatorias y recurrencia después de un manejo no quirúrgico (3). Por otra parte, las personas que presentan esta patología generalmente necesitan una apendicectomía para aliviar sus síntomas y evitar complicaciones (4).

En distintos estudios se han hecho comparaciones entre el manejo quirúrgico y el manejo conservador, como el elaborado por Watanabe et al (2), quienes demostraron que el manejo no quirúrgico fue exitoso en el 76.6%, en comparación con quienes fueron sometidos a cirugía de emergencia. Y el estudio de Osama et al (5), identificando la existencia de diferencias significativas entre pacientes apendicectomizados laparoscópicamente con quienes recibieron manejo conservador, en relación a la estancia hospitalaria, siendo mayor en los últimos mencionados ($p < 0,001$).

En el Perú, no hay un consenso nacional referente a la prevalencia de esta patología, pero diversos estudios han encontrado diferentes porcentajes, por ejemplo, en el entorno del "Hospital Aurelio Diaz Ufano" en Lima, la prevalencia fue de 2.6% (6), mientras que en el "Hospital Regional de Cajamarca", fue de 57.1%, diagnosticado de manera imageneológica como ecográfica (7). Por otro lado, también se ha logrado identificar evidencia científica sobre la comparación de los manejos terapéuticos, como lo realizó Isidro C (8), prevalencia fue de 5.2%, donde el 56% de los pacientes tuvo un manejo conservador, en quienes se utilizó principalmente metronidazol seguido por ceftriaxona, mientras que el 44% tuvo manejo quirúrgico, o el elaborado por Cano (9), quien concluyó que los pacientes con manejo conservador podrían tener menor cantidad de

complicaciones al ser comparaciones con aquellos que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

En el entorno local, es decir, en el “Hospital Carlos Lanfranco La Hoz”, la AA es considerada como la segunda causa de morbilidad en esta institución según el Plan Operativo Anual del 2016 (10), pero no existe reporte alguno del plastrón apendicular, ni mucho menos del abordaje terapéutico que es utilizado, a pesar que durante la atención clínica hospitalaria, aproximadamente son atendidos 3 casos de plastrón apendicular de manera mensual, es decir, que al año existirían 36 casos. Por tales motivos, la ejecución de una investigación abordando como tema base el plastrón apendicular es de total relevancia sobre todo bajo la realidad de la institución sanitaria, considerando que no existe base epidemiológica al respecto, por ende, el manejo más apropiado para los pacientes es interés de estudio, en favor de la mejora física, social y familiar del propio paciente.

2 1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la diferencia entre el manejo quirúrgico versus el manejo conservador en adultos con plastrón apendicular atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz entre el 2021 y el 2023?

1 1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Comparar los resultados del manejo quirúrgico versus manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular.

1.3.2. Objetivos específicos

Comparar los resultados quirúrgicos del manejo quirúrgico versus manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular.

Comparar la tasa de recurrencia de sintomatología relacionada a apendicitis del manejo quirúrgico versus manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia del estudio

Este estudio permitirá tener evidencia científica actual respecto a qué manejo ofrece un mejor resultado o menores complicaciones, permitiendo así optimizar el bienestar de los pacientes diagnosticados con plastrón apendicular.

Desde un enfoque económico, la pesquisa en mención es importante, ya que los gastos hospitalarios se incrementan debido a los materiales que se usan para un manejo quirúrgico o medicamentos para un manejo conservador, debido a que el plastrón apendicular puede tener complicaciones como una infección postoperatoria hasta una recurrencia, lo que influye en el aspecto práctico, ya que el presentar estos eventos adversos genera que el profesional de salud realice mayores esfuerzos para mantener la estabilidad del paciente, por lo cual al identificar que manejo es el más apropiado en estos pacientes, se podrían reducir los eventos inesperados a favor del afectado, puesto que la estancia hospitalaria se vería reducida, así como el tiempo de recuperación lo cual influye en su reinserción social, laboral y familiar.

Finalmente, los resultados que se obtengan, serán de aporte para futuras investigaciones que aborden temas similares al propuesto, sea en el entorno local, nacional o internacional.

1.4.2. Viabilidad del estudio

Se solicitará con anticipación los permisos correspondientes a la entidad hospitalaria y universitaria para su aceptación de ejecución.

Además la investigadora cuenta con todos los recursos necesarios para su desarrollo completo.

1.5. Limitaciones del estudio

Posibles errores de llenado del instrumento, por tal se revisará el llenado antes de pasar los datos al programa estadístico.

Los resultados a obtener representarán la realidad local, por tal, no podrán ser extrapolables.

Finalmente, ¹ se cuenta con tiempo suficiente para su desarrollo, por lo que este aspecto no sería una limitación del trabajo de investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En 2022, Aumala M y Toro K desarrollaron una investigación, en Ecuador, retrospectiva y transversal; evaluando 532 casos. El plastrón apendicular estuvo presente en el 10%; siendo 91% tratados por técnica quirúrgica y el 9% de forma conservadora. Se evidenció que el 53% de complicaciones reportadas provenían de pacientes durante el postoperatorio; así, llegaron a la conclusión que es responsabilidad del especialista valorar el riesgo beneficio ante la opción de manejo quirúrgico o conservador, considerando las posibles complicaciones (11).

Bhusan B et al., en 2022, emplearon el método retrospectivo e incluyeron 112 pacientes con diagnóstico de bulto apendicular. Entre sus hallazgos encontraron que 64 participantes fueron tratados de manera convencional seguido de apendicetomía de intervalo electiva y 48 recibieron cirugía de emergencia, además, en el primer grupo el tratamiento no conservador fue exitoso en el 90.62% de pacientes; de este grupo, el resto de pacientes, manifestaron fracaso del tratamiento conservador en seis pacientes, motivo por el cual fueron sometidos a exploración quirúrgica de urgencia. De ese modo, fueron 58 pacientes atendidos a través de apendicetomía de intervalo después de seis semanas, de este grupo, el hallazgo perioperatorio fue un bulto apendicular en el 55.5% de los pacientes, mientras que un total de 44 pacientes del segundo grupo recibieron el alta del hospital en los seis días posteriores (91.66%). Sin embargo, en el primer grupo solo 16 fueron dados de alta dentro de los seis días, el resto recibió el alta hospitalaria luego de los 7 días; llegaron a la conclusión que la apendicetomía temprana constituye un manejo seguro debido al avance de la técnica y los cuidados posteriores a la intervención (12).

Isidro C, en 2021, ¹ realizaron un estudio para lo cual emplearon la metodología descriptiva y observacional que incluyó a 109 casos. Entre sus hallazgos encontró que prevalencia de plastrón fue 5.2%. Además, el mayor porcentaje fue representado por pacientes del sexo masculino (63.3%). Con relación al manejo quirúrgico, un 44% de pacientes fueron sometidos a laparotomía exploratoria

(LE) + apendicectomía + lav cavidad + dren Penrose (DPR). En el 56% de los casos el manejo fue médico, empleando metronidazol (96.7%) y ceftriaxona (70.5%). El manejo médico contra el quirúrgico, fue significativo ($p=0,00$); así llegaron a la conclusión que el manejo conservador fue frecuente (13)

Osama A y Islam A, en 2021, desarrollaron una investigación, para lo cual emplearon una metodología analítica y una población de estudio conformada por 60 pacientes con masa apendicular (grupo A; sometidos a cirugía laparoscópica, grupo B; sometidos a manejo conservador). Entre sus hallazgos encontraron que 18 casos del grupo B no mostraron ninguna mejoría con el abordaje conservador y desarrollaron peritonitis, por lo que fueron sometidos a manejo laparoscópico, mientras que su estancia hospitalaria fue de mayor tiempo (6-12 días) que el en contraste con el grupo A (6-9 días); llegaron a la conclusión que la apendicetomía laparoscópica representa un abordaje factible y seguro en pacientes diagnosticados con masa apendicular temprana (5).

Veslin J, en 2020, realizó un estudio para lo cual empleo la metodología de retrospectiva y una población conformada por 50 pacientes con diagnóstico clínico de masa apendicular (grupo I; tratado con manejo conservador y seguimiento, grupo II; tratado con manejo conservador y apendicectomía). Entre sus hallazgos encontró que en el grupo II hubo mayor recidiva (36%); además, en el mismo grupo se observaron complicaciones; como la obstrucción adhesiva (36%) y la estancia hospitalaria mayor; de ese modo llegó a la conclusión que el manejo conservador seguido del manejo con seguimiento continuo es el de mejor elección (Veslin J. , 2020).

En 2022, Watanabe R et al. en Tokio, diseñaron investigación analítica con una población conformada por 64 pacientes diagnosticados con apendicitis y sometidos a cirugía. La investigación determinó que el manejo conservador fue exitoso en el 76.6% de la población, en comparación con el grupo de emergencia ($p<0,01$). Por otro lado, en el grupo de intervalo, la pérdida de sangre y la morbilidad postoperatoria general fueron menores que en emergencia ($p<0,01$); así llegaron a la conclusión que la estrategia de intervalo guarda mayor

asociación con una menor necesidad de resección extendida, menor morbilidad posoperatoria y una estancia hospitalaria de menor duración (2).

Bailon E y Tupayachi A, en 2020, realizaron una pesquisa, descriptiva y transversal, evaluaron 1907 casos. Entre sus hallazgos encontraron que la prevalencia de plastrón fue 2.6%. El mayor porcentaje de esta cifra estuvo en varones (60.9%) principalmente en > 45 años. Además, el manejo fue médico en el 80.4%; así concluyeron que la manifestación de complicaciones fue poco frecuente y no se evidenciaron diferencias significativas entre el manejo médico frente al quirúrgico (15).

En 2020, Muñoz-Serrano¹ A et al. desarrollaron una investigación, en España, de tipo observacional y retrospectivo; evaluaron 592 casos. La investigación determinó un seguimiento medio de 12 meses. Encontraron también que la antibioterapia durante las primeras 8 horas luego del diagnóstico contribuye en prevenir complicaciones [OR 0,24], al mismo tiempo que disminuye aparición de abscesos intraabdominales ($p=0,03$). Además, la cirugía en las primeras 24 favorece la disminución de la proporción de AA evolucionada (gangrenada y peritonitis) ($p=0,023$); así el trabajo concluyó que el inicio temprano de la antibioterapia previene complicaciones (16).

Alabbad J et al., en 2020, emplearon la metodología retrospectiva e incluyeron a 47 pacientes adultos que ingresaron con apendicitis complicada con un absceso o flemón. Entre sus hallazgos encontraron que el 34.0% de pacientes se sometieron a una intervención quirúrgica temprana, mientras que el 64.0% fueron tratados de forma conservadora. Además, la duración de estancia hospitalaria fue de $6,7 \pm 4,0$ días para aquellos con intervención quirúrgica y de $6,0 \pm 2,5$ días para los que recibieron tratamiento conservador ($p=0,85$). Por otro lado, la tasa global de complicaciones fue del 31.3% para los pacientes que fueron tratados con una intervención quirúrgica y del 12,9% para aquellos con tratamiento conservador ($p=0,24$); así llegaron a la conclusión de que el manejo quirúrgico precoz de la masa apendicular se encuentra relacionado con complicaciones similares en cotejo con el manejo conservador (17).

En 2020, Shaikh A et al. desarrollaron una investigación, en Pakistán, descriptiva, evaluando 73 pacientes con masa apendicular. La pesquisa determinó que en los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica la estancia hospitalaria media fue de 4 días y el 20,5% del mismo grupo presentaron infección de herida; así el trabajo concluyó que la apendicetomía temprana es una opción segura para la corrección de la masa apendicular sin riesgo de incrementar la morbimortalidad (18).

Demetrashvili Z et al., en 2019, emplearon método retrospectivo y una población evaluando 74 casos con absceso apendicular (27 cirugía de emergencia y 47 manejo conservador). Entre sus hallazgos encontraron que el grupo de cirugía tuvo tiempo operatorio más corto ($p=0.008$), menor número de complicaciones postoperatorias ($p=0.02$) y estancia hospitalaria postoperatoria más corta ($p=0,009$); así llegaron a la conclusión que el manejo conservador sin cirugía es el preferido para la corrección de masas y abscesos apendiculares (19).

Peñaranda J y Romero E, en 2018-2019, realizaron un estudio, para lo cual emplearon la metodología no experimental, corte transversal y análisis descriptivo, incluyeron a 538 pacientes con sometidos a apendicectomía como población de estudio. Entre sus hallazgos encontraron que el 36.05% de la población presentó plastrón apendicular, de este grupo el 74.74% presentaron alguna complicación, esta última cifra representada en un 61% por pacientes del sexo masculino. Las complicaciones presentes con mayor frecuencia fueron dolor abdominal (38%), vómitos postprandiales (19%) alza térmica (28%) y disuria (15%); así llegaron a la conclusión que al ser la apendicectomía una cirugía abierta de tipo contaminada se incrementa el riesgo de infección (20).

Fujihata S et al, en 2019, emplearon la metodología no experimental y retrospectiva, la población estuvo conformada por 956 pacientes sometidos a apendicectomía (grupo I; apendicectomía laparoscópica de intervalo (ILA) y grupo II; apendicectomía laparoscópica (LA)). Entre sus hallazgos encontraron que los pacientes sometidos a ILA tuvieron tiempos operatorios de mayor duración en contraste con aquellos que sometido a LA ($p=0,0059$), pero también

tuvieron estancias hospitalarias postoperatorias más breves ($p < 0,001$); así llegaron a la conclusión que la ILA para la corrección de la masa apendicular en adultos es tan segura como LA (21).

En 2018, Kumar R et al., en India, aplicaron método analítico; evaluaron 46 casos de pacientes con masa apendicular. La investigación determinó que después de confirmar el diagnóstico, los pacientes se dividieron en grupo I (se manejó mediante exploración temprana), mientras que el grupo II se hospitalizó inicialmente y se mantuvo con tratamiento conservador. El segundo grupo reingresó a las 6-8 semanas con el plan de apendicectomía de intervalo; y el trabajo concluyó que la exploración temprana de masa apendicular mantuvo ventajas de tratamiento curativo total y la infección de herida operatoria se mantiene como una complicación posoperatoria común (22).

Sadakari Y et al., en 2018, emplearon la metodología no experimental y retrospectiva en el que se incluyeron 594 pacientes con apendicitis aguda. Encontraron que el 4 % casos recibieron tratamiento quirúrgico a los 5,5 días de tratamiento no quirúrgico en promedio. A través del análisis multivariado se encontró que un tamaño de absceso superior a 40 mm y una menor tasa de mejora en el recuento de glóbulos blancos fueron factores significativos para predecir la conversión. El tiempo operatorio prolongado y altas tasas de morbilidad y conversión operativa fueron característicos en el grupo de conversión. El cambio precoz al grupo de operación, contribuyó a una estadía hospitalaria significativamente más corta, un costo hospitalario más bajo y un tiempo operatorio relativamente más corto ($p=0,02$, $p=0,04$ y $p=0,11$, respectivamente); así llegaron a la conclusión que el tamaño de absceso superior a 40 mm y una baja tasa de mejora en el recuento de glóbulos blancos en el primer día de tratamiento con antibióticos contribuyen a un resultado fallido en el manejo no quirúrgico (23).

Young K et al., en 2018, emplearon la metodología no experimental y retrospectiva, evaluaron 95 casos. Encontraron que 60 participantes fueron sometidos a apendicetomía aguda (AA); el resto de participantes inicialmente fueron sometidos a tratamiento no quirúrgico (NOM): 14 accedieron a

apendicectomía de intervalo electiva (EIA), 25.7% fracasaron a tratamiento no quirúrgico y 12 nunca se sometieron a cirugía. En el caso de los pacientes sometidos a AA y EIA se obtuvieron resultados comparables en relación con el abordaje quirúrgico, la resección intestinal y el reingreso posoperatorio. A pesar de ello, AA evidenció una menor incidencia de resección intestinal ($p=0,048$) en comparación con todos los pacientes que inicialmente se sometieron a NOM; de ese concluyeron que debido a la incidencia de NOM fallido es recomendable AA para el manejo de apendicitis complicada (24).

Helling T et al., en 2017, emplearon el método no experimental y retrospectivo evaluando 611 casos. Entre sus hallazgos encontraron que 306 pacientes no manifestaron complicaciones, mientras que 305 pacientes tuvieron presentaciones complicadas. Los pacientes sometidos a una cirugía temprana experimentaron una estancia hospitalaria más prolongada ($5,8 \pm 4,4$ días frente a $3,4 \pm 4,5$ días, $p<0,0001$) y más reingresos; concluyeron que el tratamiento quirúrgico de los pacientes con apendicitis que presentan apendicitis complicada es preferible al tratamiento no quirúrgico (25).

Alnaser M et al., en 2017, emplearon el método prospectivo e incluyeron a 90 pacientes con características clínicas y radiológicas de apendicitis aguda. Entre sus hallazgos encontraron que el 60% de pacientes fue del sexo femenino. El tratamiento no quirúrgico tuvo éxito en el 75.6% pacientes y fracasó en el 24.4% pacientes. Por otro lado, las principales complicaciones que se presentaron en aquellos pacientes que no respondieron al tratamiento conservador fueron apendicitis perforada, absceso apendicular y masa apendicular; llegaron a la conclusión que el tratamiento conservador requiere de carácter obligatorio una comunicación oportuna, estrecha vigilancia y seguimiento constante para registrar el fracaso para una acción quirúrgica inmediata (26).

Murcia F et al., en 2015, emplearon la metodología no experimental, observacional y descriptivo, incluyeron a 46 pacientes tratados por presentar plastrón apendicular, 25 (G1) tratados quirúrgicamente y 21 (G2) tratados de conservadoramente luego de apendicectomía. Entre sus hallazgos encontraron el tiempo hasta diagnóstico de $4 \pm 2,2$ días en G1 y $7,9 \pm 4,2$ en G2 ($p<0,001$).

El porcentaje de complicaciones en G1 fue del 64% frente al 23,8% en G2 ($p=0,015$); concluyeron que el manejo no quirúrgico del plastrón apendicular representa una menor tasa de complicaciones en comparación con el manejo quirúrgico inicial (27).

2.2 Bases teóricas

Plastrón apendicular (PA)

Fisiopatológicamente, es el taponamiento de luz del apéndice y el adosamiento por el epiplón como desencadenante, la cual sería generada por hiperplasia linfoidea, originando recolección de secreciones normales y sobrecrecimiento bacteriano incrementando presión intraluminal y encapsulamiento inflamatorio, dando lugar a un plastrón apendicular (16).

Diagnóstico

Al examen físico, se presenciara una masa palpable a dicho nivel, por vía rectal o vaginal. Se considera una sospecha diagnóstica, si hay presencia de masa en fosa iliaca derecha más hallazgos laboratoriales e imagenológicos que confirman su presencia encontrándose en fase de abscedación (17).

Manejo para plastrón apendicular

Manejo quirúrgico

Apendicectomía laparoscópica

La ventaja es la visualización de la cavidad abdominal, el cual explora el compartimento supraesocólico, estructuras pélvicas e inframesocólico. En el caso de las incisiones no se puede visualizar toda la cavidad (18).

Contraindicaciones absolutas

- Pacientes con peritonitis hemodinámicamente inestables.
- Contraindicaciones para anestesia general.
- Radioterapia e inmunosupresión (18).

Contraindicaciones relativas

- Coagulopatías
- Cirugías abdominales previas
- Embarazo
- Absceso apendicular tardío
- Distensión abdominal por obstrucción intestinal (18).

Técnica operatoria

- Incisión umbilical, colocación de trocares bajo visión directa.
- Ubicación de los trocares (T1, T2 y T3).
- Neumoperitoneo en 10-12 mm Hg (18).
- Pacientes en posición supina o leve tredelemburg, lateralización al izquierdo.
- Exploración e identificación del apéndice cecal.
- Ligadura de la base (ligadura triple extracorpórea, ligadura doble o simple intracorpórea).
- Esterilización de mucosa de muñón con yodo electrocauterio.
- Extracción
- Lavado de la cavidad
- Desinfección, cierre de aponeurosis con sutura (18).

Posoperatorio

En algunos pacientes con masa inflamatoria apendicular (plastrón apendicular), de 4 a 5 días de evaluación, pueden recibir manejo conservador y una apendicectomía de intervalo de unas 8 semanas (18).

Algunos de los criterios de inclusión para la apendicetomía después de un “periodo de enfriamiento” (apendicectomía de intervalo), son:

- Buen estado general
- Masa abdominal palpable
- Ausencia de obstrucción, de absceso en tomografía y de peritonitis o sepsis (18).

Manejo conservador

Antibioticoterapia en caso de sepsis. Si el plastrón se asocia a absceso, añadir drenaje percutáneo (17).

-Sin tratamiento antibiótico el mes previo:

- Ceftriaxona + metronidazol.
- Amoxicilina - Ácido clavulánico.
- Alergia a los betalactámicos: Aztreonam + metronidazol (17).

-Antibioticoterapia ¹⁰mes previo (alta sospecha de infección por enterobacterias):

- Ertapenem.
- Alergia a betalactámicos:
- Tigeciclina + aztreonam (17).

Por otra parte, se puede dar de alta y luego de controlada la infección someter al paciente a apendicectomía de intervalo (17).

Manejo quirúrgico versus manejo conservador

Dependerá de la clínica, si hay sepsis, se trata de intervención de urgencia, de lo contrario realizar manejo conservador, basado en lo mencionado por Andersson et al (19). Un ejemplo, es el estudio de Pandey et al (20), quien informó que, en su población de 62 pacientes con diagnóstico de bulto apendicular, el primer grupo fue operado de manera inmediata, mientras que, el segundo grupo se les hizo un manejo conservador (seguido de una apendicectomía). En los resultados se halló que el primer grupo tuvieron menos días de hospitalización (4 días) en comparación con el segundo grupo (10 días). Por otra parte, en el segundo grupo hubo fracaso al tratamiento y reingresos.

2.3 Definición de términos básicos

Manejo quirúrgico: uso de cirugía para curación o aliviar lesión (21).

Manejo conservador: Es el manejo tradicional no quirúrgico seguido de apendicectomía de intervalo para prevenir la recurrencia (22)

Plastrón apendicular: Tumorción inflamatoria conformada por apéndice inflamado y omento mayor (3).

Tiempo quirúrgico: realización de incisión, hemostasia, exposición, disección, sutura.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación

H1: Los resultados del manejo quirúrgico son mejores que el manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021-2023.

H0: Los resultados del manejo quirúrgico son iguales que el manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021-2023.

3.2. Variables y su definición operacionalización

Variables		Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Variable independiente	Tipo de manejo	Se refiere a la forma de manejo que recibió el paciente con plastrón apendicular.	Cualitativa	Tipo de manejo	Nominal	Manejo quirúrgico Manejo conservador	Historia clínica
Variable dependiente	Resultados del manejo	Efectos o consecuencias relacionadas al tipo de manejo realizado en el paciente con plastrón apendicular.	Cualitativa	Tipo de procedimiento requerido	Nominal	Apendicetomía Hemocolectomía	Historia clínica
			Cuantitativa	Tiempo quirúrgico	Razón	Minutos	
			Cualitativa	Complicaciones postoperatorias	Nominal	Ninguna Infección del sitio quirúrgico Sangrado Fistula Obstrucción intestinal Sepsis Otros	
	Cuantitativa	Tiempo de estancia hospitalaria	Razón	Días			
	Recurrencia de síntomas	Resultado obtenido al comparar	Cualitativa	Recurrencia de síntomas	Nominal	Si No	Historia clínica

		ogía relacionad a a apendicitis	los grupos de manejo conservad or y aquellos manejado s con cirugía a intervalo, lo cual será evaluado a las 4, 6 y 8 semanas después del tratamient o		gía relacionada a apendicitis			
--	--	--	---	--	--	--	--	--

1 CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

Según el enfoque metodológico el estudio es cuantitativo

Tipos de investigación

Según intervención del investigador: Es observacional.

Según alcance: Es analítico de cohorte.

Según el momento de recolección de datos: Es retrospectivo.

Según el número de mediciones de las variables: Es longitudinal

4.2. Diseño muestral

Población universo

Pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular¹ atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Población de estudio

La población la conformarán 108 pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular¹ atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH) en el periodo de enero 2021 a diciembre de 2023.

Población estimada a razón de aproximadamente de 3 casos de plastrón apendicular¹ por mes en el nosocomio en estudio.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

Cohorte I

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular

- Pacientes que recibieron manejo quirúrgico inmediato o cirugía de emergencia.
- Pacientes con historia clínica completa

Cohorte II

- ² Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular
- Pacientes que recibieron manejo médico o conservador basado en antibioticoterapia (por 14 días) con o sin apendicetomía de intervalo.
- ² Pacientes con historia clínica completa

Criterios de exclusión

- Pacientes con historia clínica extraviada
- Pacientes gestantes
- Pacientes con diagnóstico de COVID-19
- Pacientes referidos a otras instituciones de salud
- Pacientes con más de una patología intraabdominal.
- Pacientes con neoplasias o inmunodeprimidos.

¹ Tamaño de la muestra

No se requerirá cálculo de muestra, dado que se realizará un muestreo censal. Sin embargo, se conformarán dos grupos:

Cohorte I: Conformado por 36 pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular que recibieron manejo quirúrgico inmediato o cirugía de emergencia.

Cohorte II: Conformado por ¹¹ 72 pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular que recibieron manejo médico o conservador.

Información determinada por una frecuencia del 80% de manejo conservador basado en antibioticoterapia para plastrón apendicular y una

proporción del 20% en manejo quirúrgico inmediato en el nosocomio en estudio.

Muestreo o selección de la muestra

El muestreo será no probabilístico y la técnica censal.

4.3. Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección será documental, mientras que el instrumento será una ficha de recolección de datos. Esta tendrá la siguiente estructura:

I. Datos generales

II. Tipo de manejo

III. Resultado del manejo

Resultados quirúrgicos: se incluirán las variables tipo de procedimiento requerido (apendicetomía / hemocolectomía), tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias, tiempo de estancia hospitalaria. Estos resultados serán obtenidos de la comparación de casos de pacientes sometidos a manejo quirúrgico inmediato y aquellos que recibieron manejo conservador seguido de apendicectomía de intervalo.

Recurrencia de sintomatología relacionada a apendicitis: este resultado será obtenido al comparar los grupos de manejo conservador y aquellos manejados con cirugía a intervalo, lo cual será evaluado a las 4, 6 y 8 semanas después del tratamiento, semejante a lo realizado por Demetrashvili et al (19).

4.4. Procesamiento y análisis de datos

Procesamiento de datos

Con los datos recogidos mediante la ficha de recolección se creará una base de datos en el programa SPSS 25. Luego se realizará la consistencia y depuración, lo cual consiste en seleccionar y eliminar a aquellos registros que no cumplan con los criterios de selección, posteriormente se realizará el análisis estadístico.

Análisis descriptivo

Se realizará el cálculo de las frecuencias absolutas (n) y relativas (%) de las variables cualitativas; y el cálculo de las medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar) de las variables cuantitativas.

Análisis inferencial

Para comparar los resultados del manejo quirúrgico versus manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular se aplicarán las pruebas Chi cuadrado para las variables cualitativas y t de Student para las cuantitativas. Finalmente se mostrarán resultados en tablas simples y de doble entrada, además de gráficos estadísticos como el de barras y/o pie. Se usará Microsoft Excel 2019.

4.5. Aspectos éticos

Se solicitará autorización al comité de ética e investigación de la Universidad de San Martín de Porres, así mismo el estudio también será revisado por las autoridades respectivas de la institución en estudio, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Las implicaciones éticas son mínimas en el estudio pues solo se realizará una revisión de historias clínicas, por tanto, no se tendrá contacto con ningún paciente, en ese sentido no será necesario aplicar un consentimiento informado. Se resalta que las fichas de recolección serán anónimas pues no se recabará información como nombres y apellidos de los pacientes. La información además será empleada con fines de estudio.

CRONOGRAMA

MESES	2022			2023		2024	
	FEBRERO	MARZO	DICIEMBRE	ENERO	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
FASES							
1 Redacción final del proyecto de investigación	X						
Aprobación del proyecto de investigación	X						
Recolección de datos		X	X	X	X		
Procesamiento y análisis de datos						X	
Elaboración del informe						X	
Correcciones del trabajo de investigación							X
Aprobación del trabajo de investigación							X
Publicación del artículo científico							X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	900.00
Adquisición de diversas publicaciones	50.00
Internet	800.00
Impresiones	550.00
Logística	700.00
Traslado y otros	1000.00
Equipo de protección personal	50.00
Total	4050.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Fodé T, Marcel W, Mohamed D, Mohamed S, Jacques T, Mamadou C, et al. Plastron appendiculaire: intervention en urgence ou différée: à propos d'une série de 27 cas dans la clinique chirurgicale de l'Hôpital Aristide Le Dantec. *Pan Afr Med J.* 2018; 29(15): 1-5. doi: 10.11604/pamj.2018.29.15.10038.
2. Watanabe R, Otsuji A, Nakamura Y, Higuchi T, Takahashi A, Saito T, et al. Superior outcomes (but at higher costs) of non-operative management with interval appendectomy over immediate surgery in appendicitis with abscess: Results from a large adult population cohort. *Asian J Endosc Surg.* 2020; 13(2): 186-194. doi: 10.1111/ases.12726.
3. Rodríguez Z. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. *Revista Cubana de Cirugía.* 2021; 60(3).
4. Cheng Y, Xiong X, Lu J, Wu S, Zhou R, Cheng N. Las personas con flemón o absceso apendicular generalmente necesitan una apendicectomía para aliviar sus síntomas y evitar complicaciones. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(6). doi: 10.1002/14651858.CD011670.pub2.
5. Osama A, Islam A. Laparoscopic versus conservative treatment of appendicular mass: outcome and benefit comparisons. *The Egyptian Journal of Surgery.* 2021; 40(3): 806-814. doi: 10.4103/ejs.ejs_100_21.
6. Bailon E, Tupayachi A. "Prevalencia del plastrón apendicular y manejo en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Aurelio Díaz Ufano durante el periodo de enero de 2015 a diciembre del 2019". [Tesis de grado]. Universidad Peruana Unión; 2020.

7. Neyra L. Plastrón apendicular: Características clínicas, epidemiológicas, de laboratorio, ecográficas más tipo de tratamiento en el Hospital Regional de Cajamarca: enero del 2010 - diciembre del 2014. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2015.
8. Isidro C. Prevalencia del plastrón apendicular y manejo en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, enero 2016 a diciembre 2020. [Tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.
9. Cano M. Tratamiento médico ante quirúrgico de plastrón apendicular en el servicio de emergencia. Hospital Arzobispo Loayza 2010-2014. [Tesis de maestría]. Universidad de San Martín de Porres; 2015.
10. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. PPlan Operativo Anual 2016. Oficina de planeamiento estratégico. Ministerio de Salud. 2016;1-50.
11. Aumala M, Toro K. Eficacia del manejo conservador del plastrón apendicular vs tratamiento quirúrgico. Hospital Provincial General Docente. Riobamba, 2019-2021. [Internet]. Ecuador. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Chimborazo; 2022. [Citado 16 noviembre 2019]. Disponible en: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:r4h89HLudUwJ:scholar.google.com/+MANEJO+DE+PLASTR%C3%93N+APENDICULAR&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2018.
12. Bhusan B, Nath K, Kumar S, Kumar A. A Retrospective Analysis of Conservative Management Versus Early Surgical Intervention in Appendicular Lump. Cureus. [Internet]. 2022; 14(1): e21784. [Citado 16

- noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/85520-a-retrospective-analysis-of-conservative-management-versus-early-surgical-intervention-in-appendicular-lump>.
13. Isidro C. Prevalencia del plastrón apendicular y manejo en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Enero 2016 a Diciembre 2020. [Internet]. Tesis de Grado. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021. [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/4289/1961_2021_isidro_conza_cm_facsc_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 14. Veslin J. A Prospective Comparative study of Interval Appendicectomy Vs Conservative Management with follow up in appendiceal mass in GRH Madurai. [Tesis de maestría]. Madurai: The Tamilnadu Medical University; 2020.
 15. Bailon E, Tupayachi A. "Prevalencia del plastrón apendicular y manejo en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Aurelio Díaz Ufano durante el periodo de enero de 2015 a diciembre del 2019". [Internet]. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Peruana Unión; 2020. [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2977/Eva_Tesis_Licenciatura_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 16. Muñoz-Serrano A, Delgado-Miguel C, Núñez V, Barrena S, Velayos M, Estefanía-Fernández K, et al. Does time to antibiotic initiation and surgery have an impact on acute appendicitis results? *Cir Pediatr*. [Internet]. 2020; 33(1): 65-70. [Citado 16 noviembre 2022]; Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Delgado-Miguel/publication/340489017_Does_time_to_antibiotic_initiation_and_s

urgery_have_an_impact_on_acute_appendicitis_results/links/61928b3a07be5f31b7846557/D.

17. Alabbad J, Abdul F, Al-Saddah S, Al-Mobarak A, Al-Qattan H. Surgery versus conservative treatment for appendicular mass in adults. Edizioni Minerva Medica. [Internet]. 2020; 33(5): 239-243. [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.minervamedica.it/en/journals/chirurgia/article.php?cod=R20Y2020N05A0239>.
18. Shaikh A, Shaikh A, Gull S. Postoperative outcome of early appendectomy in patients having appendicular mass by laparoscopic surgery. Annals of PIMS. 2020; 16(4). DOI: <https://doi.org/10.48036/apims.v16i4.425>.
19. Demetrashvili Z, Kenchadze G, Pipia I, Khutsishvili K, Loladze D, Ekaladze E, et al. Comparison of treatment methods of appendiceal mass and abscess: A prospective Cohort Study. Annals of Medicine and Surgery. 2019; 48: 48-52. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.10.016>.
20. Peñaranda J, Romero E. Complicaciones asociadas a plastron apendicular en pacientes menores de 45 años, en el Hospital General Guasmo Sur Periodo Mayo 2017-Mayo 2018. [Internet]. Guayaquil. Tesis de Grado. Universidad de Guayaquil; 2018-2019. [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42965>.
21. Fujihata S, Kitagami H, Kitayama Y, Suzuki A, Tanaka M, Hayakana S, et al. The effectiveness and appropriateness of Interval Laparoscopic Appendectomy on adult appendiceal mass, a retrospective cohort. Asian J Endosc Surg. 2021; 14(2): 184-192. doi: 10.1111/ases.12840.

22. Kumar R, Madeshiya S, Pandey V, Shankhdhar A. Comparative analysis of early exploration versus conservative approach. *International Surgery Journal*. 2018; 5(12): 2349-3305. [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20184744>.
23. Saldakari Y, et al.. Prediction of Negative Outcomes in Non-Surgical Treatment for Appendiceal Abscess in Adults. *J-STAGE*. [Internet]. 2018; 2(2): 59-65. [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: https://www.istage.ist.go.jp/article/jarc/2/2/2_2017-051/article/-char/ja/.
24. Young K, et al.. Outcomes of complicated appendicitis: Is conservative management as smooth as it seems? *The American Journal of Surgery*. [Internet]. 2017; 215: 586-592. [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.10.032>.
25. Helling T, Soltys D, Seals S. Operative versus non-operative management in the care of patients with complicated appendicitis. *The American Journal of Surgery*. [Internet]. 2017; 214(1): 1195-1200. [Citado 11 noviembre 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.07.039>.
26. Alnaser M, Hassan Q, Hindosh L. Effectiveness of conservative management of uncomplicated acute appendicitis: A single hospital based prospective study. *International Journal of Surgery Open*. [Internet]. 2017; 10: 1-4. [Citado 11 noviembre 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2017.11.007>.
27. Murcia F, et al.. Tratamiento quirúrgico o conservador del plastrón apendicular. ¿Influye en la aparición de complicaciones? *Cir Pediatr*. [Internet]. 2015; 28(1): 184-187. [Citado 11 noviembre 2022]. Disponible en: https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2015_28-4_184-187.pdf.
28. Castagneto G. Patología quirúrgica del apéndice cecal. *Cirugía Digestiva*. 2009; III(306): 1-11. [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tcuatro.pdf>.

29. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Protocolo multidisciplinar sobre la atención al paciente con apendicitis aguda. [Online].; 2019 [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/Protocolo_AA_VF_con_ISBN_v2.pdf.
30. Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la vesícula biliar y vía biliar. [Online]. 2011 [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>.
31. Andersson R, Petzold M. Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*. 2007; 246(5): 741-8. doi: 10.1097/SLA.0b013e31811f3f9f.
32. Pandey C, Kesharwani R, Chauhan C, Pandey M, Mittra P. Management of Appendicular Lump: Early Exploration VS Conservative Management. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2013; 2(4): doi: 10.5455/ijmsph.2013.230820131.
33. Diccionario de la Real Academia Española. Tratamiento quirúrgico. [Online].; 2020 [Citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/tratamiento-quir%C3%BArgico>.
34. Tannoury J, Abboud B. Treatment options of inflammatory appendiceal masses in adults. *World J Gastroenterol*. 2013; 19(25): 3942-50. doi: 10.3748/wjg.v19.i25.3942.

1 ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>Estudio comparativo entre manejo quirúrgico versus manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021-2023</p>	<p>¿Cuál es la diferencia en el resultado del manejo quirúrgico versus manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021-2023?</p>	<p>General Comparar los resultados del manejo quirúrgico versus manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021-2023.</p> <p>Específicos Comparar los resultados quirúrgicos del manejo quirúrgico versus manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021-2023.</p> <p>Comparar la tasa de recurrencia de sintomatología relacionada a apendicitis del manejo quirúrgico</p>	<p>H1: Los resultados del manejo quirúrgico son mejores que el manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021-2023.</p> <p>H0: Los resultados del manejo quirúrgico son iguales que el manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021-2023.</p>	<p>El enfoque metodológico es cuantitativo. El tipo de investigación es observacional, analítico de cohorte, retrospectivo.</p>	<p>Población La población la conformarán 108 pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH) en el periodo de enero 2021 a diciembre de 2023.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>

		versus manejo conservador en pacientes adultos con plastrón apendicular. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021- 2023.				
--	--	--	--	--	--	--

1
2. Instrumentos de recolección de datos

1
Estudio comparativo entre manejo quirúrgico versus manejo conservador en
pacientes adultos con plastrón apendicular. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz,
2021-2023

Fecha : ____/____/____

ID: _____

I. Datos generales

Edad: _____ años

Sexo: Femenino ()

Masculino ()

Procedencia: Rural ()

Urbana ()

6
Síntomas y signos al ingreso: Dolor en la fosa iliaca derecha ()

Náuseas y vómitos ()

Fiebre ()

Diarrea ()

Estreñimiento ()

Otros: _____

Comorbilidades: Hipertensión arterial ()

Diabetes mellitus 2 ()

Dislipidemia ()

Otros: _____

II. Tipo de manejo

Manejo quirúrgico ()

Manejo conservador ()

III. Resultados del manejo

Resultados quirúrgicos

Tipo de procedimiento requerido: Apendicectomía ()

Hemocolectomía ()

Tiempo quirúrgico: _____ minutos

Complicaciones postoperatorias: Ninguna ()

Infección del sitio quirúrgico ()

Sangrado ()

Fistula ()

Obstrucción intestinal ()

Sepsis ()

Otros: _____

Tiempo de estancia hospitalaria: _____ días

Recurrencia de sintomatología relacionada a apendicitis: Si ()

No ()

● 19% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.usmp.edu.pe	Internet	12%
2	hdl.handle.net	Internet	2%
3	1library.co	Internet	1%
4	repositorioacademico.usmp.edu.pe	Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe	Internet	<1%
6	scielo.org.pe	Internet	<1%
7	pesquisa.bvsalud.org	Internet	<1%
8	idoc.tips	Internet	<1%
9	core.ac.uk	Internet	<1%

10	revcirugia.sld.cu Internet	<1%
11	repositorio.unapiquitos.edu.pe Internet	<1%
12	repositorio.upch.edu.pe Internet	<1%

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente

FUENTES EXCLUIDAS

repositorio.urp.edu.pe

Internet

9%

repositorio.upsjb.edu.pe

Internet

6%