



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VERSUS MÉDICO DEL
PLASTRÓN APENDICULAR EN ADULTOS
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2016-2018

PRESENTADO POR

LILIANA ESTEFANY LOZANO SILVA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL

ASESOR

DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ

LIMA – PERÚ

2019



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VERSUS MÉDICO DEL
PLASTRÓN APENDICULAR EN ADULTOS
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2016-2018**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL**

**PRESENTADO POR
LILIANA ESTEFANY LOZANO SILVA**

**ASESORA
DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ**

LIMA, PERÚ

2019

ÍNDICE

	Págs.
Portada.....	i
Índice.....	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3. objetivos	5
1.3.1 Objetivos general	6
1.3.2 objetivos específicos	6
1.4 Justificación	7
1.4.1 importancia.....	7
1.4.2 viabilidad y factibilidad.	7
1.5 Limitaciones	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas.....	13
2.3 Definición de términos básicos.....	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	22
3.1 Formulación de la hipótesis.....	23
3.2 Variables y su operacionalización	23
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	26
4.1 Tipos y diseño	26
4.2 Diseño muestral	26
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	26
4.4 Procesamiento y análisis de datos	28

4.5 Aspectos éticos	28
---------------------------	----

CRONOGRAMA	29
-------------------------	-----------

PRESUPUESTO	30
--------------------------	-----------

FUENTES DE INFORMACIÓN	32
-------------------------------------	-----------

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

2. Instrumentos de recolección de datos

3. Consentimiento informado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La apendicitis tiene una incidencia a nivel mundial de aproximadamente 139 casos por cada 100 000 pobladores y un riesgo potencial de 16.33% en varones y 16.34% en mujeres (1,2). Por ello, el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta afección es vital, ya que, si no se trata el cuadro de forma pertinente, existen altas probabilidades de perforación apendicular, ocasionando peritonitis y colocando en riesgo la vida del paciente, no obstante, en algunas ocasiones el organismo puede supeditar parcialmente este suceso, a través de la formación de una masa de tejidos adyacentes al apéndice perforado, que producirán finalmente el famoso “plastrón apendicular” (2).

A nivel mundial, esta condición representa el 10% de los casos de apendicitis aguda, con mayor riesgo en niños y ancianos, ya que el diagnóstico y terapia en ellos es usualmente tardío. Además, el plastrón apendicular normalmente presenta un pronóstico positivo, ya que su tasa de mortalidad poblacional apenas alcanza el 1%, caso contrario a su morbilidad, que es significativamente superior en comparación de la apendicitis simple (2,3). Por ejemplo en Egipto se estima una prevalencia que oscila entre el 2-7%(4), similares cifras ha reportado la India las cuales se encuentran entre el 2% a 6% (5). Así mismo, una investigación llevada a cabo en Georgia, identifico su presencia en el 4.3% de 1127 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda (6). De la misma forma, en España los casos encontrados no sobrepasan el 10% (7).

En un estudio realizado en Ecuador (8), pudieron evidenciar que la mayor prevalencia de esta patología se encontraba en la población adulta, en comparación con la pediátrica y la adulta mayor. Otros países no reportan datos estadísticos que nos indique en prevalencia de esta condición.

En cuanto a su manejo el panorama es incierto, ya que continúa siendo un tema controversial, donde algunos autores respaldan la intervención quirúrgica temprana, sin embargo otros se muestran a favor de un manejo médico y posterior

apendicectomía diferida (9,3). Es así, que en las últimas décadas el tratamiento médico, se ha tornado una técnica realmente popular, no solo por ser vanguardista, sino por su preponderada eficacia, seguridad y menor cantidad de efectos deletéreos, considerando a la cirugía inmediata una técnica engorrosa y de alto grado de complejidad, a causa de la inflamación y el incremento en más del 50% de complicaciones, siendo las más frecuentes: la hemorragia, infección, absceso pélvico y detrimento en la pared del intestino, con predisposición de resección ileocecal o hemicolectomía derecha, generadas en conjunto por una mala técnica, afectación de viseras adyacentes e incremento de re operación (2,9); Sin embargo, la respuesta porcentual del tratamiento convencional alcanza a penas entre el 10 y 20% de los casos, colocando en duda su manejo y eficacia, por ello otro grupo de especialistas optan por el tratamiento quirúrgico inminente, ya que aducen que preservar la apéndice es un error garrafal, que incrementaría los riesgos de apendicitis recurrente (21-37% de los casos) y cáncer apendicular (3,9,2).

En un estudio realizado al interior del país, en el departamento de Cajamarca, en el Hospital Regional de Cajamarca (HRC) realizado en el año 2014, muestra que de todas la apendicitis aguda diagnosticadas a pacientes adultos mayores (edades superiores a los 60 años), el 2% tuvieron el diagnóstico de plastrón apendicular (29).

Se realizo otro estudio en Lima, en el distrito de San Juan de Lurigancho, en el hospital Aurelio Diaz Ufano, se encontró que la prevalencia de plastrón en el total de apendicitis es de 2.6%, con predominio en el sexo masculino, en mayores de 30 años, el manejo conservador fue más frecuente que el quirúrgico (30).

Frias V et al., realizaron un trabajo de investigación en el que analizaron a 77 pacientes en el hospital Cayetano Heredia sobre el manejo del plastrón apendicular, observándose de 53.25% fueron varones con una edad promedio de 35 años, se reporta que de todos los pacientes que recibieron manejo conservador hubo éxito en 68 de ellos (88.31%) fracasando en 9 de ellos (11.69%) por lo tanto, lo que no respondieron adecuadamente al tratamiento fueron sometidos a tratamiento quirúrgico (31).

Finalmente, contextualizando esta realidad en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en su Plan Operativo Anual (10), se posiciona a la apendicitis aguda como la segunda causa de morbilidad en hospitalización (10.24%); sin embargo, no existe base epidemiológica hospitalaria sobre el plastrón apendicular y mucho menos un consenso médico sobre la mejor técnica de abordaje, por ello, es necesario realizar una investigación sobre la comparación de los resultados de ambos tratamientos en pacientes diagnosticados de plastrón apendicular en la entidad sanitaria mencionada, que nos permita establecer la mejor técnica terapéutica y mejorar la salud integral del paciente.

1.2 Formulación del problema

¿En qué se diferencia el tratamiento médico con respecto al tratamiento quirúrgico en relación al plastrón apendicular en pacientes adultos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz entre el 2016-2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los resultados del tratamiento quirúrgico versus médico del plastrón apendicular en pacientes adultos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz entre el 2016-2018.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos diagnosticados con plastrón apendicular atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016-2018.

Establecer los resultados postoperatorios del tratamiento quirúrgico del plastrón apendicular en pacientes adultos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016-2018.

Determinar los resultados del tratamiento médico del plastrón apendicular en pacientes adultos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016-2018.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El presente estudio es de gran controversia en la actualidad, ya que se mantienen amplios debates sobre el uso del tratamiento quirúrgico o médico, por eso durante un tiempo se viene observando a través de investigaciones la opción de mayor eficacia y con menos resultados desfavorables en el paciente.

En ocasiones, los pacientes se encuentran un alto riesgo, pudiendo ser la cirugía un procedimiento peligroso, por lo cual es necesario ofertar tratamientos alternativos como el tratamiento médico, permitiendo una mejora en la estabilidad del paciente; sin embargo, es conocido que el riesgo de morbilidad en una apendicectomía es mínimo por ello, es necesario considerar que cada paciente es único y el tratamiento variará según el estado físico del mismo. Además, los estudios a cerca del plastrón apendicular son reducidos ya que solo ocurre en un 10% de los pacientes afectados de apendicitis, esta complicación eleva el riesgo de morbilidad por lo cual necesita recibir una atención que sea certera y que origine menores resultados post operatorios negativos.

Este estudio será un nuevo aporte para el área académica de la especialidad, ya que en la actualidad los estudios son escasos y requieren ser ahondados para que sean debatidos bajo un mejor sustento científico, ya que a partir de la investigación se pueden esclarecer las dudas y surgir nuevos conocimientos.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

Este estudio será viable, puesto que se solicitaron con antelación los permisos a las entidades correspondientes para la elaboración y ejecución del estudio, para tener acceso a las historias clínicas de la población a estudiar y analizar.

Se contará con los recursos materiales necesarios para la realización del proyecto, además se contará con el recurso humano necesario para la

recolección de la información asegurando la calidad de la recolección, ya que, estará a cargo de la propia investigadora. Finalmente, los recursos financieros estarán asegurados ya que este proyecto será autofinanciado desde su inicio hasta su fin.

1.5 Limitaciones

La principal limitación del estudio es la falta de actualización en los registros de historias clínicas digitales, por lo que se realizara una revisión manual de las historias clínicas en físico que estén incluidas dentro del estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Pabón S, en 2019, realiza el estudio “Manejo clínico - quirúrgico del plastrón apendicular en pacientes atendidos en el hospital José María Velasco Ibarra, 2017 – 2018” Desarrollo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, cuyo objetivo consistió en determinar el manejo del plastrón apendicular. Y el trabajo concluyó que no existe un protocolo específico, pero el 66.6% se sometió a un procedimiento quirúrgico y 33.4% a un procedimiento clínico, según los días de hospitalización, la mayor estancia se presentó en el abordaje clínico ⁽⁴⁾.

Toro V et al., en 2019, desarrollaron una investigación en Ecuador, de tipo descriptivo, publicaron el artículo “Manejo de plastrón apendicular de manera conservadora en Hospital General Ambato” con el objetivo de establecer el éxito del manejo conservador. Entre sus hallazgos encontraron que los días de evolución en estos pacientes fueron entre 10 a 15 días, los pacientes recibieron antibioticoterapia por 10 días, los pacientes respondieron adecuadamente al manejo conservador, 2 pacientes fueron programados para una intervención quirúrgica. Y el trabajo concluyó que los abscesos apendiculares pueden tratarse de manera segura y eficaz empleando un método conservador ⁽¹¹⁾.

Habib F et al., en 2018, realizaron una investigación en Egipto, para lo cual emplearon la metodología observacional y prospectivo, cuyo objetivo consistió en comparar los resultados operatorios de ambos tratamientos. Entre sus hallazgos encontraron que la recuperación de los pacientes con manejo conservador fue mayor que en los que fueron intervenidos, pero el éxito del tratamiento fue mayor en los pacientes que fueron intervenidos, los pacientes con manejo conservador presentaron complicaciones (infección de herida operatoria, dehiscencia, seroma, otros) a diferencia de los pacientes intervenidos que no presentaron complicaciones. Y el trabajo Concluyó que los abscesos apendiculares pueden tratarse de manera segura y eficaz con drenaje percutáneo ⁽⁷⁾.

Kumar R et al., en 2018, La India, realizaron el artículo “Comparative analysis of early exploration versus conservative approach for management of appendiceal mass”, con la finalidad de evaluar los resultados y sus complicaciones de la cirugía temprana en comparación con el tratamiento conservador en pacientes con masa apendicular. Estudio analítico y prospectivo. Resultados: los pacientes con manejo quirúrgico presentaron menor porcentaje de complicaciones posoperatorias en comparación con los que fueron tratados de manera conservadora, en estos pacientes las complicaciones más frecuentes fueron obstrucción intestinal adhesiva, absceso residual, dehiscencia de herida parcial y sepsis. Concluyeron que la exploración temprana del plastrón apendicular tiene ventajas en comparación con el tratamiento conservador ⁽⁸⁾.

Vyas P et al., 2016, desarrollaron una investigación en La India, de tipo observacional prospectivo, con la finalidad de comparar el resultado del manejo quirúrgico con el manejo conservador en los pacientes con plastrón apendicular. Los resultados evidenciaron que los pacientes que fueron sometidos a tratamiento conservador, luego fueron sometidos a cirugía programada, luego mayormente en los pacientes que fueron intervenidos de emergencia fueron los que presentaron complicaciones posoperatorias. Llegaron a la conclusión que el plastrón apendicular debe de ser tratado inicialmente con tratamiento conservador ⁽⁹⁾.

Murcia F et al., 2015, realizaron un estudio en Córdoba – España, para lo cual emplearon un estudio observacional y descriptivo, para comprar ambos tratamientos. Entre sus hallazgos encontraron que se sometieron al tratamiento quirúrgico 54.3% de los pacientes y el 45.7% recibieron tratamiento conservador. Los que recibieron atención quirúrgica presentaron 64% de complicaciones, frente a 23.8% en tratamiento conservador $p=0.015$ con una estancia hospitalaria de $7,9 \pm 2,9$ días versus $8,3 \pm 2,2$ días respectivamente. Y el trabajo concluyó que el tratamiento conservador presentó menor número de complicaciones ⁽¹⁰⁾.

Deelder J et al., 2014, desarrollaron una investigación en los Países bajos, realizaron el estudio “How to treat an appendiceal inflammatory mass: operatively or nonoperatively?” cuyo objetivo consistió en comparar los resultados obtenidos por manejo operativo y no quirúrgico, para lo cual emplearon un estudio de tipo

retrospectivo. Entre los hallazgos encontraron que el 71% de los pacientes que no tuvieron manejo intervencionista presentó al menos una recurrencia y 53.6% requirió una intervención radiológica. Los pacientes sometidos a cirugía no presentaron recurrencias y la incidencia de complicaciones fue 17.6%. Llegaron a la conclusión que el tratamiento no intervencionista o una intervención percutánea debe reservarse como un puente a la cirugía para pacientes con un gran absceso acompañante o como tratamiento para pacientes con comorbilidad significativa ⁽¹¹⁾.

En 2019 Velasco C, desarrolló una investigación en Iquitos, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, el cual tituló “Características clínicas diagnósticas y tratamiento de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto”. Llegó a la conclusión que con respecto a ambos tratamientos el 96% recibió tratamiento quirúrgico y el 4% no lo recibió ⁽¹²⁾.

En 2015, Cano C realizó una investigación en Lima, cuyo objetivo consistió en comparar el tratamiento médico con el quirúrgico. Para lo cual emplearon un estudio descriptivo, cuantitativo, longitudinal, retrospectivo. Llegaron a la conclusión que el 25% presentó por lo menos una complicación, pero no hubo diferencia significativa entre ambos tratamientos $p > 0.05$, el 15% presentó fiebre en el caso de ambos grupos. En promedio la estancia hospitalaria fue 10 días, encontrando diferencia significativa en el tratamiento médico 4.8 días menos. Finalmente, los pacientes que recibieron tratamiento médico presentaron menos complicaciones comparado con el quirúrgico ⁽¹³⁾.

En 2015, Neyra desarrolló una investigación en Cajamarca, de tipo descriptivo y retrospectivo. Entre sus hallazgos se encontró que el 59.5% recibió tratamiento médico 40.5% tratamiento quirúrgico, este último presentó 17.6% de complicaciones versus el 4% en el tratamiento médico. La estancia hospitalaria promedio fue 6 días, llegaron a la conclusión que la mayor cantidad de complicaciones fue con tratamiento quirúrgico ⁽¹⁴⁾.

Villaverde K, en 2014, realizó un estudio con el objetivo de evaluar la eficiencia de ambos tratamientos en pacientes con masa apendicular, para lo cual emplearon la metodología analítica y retrospectiva. Entre sus hallazgos encontraron que la

mayoría de los pacientes que recibieron el tratamiento conservador respondieron favorablemente a este tratamiento, mientras que menos de la mitad de los pacientes que fueron intervenidos al tratamiento quirúrgico respondieron de manera favorable al tratamiento; llegaron a la conclusión que la mayoría de los pacientes que fueron tratados de manera quirúrgica presentaron complicaciones ⁽¹⁵⁾.

Ayala M realizó una investigación en el Instituto Nacional de Salud del Niño en Perú, con el objetivo de evaluar 136 casos de plastrón apendicular, con mayor incidencia a la edad de 9 años y 5 días de inicio de la enfermedad, se halló en 65,5% masa en fosa iliaca derecha por ecografía con indicación de manejo conservador en 93,2%; 22% de estos presentaron recurrencia del plastrón a las primeras 2 semanas de iniciado el tratamiento conservador. También se encontró que la apendicetomía laparoscópica de intervalo se realizó en 25% de los pacientes a las 8 semanas del episodio inicial. Concluyendo que la masa palpable en fosa iliaca derecha y la ecografía son los principales métodos diagnósticos y que el manejo inicial recomendado es conservador (32).

2.2 Bases teóricas

Apendicitis aguda

Definición

La apendicitis es la inflamación del apéndice vermiforme, estructura vestigial que causa abdomen agudo en los pacientes y suele ser la indicación quirúrgica más frecuente en el mundo. Ocasionado por una obstrucción de la luz que se forma por un largo divertículo formado por el apéndice ^(16,17).

Estadios

Es posible reconocer cuatro estadios evolutivos ante la aparición de apendicitis ⁽¹⁶⁾:

a. Apendicitis congestiva o catarral

Se genera acumulación de la secreción mucosa y de forma aguda distiende el lumen. El desarrollo ocasionará un edema y congestión de la serosa ⁽¹⁸⁾.

b. Apendicitis flegmonosa o supurada

Se evidencian pequeñas úlceras en la mucosa, también puede ser destruida por enterobacterias generando un exsudado mucopurulento en el haz de luz y este se hará extenso hacia la cavidad libre ⁽¹⁸⁾.

c. Apendicitis gangrenosa o microscópicamente perforada

Los tejidos pasan por un proceso de anoxia debido a la congestión flegmonosa, agregando además la presencia de bacterias que a la vez incrementa la flora anaeróbica y por ende necrobiosis total. El apéndice se torna púrpura, verde o gris, incrementa el líquido peritoneal y se generan microperforaciones ⁽¹⁸⁾.

d. Apendicitis perforada

Las micro perforaciones ganan espacio y se van desarrollando. Los infartos permiten el escape de bacterias y contaminación de la cavidad abdominal⁽¹⁸⁾.

Clasificación

También es posible clasificar a los pacientes de acuerdo al cuadro que presentan: perforada y no perforada ⁽¹⁹⁾.

Perforada

Se recomienda en este caso el uso de 3 antibióticos que cubran los anaerobios, gram positivos y gram negativos. Anatómicamente el plastrón se puede optar por diferentes posiciones anatómicas, generando variantes en la sintomatología ^(19,20).

Retrocecal – retrocolónica

Se evidencia dolor durante la palpación en el flanco derecho, ya que se encuentra ubicado debajo del ciego.

Apéndice retrocecal

A este nivel se localiza abscesos, generando signo de psoas y obturador.

Apéndice subcecal y pélvico

A nivel suprapúbico se genera un dolor predominante, incrementa la frecuencia urinaria y puede estar asociado a diarrea, o irritación rectal y tenesmo.

Apéndice pre-ileal y post-ileal

De difícil localización por estar localizado en la zona retroileal.

Plastrón apendicular

Cuando la apendicitis no es tratada, este evolucionará generando perforación apendicular, peritonitis; sin embargo, el organismo es capaz de parar el proceso con la formación del plastrón apendicular. Es decir, el organismo forma una masa con los tejidos contiguos al apéndice perforado delimitando el proceso infeccioso. Esta masa está constituida por el intestino y el omento inflamado y adherido, presenta poco o nada de pus, abarca la subserosa, serosa y peritoneo y compromete a los órganos adyacentes ^(2,12). (Figura 1)

La masa apendicular es la consecuencia de una apendicitis, motivo de consulta muy frecuente en urgencias. ⁽¹⁴⁾ Esta patología, es necesaria tratarse con prontitud porque a medida que va evolucionando se puede transformar en un apéndice roto y en consecuencia un peritonitis, incrementando el riesgo de morbilidad ⁽²⁾.

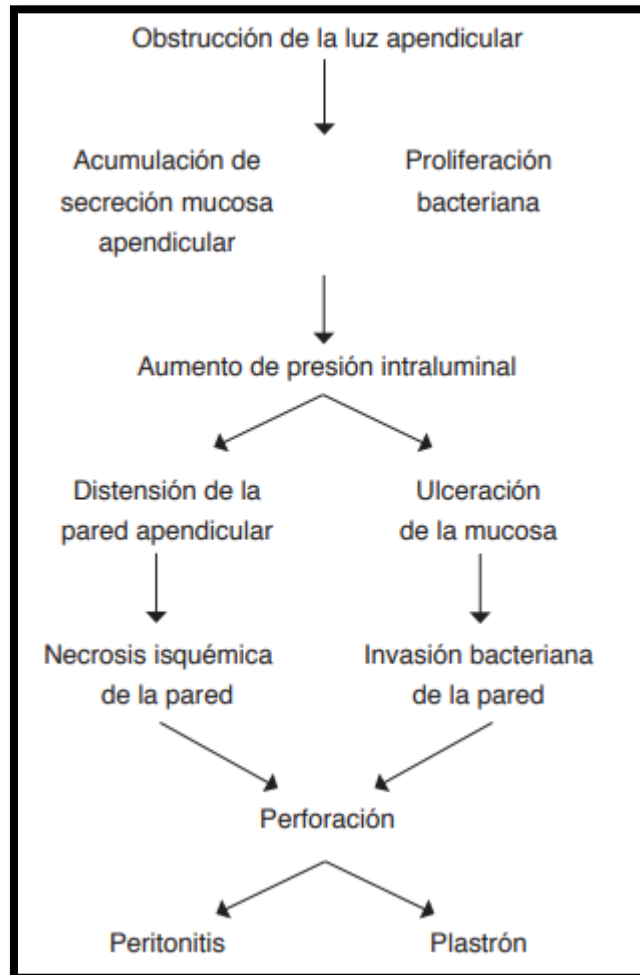


Figura 1. Algoritmo de presentación según la etiopatogenia ⁽¹⁶⁾.

Cuadro clínico y diagnóstico

Por lo general los signos y los síntomas que los pacientes presentan, son muy semejando a los que se presentan en la apendicitis aguda, pero su evolución es más larga, es decir, entre 5 a 7 días, y en ciertas ocasiones el dolor abdominal es de menor intensidad y la sintomatología puede ser inespecífica ⁽¹⁴⁾.

Los síntomas que se evidencian bajo esta condición, por lo general son los siguientes ⁽²¹⁾:

- Dolor a nivel de la fosa iliaca derecha
- Fiebre > 38°C
- Vómitos y/o náuseas
- Masa en fosa iliaca derecha
- Amenorrea
- Síndrome oclusivo
- Diarrea
- Estreñimiento

También se observará en el examen de laboratorio: ⁽²²⁾

- Leucocitosis mayor de 10000 / mm³
- Neutrofilia en un 85 y 95%
- Proteína C reactiva mayor a 1ml/dl

La sintomatología inicial dependerá de la localización anatómica del apéndice, pero por regla, la exploración abdominal inicia en las zonas menos dolorosas, continuando a las zonas sugestivas de dolor, entre los que se localizarán los puntos dolorosos ⁽²³⁾:

Punto de McBurney: Ubicado en la fosa iliaca derecha, trazando una línea imaginaria entre el ombligo y la espina iliaca derecha, la unión de un tercio externo y 2 tercios internos. Es el punto frecuente para el diagnóstico de apendicitis aguda.

Signos de Blumberg: Se presiona con toda la mano la pared de la fosa iliaca derecha y al retirarla bruscamente se genera un dolor que manifiesta el peritoneo apendicular inflamado.

Signo de Rovsing: Se presentan cuando se ejerce presión sobre la fosa iliaca izquierda y flanco izquierdo.

Prueba de Psoas: De cúbito lateral izquierdo el paciente realiza una hiperextensión de la cadera lo que genera dolor. Positivo cuando el dolor se ubica sobre el músculo psoas.

El diagnóstico de esta condición, por lo general es sencillo, ya que se va a basar en la palpación abdominal, específicamente en la fosa iliaca derecha, además

de confirmarlo con el estudio ultrasonográfico, el cual es de gran utilidad no solo para el diagnóstico, sino también para su seguimiento ⁽¹⁴⁾.

Tratamiento

En la actualidad el tratamiento puede ser quirúrgico o médico, esto dependerá de la decisión del médico tratante y de los signos y síntomas que se evidencian en cada paciente, es un tratamiento específico para cada uno ⁽²⁾.

El desarrollo de un tratamiento adecuado para los pacientes con plastrón apendicular va a diferir entre cada profesional de salud, si bien algunos recomiendan el tratamiento médico, algunos prefieren realizar la intervención quirúrgica inmediata, dependerá de la condición del paciente ^(24,25).

El paciente, a su ingreso es hospitalizado y se indica la dieta líquida junto con hidratación parenteral, seguido por antibioticoterapia endovenosa, de acuerdo con la evolución del paciente en las siguientes 48 a 72 horas, si es favorable se continuará con el tratamiento antibiótico y la dieta blanda por 14 días y en el transcurso de las siguientes 8 semanas se desarrollará una cirugía electiva; incluye la ampicilina, gentamicina y metronidazol por 5 días como mínimo, otros proponen el uso de cefalosporinas y gentamicina o clindamicina más gentamicina. Se recomienda en estos casos laparoscópica diferida. En caso de deterioro del estado general del paciente se llevará a cabo la cirugía inmediata, es necesario realizar un drenaje quirúrgico y apendicectomía ⁽²⁵⁾.

- **Tratamiento médico**

Uno de los procesos de los pacientes con apendicitis aguda es el uso de antibióticos, ya que su uso incrementa la resistencia antimicrobiana, la estancia hospitalaria y por ende mayor mortalidad, con la posibilidad de adquirir alguna infección intrahospitalaria durante la estadía. Pese a ello, se recomienda su uso en algunos casos en que se requiere una preparación del paciente, el paciente se encuentra estable y es posible realizar la programación para el procedimiento quirúrgico ⁽²⁶⁾. En la Guía de práctica del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” ⁽²⁵⁾ se pone de manifiesto que, en los pacientes que tienen una evaluación mayor de 4 a 5 días, pueden

ser manejados con tratamiento médico conservador, los cuales mayormente son paciente pediátricos o adultos que cumplan los siguientes criterios: masa abdominal palpable, buen estado general, ausencia de obstrucción, ausencia de imágenes de absceso en tomografía y ausencia de peritonitis o sepsis. Si los pacientes cumplen con los criterios mencionados estos podrán ser hospitalización, empezar dieta líquida, hidratación parenteral, e inicio de antibioticoterapia vía endovenosa, luego analgesia horaria endovenosa y monitorización diaria del tamaño de la masa, este tipo de pacientes necesitan un control riguroso y periódico, cada 48 a 72 horas, esto para comprobar su estado general y la mejora de este, que por lo general es óptimo.

Luego, si pasada las 72 horas, el paciente tiene una evolución favorable, se procede a continuar con dieta blanda completa, y dar de alta a las indicaciones terapéuticas al cumplir los 14 días, preparando al paciente para cirugía electiva luego de 8 semanas, siendo recomendable la apendicetomía laparoscópica diferida. Pero si durante este tipo el estado del paciente se deteriora, se indicará la cirugía, si a pesar de ello no hay mejoría, se realiza drenaje quirúrgico y luego apendicetomía, informando a familiares y paciente sobre las posibles complicaciones; cabe tener en cuenta que la apendicetomía se realizará por lo general de 6 a 8 semanas después para evitar la recurrencia y descartar neoplasias ⁽²⁵⁾.

- **Tratamiento quirúrgico**

Tradicionalmente la apendicitis es tratada por medio de la apendicectomía, es el procedimiento más común realizado por los cirujanos, además esta asociada a una mortalidad y morbilidad baja. La complicación post operatoria variará entre 2.5% a 48%. Esta intervención con el paso de los años a evolucionado, pasando de un abordaje abierto a uno mínimamente invasivo, como la laparoscopia, sin embargo, en la actualidad se ha generado controversia para sobre cuál es el momento oportuno de realizar la intervención ya que requiere de un tiempo ideal para operar; sin embargo se espera ofrecer más opciones y de mejor calidad a los pacientes, además que la intervención requiere de una preparación especial tanto del personal como de la sala de operaciones ⁽²⁶⁾.

Resultados posoperatorios

Es usual que la estancia hospitalaria tenga una duración de 5 a 7 días, varía de acuerdo a la evolución del paciente, que en condiciones favorables podrá ser dado de alta y continuará con el tratamiento antibiótico por vía oral, además de controles periódicos semanales con la finalidad de observar su estado clínico. Ante una evolución favorable, el paciente eliminará flatos y los signos vitales se encuentran dentro de los parámetros normales. En caso de una evolución desfavorable, se podría observar, en el paciente, infección de la herida operatoria que puede ser superficial o profunda. Así como el incremento de la estancia hospitalaria ⁽²²⁾.

Un estudio realizado por Murcia et al., identificó que el tiempo medio de estancia hospitalaria fue similar al comprar ambos tratamientos (conservador y quirúrgico), con mayor presencia de complicaciones en los pacientes por lo que se optó atención quirúrgica⁽¹⁰⁾, Luego en un estudio realizado en Egipto ⁽⁷⁾ pudieron demostrar que los abscesos apendiculares pueden tratarse de manera efectiva y segura con drenaje percutáneo, el cual se puede considerar como un tratamiento conservador. Por otro lado, Kumar, et al.⁽⁸⁾, pudieron evidenciar que la exploración temprana del plastrón apendicular tiene ventajas sobre el tratamiento conservador, ya que la presencia de complicaciones posoperatorias será menor en dichos pacientes. Y en un estudio realizado a nivel nacional⁽¹³⁾, se pudo demostrar que los pacientes que recibieron tratamiento médico conservador tuvieron menor frecuencia de complicaciones posquirúrgicas.

2.3 Definición de términos básicos

Plastrón: Zona indurada en el área inflamada ⁽¹⁴⁾.

Plastrón apendicular: en este caso el apéndice queda cubierto por tejidos adyacentes que forman una masa como respuesta al bloqueo inflamatorio ⁽¹⁴⁾.

Apendicitis aguda: Cuadro doloroso de abdomen agudo quirúrgico que tiene una presentación clínica variada siendo el dolor el principal signo de la enfermedad ⁽²⁷⁾.

Infección del sitio operatorio: Evidencia de secreción purulenta en el área de la incisión quirúrgica. Se presenta 30 días después del post operatorio ⁽²⁸⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Por ser descriptivo, no requiere hipótesis.

3.2 Variables y su operacionalización

Variables		Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría y sus valores	Medio de verificación		
Variable independiente	Características epidemiológicas	Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del paciente en evaluación hasta el momento de su diagnóstico.	Cuantitativa	Años	Razón	Años	DNI	
		Sexo	Características biológicas que distinguen a los pacientes varones de las mujeres en estudio.	Cualitativa	Sexo	Nominal	Masculino Femenino		
		Estado civil	Situación en la que se encuentra una persona en relación a si tiene o no pareja.	Cualitativa	Unión de personas según RENIEC	Nominal	Soltero Casado Conviviente		
Variable interviniente	Características clínicas	Tiempo de enfermedad	Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su diagnóstico realizado en el hospital.	Cuantitativa	Días	Razón	Días	Historia clínica	
Variable independiente		Signos y síntomas al ingreso	Sensaciones objetivas y subjetivas que son manifestadas por el paciente en evaluación al momento de ingresar por emergencia.	Cualitativa	Señales del paciente	Nominal	Fiebre Vómitos Diarreas Sensibilidad abdominal Otros		
Variable interviniente		Evaluación clínica	Valoración física que se realiza en base a los signos y síntomas referidos por el paciente, realizado por el personal médico.	Cualitativa	Señales divisadas por otros	Nominal	Ningún hallazgo Masa palpable Otros		
Variable independiente		Evaluación ecográfica	Valoración imagenológica que se realiza en base a la evaluación clínica realizada por el personal médico.	Cualitativa	Hallazgos imagenológicos	Nominal	Ningún hallazgo Masa Absceso Apendicolito Otros		Informa ecográfico
		Análisis de laboratorio Leucocitos	Célula sanguínea que se produce en la médula ósea y se encuentra en la sangre, además forman parte del sistema inmunitario del cuerpo.	Cuantitativa	Granulocitos en milímetros al cubo.	Razón	mm ³		Resultados de laboratorio
Variable dependiente	Manejo utilizado	Tratamiento utilizado en el paciente diagnosticado de plastrón apendicular según la valoración y criterio del médico examinador.	Cualitativa	Terapia	Nominal	Quirúrgico Médico	Historia clínica		

Variable interviniente	Resultados posoperatorios	Se considerará la estancia hospitalaria y la presencia o ausencia de eventos adversos en el paciente. Se dirá que son resultados favorables cuando la estancia hospitalaria no sea prolongada (< 9 días de hospitalización) y cuando haya ausencia de eventos adversos. Mientras que los resultados serán desfavorables cuando la estancia hospitalaria sea prolongada y haya presencia de eventos adversos.	Cualitativa	Resultados de la intervención	Nominal	Favorables Desfavorables	Historia clínica
---------------------------	------------------------------	--	-------------	----------------------------------	---------	-----------------------------	---------------------

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

El enfoque es cualitativo

Según la intervención del investigador: observacional

Según el alcance: Analítico – casos y control

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: transversal

Según el momento de la recolección de datos: Retrospectivo

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes adultos hospitalizados en el servicio de cirugía general del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016-2018.

Población de estudio

De acuerdo a la estadística del hospital existen 9 ingresos mensuales por diagnóstico de plastrón apendicular, por lo tanto, la población estará conformada por 216 pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía general del hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016 – 2018.

Tamaño de la muestra

Se considerará a los 216 pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular, de los cuales 90 recibieron tratamiento quirúrgico y 126 recibieron tratamiento médico, todos hospitalizados en el servicio de cirugía general en el periodo de 2016-2018 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Selección de la muestra

No aplica selección de muestra debido a que se considerara a toda la población de estudio.

Criterios de selección

GRUPO 1:

Criterios de inclusión

Historias clínicas de pacientes adultos de ambos sexos, diagnosticados con plastrón apendicular en quienes se realizó tratamiento quirúrgico, y fueron atendidos entre enero de 2016 a diciembre de 2018 en el hospital en mención.

Criterios de exclusión

Historias clínicas de pacientes adultos de ambos sexos, diagnosticados con plastrón apendicular en quienes se realizó tratamiento médico, entre enero de 2016 a diciembre de 2018 en dicho hospital.

Historias clínicas de pacientes con diagnósticos adicionales como pileflebitis, peritonitis localización o generalizada, obstrucción intestinal, o sepsis.

Historias clínicas con información incompleta para la realización del estudio.

Historias clínicas de todos los pacientes atendidos en otros servicios.

GRUPO 2

Criterios de inclusión:

Historias clínicas de pacientes adultos de ambos sexos, diagnosticados con plastrón apendicular en quienes se realizó tratamiento médico, y fueron atendidos entre enero de 2016 a diciembre de 2018 en el hospital en mención.

Criterios de exclusión

Historias clínicas de pacientes adultos de ambos sexos, diagnosticados con plastrón apendicular en quienes se realizó tratamiento quirúrgico, entre enero de 2016 a diciembre de 2018 en dicho hospital.

Historias clínicas de pacientes con diagnósticos adicionales como pileflebitis, peritonitis localizada o generalizada, obstrucción intestinal, o sepsis.

Historias clínicas con información incompleta para la realización del estudio.

Historias clínicas de todos los pacientes atendidos en otros servicios.

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

Variables cualitativas: frecuencias absolutas (n) y relativas (%)

Variables cuantitativas: medidas de tendencia central y dispersión.

Para comparar los resultados del tratamiento quirúrgico versus médico del plastrón apendicular, se utilizará la prueba t de student en variables cuantitativas como es la estancia hospitalaria, mientras que en las variables cualitativas (eventos adversos) se utilizará la prueba chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

4.4 Instrumentos de recolección y medición de variables

la técnica será observacional, mientras que el instrumento será la ficha de recolección de datos, el cual tendrá las siguientes secciones:

- a. Características epidemiológicas
- b. Características clínicas
- c. Manejo utilizado
- d. Resultado de tratamiento

Por ser una ficha de datos se solicitara a expertos en el tema que evalúen el contenido, para luego contrastar sus respuestas mediante una prueba binomial.

4.5 Procesamiento y análisis de datos

Los datos recopilados mediante la aplicación del instrumento serán vaciados al programa SPSS 25, versión en español, en ella se creará la base de datos. La base de datos pasará por un control de calidad de registro, el cual consistirá en su

consistenciación, depuración y re-categorización de las variables, técnicas que permitirán salvar errores de digitación, omisión de respuesta o inconsistencia de datos.

La presentación de resultados se realiza mediante tablas de frecuencias y tablas de contingencia, además se elaborarán gráficos estadísticos de barras o circular, según el tipo de variable.

4.5 Aspectos éticos

El proyecto contará con la aprobación de la unidad de post grado de la universidad san Martín de Porres, además de la aprobación del comité de ética del hospital Carlos Lanfranco la Hoz para la revisión de las historias clínicas, por ser de diseño retrospectivo no se tendrá trato directo con los pacientes, sino solo se realizará la revisión de la historia clínica para la recolección de los datos. Se asignarán códigos a cada paciente.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	2019				2020
	Set	Oct	Nov	Dic	Ene
Revisión bibliográfica	X				
Elaboración del proyecto	X				
Revisión del proyecto	X				
Presentación ante autoridades	X				
Revisión de instrumentos	X				
Reproducción de los instrumentos	X				
Preparación del material de trabajo	X				
Selección de la muestra	X				
Recolección de datos		X	X		

Control de calidad de datos			X		
Tabulación de datos			X		
Codificación y preparación de datos para análisis				X	
Análisis e interpretación				X	
Redacción informe final				X	X
Impresión del informe final					X

PRESUPUESTO

Conceptos	Gastos	
Recursos humanos		S/. 2,350.00
Investigador(es) gastos personales	S/. 1,000.00	
Asesoría Análisis Estadístico	S/. 450.00	
Personal de Apoyo (viáticos)	S/. 450.00	
Otros imprevistos	S/. 450.00	
Recursos materiales		
Bienes		S/. 750.00
Material de oficina	S/. 400.00	
Material de Impresión	S/. 350.00	
Servicios		S/. 1,450.00
Digitación del Proyecto e Informe de Tesis	S/. 650.00	
Fotocopias, anillados y empastados	S/. 450.00	
Gastos imprevistos	S/. 350.00	
Total		S/. 4,550.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hernandez J, Leon J, Martinez M, Guzman J, Palomeque A, Cruz N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano General*. 2019; 41(1): 33-38. URL: <https://bit.ly/2lxBtzz>
2. Clouet D, Guerrero C, Gomez E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. *Revista Chilena de Cirugía*. 2017; 69(1): 65-68. URL: <https://bit.ly/33lxluz>
3. Frias V, Catillo M, Rodriguez M, Borda G. Manejo de la masa apendicular inflamatoria en el paciente adulto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2012; 32(3): 267-272. URL: <https://bit.ly/2LW1t9M>
4. Pabón J, Suquisupa V. Manejo clínico - quirúrgico del plastron apendicular en pacientes atendidos en el hospital José María Velasco Ibarra, 2017 - 2018. Tesis de grado. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2019. URL: <https://bit.ly/2ANuq1r>
5. Tantalean C. Tratamiento Médico ante quirurgico del plastron apendicular en el paciente adulto en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis de Especialidad. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina Humana; 2019. URL: <https://bit.ly/2oXJdUu>
6. Ortiz C, Reyes K, Sanchez M, Peña A, Requejo G. Plan Operativo Anual. Documento Técnico. Perú: Hospital Carlos Lafranco la Hoz, Instituto de Gestion de Servicio de Salud; 2016. URL: <https://bit.ly/2oXJeYy>
7. Habib F, Sallam A, Gertallah L, Amer S. A comparative study between; Conservative management of appendicular abscess by percutaneous drainage and emergency operation. *Journal of Medicine and Sciences*. 2018; 1(1). URL: <https://bit.ly/2Mok0um>
8. Kumar R, Madeshiya S, Pandey V, Shankhdhar A. Comparative analysis of early exploration versus conservative approach for management of appendiceal mass. *Int Surg J*. 2018; 5(12): 1-5. URL: <https://bit.ly/31V7n0D>
9. Vyas P, Joshi A, Ram K, Chandana S, Koshti S. Comparative study of outcome of conservative versus operative management in 50 cases of appendicular

lump. International Journal of Medical Science and Public Health. 2016; 5(4): 749-753. URL: <https://bit.ly/2Mhlc2l>

10. Murcia F, Garrido J, Vargas V, Betancourth J, Cárdenas M, Vásquez F, et al. Tratamiento quirúrgico o conservador del plastrón apendicular. ¿Influye en la aparición de complicaciones? Cirugía Pediátrica. 2015; 28: 184-187. URL: <https://bit.ly/2Oszf8o>
11. Deelder J, Richir M, Schoorl T, Schreurs W. How to treat an appendiceal inflammatory mass: operatively or nonoperatively? Journal of gastrointestinal surgery. 2014; 18(4): 641-645. URL: <https://bit.ly/35cAU7S>
12. Velasco C. Características clínicas diagnósticas y tratamiento de plastrón apendicular en el Hospital Regional de Loreto de E. Tesis de grado. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2019. URL: <https://bit.ly/2MsiXKa>
13. Cano C. Tratamiento médico ante quirúrgico de plastron apendicular en el servicio de emergencia Hospital Arzobispo Loayza 2010 - 2014. Tesis magistral. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015. URL: <https://bit.ly/2VkGbpI>
14. Neyra L. Plastron apendicular: características clínicas, epidemiológicas, de laboratorio, ecográfico más tipo de tratamiento en el Hospital Regional de Cajamarca: Enero del 2010 - diciembre del 2014. Tesis de grado. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2015.
15. Villaverde K. Eficacia del tratamiento conservador sobre el tratamiento quirúrgico en la masa apendicular en el Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar Gracia". Tesis de pre grado. Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
16. Cuervo L. Apendicitis aguda. Revista del Hospital del Niño. 2014; 56(252): 15-31. URL: <https://bit.ly/2OUz3wD>
17. Farfan A, Garcia G, Tutiven M, Zambrano A. Plastrón apendicular como complicación de apendicitis aguda en pacientes adultos. Revista científica de investigación actualizada del mundo de las ciencias. 2018; 2(2). URL: <https://bit.ly/2Vqz7b0>
18. Laime L. Factores asociados a perforación apendicular en pacientes de 15 a 65 años de edad con apendicitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital III

- Goyeneche, 2015. Tesis de grado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2016. URL: <https://bit.ly/2lviUfm>
19. Sevilla C. Manejo del plastrón apendicular complicado y no complicado en el adulto con cinco días de evolución. Tesis de grado. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2017. URL: <https://bit.ly/2LV5knx>
 20. Motta G, Méndez E, Martínez M, Bastida J, Aragón M, Garrido G, et al. Apendicitis atípica en adultos. Anales de radiología México. 2014; 13(2): 143-165. URL: <https://bit.ly/30Vnb1K>
 21. 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. The Pan African Medical Journal. 2018; 19(15): 1-5. URL: <https://bit.ly/2LUlvBp>
 22. Limones E. Cuál sería según su criterio el tratamiento terapéutico adecuado para el manejo de plastrón apendicular. Tesis de grado. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2015. URL: <https://bit.ly/2ATjY8o>
 23. Hisnostroza R. Asociación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y sus complicaciones, en un Hospital del Seguro Social de Lima Metropolitana, de enero 2015 a enero 2016. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018. URL: <https://bit.ly/2VIRA8t>
 24. Montachana D. Plastrón apendicular con resolución quirúrgica. Tesis de grado. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2016. URL: <https://bit.ly/2odjMOU>
 25. Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa". Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda. Ministerio de Salud del Perú. 2017. URL: <https://bit.ly/2p5Qqlh>
 26. Souza L, Martínez J. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017; 55(1): 76-81. URL: <https://bit.ly/2lvj4Du>
 27. Arturo D. Asociación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y sus complicaciones, en un Hospital del Seguro Social de Lima Metropolitana, de enero 2015 a enero 2016. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018. URL: <https://bit.ly/2VIRA8t>

28. Rivero O. Complicaciones posoperatorias de apendicitis guda en pacientes pediátricos Hospital Sergio E. Bernales 2015 - 2018. Tesis de especialidad. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2018. URL: <https://bit.ly/31Wndbh>
29. Tito Urqueaga. plastrón apendicular: características clínicas, epidemiológicas, de laboratorio, ecográficas y tipo de tratamiento en el hospital regional de cajamarca: enero del 2010- diciembre del 2014. Tesis de especialidad. Cajamarca.
30. Eva B. 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 especialidad. Lima: Universidad Peruana Unión, 2020.
31. Frías-Gonzales V, Castillo-Angeles M, manejo de la masa apendicular inflamatoria en el paciente adulto en el Hospital Cayetano Heredia. Rev. Gastroenterol. Peru 2012.
32. Ayala M. Aspectos clínicos epidemiológicos del manejo del plastrón apendicular en pacientes pediátricos del Instituto Nacional de salud del niño durante el periodo enero 2004 diciembre 2008 [Tesis]Lima; 2009

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuáles son los resultados posoperatorios del tratamiento quirúrgico versus médico del plastrón apendicular en pacientes adultos, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2016-2018?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Comparar los resultados postoperatorios del tratamiento quirúrgico versus médico del plastrón apendicular en pacientes adultos, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016-2018.</p> <p>Objetivo específico:</p> <p>Identificar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos diagnosticados con plastrón apendicular atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016-2018.</p> <p>Identificar los resultados postoperatorios del tratamiento quirúrgico del plastrón apendicular en pacientes adultos. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016-2018.</p> <p>Identificar los resultados postoperatorios del tratamiento médico del plastrón apendicular en pacientes adultos. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016-2018.</p>	<p>Observacional, descriptivo, comparativo, retrospectivo, transversal y cuantitativo.</p>	<p>Pacientes adultos diagnosticados con plastrón apendicular atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016-2018.</p> <p>Tamaño de muestra:</p> <p>Grupo 1: 108 historias clínicas de pacientes quienes se realizó tratamiento quirúrgico</p> <p>Grupo 2: 108 historias clínicas de pacientes quienes se realizó tratamiento médico</p> <p>Análisis de resultados</p> <p>Prueba chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5%.</p>	<p>Técnicas de recolección de datos</p> <p>Documentación</p> <p>Instrumento de recolección de</p> <p>Ficha de recolección</p>

2. Instrumento de recolección de datos

“Resultados postoperatorios del tratamiento quirúrgico versus médico del plastrón apendicular en pacientes adultos. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016-2018”

Fecha: ___/___/___

N° de ficha: _____

1. Características epidemiológicas:

Sexo: Masculino ()
Femenino ()
Edad: _____ años.
Estado civil: Soltero ()
Casado ()
Conviviente ()

2. Características clínicas:

Tiempo de enfermedad: _____ días.
Signos y síntomas al ingreso: Fiebre ()
Vómitos ()
Diarreas ()
Sensibilidad abdominal ()
Otros _____
Evaluación clínica: Ningún hallazgo ()
Masa palpable ()
Otros () _____
Evaluación ecográfica: Ningún hallazgo ()
Masa ()
Absceso ()
Apendicolito ()
Otros () _____
Análisis de laboratorio: Leucocitos _____/mm³

3. Manejo utilizado:

Quirúrgico () Médico ()
() Laparoscópico () Ceftriaxona + metronidazol
() Abierto () Ciprofloxacino + metronidazol
Diagnostico: _____ () Ceftriaxona + clindamicina
Duración del tratamiento: _____ días.
Apendicectomía de intervalo: Si () No ()

4. Resultados postoperatorios: Favorables () Desfavorables ()
Estancia hospitalaria: _____ días.
Eventos adversos: Ninguna ()
Fiebre ()
Absceso ()
Fistula ()
Sangrado ()
Infección de herida operatoria ()
Otros () _____