



Nº 120 -2019-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 17 de MAYO del 2019

Visto;



El Expediente con Registro. Nº DE 5958-2019 que contiene el Memorando Nº 453-2019-DG-INSN, con el cual se hace llegar la Guía Técnica: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PEDIATRIA", remitido por el Departamento de Cirugía;

CONSIDERANDO:



Que, el artículo II de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales;

Que, de conformidad con el Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA; de fecha 04 de Febrero del año 2010; la Oficina de Gestión de la Calidad es el Órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de Calidad los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente;



Que, mediante Memorando Nº 316-DA-INSN-2019, La Dirección Adjunta emite opinión favorable sobre la Guía Técnica: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PEDIATRIA";



Que, mediante Memorando Nº 461-2019-OGC-INSN, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad hace llegar a la Dirección General la Guía Técnica: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PEDIATRIA";

Que, con Memorando Nº 453-2019-DG/INSN, del 02 de mayo del 2019, la Dirección General aprueba la Guía Técnica: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PEDIATRIA";

Con las Visaciones de la Dirección Adjunta, la Dirección de Cirugía, el Departamento de Cirugía, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño, y ;

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Instituto de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA;





**SE RESUELVE:**



**Artículo Primero.-** Aprobar la Guía Técnica: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PEDIATRIA"; el mismo que consta de (11) folios.

**Artículo Segundo.-** Encargar a la Oficina de estadística e Informática la publicación de la presente resolución en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

**Regístrese y Comuníquese.**



MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
*[Signature]*  
Dr. Jorge Asdrúbal Jauregui Miranda  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 13816 R.N.E. 32027 - 6901



PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud del Niño  
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado  
**20 MAYO 2019**  
*[Signature]*  
CARLOS ANTONIO CHÁVEZ PASTRANA  
FEDATARIO - INSN  
Reg. N° ...325

JJM/CGS/JCA

**DISTRIBUCIÓN:**

- DG
- DEAC
- DE
- DEIDAECNA
- OGC
- Of. Comunicaciones
- OEI



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional  
de Salud del Niño

Servicio de  
Cirugía General

## GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PEDIATRIA

### I. Finalidad:

Contribuir en la reducción de la morbimortalidad en el paciente pediátrico con apendicitis aguda.

### II. Objetivo:

#### 2.1 Objetivo general:

Establecer criterios técnicos para el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda en pacientes pediátricos en el INSN.

#### 2.2 Objetivos Específicos:

Establecer criterios de diagnóstico oportuno.

Racionalizar el uso de exámenes auxiliares diagnósticos.

Brindar pautas de tratamiento médico y quirúrgico.

### III. Ámbito de aplicación:

La presente Guía Técnica ha sido desarrollada para su aplicación en el Servicio de Cirugía General del INSN-Breña.

### IV. Proceso de diagnóstico y tratamiento de la Apendicitis aguda

#### 4.1 Nombre y código: (CIE X)

K35.9 Apendicitis aguda, no especificada.

K35.1 Apendicitis aguda con absceso peritoneal.

K35.0 Apendicitis aguda con peritonitis generalizada.

K36 Otros tipos de apendicitis.

K37 Apendicitis no especificada.

### V. Consideraciones generales:

#### 5.1 Definición:

La apendicitis aguda es el proceso inflamatorio e infeccioso del apéndice cecal. Requiere tratamiento médico y quirúrgico. (1,2)

#### 5.2 Etiología:

Obstrucción del lumen del apéndice cecal. Puede ser debido a una causa intrínseca como un fecalito, la hiperplasia de los folículos linfoides de la submucosa de la pared apendicular, un tumor apendicular, parásitos o cuerpo extraño. Puede ocurrir también por una causa extrínseca como una banda fibrosa o anclamiento. (2,3)

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

20 MAYO 2019

Reg. Nº 325

CARLOS ANTONIO CHÁVEZ PASTRANA  
FEDATARIO - INSN



### 5.3 Fisiopatología:

La obstrucción del apéndice cecal ocasiona incremento de la presión intra luminal disminuye el retorno venoso y la circulación arterial de la pared apendicular ocasionando un fenómeno gradual y progresivo de isquemia, necrosis y perforación.

La evolución macroscópica tiene las siguientes etapas: (3,4)

- **Apendicitis aguda congestiva o catarral:** obstrucción de la luz apendicular, aumento de volumen por retención de moco y distensión del peritoneo visceral.
- **Apendicitis aguda supurada o flegmonosa:** proliferación bacteriana, inicio de la necrosis tisular, liberación de mediadores de la inflamación, retardo de retorno venoso, engrosamiento de la pared.
- **Apendicitis aguda necrosada o gangrenada:** placas de necrosis de las capas muscular y serosa, disminución de la circulación arterial.
- **Apendicitis aguda perforada:** ruptura localizada de la pared apendicular. Puede ser bloqueada total o parcialmente por el epiplon mayor u órganos vecinos.

Concurren las siguientes reacciones de la cavidad peritoneal:

- **Apendicitis aguda con peritonitis localizada:** cuando el proceso inflamatorio apendicular y eventual exudado es bloqueado, por órganos vecinos.
- **Apendicitis aguda con peritonitis generalizada:** cuando el bloqueo es insuficiente. En pre escolares el epiplon suele ser corto y delgado y los órganos vecinos no pueden bloquear el proceso infeccioso inflamatorio, además la pared apendicular es más delgada y con mayor componente de placas linfáticas por lo cual se perforan antes de 24 horas y cursan con peritonitis generalizada de manera precoz.
- **Plastrón apendicular:** cuando el apéndice cecal es rodeado por el epiplon mayor y órganos vecinos conformando una masa inflamatoria sin presencia de colección o absceso.

### 5.4 Aspectos epidemiológicos:

Es la causa más frecuente de intervención quirúrgica de emergencia en la edad pediátrica.

Representa el 80% de las intervenciones quirúrgicas de emergencia y un 30% del total de intervenciones quirúrgicas en el Servicio de Cirugía General del INSN. En promedio se atienden unos 450 casos anuales. (5)

La mayor incidencia se da entre los 6 a 10 años de edad, es más frecuente en el sexo masculino (60%).

En el 50% de los casos se presenta con un tiempo de evolución mayor de 24 horas y complicado con peritonitis sobre todo en pre escolares.



PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud del Niño

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

20 MAYO 2019

325

Reg. N° .....

CARLOS ANTONIO CHÁVEZ PASTRANA  
FEDATARIO - INSN



Es infrecuente en menores de 2 años (menos del 2%) y muy rara en la etapa neonatal (menos de 0.2%)

La mortalidad descrita es menor al 1%.

La morbilidad asociada es mayor en los casos de apendicitis con peritonitis, donde la incidencia de infección de herida operatoria, la formación de absceso abdominal y adherencias post operatorias es hasta cuatro veces mayor. (6,7)

**5.5. Factores de riesgo asociados: (2,3,6)**

**Medio ambiente:** No hay evidencia de que el ambiente tenga influencia en la evolución clínica.

**Estilos de vida:** La obesidad dificulta el diagnóstico precoz y el abordaje quirúrgico. Se considera contributorio a la dieta pobre en residuo, al estreñimiento crónico y la presencia de parasitosis intestinal.

**Factores hereditarios:** La ocurrencia de mal rotación intestinal y variantes en la posición y orientación del apéndice cecal dificultan el diagnóstico precoz.

**VI. Consideraciones específicas:**

**6.1 Cuadro clínico:**

**6.1.1. Signos y síntomas:**

- El cuadro clínico inicia con dolor abdominal localizado alrededor del ombligo, con incremento rápido de intensidad, en menos de 24 horas migra hacia la fosa iliaca derecha.
- Vómitos al inicio de contenido alimentario que se tornan biliosos.
- Alza térmica alrededor de 38° - 38.5°C
- Dolor abdominal que se agrava al toser o caminar.
- Actitud o postura antálgica (piernas flexionadas).
- Hiporexia, náuseas, constipación.
- Pueden presentarse deposiciones semi líquidas en poco volumen y disuria en casos de apéndice de localización pélvica.
- Al palpar el abdomen presenta signos de irritación peritoneal, rigidez o defensa muscular involuntaria.

Los signos clínicos más importantes descritos en el examen físico del abdomen:

- **Signo de Mc Burney:** Dolor a la presión en el punto que une el 1/3 externo y medio de la línea imaginaria que va de la espina iliaca antero superior y el ombligo.
- **Signo de Rovsing:** Dolor en la fosa iliaca derecha al presionar en la fosa iliaca izquierda.
- **Signo de Blumberg:** Dolor al presionar y descomprimir la pared abdominal (signo de rebote positivo). (2,5,7)

**6.1.2. Interacción cronológica:**

Dentro de las primeras 24 horas por lo general la pared del apéndice cecal se encuentra indemne, clínicamente se presenta como un cuadro de dolor localizado en el cuadrante inferior derecho del abdomen.





Entre las 24 a 72 horas de evolución ocurre la perforación de la pared apendicular, la salida del contenido fecal a la cavidad peritoneal que produce peritonitis localizada que progresa hacia la peritonitis generalizada con riesgo de sepsis a punto de partida abdominal.

En lactantes y pre escolares, quienes tienen un epiplon mas corto y menor capacidad de bloqueo la peritonitis puede iniciarse luego de las primeras 12 horas de evolución. (7,8)

## 6.2 Diagnóstico:

### 6.2.1. Criterios de diagnóstico: (1,2,6,7,8)

#### Apendicitis aguda simple:

- Tiempo de evolución menor a 24 horas.
- Dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha.
- Vómitos de contenido alimentario.
- Febrícula 38 – 38.5°C
- Presencia de hiporexia, constipación.
- Al examen clínico: Paciente en aparente buen estado general, abdomen blando y depresible, defensa involuntaria al palpar el cuadrante inferior derecho. Dolor en el punto de Mc Burney y signo de rebote localizado en la fosa iliaca derecha.

#### Apendicitis aguda con peritonitis:

- Tiempo de evolución mayor a 48 horas.
- Dolor abdominal en incremento.
- Marcha o postura antálgica.
- Compromiso del estado general, quejumbroso, hipo activo.
- Signos de deshidratación.
- Aumento de la temperatura.
- Vómitos biliosos o fecaloideos.
- Al examen clínico: Paciente hipo activo y quejumbroso, al palpar el abdomen presenta dolor difuso, resistencia o defensa muscular. Signo de rebote positivo. Sensación de masa palpable.
- La distensión abdominal y vómitos biliosos indican un síndrome obstructivo.

Resulta de utilidad tomar como referencia el Score pediátrico de Apendicitis Aguda (Anexo 7.1) donde se otorga puntaje relativo a signos, síntomas y resultados laboratorio y se relaciona con la posibilidad de apendicitis aguda (18)

#### Masa o plastrón apendicular: (6,8)

- Tiempo de evolución mayor a cinco días.
- No luce mal estado general.
- Masa palpable en cuadrante inferior derecho.

### 6.2.2. Diagnóstico diferencial: (3,6,8)

- Gastroenteritis aguda
- Infección urinaria y cistitis
- Adenitis mesentérica





- Anexitis y patología anexial
- Rotura de folículo ovárico
- Quiste de ovario a pedículo torcido
- Litiasis renal
- Impactación fecal
- Peritonitis primaria
- Neumonía basal
- Intususcepción
- Diverticulitis de Meckel.
- Colecistitis aguda
- Infarto de epiplón y epiplitis.
- Pancreatitis
- Artritis de cadera derecha.

### 6.3 Exámenes auxiliares:

#### 6.3.1. De patología clínica: (6,7,8)

- Hemograma completo: Leucocitosis moderada alrededor de 12,000. En casos con peritonitis puede llegar a valores mayores de 17,000 / mm<sup>3</sup>.
- Presencia de neutrofilia (mayor al 70%) o desviación izquierda. En pacientes con peritonitis aparecen granulaciones tóxicas.
- Examen completo de orina: para descartar infección urinaria. En caso de apéndice pélvico puede haber micro hematuria, leucocituria con nitritos negativo.
- Un recuento mayor de 20 células por campo por lo general está asociado a patología urinaria.
- Bioquímica sérica: glucosa, úrea, creatinina, electrolitos para descartar trastorno metabólico.
- Tiempo de coagulación y sangría. O Perfil de coagulación.
- Serología: para VIH y Hepatitis B como referencia de estado pre operatorio.

#### 6.3.2. De imágenes: (8,9,11)

**Radiografía simple de abdomen de pie y en decúbito:** presencia de coprolito en fosa iliaca derecha, asa intestinal dilatada y fija (denominada asa centinela). Presencia de niveles hidro aéreos que indican síndrome obstructivo asociado. Escoliosis por contractura y postura antálgica.

**Radiografía de tórax** para evaluar patología pulmonar.

**Ecografía abdominal:** visualización del apéndice cecal y/o de la reacción inflamatoria alrededor del mismo: asas intestinales hipo peristálticas, fijas, con edema de pared. Presencia de líquido libre en cavidad peritoneal. En niñas se descarta patología anexial.

La ecografía en edad pediátrica tiene en promedio una sensibilidad del 91% y una especificidad del 97%.

#### 6.3.3. De exámenes especializados complementarios: (10,12)

**Tomografía Abdominal con contraste:** Se reserva para casos de presentación con masa palpable y ecografía no contributoria. Permite detectar



PERÚ	Ministerio de Salud	Instituto Nacional de Salud del Niño - Buena
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado		
20 MAYO 2019		
325		
Reg. N° .....	CARLOS ANTONIO CHÁVEZ PASTRANA FEDATARIO - INSN	



inflamación peri apendicular y colecciones con mayor precisión, así como visualizar el apéndice cecal.

**Laparoscopia exploratoria:** Cuando un periodo de observación clínica activa: hospitalización, evaluación clínica y de laboratorio repetidos no permiten una precisión diagnóstica.

#### 6.4 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutoria:

##### 6.4.1. Medidas generales y preventivas: (3,6,7)

- Reposo gástrico
- Sonda nasogástrica condicional a vómitos,
- Hidratación vía endovenosa
- Inicio de terapia antibiótica vía endovenosa.
- Tratamiento de fiebre.
- Alivio del dolor.
- Toma de muestra para exámenes de laboratorio.
- Corrección de trastornos hidro electrolíticos y metabólicos.
- Obtención de imágenes.
- Evaluación médica pre operatoria.
- Evaluación pre anestésica.
- Otras evaluaciones que sean necesarias: Cardiología, Nefrología, etc.

##### 6.4.2. Terapéutica:

###### Tratamiento pre operatorio: (4,6,8)

En los casos no complicados con paciente en buena o regular condición, la preparación consiste en la hidratación vía endovenosa, inicio de terapia antibiótica (Anexo 7.2 Tabla de dosis de antimicrobianos), alivio de la fiebre y el dolor. Se hace la programación quirúrgica luego de la evaluación pediátrica pre operatoria con los resultados de los exámenes auxiliares.

En casos complicados con paciente en mal estado general, deshidratado; la preparación debe corregir primero los trastornos hidro electrolíticos, mejorar la volemia, asegurar la función renal, iniciar terapia antibiótica de amplio espectro (anexo 7.2 Tabla de dosis de antimicrobianos) tratamiento de la fiebre y alivio del dolor antes de ser programado a sala de operaciones.

###### Tratamiento quirúrgico: (6,13,14,15,16,17)

Previamente el médico tratante realiza el proceso de Consentimiento Informado con el(los) familiar(es) responsable(s).

###### Apendicitis aguda simple sin peritonitis:

Apendicectomía mediante cirugía abierta o laparoscópica. En la cirugía abierta el abordaje es mediante una incisión en el cuadrante inferior derecho del abdomen, se ubica, se extirpa el apéndice cecal y se cierra la herida operatoria por planos.

El abordaje laparoscópico se realiza mediante uno a tres puertos y sigue la misma secuencia.



**Apendicitis aguda con peritonitis localizada o difusa:**

En los casos de apendicitis con peritonitis el abordaje permite además del procedimiento anterior el aspirado y/o lavado del exudado inflamatorio, omentectomía parcial, revisión de asas intestinales y drenaje a criterio del operador.

El abordaje por cirugía mínimamente invasiva produce resultados similares a la cirugía abierta convencional además de una evolución post operatoria con menor dolor, pronto retorno a la actividad física y menor incidencia de adherencias relacionadas a cirugía. (14,15,16)

**Masa o plastrón apendicular:**

En paciente con tiempo de enfermedad mayor a cinco días, en buen estado general, masa palpable en ausencia de signos de peritonitis difusa, que conservan una tolerancia oral regular y en quienes la ecografía descarta la presencia de absceso, se interna para recibir tratamiento antibiótico vía endovenosa por 7 días y durante una semana adicional vía oral luego del alta. En caso de deterioro clínico: dolor en incremento, picos febriles, intolerancia de alimentos y/o hallazgo de absceso en el control ecográfico se programa el tratamiento quirúrgico. (3,6,7,8)

**Tratamiento post operatorio:**

Se reinicia la dieta vía oral al restablecerse la función intestinal.

Se completa el tratamiento antibiótico según el caso. (Anexo 7.2)

El tratamiento analgésico inicial es por vía endovenosa con horario, posteriormente es indicado vía oral.

Diariamente se vigila la condición de la herida operatoria.

Los drenes se movilizan y retiran antes del alta.

Se favorece la deambulación temprana.

**6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:**

- Hemorragia y anemia
- Lesión inadvertida de víscera hueca.
- Fístula estercorácea o entero cutánea.
- Flebitis.

**6.4.4. Signos de alarma: (2,3,6,8)**

- Fiebre: en las primeras 24 horas puede relacionarse a complicaciones respiratorias. Hacia las 72 horas puede relacionarse a infección residual en cavidad peritoneal, clínicamente asociado a dolor localizado, signos de irritación peritoneal, náuseas, vómitos y cuadro clínico de síndrome obstructivo. Se realiza control con radiografías y ecografía abdominal.
- Anemia e hipotensión arterial: sospecha de hemorragia.
- La persistencia o aparición de vómitos biliosos y la distensión abdominal pueden sugerir complicación por obstrucción intestinal por adherencias o absceso residual.
- Dolor abdominal en incremento, fiebre con o sin eritema de herida operatoria: sospechar dehiscencia de sutura de muñón apendicular.
- La infección de herida operatoria suele dar signos hacia el 5to día post operatorio, se resuelve con el desbridamiento, curaciones diarias y tratamiento antibiótico.





- En caso de ocurrir la dehiscencia parcial de herida operatoria con o sin evisceración se considera la posibilidad de revisión quirúrgica..
- Fiebre y polípnea obligan al descarte de complicaciones respiratorias.

#### 6.4.5. Criterios de alta:

- La estancia promedio para casos no complicados es de tres días, en casos con peritonitis es de siete días para completar tratamiento antibiótico.
- En todos los casos el paciente sale de alta: sin fiebre, tolerando la dieta vía oral, sin drenes y con la herida operatoria en condiciones de tratamiento ambulatorio. (2,3,6,8)

#### 6.4.6. Pronóstico:

El retorno a las actividades escolares y práctica deportiva es más rápido en los casos de apendicitis aguda sin complicaciones y en los casos de abordaje laparoscópico.

En los casos de apendicitis con peritonitis existe mayor riesgo de infección de herida operatoria, absceso residual intra abdominal y re ingreso y re intervenciones por bridas y adherencias post operatorias.(2,3,6,8)

### 6.5 Complicaciones:

- Infección de herida operatoria: que es más frecuente en los casos de apendicitis con peritonitis. Se debe realizar la limpieza quirúrgica.
- Absceso residual intra abdominal: asociado a casos con peritonitis local o generalizada. Se solicita ecografía y se valora la posibilidad de tratamiento médico o quirúrgico.
- Fístula estercorácea a partir del muñón apendicular o lesión concomitante del ciego. Se garantiza un drenaje adecuado.
- Obstrucción intestinal por formación de bridas y adherencias. Se solicitan controles radiográficos y valora el tratamiento conservador o reintervención quirúrgica. (1,2,6,8)

### 6.6 Criterios de referencia y contra referencia:

#### 6.6.1 Criterios de referencia: Se prioriza la referencia de:

- Casos de apendicitis aguda complicada.
- Pacientes pediátricos con patología concomitante que requiere evaluación por otras especialidades. Por ejemplo con cardiopatías, trastornos de coagulación, diabéticos, enfermedad renal crónica, trasplantados, entre otros.
- Pacientes con complicaciones post operatorias.

#### 6.6.2 Criterios de contra referencia:

- Pacientes sin complicaciones o complicaciones resueltas.
- Pacientes que retornan a centros de atención que cuentan con servicios de Cirugía Pediátrica.





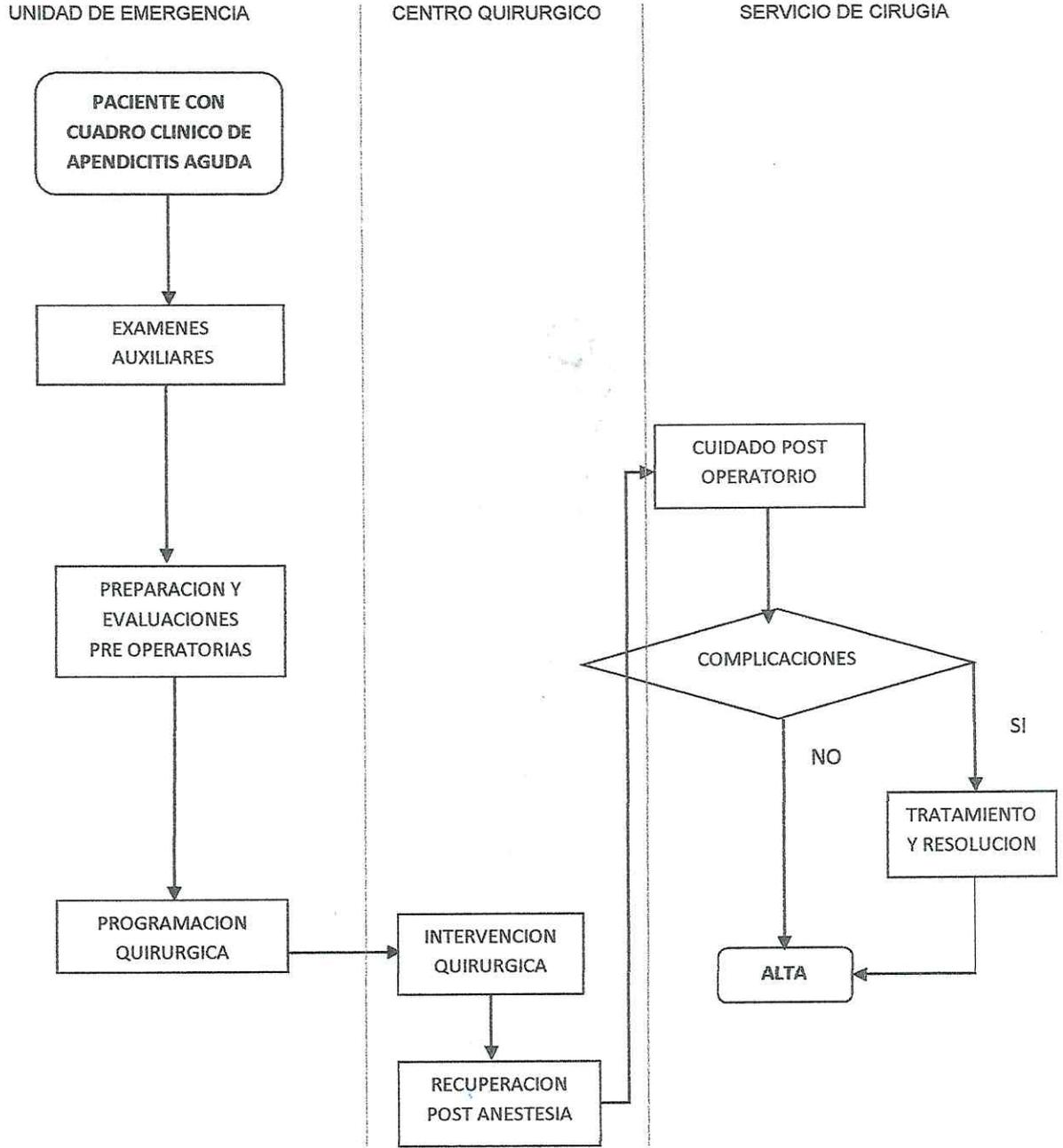
PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño

Servicio de Cirugía General

### 6.7 Flujograma: PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE APENDICITIS AGUDA



PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud del Niño - Lima

CERTIFICO: Que la presente copia fotostatica es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

**20 MAYO 2019**

Reg. N° 325

CARLOS ANTONIO CHÁVEZ PASTRANA  
FEDATARIO - INSN



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño

Servicio de Cirugía General

VII. Anexos:

7.1 Tabla de Score pediátrico de Apendicitis aguda donde se valora puntaje a los principales signos, síntomas y leucocitosis. (18)

SCORE PEDIATRICO DE APENDICITIS AGUDA (SAMUEL 2002)		
	Variable	Puntaje
1	Dolor en cuadrante inferior derecho al toser/percutir	2
2	Dolor al palpar fosa iliaca derecha	2
3	Anorexia	1
4	Fiebre	1
5	Náuseas y vómitos	1
6	Leucocitosis	1
7	Desviación izquierda	1
8	Migración del dolor	1
	Puntaje Total	10

Interpretación:

Puntaje de 7 a 10 = alta probabilidad de apendicitis aguda

Puntaje mayor o igual a 6 = compatible con apendicitis aguda

Puntaje menor o igual a cinco = no compatible con apendicitis aguda

Fuente: Samuel M. pediatric appendicitis score. JoPedSurg 2002;37:877-881

7.2 Tabla de dosis pediátrica de antimicrobianos empleados en apendicitis aguda.(20)

ANTIBIOTICO	Dosis/24h	INTERVALO	Dosis Máxima
CLINDAMICINA	25 - 40mg/Kg/e.v.	6 - 8 horas	2.4g/24h
METRONIDAZOL	30mg/Kg/e.v.	6 - 8 horas	4g/24h
AMIKACINA	15 - 22.5mg/Kg/e.v.	8 - 12 horas	30mg/Kg/24h
CEFTRIAZONA	50 - 75mg/Kg/e.v.	12 - 24 horas	4g/24h
CIPROFLOXACINO	20 - 30mg/Kg e.v.	12 horas	800mg/24h
AMPICILINA/SULBACTAM	100 - 200MG/kg e.v.	6 horas	8g /24h

Fuente: Drug dosages en The Harriet Lane Handbook 21 Ed 2018



Handwritten marks: '135' and '28'

**VIII. Referencias bibliográficas:**

1. Jaramillo A. Apendicitis aguda. En Tratado de Cirugía de Niños 2014. Fondo Editorial del Instituto Nacional de Salud del Niño 2014.411-423
2. Dunn J.C. Appendicitis. En Coran A.G. (Ed) Pediatric Surgery 7th edition. Mosby Philadelphia 2012, 1255-1263
3. Sullins VF, Lee S Appendicitis. En Holcomb III GW, Murphy JP (Eds) Ashcraft's Pediatric Surgery 6th ed. Saunders Elsevier, Philadelphia 2015 568-579
4. Fallon S, Kim M, et al Correlating surgical and pathological diagnoses in pediatric appendicitis. J Pediatric Surg. 2015; 50: 638 - 641
5. Estadísticas del Servicio de Cirugía General INSN 2015 -2018 Unidad de Estadística e Informática.
6. Velarde JG, Apendicitis aguda En López PJ, Lagos CJ, Zavala A (Ed) Manual de Cirugía Pediátrica. Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica 2018 27-30
7. Muehlstedt S, Pham T y Schmeling D The Management of Pediatric Appendicitis: A Survey of North American Pediatric Surgeons. J Pediatric Surg, 2004; 39 ( 6): 875-879.
8. Jurgen S, Puri P, Appendicitis. En Puri P and Hollwarth M. Pediatric Surgery Springer Verlag 2009477 - 483
9. Nielsen J, Boomer L, Kurtovic K et al Reduced computed tomography scans for appendicitis by introduction of a standardized and validated ultrasonography report template. J Pediatr Surg 2015;50:144-148
10. Obinna A, Sejal A, Erik N et al. An evidenced based protocol for diagnosis of acute appendicitis decreased the use of computed tomography in children. J Pediatr Surg 2011;46:192-196
11. Raposo L, Anes G, García J, Torga S, Usefulness of ultrasonography in children with right iliac fossa pain. Radiología 2012; 54:137-148
12. Moenner K, Ortega X, Abdomen agudo en la edad pediátrica utilidad de las imágenes. Rev Med Clin Condes 2009, 20(6):816-824
13. Steyaert H. Valla JS. Laparoscopic appendectomy in children. En Bax MA, Georgeson K. Rothenberg S. Endoscopic surgery in infants and children. Springer 2008. 339-348.
14. Masoomi H, Mills S et. Al. Comparison outcomes of laparoscopic versus open appendectomy in children: data from the nationwide inpatient sample (NIS) 2006 - 2008. World J Surg 2012;36:573-578
15. Shawn D. Snyder, L. Operative management of appendicitis. Sem Ped Surg; 2016; 25: 208 - 211.
16. Jie D, Yu X, Zhong-min Z et al. Single incision vs conventional three incision laparoscopic appendectomy for appendicitis: a systematic review and meta-analysis. J Pediatr Surg 2013;48:1088-1098.
17. Li H, Cheong A, Sherif E. Pediatric laparoscopic appendectomy: a population-based study of trends, associations and outcomes. J Pediatr Surg;2014;49:1714-1718
18. Samuel M. Pediatric appendicitis score. J Pediatr Surg 2002;37:877-881.
19. Lee S, Islam S, Cassidy L, et al. Antibiotics and appendicitis in the pediatric population: an American pediatric surgical association outcomes and clinical trials committee systematic review. J Pediatr Surg 2010;45:2181-2185
20. Carlton K, Lee P, Drug dosages. En Custer JW, Rau RE (Eds) The Harriet Lane Handbook 21th Ed 2018 29, 732-1109

