



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0898 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 23 de septiembre del 2024

VISTO:

Nota Informativa N° 543-2024/HAS-4300201611, de fecha 17 de septiembre del 2024, con proveído N°4163 favorable, de fecha 18 de septiembre del 2024, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, con Nota Informativa N° 543-2024/HAS-4300201611, de fecha 17 de septiembre del 2024, la jefatura del Departamento de Cirugía solicita a la Dirección Ejecutiva, la aprobación y proyección del Acto Resolutivo de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Masa Apendicular";

Que, los numerales I y II de Título Preliminar de la Ley 26842, de fecha 15 de julio del 1997, Ley General de salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, Por lo tanto es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante el Artículo 1° del Título del Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales, que se aprobó la Resolución Ministerial N° 616-2003-SA-DM, de fecha 4 de junio del 2003, el objeto del Modelo es establecer el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales de alta, mediana y baja complejidad de atención de la salud, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 25 del Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, aprobado con el D.S. N° 013-2002-SA.;

Que, mediante el Artículo 1° del Título Primero en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, de fecha 25 de junio del 2006, las Disposiciones Generales.- El presente Reglamento establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 050-MINSA/DGSP.02 "Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", de fecha 06 de junio de 2007, tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de Apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos" y en la primera Disposición General se señala, que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y competencias del evaluador interno;

Que, de acuerdo a las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, de fecha 11 de julio del 2021, donde establece disposiciones destinadas a fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, órganos desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos;

Que, la normativa antes mencionada, define como Guía técnica a todo documento normativo del Ministerio de Salud, con él se define por escrito y de manera el desarrollo de determinados procesos, procedimiento y actividades administrativas, asistenciales y sanitarias. En ella se establecen metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades y al desarrollo de una buena práctica;

Que, de igual forma en esta misma norma se establece que las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario y cuando esta se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC), en este caso contienen recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica aplicable, desarrolladas sistemáticamente de



REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0898 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 23 de septiembre del 2024

modo que orientes y facilites el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud;

Que, en mérito al documento emitido por la jefatura del Departamento de Cirugía, con proveído N°4163, de fecha 18 de septiembre del 2024, la Dirección Ejecutiva autoriza proyectar Acto Resolutivo de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Masa Apendicular";

Que, de acuerdo a la finalidad de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Masa Apendicular", es aportar en su conocimiento, mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento de Masa Apendicular, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo, así como la optimización y racionalización del uso de recursos;

Estando informado la Dirección ejecutiva, con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal y Oficina de Administración, y;

En uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0486-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 19 de septiembre del 2024, que resuelve designar al médico **IVAN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

SE RESUELVE:

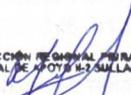
ARTICULO 1°.- APROBAR, la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Masa Apendicular", que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- DISPONER, al Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el cumplimiento de lo resuelto en el Artículo 1° de la presente resolución.

ARTICULO 3.- DISPONER, que la Unidad de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

ARTICULO 4.- NOTIFICAR, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, Oficina de Gestión de Calidad, Departamento de Cirugía e interesados.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.


DIRECCIÓN REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Iván Oswaldo Calderón Castillo
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP. 029879 - RNE. 028425

IOCC/JGRC/jacv

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE MASA APENDICULAR



DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
AÑO 2024

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MASA APENDICULAR

I. FINALIDAD

La Finalidad de esta Guía Práctica Clínica es proporcionar orientación específica para lograr un diagnóstico y tratamiento efectivo, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo, así como la optimización y racionalización del uso de recursos.

II. OBJETIVOS

- ❖ Establecer una Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de masa apendicular en el Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia disponible.
- ❖ Garantizar la atención de salud con calidad y eficiencia, minimizando los efectos adversos o colaterales durante el diagnóstico de los pacientes portadores de una masa apendicular y de sus complicaciones que pudieran presentarse en la evolución natural de la enfermedad.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

- ❖ La Presente Guía Práctica Clínica es de aplicación obligatoria en el Servicio de Cirugía General, Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- ❖ El nivel de atención de la presente patología, en razón a su complejidad debe ser analizado en una institución hospitalaria de mayor complejidad y derivado oportunamente a un centro especializado en el tratamiento de patología oncológica.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA MASA APENDICULAR

4.1. NOMBRE Y CODIGO

NOMBRE : MASA APENDICULAR

CODIGO CIE10 : K35.1 y K36

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10), existen los siguientes tipos de apendicitis:

APENDICITIS AGUDA		Comprende
K35	K35.1 Apendicitis Aguda con Absceso Peritoneal	Absceso Apendicular

K36	OTROS TIPOS DE APENDICITIS	Plastrón (Flemón)	Apendicular
-----	----------------------------	----------------------	-------------

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION

Masa Apendicular: es el resultado final de la inflamación y la perforación de la pared apendicular, la cual se bloquea y representa un amplio espectro patológico que va desde un **Plastrón o Flemón**, hasta un **Absceso Apendicular** y el desarrollo de un plastrón o absceso apendicular puede tardar más de 5 días. Normalmente, la formación de un plastrón o absceso se da entre los 5 a 7 días tras el inicio de los síntomas de una apendicitis aguda no tratada. En algunos casos, puede tardar hasta dos semanas en desarrollarse completamente, especialmente en pacientes que presentan síntomas vagos o que reciben tratamiento inicial inapropiado.

El tiempo exacto varía dependiendo de factores como la respuesta inflamatoria individual, el retraso en la atención médica y la efectividad de los mecanismos de contención del cuerpo. Por lo tanto, es importante monitorear continuamente al paciente y ajustar el manejo según la evolución clínica y los estudios de imagen.

- A. **Plastrón Apendicular:** Es una forma más organizada y menos delimitada de la masa apendicular, caracterizada por la adhesión inflamatoria de las estructuras vecinas al apéndice. Suele resolverse espontáneamente o con tratamiento conservador.
- B. **Absceso Apendicular:** Es una colección purulenta bien delimitada que se forma alrededor del apéndice inflamado. Generalmente, este tipo de masa requiere drenaje percutáneo o quirúrgico, además de antibióticos.

5.2. EPIDEMIOLOGIA

a) **Incidencia:**

Aproximadamente el **2-10%** de los pacientes con apendicitis aguda desarrollan una masa apendicular, ya sea en forma de plastrón o absceso. La incidencia puede ser mayor en regiones con acceso limitado a servicios de salud o donde el diagnóstico y tratamiento temprano no son siempre posibles.

b) **Grupos Etarios:**

La masa apendicular es más común en **adultos jóvenes y adolescentes**, pero puede ocurrir en cualquier grupo de edad. En niños y ancianos, el diagnóstico suele ser más desafiante debido a la presentación atípica de los síntomas, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar una masa apendicular.

c) **Sexo:**

La apendicitis, y por ende la masa apendicular, tiene una **ligera predominancia en varones** en comparación con las mujeres, aunque la diferencia no es muy significativa.

d) **Factores de Riesgo:**

Retraso en el diagnóstico o tratamiento: El principal factor predisponente para desarrollar una masa apendicular es la demora en recibir tratamiento adecuado para la apendicitis aguda.

Acceso limitado a atención médica: Pacientes en áreas rurales o con dificultades para acceder a servicios de emergencia tienen un mayor riesgo.

Edad avanzada y comorbilidades: Estos pacientes pueden presentar síntomas menos específicos y un mayor riesgo de complicaciones.

Mortalidad y Morbilidad: La mortalidad es baja en pacientes con manejo adecuado, pero las complicaciones como abscesos recurrentes, perforación o sepsis aumentan la morbilidad.

Los pacientes que desarrollan abscesos tienen un mayor riesgo de requerir intervenciones quirúrgicas adicionales o prolongadas.

e) **Recurrencia:**

Si no se realiza una apendicectomía diferida después de un tratamiento conservador, existe un riesgo de recurrencia de la apendicitis, que puede estar en el rango del **5-20%** en los siguientes meses.

5.3. ETIOLOGIA

a) **Apendicitis Aguda No Tratada o Tardíamente Tratada:**

Obstrucción Luminal del Apéndice: La apendicitis generalmente se inicia con la obstrucción del lumen apendicular, frecuentemente debido a un fecalito, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, parásitos o tumores. Esta obstrucción provoca acumulación de moco, aumento de la presión intraluminal, y posterior compromiso del flujo sanguíneo.

Progresión Inflamatoria: La obstrucción lleva a la proliferación bacteriana, inflamación, e isquemia de la pared apendicular, que, si no se trata, progresa a necrosis, perforación y la liberación de contenido purulento dentro de la cavidad peritoneal.

b) **Respuesta del Organismo:**

Formación de Adherencias: Para contener la infección y limitar la diseminación peritoneal, el cuerpo intenta aislar la inflamación localmente mediante la formación de adherencias entre el apéndice inflamado, el epiplón, las asas intestinales y otros tejidos circundantes. Esto lleva a la formación de un plastrón apendicular.

Absceso Apendicular: Si la infección y el material purulento quedan encapsulados pero no completamente contenidos por el plastrón, se forma un absceso. Este es un acúmulo de pus rodeado por una cápsula de tejido inflamatorio.

c) **Factores Predisponentes:**

Retraso en la Atención Médica: Los pacientes que no buscan atención médica inmediata o que reciben un diagnóstico incorrecto tienen mayor riesgo de desarrollar una masa apendicular.



Inmunosupresión o Comorbilidades: Pacientes con sistemas inmunológicos comprometidos o enfermedades crónicas como diabetes pueden tener una respuesta inflamatoria atípica o más prolongada, facilitando la formación de una masa.

Edad: En pacientes mayores, el diagnóstico de apendicitis puede retrasarse debido a una presentación menos típica, aumentando el riesgo de desarrollar complicaciones como una masa apendicular.

d) **Infección Bacteriana:**

Microorganismos Comunes: La flora bacteriana implicada típicamente incluye bacterias entéricas como *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus*, y *Pseudomonas spp.*. Estas bacterias son responsables de la formación del absceso cuando la infección no es adecuadamente controlada.

Mecanismo de Formación

La masa apendicular se forma como resultado de un intento del cuerpo de contener la inflamación causada por la apendicitis. Las adherencias fibrinosas se desarrollan para circunscribir el proceso infeccioso y evitar la diseminación generalizada, lo que lleva a la formación de un plastrón. Si el material purulento se encapsula sin diseminarse, se desarrolla un absceso.

En resumen, la etiología de la masa apendicular es multifactorial, pero está fundamentalmente relacionada con la progresión de la apendicitis aguda no tratada y la respuesta inflamatoria del organismo para limitar la infección y prevenir complicaciones más graves como la peritonitis difusa.

5.4. FACTORES DE RIESGO

La inflamación apendicular circunscrita es frecuente ya menudo no diagnosticada preoperatoriamente. La proporción de todos los pacientes con apendicitis tratados por inflamación cerrada es del 3,8% al 5,0%. El riesgo de perforación es insignificante dentro de las primeras 12 h de síntomas no tratados, pero luego aumenta hasta 8.0% en las primeras 24 h. A continuación, disminuye a 1,3% -2,0% durante 36-48 h, y posteriormente aumenta de nuevo a 5,8% -7,6% para cada período de 24 horas subsiguientes.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LA MASA APENDICULAR

1. Síntomas Comunes

- Dolor Abdominal:
Persistente y localizado principalmente en el cuadrante inferior derecho. A diferencia de la apendicitis aguda, el dolor puede ser menos agudo y más continuo, debido a la respuesta inflamatoria localizada.
- Fiebre:



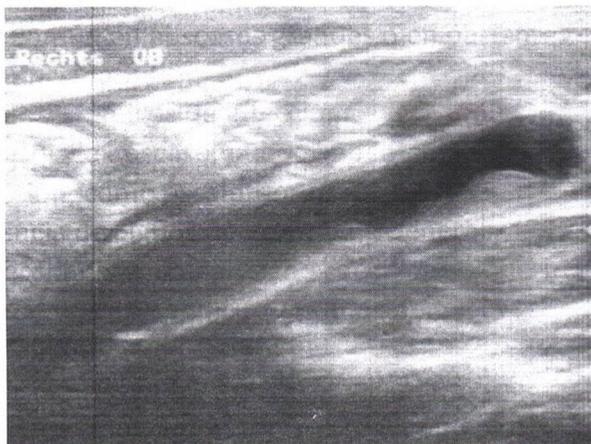
Puede ser de grado bajo a moderado en el caso del plastrón. En presencia de un absceso, la fiebre suele ser más alta y puede estar acompañada de escalofríos.

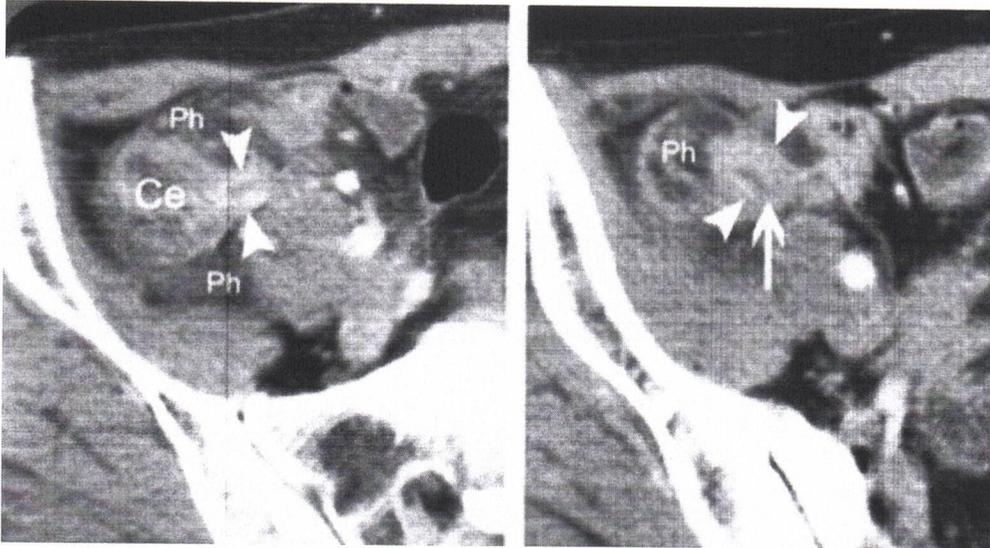
- Náuseas y Vómitos:
Son frecuentes, aunque suelen ser menos intensos que en la fase inicial de la apendicitis aguda.
- Pérdida de Apetito (Anorexia):
Común en ambas presentaciones, reflejando la respuesta inflamatoria sistémica.
- Malestar General:
Sensación de fatiga o debilidad generalizada, especialmente en presencia de infección persistente.

2. Signos Clínicos

- Masa Palpable en el Cuadrante Inferior Derecho:
Masa firme, dolorosa y mal delimitada en el caso del plastrón apendicular. En caso de un absceso, la masa puede estar más definida y fluctuar a la palpación.
- Dolor a la Palpación Profunda (Signo de Blumberg Positivo):
Sensibilidad localizada en el cuadrante inferior derecho con o sin rebote positivo, indicando irritación peritoneal localizada.
- Resistencia Muscular Local:
Puede haber defensa abdominal en el cuadrante afectado debido a la inflamación localizada.
- Distensión Abdominal Leve:
Más común en abscesos grandes o en pacientes con respuesta inflamatoria pronunciada.
- Signos Sistémicos de Infección:
En casos de absceso, puede haber taquicardia y síntomas sistémicos de infección, como escalofríos y malestar.
- Ausencia de Signos de Peritonitis Generalizada:
Generalmente, no hay signos de irritación peritoneal generalizada, lo que diferencia esta condición de una apendicitis perforada con peritonitis difusa.

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías





6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

- Historia de cuadro típico de apendicitis aguda.
- Tiempo de enfermedad de más de 5 días.
- Criterios de SIRS
- En ocasiones diarrea y moco.
- Masa sensible en fosa iliaca derecha.
- Cuadro obstructivo con nauseas y/o vómitos y ausencia de deposiciones.
- Algo menos frecuentes, fistulas apendico-cutáneas o apendico-vesical.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

Aunque la masa apendicular es un diagnóstico clínico, en ocasiones el médico debe descartar patologías con sintomatología similar. Los exámenes más usados son:

6.3.1. De Patología Clínica

Siendo los más usados:

Hemograma: Generalmente leucocitosis con desviación Izquierda y en algunas ocasiones normal.

Sedimento urinario: Generalmente normal o algunos leucocitos.

6.3.2. De Imágenes

La **Radiografía** de abdomen, habitualmente no es de utilidad, pero nos puede ayudar cuando la masa apendicular está ocasionando obstrucción del tracto gastrointestinal: buscar neumoperitoneo y/o niveles hidroaereos.

La **Ecografía** abdominal, es rápida y segura. También es útil en mujeres en edad fértil con el fin de excluir patología ginecológica, en las mujeres embarazadas, ya que evita la exposición a radiación. La ecografía abdominal y transvaginal

combinado tiene alta sensibilidad (86% -100%), especificidad (88% -95%) y precisión (91% -92%), pero que son altamente dependientes del operador.



6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

La **Tomografía Axial Computarizada (TAC)**: tiene una sensibilidad y especificidad para la apendicitis aguda que se acerca al 100% y es excelente en la diferenciación entre sencilla perforación del apéndice, absceso apendicular y flemón apéndice. La TAC puede prevenir las complicaciones quirúrgicas y la conversión a cirugía abierta. La TAC también es muy útil para la exclusión de otras patologías en la fosa iliaca derecha, particularmente en pacientes de más de 40 años.

La **Resonancia Magnética (RM)**, está indicada en pacientes con requerimientos especiales de protección radiológica, en particular las mujeres en edad fértil y las mujeres embarazadas. La RM es muy precisa con una sensibilidad del 100%, especificidad del 98%, valor predictivo positivo del 98% y valor predictivo negativo del 100%. Debido a los largos tiempos de examen, los altos costos y la disponibilidad limitada, resonancia magnética del abdomen no es el método de primera elección en el caso de sospecha clínica de una masa apéndice. La RM es más útil que la ecografía en pacientes obesos y en pacientes con un apéndice retrocecal, que es difícil de visualizar en la ecografía.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

Todo paciente con un cuadro clínico de masa apendicular, deberá estar en observación para continuar o descartar su tratamiento quirúrgico por no más de 12-24 hrs.

El tratamiento y manejo de la masa apendicular, dependerá del cuadro clínico y del estado del paciente, para evitar la progresión de la enfermedad con el consiguiente aumento de la morbimortalidad.

6.4.2. Terapéutica

Antes de iniciar el tratamiento se debe haber llegado al diagnóstico definitivo.

1.- MANEJO MEDICO (NO QUIRURGICO):

En los pacientes que:

- ✓ Se hace el diagnóstico de Plastrón o Flemón Apendicular.
- ✓ No tienen factores de riesgo como inmunosupresión, prótesis valvulares cardíacas, embarazo.
- ✓ Asintomático o síntomas mínimos.
- ✓ No cursan con obstrucción intestinal.

TRATAMIENTO

- Hospitalización.
- Reposo en cama.
- NPO, si lo requiere, con progresión alimentaria.
- Hidratación endovenosa adecuada, con cloruro de sodio al 0,9 %.
- Iniciar antibióticos según criterio médico para Gram (-) y anaeróbicos. En el servicio de cirugía tendremos el siguiente esquema de tratamiento:



MEDICAMENTO	DOSIS	INTERVALO
PRIMERA ELECCIÓN		
Quinolona CON Metronidazol o Clindamicina		
Ciprofloxacino	400 mg	12 horas
SEGUNDA ELECCION		
Animoglucosido CON Metronidazol o Clindamicina		
Amikacina	5-15 (10) mg/kg	12- 24 H
Gentamicina	3-7 (5) mg/kg	12-24 H
TERCERA ELECCION		
Cefalosporina Tercera Generación CON Metronidazol o Clindamicina		
Ceftriaxona	1 o 2 g	12 Horas
Metronidazol	30-50 mg/kg/día	6-8 Horas
Clindamicina	30-50 mg/kg/día	6-8
OTRAS ALTERNATIVAS		
Betalactamico/Inhibidor de la Betalactamasa CON Metronidazol o Clindamicina		
Piperacilina/Tazobactam	3,375 o 4,5 g	6 Horas
Monoterapia: Carbapenem		
Imipenem/Cilastatina	500 mg	6 Horas
Meropenem	1 g	8 Horas
Cefalosporina Segunda Generación		
Cefoxitina	2 g	8 Horas

- Analgésicos.
- Vigilancia cuidadosa del estado general del paciente (Constantes vitales, Hemograma, Glucosa, Urea, Creatinina, Perfil Hepático, Perfil de coagulación, PCR, Amilasa-Lipasa).
- Seguimiento ecográfico, de acuerdo a evolución.

2.- MANEJO QUIRURGICO

En pacientes con:

- ✓ absceso apendicular.
- ✓ Diagnóstico de plastrón apendicular que:
 - Falla del tratamiento medico
 - Hay duda diagnostica

- Cursa con obstrucción intestinal
- Presenta cuadro de sepsis
- Peritonitis
- Presencia de factores de riesgo: inmunosupresión, prótesis, patología severa de otros órganos, embarazo.



MEDIDAS GENERALES

- ✓ Consentimiento informado firmado por el paciente o familiar
- ✓ NPO.
- ✓ SNG a gravedad y Sonda Foley, si presenta cuadro obstructivo o peritonitis generalizada.
- ✓ Vendaje de Miembros inferiores en pacientes menores de 40 años.
- ✓ Riesgo quirúrgico en pacientes mayores de 40 años o con patología que lo amerite, como sepsis, falla cardiaca o respiratoria, etc
- ✓ Antibióticos de acuerdo a los ya mencionados anteriormente.
- ✓ Indicaciones en base a sugerencia de especialidad comprometida.



TERAPIA ESPECÍFICA DEL OPERATORIO

A. PLASTRON O FLEMON APENDICULAR

- Incisión transversa o mediana
- Abordaje de la masa apendicular.
- Manejo del muñón: rafia primaria, cecostomía, si no es posible la rafia.
- Lavado de cavidad.
- Drenes tubulares y/o laminares.
- Cierre de pared.



B. ABSCESO APENDICULAR

DRENAJE PERCUTANEO

- Depende de la experiencia del operador y de la disponibilidad de equipos.
- Guiado por ecografía o TAC, con éxito de 90%.
- En abscesos uniloculares, con acceso seguro (evitar vasos mayores e intestino), baja viscosidad del contenido, sin alteraciones de la coagulación, disponibilidad de SOP.
- Se utiliza técnicas de punción o trocar o de Seldinger.
- El paciente debe mejorar en 48 a 72 horas



DRENAJE POR LAPAROTOMIA

- Cuando fracasa el tratamiento percutáneo o no es posible realizarlo.
- Desbridamiento de cavidad y colocación de drenes tubulares y/o laminares.
- Apendicectomía si es posible realizarlo.



DRENAJE LAPAROSCOPICO

3.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

- Inicio de vía oral cuando se restablezca el tránsito gastrointestinal.
- Hidratación parenteral según evaluación clínica. Pasar a Dextrosa 5% con electrolitos para aquellos que ya tienen 24 horas postoperatorio.
- Continuar con la antibióticoterapia iniciada.
- En los casos no complicados, basta con administrar una dosis única, 30 minutos antes de la inducción anestésica.
- Deambulación precoz.
- En pacientes con patología asociada, seguir indicaciones recomendadas.
- Manejo de drenes: lavado si es percutáneo.

6.4.3. Signos de alarma

Presencia de signos de sepsis (taquicardia, taquipnea, fiebre/hipotermia y leucocitosis/leucopenia), sepsis severa (con hipoxemia u oliguria) o shock séptico, amerita el monitoreo hemodinámico estricto y el uso de medidas de resucitación agresiva previa a la cirugía. La presencia de obstrucción intestinal..

6.4.5. Criterios de Alta

CRITERIOS DE ALTA

- Signos vitales estables
- Deambulación con mínimo dolor
- Tolerancia oral
- Restablecimiento del tránsito gastrointestinal
- Retiro de drenajes

6.5. COMPLICACIONES

- A. Infección de sitio quirúrgico: que varía desde infección de herida operatoria, absceso sub-aponeurótico hasta colección residual intraabdominal.
- B. Hematoma de pared abdominal.
- C. Evisceración y eventración.
- D. Obstrucción Intestinal.
- E. Sepsis/ FMO.
- F. Fistulas ceco o apendico-cutaneas.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Cuando el hospital no cuente con camas hospitalarias quirúrgicas o sobrepasa su capacidad en sala de operaciones, tendrá que transferir a los pacientes durante el preoperatorio.

- Cuando el paciente requiera de una unidad especializada para manejo pre, y/o postoperatorio y no se disponga en el hospital de camas en dichas unidades.

Una vez decidida la Transferencia, se informara al paciente y/o los familiares para su conocimiento.

6.7. FLUXOGRAMA



MASA
APENDICULAR

EXAMENES
AUXILIARES Y
PREQUIRURGICO

PLASTRON

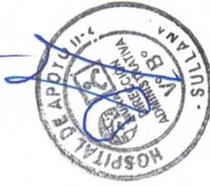
MANEJO
MEDICO

ABSCESO

DRENAJE
PERCUTANEO

APENDICECTOMIA A LAS 8-12 SEMANAS

MANEJO QUIRURGICO



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nitecki, S., Assalia, A y Schein M. "Gestión contemporánea de la masa apendicular". Br J Surg. 1993; 80: 18-20. †
2. Hogan MJ. Drenaje de abscesos apendiculares. Tech Vasc Interv Radiol. 2003; 6: 205 - 214. †
3. Brown CV, Abrishami M, Muller M, Velmahos GC. Absceso apendicular: ¿funcionamiento inmediato o drenaje percutáneo? Am Surg. 2003; 69: 829 - 832. †
4. Friedell ML, Pérez-Izquierdo M. ¿Hay un papel para la apendicectomía de intervalo en el manejo de la apendicitis aguda? 2000; 66: 1158 - 1162. †
5. Tekin A, Kurtoğlu HC, Can I, Oztan S. La apendicectomía de intervalo rutinario es innecesaria después del tratamiento conservador de la masa apendicular. 2008; 10: 465-8. †
6. Corfield L. Apendicectomía intermitente después de una masa o absceso apendicular en adultos: ¿cuál es la "mejor práctica"? 2007; 37: 1-4. †
7. Eryilmaz, R., M.Sahin y MRSavas. "¿Es necesaria una apendicectomía de intervalo después del tratamiento conservador de las masas apendiculares?" Ulus Travma Derg. 2004.10.3: 185-88. †
8. Bagi P, Dueholm S. Manejo no operatorio de la masa apendicular evaluada por ultrasonido. 1987; 101: 602 - 605. †
9. Kaminski A, Liull, Applebaum H, Lee SL, Haigh PI. La apendicectomía de intervalo rutinario no se justifica después del tratamiento inicial no operatorio de los apendicitis agudos. Arch Surg. 2005; 140: 897 - 901. †
10. Samuel M, Hosie G, Holmes K. Evaluación prospectiva del manejo no quirúrgico versus quirúrgico de la masa apendicular. J Pediatr Surg. 2002; 37: 882 - 886. †
11. Adalla SA. Masa apendicular: La apendicectomía de intervalo no debe ser la regla. 1996; 50: 168-169. †
12. Tingstedt B, Bexe-Lindskog E, Ekelund M, Andersson R. Manejo de las masas apendiculares. Eur J Surg. 2002; 168: 579 - 582. †
13. Verwaal VJ, Wobbes T, Goris RJA. ¿Hay todavía un lugar para la apendicectomía de intervalo? Dig Surg. 1993; 10: 285 - 288. †
14. Oschner AJ. La causa de la peritonitis difusa que complica la apendicitis y su prevención. 1901, 26: 1747. †
15. Brown CV, Abrishami M, Muller M, Velmahos GC. Absceso apendicular: ¿Operación inmediata o drenaje percutáneo? Am Surg. 2003; 69: 829 - 832. †
16. ThomasDR. Manejo conservador de la masa del apéndice. 1973 73: 677 - 680. †
17. Oliak D, Yamini D, Udani VM, y col. Manejo no operatorio de la apendicitis perforada sin masa periappendiceal. 2000; 179: 177 - 181. †
18. Meshikhes AW. Manejo de la masa apendicular: se revisaron las cuestiones controversiales. J Gastrointest Surg 2007 Nov 13. †
19. Knight J. Manejo conservador de la masa del apéndice en niños. Br J Surg 2001; 88: 1539-42. †
20. Gillick J, Velayudham M, Puri P. Manejo conservador de la masa del apéndice en niños. Br J Surg. 2001; 88: 1539 - 1542. †
21. Alaminos Mingorance M, Castejón Casado J., Valladares Mendías JC, Villegas Rubi M, Sánchez López-Tello C. [Apéndice de apendicectomía en un caso de masa apendicular]. Cir Pediatr. 1998; 11: 168-170. †
22. Marya SK. ¿Es un largo retraso necesario antes de la apendicectomía después de la formación de masa apendicular? Un informe preliminar. Can J Surg. 1993; 36: 268 - 270. †
23. Dixon MR, Haukoos JS, Park IU, et al. Una evaluación de la gravedad de las apendicitis recurrentes. 2003; 186: 718 - 722. †
24. Khan AW, Jeque SH, Rahman MA. Resultados de la apendicectomía de urgencia para la masa apendicular. Mymensingh Med J. 2007; 16: 209-213. †

25. Stevens, CT y de Vries, JE "Intervalo de la apendicectomía como se indica en lugar de una terapia de rutina: menos operaciones y estancias hospitalarias más cortas". Ned.Tijdschr.Geneeskd. (2007) 151.13: 759 - 63. †
26. Erdogan D, Karaman I, Narci A, et al. Comparación de dos métodos para el manejo de la masa apendicular en niños.Pediatr Surg Int.2005; 21: 81-83. †
27. Willemsen PJ, Hoorntje LE, Eddes EH, Ploeg RJ. La necesidad de la apendicectomía de intervalo después de la resolución de una masa apendicular cuestionada.Dig Surg. 2002; 19: 216-220. †
28. Ein SH, Langer JC, Daneman A. Manejo no operatorio del apéndice roto pediátrico con masa inflamatoria o absceso: la presencia de un apendicolito predice apendicitis recurrentes. Pediatr Surg. 2005; 40: 1612 - 1615.

