



BOLETÍN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

EDITORIAL

En este segundo número se presenta 4 trabajos de investigación realizados en nuestra institución por personal de nuestro hospital.

El primero está relacionado a los Factores de Riesgo Asociados en menores de 5 años con infección respiratoria baja por virus respiratorios, su trascendencia radica en que las enfermedades del sistema respiratorio una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la internación, y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad

El segundo trabajo esta referido a las medidas terapéuticas que se da en la primera hora de atención al paciente pediátrico con shock séptico la que es una de las causas principales de mortalidad infantil y representa una compleja

y progresiva vía inflamatoria secundaria a una enfermedad infecciosa, la cual origina disfunción cardiovascular aguda, condicionando disoxia tisular y eventualmente falla celular y orgánica. Se enfatizan la intervención agresiva y resucitación con fluidos intravenosos para una adecuada perfusión tisular.

El tercer trabajo es un estudio colaborativo en relación a la resistencia del *Campylobacter* a los antimicrobianos en el Perú trabajo que se encuentra publicado en la revista BMC Infectious Diseases.

El cuarto trabajo realizado por un grupo de investigadores de cirugía pediátrica relacionado a la morbilidad en el tratamiento conservador de la apendicitis aguda complicada con masa apendicular.



En esta Edición

Dr. Fernando Ramos Neyra
Director General

Dr. Miguel Villena Nakamura
Dirección Adjunta

Dra. Iris Aranibar Pinto
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia

Katerine Salas Castillo
Elizabeth Sánchez Cabrera
Equipo de la OADI

- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA POR VIRUS RESPIRATORIOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS 2011 – 2012 .
Autor: Ramos Miraval, Patricia Diana.
- NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y MEDIDAS TERAPÉUTICAS EN LA PRIMERA HORA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SHOCK SÉPTICO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS 2003 -2008
Autor: Edgar Juan Coila Paricahua
- CAMPYLOBACTER RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS EN EL PERÚ: UN ESTUDIO DE OBSERVACIÓN DE DIEZ AÑOS
Autores Simon Pollett, Claudio Rocha, Rito Zerpa, Máximo Camiña, José Guevara y col
- MORBILIDAD EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA CON MASA APENDICULAR EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS. LIMA ENERO DEL 2004 A DICIEMBRE 2012
Autores: Gamboa Kcomt, Segundo; Dr. Ortega Sotelo, Luis; Dr. Valdivia Acurio, Milagros; Dra. Villalba Villalba, Araceli.



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA POR VIRUS RESPIRATORIOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS 2011 – 2012

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas constituyen uno de los problemas de salud más importantes para la población infantil de 0 a 5 años y están dentro de las primeras 5 causas de la mortalidad. La mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias ocurren antes del año de edad, especialmente entre los dos y tres meses. Los virus son una causa importante de infección de las vías respiratorias inferiores en los países en desarrollo. La causa más común de infección viral de las vías respiratorias inferiores es el RNA virus: VSR, Parainfluenza Humano, Influenza y Metapneumovirus humano. Es probable que el Adenovirus sea único virus ADN causa de infecciones de las vías respiratorias inferiores en niños.

La identificación de agentes virales causales de infecciones respiratorias es esencial para el cuidado del paciente, posibilitando medidas profilácticas en salud pública, prevención de la diseminación de virus en los hospitales y uso apropiado de antibióticos.

En el hospital de Emergencias Pediátricas, desde hace algunos años se toman muestras de hisopado nasofaríngeo para la detección de agentes virales, siendo procesadas por personal capacitado.

A nivel internacional existen numerosos estudios epidemiológicos referentes a etiología y estacionalidad en infección respiratoria aguda, con escasos estudios en países en vías de desarrollo.

En nuestro país tenemos dos estudios, uno realizado en el año 2002 en el Hospital de Emergencias Pediátricas sobre agentes virales en niños menores de un año hospitalizados con infección respiratoria baja, y en el Hospital Daniel Alcides Carrión, un estudio epidemiológico de agentes virales como causantes de infecciones respiratorias en el año 2006-2007 detectados por el método de la Inmunofluorescencia indirecta.

Debido a que las infecciones respiratorias virales agudas bajas presentan alta tasa de morbilidad en niños menores de cinco años de edad, y considerable compromiso fisiológico en su fase aguda, es necesario identificar los factores de riesgo, su correlación clínica, complicaciones y etiología de los virus respiratorios; esto permitiría encaminar mejor el diagnóstico y tratamiento con consecuente disminución de la estancia hospitalaria y uso innecesario de antibióticos, con consiguiente disminución de la resistencia bacteriana.

Objetivos

Determinar los factores de riesgo asociados en menores de 5 años hospitalizados con infección respiratoria aguda baja por virus respiratorios en el Hospital de Emergencias Pediátricas durante el periodo abril 2011 a marzo 2012.

Material y Métodos

El tipo de estudio es de corte transversal, aplicando el diseño de investigación no experimental.

La población está constituido por los niños menores de cinco años del servicio de hospitalización con síntomas de infección respiratoria aguda baja y que cuenten con muestras de hisopado nasofaríngeo por inmunofluorescencia directa para la detección de los virus de Influenza tipo A y B, VSR, Adenovirus, Metapneumovirus y Parainfluenza tipo 1, 2 y 3; durante los meses de Abril del 2011 a Marzo del 2012, en el Hospital de Emergencias Pediátricas.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Niños menores de 5 años de edad
- Niños con diagnóstico de neumonía, bronconeumonía, bronquiolitis, síndrome coqueluchoide, laringotraqueo bronquitis infección respiratoria aguda baja
- Pacientes hospitalizados con prueba de inmunofluorescencia directa por Hisopado nasofaríngeo.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes sin resultado de Inmunofluorescencia Directa por Hisopado nasofaríngeo.
- Pacientes con infección respiratoria crónica.
- Pacientes con Prueba de Inmunofluorescencia Indirecta.

Resultados

En el periodo de estudio abril 2011 y marzo 2012 se analizaron 165 muestras de Hisopado nasofaríngeo, identificándose por Inmunofluorescencia Directa 75 muestra (45.5%) predominando el sexo masculino

En cuanto a factores se observó que el peso al nacimiento, la edad gestacional. El grado de inmunización, el grado de nutrición, la lactancia materna, el contacto previo con personas con proceso respiratorio alto, el antecedente de hiperreactividad bronquial no fueron factores predisponentes para adquirir la enfermedad viral.

El VSR es frecuente en menores de 24 meses (69.33%) El VSR es el que se presenta con mayor frecuencia en Otoño (49.33%) e invierno (13.3%) el metapneumovirus mayor frecuencia en primavera (9.3%) y los virus adenovirus, influenza A y Parainfluenza no tienen patrón característico de estacionalidad.

La complicación mas frecuente de VSR es la atelectasia (8 casos) en el caso del metapneumovirus también la atelectasia (3 casos) el virus parainfluenza 3 no condiciono ninguna complicación.

El metapneumovirus presento mayor requerimiento de CPAP (5.4%).

En el 12.12% de los pacientes se usaron antibióticos, lo que demuestra la diferenciación favorable clínica y el uso racional de los mismos.

Recomendaciones

Se debe optimizar los criterios de diagnóstico.

La implementación de técnicas de diagnóstico virológico rápido, estandarización de criterios diagnósticos y manejo es fundamental para iniciar terapias pertinentes, disminuir la hospitalización.

Autor: Ramos Miraval, Patricia Diana.
Ex medico Residente de Pediatría



NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y MEDIDAS TERAPÉUTICAS EN LA PRIMERA HORA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SHOCK SÉPTICO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS 2003 -2008

Introducción

Las infecciones son unos de los problemas más importantes en la edad pediátrica en los países en desarrollo como el nuestro. Como consecuencia de las complicaciones de las infecciones se tiene el shock séptico, el cual es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en las unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Los resultados en el manejo del shock séptico pediátrico y neonatal han mejorado de manera importante con el advenimiento de las unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales, se reporta reducción en la mortalidad del 97% al 9% y son marcadamente inferiores que en los adultos que llegan al 28%.

En el año 2002 el “American College of Critical Care of Medicine” elaboró las guías clínicas para el soporte hemodinámico pediátrico y neonatal en shock séptico, las cuales se publicaron y fueron difundidas e implementadas en diversos hospitales en todo el mundo.

Los centros que implementaron las guías de American College of Critical Care of Medicine reportaron mejores resultados en el manejo del paciente pediátrico neonatal con shock séptico, mostrando tasas de mortalidad de 1-3% en niños previamente sanos y 7-10% en niños con shock séptico con enfermedad crónica previa. La mortalidad antes del advenimiento de las unidades de

cuidados intensivos pediátricos neonatales llegó hasta el 98%.

En el Hospital de Emergencias Pediátricas el shock séptico es la tercera causa de muerte en el área de Servicio de terapia Intensiva Neonatal para el año 2008, y la séptima causa de ingreso en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos, con catorce casos durante el 2008.

Además en el Hospital de Emergencias Pediátricas aún no se cuenta con protocolo o guía de manejo estandarizado de shock séptico, y la experiencia ha mostrado que los criterios de manejo difieren entre los médicos cuando no se cuenta con guías de práctica.

Objetivos

Determinar el nivel de cumplimiento de los objetivos y medidas terapéuticas de la primera hora en el manejo de shock séptico, según el “Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal patients in septic shock -2002” de la “American College of Critical Care of Medicine”, en pacientes que llegan al servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.



Material y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo. El universo estuvo definido por todos los pacientes que ingresaron hospitalizados al Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica desde Enero del 2003 a Diciembre del 2008. La población de estudio está formando por aquellos pacientes que tuvieron el diagnóstico de shock séptico y la muestra está conformada por los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La información recogida fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 12.0. Se empleó estadísticas descriptiva con determinación de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas; para variables numéricas se calculó la media y el rango. Las tablas se realizaron con el programa Excel de Microsoft.

Resultados

Se revisaron 51 Historias Clínicas, encontrándose que el 50.98% de los pacientes fueron del sexo masculino y 49.02% del sexo femenino, la media de edad fue 1.41 años y 21 pacientes fueron transferidos desde otro centro asistencial de salud.

Las causas de shock más frecuentes fueron: infección del tracto digestivo con 45.10%, neumonía en 23.53% y meningitis bacteriana con 7.84%.

Siete pacientes fallecieron, lo que representó mortalidad de 13.73%. Antes de los 5 minutos fue conseguido el acceso venoso periférico e intraóseo en 20% y 50% respectivamente.

En la administración de fluidos de rescate se observó que en 71.73% este inició antes de los 15 minutos y se requirió con mayor frecuencia 2 y 3 bolos.

Fueron 41 los pacientes que recibieron Dopamina, 23 Dobutamina y 17 epinefrina, se consiguió el inicio de la administración antes de la hora en 19.51%, 43.35%, 5.88% respectivamente.

Se intubaron a 33 pacientes y el tiempo promedio de intubación fue de 2.91 horas, en 20 pacientes se registró el uso de agentes inductores y en 4 carga el volumen antes de la intubación.

La medidas de tiempo en lograr llenado capilar <2 segundos, pulso normal, flujo urinario mayor a 1ml/kg/h, estado mental normal, presión arterial normal y frecuencia cardiaca en límites normales, fueron 7.13, 7.41, 4.82, 6.21, 4.87, 6.48 horas respectivamente.

Conclusiones

- Hubo retraso en el promedio del tiempo de la administración de fluidos de rescate, aunque las 2/3 partes de los casos el inicio fue adecuado.
- El numero de bolos de rescate con más frecuencia fue 3.
- Hubo retraso en el tiempo promedio transcurrido desde el ingreso hasta el acceso venoso central, y tan solo en un caso el establecimiento el acceso venoso central fue hecho a tiempo.
- Hubo retraso en la media de tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el inicio de dopamina, dobutamina y epinefrina.



- La media de tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el momento de la intubación fue de 2.91 horas, en casi 2/3 partes se uso agentes inductores, pero con poca frecuencia de uso de carga de volumen previa a la intubación.
- Hubo retraso importante en mantener la circulación antes de la hora, y los tiempos en lograr el llenado capilar < de 2 seg, pulso normal, flujo urinario mayor a 1 ml/Kg/h, estado mental normal, presión arterial normal y la frecuencia cardiaca dentro de limites normales estuvieron lejos de la primera hora de atención al paciente con shock séptico.
- Que el personal médico de terapia intensiva coloque el catéter venoso central en el servicio de emergencia durante la primera hora de atención del paciente con shock séptico.

Autor: Edgar Coila Paricahua
Medico Pediatra UCI HEP

Recomendaciones

- Se recomienda adoptar o adaptar la "Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal patients in septic shock -2007 update from the American College of Critical Care Medicine" con la intención de unificar criterios de manejo en el Servicio de Emergencia y de Cuidados Intensivos.
- Capacitar al personal médico y de enfermería del Servicio de Emergencia y Cuidados Intensivos pediátricos en el diagnóstico y manejo del paciente con shock séptico de acuerdo a: Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal patients in septic shock.
- Capacitar al personal médico de Emergencia en procedimientos de punción interaósea y colocación de catéter venoso central.



CAMPYLOBACTER RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS EN EL PERÚ: UN ESTUDIO DE OBSERVACIÓN DE DIEZ AÑOS

Introducción

Campylobacter jejuni y Campylobacter coli son patógenos de transmisión por alimentos de importancia relevante como agente etiológico en la enteritis de países en desarrollo y de la diarrea del viajero. Un incremento en la prevalencia de la resistencia antimicrobiana del Campylobacter ha sido reportado mundialmente, sin embargo reportes en el Perú son limitados. El objetivo fue describir la tendencia de la prevalencia de resistencia a fluoroquinolonas y macrólidos de las cepas de C. jejuni y C. coli aislados de tres regiones del Perú en un periodo de 10 años (enero 2001-diciembre 2010)

Material y Método

Se realizó la vigilancia de patógenos entéricos en Lima, Iquitos y Cuzco entre el 2001 y 2010. La susceptibilidad a Ciprofloxacina, Azitromicina y eritromicina fue evaluada en 4652 cepas de Campylobacter aisladas de heces en Lima (n=3419), Iquitos (n=625) y Cuzco (n=608).

Metodología

Comparando los periodos de estudio del 2001-2005 y 2006-2010, la prevalencia de resistencia a Ciprofloxacina de C. jejuni se elevó en las áreas de estudio de Lima (73.1% a 89.8%, $p < 0.001$) e Iquitos (24.1% a 48.9%, $p < 0.001$).

Resultados

Las tasas de resistencia a Ciprofloxacina a C. coli también se elevaron en Lima (48.1% a 87.4%, $p < 0.001$) y Cuzco (10.0% a 65.9%, $p = 0.005$). Una pequeña pero significativa elevación en la prevalencia de la resistencia del C. jejuni a la Azitromicina y Eritromicina se observó en Iquitos (2.2% a 1.9%, $p < 0.001$; 3.2% a 14.9%, $p = 0.002$) y una elevación de las tasas de resistencia a la eritromicina del C. coli en Lima (0.0% a 5.3%, $p = 0.038$). La prevalencia de la resistencia de las cepas de C. jejuni tanto a Ciprofloxacina y Azitromicina se elevaron en Iquitos (0.3% a 14.9%, $p < 0.001$) y en Lima (0.3% a 1.6%, $p = 0.011$), y la prevalencia de la resistencia de las cepas de C. jejuni tanto a Ciprofloxacina y eritromicina se elevaron en Iquitos (0.0% a 14.9%, $p < 0.001$). La prevalencia de resistencia de C. coli a la Ciprofloxacina y eritromicina se elevó en Lima (0.0% a 5.3%, $p = 0.034$).



Conclusión

Estos resultados tienen implicancias para el manejo empírico de la enterocolitis en el Perú. La vigilancia activa es esencial para guiar el uso apropiado de antimicrobianos en este escenario. Los estudios epidemiológicos locales para explorar la relación entre el incremento de la resistencia antimicrobiana y el uso de antibióticos en humanos y en agricultura pueden ser de mucho valor.

Autor: Simon Pollett, Claudio Rocha
Rito Zerpa, Máximo Camiña* y col
***Jefe del Servicio de Patología
Clínica del HEP**

[CAMPYLOBACTER RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS
EN EL PERÚ](#)



MORBILIDAD EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA CON MASA APENDICULAR EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS. LIMA ENERO DEL 2004 A DICIEMBRE 2012

Introducción

La apendicitis aguda constituye la más frecuente de las emergencias agudas abdominales, después del primer año de vida. El diagnóstico en niños es en general más difícil, el riesgo de complicaciones y el pronóstico desfavorable suele ser mayor en comparación a la población adulta, por lo cual es necesario realizar un diagnóstico precoz y dar el manejo respectivo. Las complicaciones se relacionan con estadía hospitalaria prolongada y mayor gasto de recursos tanto para el paciente como para la institución, por lo que resulta de vital importancia buscar índices predictivos de estas complicaciones para poder así establecer medidas preventivas que permitan economizar recursos y acortar la estadía de estos pacientes.

No existen antecedentes similares en nuestro hospital y en nuestro medio referidos a diagnósticos de apendicitis aguda complicada con plastrón apendicular en niños con los parámetros que nosotros consideramos en nuestro estudio, en la literatura mundial sin embargo se describen resultados de estudios para el diagnóstico de apendicitis aguda.

Algunos autores estudiaron el diagnóstico basado sólo en clínica, encontrando un rango de precisión de

83-97% en directa relación con la experiencia del cirujano, sin embargo en forma aislada cada uno de los aspectos clínicos resultan poco predictores de la presencia de la enfermedad, pero una combinación de varios signos clínicos y síntomas puede establecer el diagnóstico, para ello se considera como más predictivos para el diagnóstico de apendicitis al dolor en cuadrante inferior derecho, la resistencia abdominal y al migración del dolor de la región peri umbilical al cuadrante inferior derecho por lo cual se sugiere que se deben considerar con mayor relevancia que el resto.

Objetivo

Determinar la morbilidad de los pacientes hospitalizados por apendicitis aguda complicada con masa apendicular en el Hospital de Emergencias Pediátricas entre Enero del 2004 a Diciembre del 2012.

Material y Método

El diseño de estudio descriptivo retrospectivo, observacional, transversal, realizado en el servicio de cirugía pediátrica del Hospital de Emergencias Pediátricas, basada en la revisión de historias clínicas de



todos los niños mayores de 1 mes y menores de 19 años que fueron hospitalizados en el servicio con diagnóstico de apendicitis aguda complicada con masa apendicular, de enero 2004 a diciembre 2012.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes hospitalizados con apendicitis aguda complicada con masa apendicular.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes referidos de otro hospital con diagnósticos co morbilidades como: cardiopatía, nefropatía, hepatopatía, diabetes mellitus, trastornos hematológicos, vasculitis, fibrosis quística, síndrome de Down malformaciones congénitas digestivas.
- Paciente que no se encontró historia clínica

Resultados

La apendicitis aguda es la causa más común de intervención quirúrgica en las emergencias de todo el mundo, en el presente estudio se encontró 102 pacientes hospitalizados por apendicitis aguda complicada con masa apendicular de los cuales el sexo masculino predominó en 55,9% (n=57) y el sexo femenino 44,1% (n=45), siendo el promedio de edad de 9.06 años de edades entre 1 año a 17 años con desviación estándar de 3.7 años, fluctuando la mayoría de estos entre los 8 y los 13 años. La procedencia de la mayoría de los pacientes provienen de San Juan de Lurigancho con 16.7% (n=17) seguido de Ate y de la Victoria 10.8% (n=11) y 8.8%(n=9) respectivamente.

De los pacientes que acudieron al hospital que habían recibido medicación antibiótica antes de su ingreso el 36.3% (n=37) recibieron antibióticos contra un 63.7% (n=65) que no recibieron.

En la hora de su ingreso al hospital la mayoría fue admitida entre las 11:30 am hasta las 4:00 pm. Además se observó otro pico de admisión a las 09:00pm, siendo la hora de ingreso promedio a las 12:30pm.

En el tiempo de enfermedad de los pacientes admitidos fueron de 4.9 días con un rango de 1 día a 20 días con una desviación estándar de 3 días, los días que permanecieron los pacientes hospitalizados fueron de 8.67 días con una desviación estándar de 2.95 días con un rango de 5 a 19 días.

Al realizar la asociación entre los días de hospitalización y el uso de medicamentos se halló que el promedio de la estancia hospitalaria fue similar entre los que usaron antibióticos antes de su ingreso de 8.95 ± 3.16 días.

De los signos clínicos que presentaron su ingreso la mayoría refirió presentar dolor abdominal 99% (n=101) seguido de progresión de dolor y fiebre con 68.6% (n=70) y 65.7% (n=67) respectivamente.

La temperatura axilar al momento de ingreso de los pacientes al hospital fue de $37.7^{\circ}\text{C} \pm 0.08^{\circ}\text{C}$.

Durante la exploración física se halló que el signo clínico más frecuente fue el MC Burney seguido de la Masa Palpable en fosa iliaca derecha con 85.3%(n=87) y 64.7%(n=66) respectivamente .



De los hallazgos de laboratorio se encontró que al momento de su ingreso los pacientes presentaban Leucocitosis siendo el promedio de $16,674.74 \pm 5,835$ (5,900-39,400) los segmentados se encontraron en un $80.26 \% \pm 9$ (52-95) y los abastionados en 0.42 ± 0.92 (0-4). Se halló desviación izquierda en un solo paciente el cual presenta el 1% y se halló neutrofilia en el 75.5% (n=77).

En 88 pacientes se hizo el diagnóstico ecográfico de apendicitis aguda con masa apendicular el resto de pacientes el hallazgo fue clínico solo en 4 pacientes con apendicitis no se halló masa geográficamente ni clínicamente de los cuales el 50%(n=2) presentó falla en el tratamiento siendo operados durante su estancia hospitalaria.

El antibiótico de elección en los pacientes hospitalarios fue la combinación de Clindamicina + Amikacina 79.4%(n=81), seguido de Cloranfenicol + Gentamicina 8.8% (n=9). Se cambió los 2 antibióticos en 15 pacientes siendo la combinación de Ceftriaxona + Metronidazol la más frecuente a la que se rotó con 73.33% (n=11) seguido de Clindamicina + Amikacina, Metronidazol + Amikacina y Ciprofloxacino + Metronidazol. Se encontró además que en 11 pacientes se rotó 1 solo antibiótico siendo la Clindamicina cambiada por Metronidazol en todos los casos.

Al alta no recibieron antibióticos vía oral 18 pacientes (17.64%), solo 20 pacientes (19.6%) recibieron doble antibiótico y el resto de pacientes recibieron 1 solo antibiótico siendo el metronidazol el más frecuentemente indicado con 79 casos (77.45%)

Del total de pacientes solo 10 pacientes (9.8%) requirieron intervención quirúrgica durante su hospitalización. Proporcionalmente la Clindamicina + Amikacina presentó el mayor número de intervenciones quirúrgicas sin embargo si tomamos en cuenta que es la más utilizada su porcentaje de falla sería sólo el 8.6% de todos los pacientes que recibieron esta combinación. Siendo la causa de intervención quirúrgica en todos los casos la formación de absceso apendicular.

De los pacientes hospitalizados que completaron su tratamiento antibiótico no volvieron para cirugía electiva 50 pacientes (49%) siendo operados de forma electiva 37 pacientes (36.23%), además presentaron recaída de apendicitis aguda solo 6 pacientes (5.8%).

No se halló mortalidad ni ingreso a la unidad de cuidados intensivos en el tratamiento conservador de la apendicitis aguda complicada con masa apendicular durante este periodo de estudio.

Conclusiones

El tratamiento conservador de la apendicitis aguda con masa apendicular no tiene mortalidad, tiene una baja morbilidad y por tanto el manejo médico es seguro.

El 9.8% de los pacientes requirió tratamiento quirúrgico durante su estancia hospitalaria por presentar absceso apendicular

La combinación de antimicrobianos más utilizada fue Clindamicina más Amikacina.

Metronidazol fue el Antibiótico de elección al alta



No regresaron para tratamiento quirúrgico definitivo el 49% de los pacientes.

El 5.8% de los pacientes presento recaída de apendicitis aguda durante su tiempo de espera de tratamiento quirúrgico definitivo

Recomendaciones

- Los pacientes con apendicitis aguda complicada a los cuales no se les palpa masa ni se observa masa en la ecografía deberían ser tratados como sospecha de apendicitis aguda perforada y ser tratados en un protocolo de manejo aparte o de forma individual según cada caso.
- El tratamiento antibiótico secuencial debe completarse con vía oral con amoxicilina con ácido clavulánico más metronidazol o cotrimoxazol más metronidazol.
- Se debe realizar cultivos secreción en los pacientes con peritonitis por apendicitis aguda complicada para tener un mapa microbiológico y de acuerdo a ello definir la terapéutica.

Autor:

*Dr. Gamboa Kcomt, Segundo.

*Dr. Ortega Sotelo, Luis.

*Dr. Valdivia Acurio, Milagros.

*Dra. Villalba Villalba, Araceli.

***Médico Cirujano Pediatra**

**Servicio de Cirugía Pediátrica y
Especialidades**