

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE ABSCEOS
RENALES Y PERIRRENALES EN EL HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL AÑO 2014 AL 2019
PROYECTO DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN UROLOGIA.**

**PRESENTADO POR
SULCA CONDORI OMAR**

**ASESOR
Luis Allemant Mori, urólogo, doctor en medicina**

LIMA-PERÚ 2019

INDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática	2
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Limitaciones	3

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	4
2.2 Bases teóricas	6
2.3 Definiciones conceptuales	7

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Diseño	14
3.2 Población y muestra	14
3.3 Operacionalización de variables	14
3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	14
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información	14
3.6 Aspectos éticos	

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos	15
4.2 Cronograma	15
4.3 Presupuesto	16

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ANEXOS

ANEXO 1	19
ANEXO 2	20
ANEXO 3	21

I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

Los abscesos renales (AR) y perirrenales (APR) son colecciones purulentas que comprometen el tejido renal y perirrenal respectivamente que va asociado a morbilidades desencadenantes.¹

Son poco frecuentes, pero llegan a ser letales cuando el diagnóstico y tratamiento son tardíos. Actualmente recomiendan que las estadísticas de estos dos problemas deben de actualizarse debido al diagnóstico y tratamiento tempranos que contribuyen a disminuir la mortalidad.²

Así mismo, las técnicas de imagen, como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la ecografía renal (ER) han contribuido a un diagnóstico precoz siendo de mucha importancia para el pronóstico.³

La incidencia varía según estudios los cuales son reporte de casos de hospitales en su mayoría, en Estados Unidos la incidencia oscila entre 1 a 10 casos por cada 10000 ingresos hospitalarios y afectará de manera similar a hombres y mujeres⁴, con una mortalidad que varía de 1% al 14%.^{5, 6, 7} Las opciones de tratamiento son: los antibióticos, el drenaje percutáneo y el drenaje quirúrgico o la nefrectomía que se reservan para colecciones grandes.⁸

Se realizará un estudio para determinar las características clínicas y tratamiento de los abscesos renales y perirrenales y poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz a todos nuestros usuarios.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características clínicas y que manejo tuvieron los abscesos renales y perirrenales en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao del 2014 al 2019?

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar las características clínicas y tratamiento de los abscesos renales y perirrenales en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao del 2014 al 2019.

Objetivos Específicos

- Determinar las características clínicas de los abscesos renales y perirrenales en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao del 2014 al 2019.
- Determinar los tratamientos de los abscesos renales y perirrenales en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao del 2014 al 2019.

1.4 Justificación e Importancia del Problema

Justificación Teórico – Científico

El aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2 a nivel mundial ha ocasionado que los pacientes diabéticos estén propensos a adquirir otras enfermedades y sujetos a complicaciones propias de la diabetes, debido al compromiso de su sistema inmunológico. Otras enfermedades de las vías urinarias como cálculos e infecciones urinarias complicadas también tienen riesgo de adquirir un absceso renal o perirrenal. Por consiguiente, es importante estudiar estas enfermedades infecciosas debido a la mortalidad que puede presentarse al retrasar el diagnóstico, también conocer su frecuencia que consideramos puede ser mayor.

Justificación Práctica

El estudio nos describirá de los métodos diagnósticos y del manejo que ofrecemos en el HNDAC, si el tratamiento es equiparable a otras realidades de centros donde también se maneje AR y APR. Además, en la actualidad no se reporta en Perú otro estudio que quiera dar a conocer los objetivos que exponemos en el presente proyecto.

1.5 Limitaciones

Pacientes ingresados en el servicio de UROLOGIA con diagnóstico confirmado quirúrgicamente de Absceso renal y perirrenal, intervenidos en forma de cirugía programada o emergencia en el HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO desde enero de 2014 hasta enero del 2019,

II MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del Problema

Maldonado-Alcaraz y col. (México 2008) en su estudio titulado “Absceso perirrenal: factores asociados a su desarrollo y mortalidad” donde el objetivo de estudio fue determinar los factores predisponentes para la formación de abscesos perirrenales. Se hizo un estudio descriptivo y retrospectivo de 28 pacientes en un hospital de México. Sus resultados fueron: Las entidades clínicas asociadas con el absceso perirrenal fueron: Diabetes mellitus en primer lugar seguido del antecedente de litiasis renal y el antecedente de cirugía urológica, en sus conclusiones reafirma que la diabetes mellitus y/o litiasis renal están asociados al absceso perirrenal.⁶

Liu XQ y col. (China 2016) en su estudio titulado “Abscesos renales y perinéricos en West China Hospital: estudio retrospectivo-descriptivo de 10 años”. Donde el objetivo de estudio fue aclarar los perfiles clínicos y laboratorios del absceso renal y del absceso perinérico, así como el tratamiento. Se hizo un estudio retrospectivo: en 98 pacientes diagnosticados. En los resultados los síntomas más importantes fueron el dolor lumbar y la fiebre, y dentro de los factores asociados la litiasis urinaria y la diabetes encabezaban la lista. Se concluye que el diagnóstico rápido basado en la sospecha clínica, uso de antibióticos adecuados en combinación con una temprana intervención permite un resultado favorable de los procesos renales y perinéricos.²

Col RS Rai y col. (India 2007) en su estudio titulado “Abscesos renales y perirrenales revisados” donde el objetivo de estudio fue evaluar la gama de infecciones renales y perinéricas en pacientes urológicos. Se hizo un estudio retrospectivo donde se revisaron los registros de pacientes con absceso renal y perinérico de un hospital. En los resultados 29 pacientes sufrieron una infección del espacio renal y perinérico, 13 con absceso renal, 11 con absceso perinéricos y 5 con pielonefritis enfisematosa. 16 pacientes se recuperaron de forma conservadora, 9 con drenaje percutáneo de los abscesos y 4 con exploración quirúrgica, la mortalidad 14%. Se concluye que

la infección renal y perinéfrica continúan siendo un problema urológico grave con una alta tasa de mortalidad.⁵

Chung - Ko y col. (Taiwán 2013) en su estudio titulado “Efecto de la diabetes sobre la mortalidad y la duración de la estancia hospitalaria en pacientes con absceso renal o perinéfrico” donde el objetivo de estudio fue comparar el riesgo de mortalidad hospitalaria entre pacientes diabéticos y no diabéticos hospitalizados por absceso renal o perinéfrico. Los datos se obtuvieron de las reclamaciones del seguro médico nacional de Taiwán. Sus resultados nos muestran que las tasas de mortalidad intrahospitalaria por absceso renal o perinéfrico para los pacientes diabéticos y no diabéticos no fueron diferentes, con 2,3% y 3,4%, respectivamente. Se concluye que la diabetes no aumenta el riesgo de mortalidad hospitalaria por absceso renal o perinéfrico. Sin embargo, el tratamiento adecuado de la diabetes es esencial para reducir la duración de la estancia hospitalaria.¹¹

Ferreira Coelho y col. (Brasil 2007) en su estudio titulado “Abscesos renales y perinéfricos: análisis de 65 Casos consecutivos” cuyo objetivo de estudio fue describir la experiencia de los últimos 10 años en el diagnóstico y tratamiento de los abscesos renales, perinéfricos. Se revisaron los registros médicos de 65 pacientes con abscesos renales, perinéfricos tratados en un hospital de Brasil. En sus resultados se encontraron abscesos perinéfricos en 33 pacientes, abscesos renales en 16 y otros 16 tuvieron abscesos mixtos. La mayoría de los abscesos perinéfricos recibieron tratamiento intervencionista: drenaje quirúrgico (24%), drenaje percutáneo (42%) o nefrectomía (24%). Se concluye que los abscesos perinéfricos y mixtos responden mejor al tratamiento intervencionista y los abscesos renales se pueden tratar solo con tratamiento médico y el tratamiento intervencionista para colecciones grandes o pacientes con insuficiencia clínica.⁹

Fullá O y col. (Chile 2009) en su estudio titulado “Abscesos renales y perirrenales: análisis de 44 casos” donde el objetivo de estudio fue conocer sus características clínicas, diagnóstico y evolución. Se efectuó un estudio descriptivo-retrospectivo con 44 pacientes. Sus resultados se observan que los microorganismos más frecuentes Enterobacteriaceae y 33,3% de los

cultivos fueron polimicrobianos, los tratamientos principales fueron el uso de técnicas mínimamente invasoras 50% y luego quirúrgicas. Sus conclusiones fueron los abscesos renales causa morbilidad mayor, aunque de baja letalidad.¹⁰

Ching-Hui y col. (China – 2006) En su estudio titulado: “Immediate percutaneous drainage compared with surgical drainage of renal abscess” donde su objetivo de estudio fue comparar el drenaje percutáneo inmediato mediante guía ecográfica con el drenaje quirúrgico de los abscesos renales. Realizaron un estudio retrospectivo transversal de 27 pacientes, en un hospital chino. Sus resultados fueron que las enfermedades asociadas fueron la diabetes mellitus y la nefrolitiasis, los síntomas más frecuentes fue fiebre y dolor en el flanco, dolor abdominal, los microorganismos más frecuentes fueron *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*. Y sus conclusiones fueron los pacientes tratados con drenaje percutáneo tuvieron resultados comparables a los tratados con drenaje quirúrgico.⁸

Huang-Shen Lin y col. (Taiwan 2008) en su estudio titulado: “Characteristics and factors influencing treatment outcome of renal and perinephric abscess a 5-year experience at a tertiary teaching hospital in Taiwan. Donde su objetivo de estudio fue investigar el efecto de la ubicación y el tamaño del absceso y el momento del diagnóstico en los resultados del tratamiento. Realizaron un estudio retrospectivo con 159 pacientes con abscesos renales, perinéfricos o de tipo mixto. Los resultados se compararon el diagnóstico precoz versus el tardío, también el tiempo de estancia hospitalaria y si pacientes llegaron a presentar insuficiencia renal, el manejo percutáneo en mayor porcentaje (57%). Sus conclusiones indican que la insuficiencia renal y la falta de dolor en la articulación del ángulo costovertebral pueden contribuir a un retraso en el diagnóstico de abscesos renales o perinéfricos, y a una estancia hospitalaria prolongada.⁷

2.2 Bases teóricas

Los abscesos renales (AR) y perirrenales (APR) suelen compartir manifestaciones clínicas similares, pero su fisiopatología, complicaciones y tratamiento no son

idénticas. Los AR y APN pueden complicar una infección urológica (generalmente debido a bacilos entéricos gramnegativos como *E. coli* o una infección polimicrobiana) o pueden ser secundarios a la siembra hematológica (principalmente debido a *Staphylococcus aureus*).^{12,13}

El AR suele ser más frecuente que el APR. Ambos comienzan con necrosis tisular (necrosis lobar en AR; necrosis grasa perirrenal en APR). El AR forma una cavidad amurallada; El APN consiste en una licuefacción más difusa ubicada entre la cápsula renal y la fascia de Gerota.¹⁴

Los AR focales suelen ocurrir en el contexto de la pielonefritis generalizada, en particular en pacientes con anomalías anatómicas que predisponen a la infección. En tales casos, el riñón puede haber sufrido episodios previos de infección y ser crónicamente pielonefrítico y cicatrizado.¹⁵

Más raramente, la pielonefritis aguda con nefrona lobar puede desarrollarse rápidamente a necrosis de tejido renal y formación de una cavidad de pared. Esto ocurre principalmente en diabéticos y puede estar asociado con necrosis papilar. Tras el tratamiento con antibióticos, la lesión inicial evoluciona a una cicatriz cortical. Los AR que surgen como consecuencia de la supuración focal en el contexto de la pielonefritis aguda pueden ocurrir en la corteza, la médula o ambos, mientras que los debidos a la diseminación hematológica suelen ubicarse en la corteza del riñón.

Los APR como los AR, también puede ocurrir a través de la diseminación local o hematológica. Con la diseminación local, los APR puede desarrollarse desde la difusión externa de una infección renal (generalmente debido a organismos gramnegativos) hasta la grasa perirrenal, es decir, la infección progresa de forma excéntrica hacia la pared lumbo-abdominal y también hacia las estructuras viscerales adyacentes. La infección de la grasa perirrenal también puede complicar un absceso renal que se rompe a través de la cápsula o un absceso renal estafilocócico cortical. A la inversa, la infección de la grasa perirrenal puede ocurrir a partir de la siembra hematológica, principalmente estafilocócica, y en tales casos, el riñón es normal en la mayoría de los casos.¹²

2.3 Definiciones conceptuales

Factores de riesgo: los factores predisponentes incluyen diabetes mellitus, embarazo y anomalías del tracto urinario. Las anomalías anatómicas que pueden

complicarse con la infección incluyen cálculos renales, especialmente cálculos de cuerno de asta de ciervo grandes, reflujo vesicoureteral, vejiga neurogénica, tumor obstructivo, necrosis papilar, quiste benigno y enfermedad renal poliquística.^{3, 13}

Manifestaciones clínicas: suelen ser similares los síntomas y hallazgos físicos que se caracterizan por la aparición insidiosa de fiebre, vago dolor lumbo-abdominal, palidez, fatiga, sudoración y signos y síntomas generales de supuración profunda como la pérdida de peso. Los síntomas típicos de una infección del tracto urinario, como disuria y / o frecuencia urinaria, no se informan en muchos pacientes con abscesos renales o perinéfricos. La duración promedio de los síntomas antes del ingreso fue de 12 días.

Como los APR pueden extenderse para involucrar estructuras adyacentes, también pueden presentarse síntomas relacionados con dicha participación (p. Ej., Dolor en el cuadrante superior derecho con compromiso hepático o dolor torácico con empiema o absceso subfrénico).

En el examen, es común la sensibilidad del ángulo costovertebral a la percusión. Ocasionalmente, se puede apreciar una masa palpable. En el contexto del APR, la piel suprayacente puede mostrar una reacción inflamatoria.¹³

Resultados de laboratorio: la leucocitosis se observa con frecuencia, aunque no es un hallazgo específico. En los diabéticos, la acidosis también es un hallazgo temprano frecuente. Los marcadores inflamatorios, como eritro-sedimentación (VSG) y la proteína C reactiva (PCR), casi siempre están elevados, lo que refleja una infección profunda. Los hallazgos anormales en la orina dependen de la patogenia del absceso y de si el proceso infeccioso se comunica con el sistema colector. En el contexto de los abscesos renales, el análisis de orina generalmente muestra piuria abundante y proteinuria moderada junto con bacteriuria. Sin embargo, no todos los abscesos renales se comunican con el sistema colector, especialmente en los casos de quistes infectados, y en tales casos, el análisis de orina puede ser normal. De manera similar, los estudios de orina suelen ser normales con un absceso perinéfrico que se desarrolla como resultado de la diseminación hematógena y no se comunica con el sistema colector.¹³

Hallazgos radiológicos: Radiografía simple: en ocasiones, las radiografías revelan signos, tales hallazgos en las películas lisas abdominales incluyen escoliosis con la concavidad hacia la lesión, una masa abdominal, un riñón

agrandado con contornos indistintos, una pérdida del margen del psoas, un cálculo radiopaco y/o una sombra renal mal definida.

Ecografía: muestra una cavidad de pared gruesa llena de líquido en el contexto de un AR. El pus puede ser difícil de distinguir de la orina o la sangre estériles, y los ecos debidos a los restos de tejido renal pueden ser difíciles de distinguir de la necrosis dentro de un cáncer renal necrótico. La ecografía sugiere fuertemente la supuración cuando muestra una separación horizontal entre un nivel superior de líquido de baja densidad (orina) y un nivel subyacente de líquido más denso (pus).

Tomografía computarizada (TC): la TC con realce de contraste es el mejor procedimiento de diagnóstico por imágenes para la identificación de abscesos y la evaluación de la extensión de la supuración perirrenal a estructuras adyacentes como el hígado, diafragma y mediastino. Las películas tomadas una o dos horas después de la inyección de contraste pueden mostrar un borde mejorado alrededor de la cavidad del absceso.

En la TC, los AR aparecen como cavidades de pared intrarrenal. La TC también puede mostrar engrosamiento de la fascia de Gerota, agrandamiento renal, inflamación parenquimatosa, disminución de la atenuación renal y necrosis lobular. Se puede ver líquido y/o gas focal o perirrenal. Los APR suelen estar limitados al espacio perinéfrico por la fascia de Gerota, pero pueden extenderse a las estructuras retroperitoneales y/o romperse en el sistema colector. Un absceso en el espacio perinéfrico también puede penetrar en los músculos del flanco o en el músculo psoas; puede extenderse caudalmente entre las capas divergentes de la fascia de Gerota y presentarse como un absceso en la ingle o en el área paravesical.

Imágenes nucleares y resonancia magnética (IRM): pueden indicar que, en algunos casos raros, las imágenes nucleares pueden tener una ventaja sobre la TC para diagnosticar un AR.¹²

Diagnóstico y evaluación: el diagnóstico clínico de AR o APR se debe sospechar en un paciente con signos y síntomas constantes, que incluyen fiebre prolongada y dolor en el flanco, así como pruebas de laboratorio de inflamación crónica (Ej. Aumento de la VSG y PCR). Además, debe sospecharse la posibilidad de un absceso en pacientes que reciben tratamiento para la pielonefritis y que no responden con lentitud a la terapia antimicrobiana. La identificación de un absceso en imágenes (idealmente tomografía computarizada) confirma el diagnóstico. El

diagnóstico clínico de los AR o APR a menudo se retrasa, a veces por semanas, hasta que finalmente se realizan las imágenes, lo que resalta la importancia de un alto nivel de sospecha clínica para estas entidades. Los cultivos de sangre y orina deben recogerse en el momento de la presentación para identificar un patógeno causante. Sin embargo, en algunos casos, particularmente con los abscesos perinéfricos, el absceso no se comunica con el sistema colector, y el cultivo de una muestra del propio absceso puede ser necesario para un diagnóstico microbiológico.¹³

Otras pruebas de laboratorio: los análisis de sangre de rutina (por ejemplo, bioquímico y el hemograma completo) son útiles para evaluar la función renal subyacente o la presencia de leucocitosis. También se debe realizar un análisis de orina para evaluar la presencia de piuria y proteinuria; sin embargo, un análisis de orina normal no refuta el diagnóstico de AR y APR, ya que es posible que no se comuniquen necesariamente con el sistema colector.¹²

Diagnóstico diferencial: otras entidades pueden presentar hallazgos clínicos similares a los del AR o APR. Estos incluyen nefrona lobular aguda sin necrosis de tejido renal, pielonefritis aguda complicada por necrosis papilar, pielonefritis enfisematosa, malacoplaquia y carcinoma de células renales. La mayoría de estos se pueden distinguir de los abscesos en la TC, aunque en casos ocasionales, es necesario realizar una muestra del tejido o un absceso para histología y cultivo para realizar el diagnóstico alternativo.

Tratamiento: el enfoque para el tratamiento del AR y APR incluye terapia antimicrobiana junto con drenaje percutáneo (cuando sea necesario). Además, la obstrucción urológica, si está presente, debe aliviarse rápidamente. En los casos en que el absceso no puede tratarse con éxito con antibióticos y drenaje percutáneo o cuando el riñón subyacente está crónicamente enfermo, puede estar indicada una intervención quirúrgica.¹⁵

Antibióticos: la elección del tratamiento antibiótico empírico depende de la sospecha de patogénesis del absceso. En el contexto de un absceso asociado con pielonefritis, la terapia empírica debe dirigirse contra las enterobacterias. Por el contrario, para un absceso asociado con bacteriemia estafilocócica, la terapia debe dirigirse contra este patógeno. En el caso de un APR cuando el organismo causal no se ha establecido claramente, la terapia empírica puede demorarse para el drenaje si se puede hacer de inmediato y el paciente está estable, porque una

muestra del absceso en sí misma puede ser la única muestra con información microbiológica. El tratamiento antibiótico empírico inicial generalmente se administra por vía parenteral. Terapia dirigida y duración: el régimen inicial de antibióticos empíricos debe adaptarse a los resultados de cultivo y susceptibilidad una vez que estén disponibles. Tras la extracción del catéter, el curso de antibióticos para enterobacterias puede completarse con terapia oral guiada por los resultados del cultivo.

Por lo general, continuamos con el tratamiento con antibióticos durante todo el período y después del drenaje por un período total de al menos 2 a 3 semanas. La duración final de la terapia con antibióticos se debe determinar según el grado de infección, la respuesta clínica del paciente al tratamiento inicial y la normalización de los marcadores inflamatorios. Como ejemplo, los pacientes con abscesos que son difíciles de drenar o que tardan en resolverse en las imágenes de seguimiento pueden requerir cursos más prolongados de terapia con antibióticos, adaptados a la resolución de los síntomas clínicos.

Drenaje: el abordaje del drenaje difiere algo entre los AR y APR. Las indicaciones para el drenaje del absceso renal dependen del tamaño del absceso, mientras que el drenaje generalmente está indicado para los abscesos perinéfricos de todos los tamaños con fines de diagnóstico. El drenaje percutáneo generalmente se prefiere si es posible debido a la disminución de la morbilidad en comparación con el drenaje quirúrgico. La intervención urológica puede estar justificada para los abscesos que se producen en el contexto de anomalías anatómicas o son demasiado grandes para un tratamiento eficaz con antibióticos y drenaje con catéter.¹²

Absceso renal: el tamaño del absceso renal generalmente determina la necesidad de drenaje, que se realiza idealmente por vía percutánea (tomografía computarizada o ecografía). Para los abscesos renales <5 cm de diámetro, la terapia antimicrobiana sola (sin drenaje) es un manejo inicial apropiado. Estas lesiones con frecuencia responden bien al tratamiento prolongado con antibióticos, y la localización radiográfica para el drenaje puede ser difícil. Si los síntomas clínicos y los hallazgos radiológicos persisten después de varios días de terapia antimicrobiana, se debe considerar el drenaje percutáneo de abscesos <5 cm, si es técnicamente posible. Los pacientes con abscesos renales > 5 cm deben tratarse con drenaje percutáneo junto con terapia antimicrobiana. Los catéteres de drenaje

deben permanecer en su lugar hasta que la descarga sea mínima (generalmente hasta siete días).¹³

Absceso perinéfrico: el drenaje percutáneo (TC o guiado por ultrasonido) está generalmente indicado para los APR con fines diagnósticos, dado que los APR no siempre se comunican con el sistema colector, una muestra del absceso en sí misma puede ser la única muestra microbiológicamente informativa. Si es factible un drenaje rápido, lo ideal es que se realice antes del inicio de la terapia antimicrobiana, a menos que se haya establecido claramente un organismo causante, de modo que la tinción de Gram y los resultados del cultivo puedan usarse para guiar la selección de la terapia. El tratamiento con antibióticos sin drenaje puede ser exitoso para pequeños abscesos (por ejemplo, <3 cm). El drenaje generalmente es necesario para la resolución de APR más grandes o cuando la terapia médica sola no es suficiente. Normalmente, una mayor proporción de APR y mixtos justifica el drenaje en comparación con los AR.¹⁴

Intervención quirúrgica: cuando hay una obstrucción urológica que necesita alivio, cuando se produce un absceso en el contexto de una anomalía anatómica (como cálculos renales grandes u obstructivos o reflujo vesicoureteral), o cuando el absceso es demasiado grande para un tratamiento eficaz con antibióticos y drenaje con catéter. Para los abscesos que no son susceptibles de drenaje percutáneo, se puede requerir un drenaje quirúrgico y/o una nefrectomía de rescate si el tratamiento médico ha fallado. La nefrectomía también puede estar justificada para un absceso renal que se ha desarrollado en un riñón pequeño, crónicamente cicatrizado y que funciona mal destruido por episodios previos de infección.¹²

Los APR también pueden desarrollarse en el contexto de un riñón crónicamente infectado y atrófico, como en el caso de un cálculo de asta de ciervo, y la nefrectomía puede estar justificada en tales casos. Sin embargo, cuando se desarrollan APR en el contexto de la infección de la grasa perirrenal a partir de la siembra hematógena (principalmente estafilocócica), el riñón es generalmente normal y el tratamiento se limitará al de la necrosis grasa y licuefacción perirrenales.¹⁵

Seguimiento: la respuesta clínica debe evaluarse a lo largo del tratamiento. Los parámetros clínicos útiles que se seguirán incluyen la temperatura, el dolor en el flanco, el recuento de glóbulos blancos, la VSG y la PCR, que se espera que mejoren con un tratamiento exitoso. La obtención de imágenes repetidas se justifica

en la persistencia de síntomas clínicos y anomalías de laboratorio o si el drenaje no se realiza como se esperaba. También se puede volver a tomar imágenes con ecografía para evaluar la mejoría clínica antes del alta hospitalaria.¹²

III METODOLOGIA

3.1 Diseño

3.1.1 Tipo de Estudio de Investigación

Se realizará un estudio cualitativo observacional, descriptivo y retrospectivo.

3.1.2 Diseño de Investigación

El estudio tendrá un diseño no experimental, y se realizará en el HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN (HNDAC) de la provincia constitucional del Callao, en el periodo de enero del 2014 a enero del 2019.

3.2 Población y muestra

La muestra serán todos los pacientes que hayan sido diagnosticados como absceso renal y perirrenal, tratados en el servicio de urología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo de los últimos 5 años (desde enero del 2014 hasta enero del 2019).

3.3 Operacionalización de variables

VISUALIZAR ANEXO 01.

3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

Se aplicará una ficha de recolección de datos elaborado para obtener los datos de historias clínicas de los pacientes con AR y APR manejados en el HNDAC.

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

La frecuencia de pacientes con absceso renal y perirrenal serán expresados en porcentajes. Las variables cuantitativas se representarán estadística descriptiva como medidas de tendencia central (media, mediana) más/menos su desviación estándar (DS) y para las variables cualitativas usaremos medidas de distribución de frecuencia con sus respectivos porcentajes.

Trabajaremos con un 95% de confianza, con un nivel de significancia estadística $p < 0.05$. Toda la información será pasada a una hoja de Microsoft Excel ® versión 2010 y posteriormente se procesará en una hoja de datos de los programas estadísticos SPSS versión 21.0.

3.6 Aspectos éticos

Se tomará los datos registrados de las historias clínicas y con total veracidad se procesarán los datos, en este estudio no se usará consentimiento informado.

IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

4.1 Plan de Acciones

Se solicitará permisos a la dirección y comité de investigación para facilitarnos el acceso a archivo y a las historias clínicas. Los datos serán recabados durante el turno de la mañana, el análisis y redacción del trabajo serán realizados en mi laptop.

4.2 Asignación de Recursos

4.2.1 Recursos Humanos

La elaboración del proyecto, aplicación del proyecto y la redacción de la tesis será únicamente realizado por mi persona.

4.2.2 Recursos Materiales

Se hará uso de fichas de recolección de datos, lapiceros, USB, laptop e impresora para realizar la tesis.

4.3 Cronograma

ACTIVIDAD	MARZO 2019	ABRIL 2019	MAYO 2019	JULIO 2019
Elaboración del proyecto	X			
Revisión de marco teórico	X			
Aprobación del proyecto	X			
Elaboración de los instrumentos	X			
Recolección de datos, procesamiento	X	X	X	
Análisis de resultados				X
Presentación del informe final				X

4.3 Presupuesto

Rubro	Concepto	Costo S/.(soles)
Instrumentos para La recolección de datos	Papelería y copias	50
	Lapiceros	20
	USB	60
	Impresiones	30
Internet	Acceso a Internet	220
Gastos Extras	Imprevistos	550
MONTO TOTAL =		930 soles

V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ANEXOS

1. Fullá O, Storme C, Fica C. Abscesos renales y peri-renales: análisis de 44 casos. *Rev Chil Infect* 2009; 26 (5): 445-451.
2. Liu XQ, Wang CC, Liu YB, Liu K. Renal and perinephric abscesses in West China Hospital: 10-year retrospective descriptive study. *World J Nephrol* 2016; 5(1): 108-114.
3. Rubilotta Emanuele, Balzarro Matteo. Current clinical management of renal and perinephric abscesses. *Urologia* 2014; 81 (3): 144-147.
4. Willard BT, Lynn J, Steinbecker K, et al. Renal Corticomedullary Abscess. *eMedicine*. Eds. Jong M. Choe, et al. 27 Jul. 2004. Medscape. 13 Jan. 2005.
5. Col RS Rai, Col SC Karan. Renal and Perinephric Abscesses Revisited. *MJAFI*, Vol. 63, No. 3, 2007.
6. Maldonado-Alcaraz, Ixquiac-Pineda. Absceso perirrenal: factores asociados a su desarrollo y mortalidad. *Arch. Esp. Urol.*, 61, 1 (7-12), 2008.
7. Huang-Shen Lin, Jung-Jr Ye, Tsung-Yu Huang. Characteristics and factors influencing treatment outcome of renal and perinephric abscess a 5-year experience at a tertiary teaching hospital in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect*. 2008;41:342-350
8. Hung CH, Liou JD, Yan MY, Chang CC. Immediate percutaneous drainage compared with surgical drainage of renal abscess. *Int Urol Nephrol* 2007; 39:51 55.
9. Ferreira Coelho, Schneider-Monteiro. Renal and Perinephric Abscesses: Analysis of 65 Consecutive Cases. *World J Surg* (2007) 31: 431–436.
10. Fullá O, Storme C, Fica C. Abscesos renales y peri-renales: análisis de 44 casos. *Rev Chil Infect* 2009; 26 (5): 445-451.
11. Chung - Ko, Wen-Hsiang. Effect of diabetes on mortality and length of hospital stay in patients with renal or perinephric abscess. *Clinics* 2013;68(8):1109-1114.
12. Hearn W. Charles. Abscess Drainage. *Semin Intervent Radiol* 2012;29:325–336

13. Cameron – Nelson, Dorfman – Hochgelernter. Absceso renal. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXXII (615) 391 - 394, 2015.
14. Gardiner RA, Gwynne RA, Roberts SA. Perinephric abscess. BJU Int. 2011;107 Suppl 3:20-3.
15. Ávila-Boza, Guido-Ortiz. El absceso perirrenal, ¿búsqueda o hallazgo? Rev Mex Urol. 2014;74(6):360---363.

VI ANEXOS

ANEXO 01

3.5 Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA	FORMA DE MEDICION	INDICADOR	PROCEDIMIENTO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE
Absceso renal	Colección purulenta a nivel del riñón	Cualitativa	Indirecta	Imagen de colección en el riñón	Informe Tomográfico	De intervalo	Cantidad expresada en porcentaje
Absceso perirrenal	Colección purulenta entre la capsula renal y la Gerota	Cualitativa	Indirecta	Imagen de colección entre la capsula renal y la Gerota	Informe Tomográfico	De intervalo	Cantidad expresada en porcentaje
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	Indirecta	Fecha de nacimiento	Edad registrada en la historia clínica	De intervalo	La media con su DS
Sexo	Condición fenotípica del hombre	Cualitativa	Indirecta	Género del hombre	Género registrado en la historia clínica	Nominal	Varones Mujeres
Morbilidad previa	Enfermedad que antecede a otra enfermedad	Cualitativa	Indirecta	Enfermedad del paciente	Enfermedad registrada en la historia clínica	Nominal	ITU recurrentes. Diabetes mellitus 2. Litiasis urinaria. Estenosis ureteral otros
Resultado de cultivo del absceso.	Microorganismo reconocido de la excreción purulenta	Cualitativa	Indirecta	Germen hallado en el cultivo	Resultado de cultivo registrado en la historia clínica Indicador de masa corporal basado en la talla y peso.	Ordinal	<i>E. coli sp</i> <i>Klebsiella sp</i> <i>Enterococcus sp</i> <i>Estafilococcus sp</i> Otros

ANEXO 2

Ficha de Reconocimiento de Datos

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTOS DE LOS ABSCESOS RENALES Y PERIRRENALES DE UN HOSPITAL NACIONAL DEL PERÚ

HISTORIA CLÍNICA:

TIPO DE ABSCESO: () RENAL () PERIRRENAL

TAMAÑO Y UBICACIÓN:

EDAD:

SEXO: () VARON () MUJER

MORBILIDADES:

1. Infecciones urinarias recurrentes. ()
2. Diabetes mellitus. ()
3. Litiasis urinaria. ()
4. Estenosis pielo-ureteral. ()
5. 2 o más factores. ()
6. OTROS:.....

SINTOMAS:

RESULTADO DE CULTIVO

1. E. COLI
2. ENTEROCOCCUS SPP.
3. KLEBSIELLA SPP.
4. OTROS:.....

TRATAMIENTO:

1. Percutáneo ()
2. Quirúrgico ()
3. Colocación de catéter doble J ()

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE ESTUDIO

DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL
CALLAO

ATENCIÓN JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN OADI

Yo Omar Sulca Condori con DNI 70494259 con domicilio Jr Huascar 1967
Jesús María, como residente de urología del Hospital Nacional Daniel Alcides
Carrión del Callao con el debido me presento y expongo:

Que debido a que me encuentro realizando la tesis **características clínicas
y tratamiento de abscesos renales y perirrenales de un hospital nacional del
Perú del año 2014 al 2019**, para obtener el título de especialista en urología; es
por ello requiero se me autorice la ejecución de la investigación para llevar a cabo
dicha tesis.

conocedor de su espíritu es que agradezco su colaboración a la presente solicitud.

Atentamente

OMAR SULCA CONDORI

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE ABSCESOS RENALES Y PERIRRENALES EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL AÑO 2014 AL 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

11 %

INDICE DE SIMILITUD

8 %

FUENTES DE INTERNET

1 %

PUBLICACIONES

7 %

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	4 %
2	repositorioslatinoamericanos.uchile.cl Fuente de Internet	1 %
3	idoc.pub Fuente de Internet	1 %
4	old.oalib.com Fuente de Internet	1 %
5	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	1 %
7	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1 %
8	redalyc.uaemex.mx	

Fuente de Internet

1 %

9

Submitted to Universidad Ricardo Palma

Trabajo del estudiante

1 %

10

www.scribd.com

Fuente de Internet

1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo