



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TROMBOFLEBITIS DE LA VENA PORTA EN PACIENTES CON APENDICITIS

COMPLICADA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO**

AUTORA: DAYANA AUDREY MENDOZA MACIAS

DIRECTOR: DR. EDUARDO ÁVILA NARVÁEZ

AZOGUES-ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

**TROMBOFLEBITIS DE LA VENA PORTA EN PACIENTES CON APENDICITIS
COMPLICADA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO**

AUTOR: DAYANA AUDREY MENDOZA MACIAS

DIRECTOR: DR. EDUARDO ÁVILA NARVÁEZ

AZOGUES-ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Dayana Audrey Mendoza Macias portadora de la cédula de ciudadanía N° **1313904003**. Declaro ser el autor de la obra: **Tromboflebitis de la vena porta en pacientes con apendicitis complicada. Revisión sistemática**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, 25 de Julio de 2023

F: 

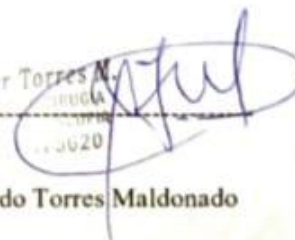
Dayana Audrey Mendoza Macias

C.I. 1313904003

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR / DIRECTOR

Certifico que el presente trabajo denominado: **Tromboflebitis de la vena porta en pacientes con apendicitis complicada. Revisión sistemática**, realizado por **Dayana Audrey Mendoza Macias** con documento de identidad: **1313904003** previo a la obtención del título de médico/a, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica; por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa ante el respectivo tribunal.

Azogues, 25 de Julio de 2023



Dr. Xavier Torres M.
C.I. 1313904003
C.I. 1313904003

Dr. Xavier Eduardo Torres Maldonado

TUTOR/DIRECTOR

Tromboflebitis de la vena porta en pacientes con apendicitis complicada.

Revisión sistemática

Dayana Audrey Mendoza Macias, Xavier Eduardo Torres Maldonado

Universidad Católica de Cuenca: damendozam03@est.ucacue.edu.ec

1. RESUMEN

Antecedentes: La pyleflebitis es una patología infrecuente asociada a infecciones intraabdominales siendo las más frecuentes: la diverticulitis y la apendicitis, por su manifestación clínica inespecífica puede ocasionar una mortalidad temprana, el tratamiento prolongado con antibióticos y la anticoagulación tienen una alta probabilidad de reperfusión del sistema portal.

Objetivo: Estudiar los síntomas más prevalentes y el tratamiento más eficaz en pacientes que presentan tromboflebitis de la vena porta con apendicitis complicada.

Metodología: El tipo de estudio es una revisión bibliográfica de tipo narrativa. Se indagó en la base de datos Pubmed, Scielo y ScienceDirect.

Resultados: Los síntomas más prevalentes para pyleflebitis son: fiebre (75,5%), dolor abdominal (66,4%), vómitos (25,5 %) y diarrea (17,3 %), en casos poco frecuentes se presenta ictericia con un 12,7% de los pacientes. En cuanto al tratamiento más eficaz se halló que la combinación de antibióticos de amplio espectro y la terapia anticoagulante.

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas más prevalentes de la pyleflebitis fueron: dolor abdominal y fiebre, en cuanto a la eficacia del tratamiento se halló que la combinación de antibióticos y terapia anticoagulante mostraron un resultado satisfactorio.

Palabras clave: apendicitis complicada, complicaciones, pyleflebitis, tratamiento.

Portal Vein Thrombophlebitis in Patients with Complicated Appendicitis.

Systematic review

2. ABSTRACT

Background: Pylephlebitis is a rare pathology associated with intra-abdominal infections being the most frequent: diverticulitis and appendicitis, due to its non-specific clinical manifestations. It can lead to early mortality, prolonged treatment with antibiotics and anticoagulation, and a high probability of portal system reperfusion.

Objective: To investigate the most prevalent symptoms and the most effective treatment in patients presenting with portal vein thrombophlebitis with complicated appendicitis.

Methodology: The study is a narrative literature review. The databases PubMed, SciELO, and ScienceDirect were searched.

Results: The most prevalent symptoms of pylephlebitis are: fever (75.5%), abdominal pain (66.4%), vomiting (25.5%), and diarrhea (17.3%). In rare cases, jaundice is present in 12.7% of patients. Regarding the treatment, it was found that the combination of broad-spectrum antibiotics and anticoagulant therapy was the most effective.

Conclusions: The most prevalent clinical manifestations of pylephlebitis were: abdominal pain and fever. As for the effectiveness of treatment, it was found that the combination of antibiotics and anticoagulant therapy showed a satisfactory result.

Keywords: complicated appendicitis, complications, pylephlebitis, treatment.

ÍNDICE

1. RESUMEN	III
2. ABSTRACT	IV
3. INTRODUCCIÓN	1
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	2
6. JUSTIFICACIÓN	2
7. OBJETIVOS	3
7.1 OBJETIVO GENERAL	3
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
8. SUSTENTO TEÓRICO	3
8.1 MANIFESTACIÓN CLÍNICA	4
8.2 ETIOPATOGENIA	5
8.3 FISIOPATOLOGÍA	5
8.4 PREVALENCIA E INCIDENCIA	6
8.5 FACTORES ASOCIADOS	6
8.6 DIAGNÓSTICO	7
9. COMPLICACIONES	13
10. METODOLOGÍA	14
10.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	14
10.1.2 EXCLUSIÓN	14
10.2 PROCEDIMIENTO	14
10.3 RESULTADOS DE BÚSQUEDA INICIAL	14
10.5 PROCESO DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN	16
10.6 CARACTERIZACIÓN DE ARTÍCULOS	17
11. RESULTADOS	18
11.1 TRATAMIENTO DE LA TROMBOFLEBITIS	18
11.2 COMPLICACIONES DE LA PILEFLEBITIS	19
13. CONCLUSIONES	23
14. RECOMENDACIONES	24
15. BIBLIOGRAFÍA	25

16. ANEXOS.....	29
16.2 ANEXO 1.....	29
16.3 ANEXO 2.....	30
16.4 ANEXO 3.....	33
16.5 ANEXO 4.....	35
16.6 ANEXO 5.....	37
16.7 ANEXO 6.....	39
16.8 ANEXO 7.....	41

3. INTRODUCCIÓN

La tromboflebitis de la vena porta es una complicación poco frecuente y grave de las infecciones intraabdominales. Una de las etiologías con mayor recurrencia es la apendicitis, la cual se considera como una de las primeras causas de patologías abdominales, por lo que es el diagnóstico presuntivo más común en la sala de emergencias, constituyendo el 10% de enfermedades causante de abdomen agudo (1).

Una vez que se complica la apendicitis puede producir una tromboflebitis de la vena porta siendo esta una complicación poco común, pero presenta una alta tasa de morbilidad entre el 11 % y el 32 % en los pacientes hospitalizados ya que puede llegar a evolucionar a una sepsis abdominal, habitualmente la pileflebitis en su forma más grave puede llegar a complicarse y provocar un shock séptico y la muerte (3). El 0.6% de esta enfermedad se complica con pileflebitis, la misma suele presentarse en individuos de 20 años hasta los 77 años, siendo más frecuente a los 42 años, entre las complicaciones más frecuentes asociadas a la pileflebitis están; 37% de pacientes presentaron abscesos hepáticos, isquemia intestinal o hipertensión (4).

Las principales manifestaciones clínicas con las cuales se manifiesta la tromboflebitis de la vena porta son: dolor abdominal, fiebre, ictericia y respuesta inflamatoria sistémica, las cuales en el 80% de los casos están vinculadas a patologías intra abdominales agudas las cuales originan el cuadro de pileflebitis cuyo tratamiento inicial es farmacológico tratando el foco infeccioso y en casos de mayor complejidad es mediante un proceso quirúrgico, en el cual el profesional debe actuar con rapidez sobre todo si presenta cuadros de obstrucción intestinal o embolia de la vena porta (2).

El diagnóstico de la pileflebitis suele complicarse en pacientes que previamente se auto medicaron y en adultos mayores, enmascarando los síntomas típicos por lo que puede ocasionar sintomatologías de mayor complejidad o fallecimiento del paciente (5).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la apendicitis es una patología que afecta entre el 7% y 12 % de la población a nivel mundial, es decir, el 8.6% de los hombres y el 6.7% de mujeres pueden padecer un cuadro de apendicitis, ocurriendo esta patología con mayor frecuencia entre los 20 y 30 años (5). En lo que respecta a la pyleflebitis, al ser una complicación rara aún no se ha establecido su incidencia con certeza, sin embargo, puede afectar a 2,7 por cada 100 000 personas, con una mortalidad aproximada de 11% a 32% especialmente cuando el paciente no se ha sometido a un tratamiento adecuado, entre sus principales complicaciones están: absceso hepático, isquemia mesentérica, hipertensión portal y muerte (6).

El tratamiento de los pacientes que presentaron pyleflebitis es netamente médico por tanto no se requiere intervención quirúrgica, sin embargo, ante complicaciones como una apendicitis perforada, el manejo médico debe estar acompañado del manejo quirúrgico lo que permitirá reducir el foco infeccioso (6).

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Con estos antecedentes, se formuló la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son los síntomas más prevalentes y el tratamiento más eficaz en pacientes con pyleflebitis?

6. JUSTIFICACIÓN

La apendicitis posee una elevada prevalencia en todo el mundo, y en ocasiones suele presentarse como un cuadro leve sin complicaciones, por tanto, posee múltiples criterios para su diagnóstico, sin embargo, no son claros ciertos marcadores de evolución de la enfermedad. Pero es fundamental contar con predictores de fácil alcance para determinar el estado de gravedad a fin de implementar un tratamiento y llevar a cabo la intervención según las necesidades del paciente (7).

El correcto diagnóstico de esta enfermedad está acompañado de una buena anamnesis, ante el creciente manejo de esta patología se ha visto la necesidad de analizar la utilidad de las pruebas diagnósticas como factores predictores, por lo que, es necesario reducir el número de falsos positivos mediante la aplicación de exámenes complementarios de laboratorio entre ellos los marcadores

inflamatorios en sangre periférica, como el recuento de leucocitos y la proteína C reactiva (PCR), con sensibilidad y especificidad variables (8).

Sin embargo, la apendicitis complicada en su estado crítico puede originar la pileflebitis, la cual posee síntomas inespecíficos que dificultan su diagnóstico razón por la cual es necesario realizar pruebas de imagen que evidencien la trombosis e instaurar un tratamiento adecuado, iniciando con la administración de antibióticos para la erradicación del foco séptico (9).

Es decir, la pileflebitis requiere de la inclusión de estudios prospectivos y ensayos controlados que describan su correcto diagnóstico y el tratamiento más adecuado para así obtener un mejor pronóstico de la patología. Con estos antecedentes la revisión bibliográfica tiene como objetivo identificar el manejo más adecuado de la enfermedad, estudiando su fisiopatología, principales métodos diagnósticos, factores de riesgo más prevalentes y, además, sus complicaciones y tratamientos más efectivos.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Estudiar la tromboflebitis de la vena porta como complicación en pacientes que presentan apendicitis complicada.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la apendicitis como causa de tromboflebitis de la vena porta.
- Determinar el tratamiento con mayor eficacia para pileflebitis en pacientes con apendicitis complicada.
- Describir las complicaciones más comunes en pacientes que presentaron pileflebitis.

8. SUSTENTO TEÓRICO

La apendicitis complicada en la actualidad es la patología que con mayor frecuencia produce cuadros de abdomen agudo, siendo una de las principales causas de intervención quirúrgica a la que se enfrentan con frecuencia los cirujanos del servicio de emergencia, debido a su alto riesgo de producir complicaciones, como apendicitis perforada las cuales puedes producir un

cuadro de peritonitis el cual puede ser localizado o generalizado dependiendo el tiempo de evolución del cuadro (5).

Al ser la apendicitis una de las principales causas de la tromboflebitis de la vena porta se debe evaluar de manera correcta la sintomatología que acompaña el cuadro, cuando el médico realiza el examen físico es común que encuentre defensa y rigidez muscular a lo que se le denomina abdomen en tabla. Se debe tener en cuenta la ubicación del apéndice debido al que el 70% es retrocecal, por ende, se puede tener distintos signos según la localización: signo de Rovsing, de Psoas, del Obturador, de Summer, de Dunphy, punto McBurney y Blumberg positivos, siendo estos dos últimos los más frecuente (9).

Sin embargo, la pileflebitis asociada a una apendicitis complicada, suele presentar manifestaciones clínicas que en la mayoría de las ocasiones son inespecíficas, su característica clínica más común en pruebas de laboratorio es: una alteración en la coagulación, el incremento de las enzimas hepáticas, entre otras manifestaciones (8).

Los pacientes de la tercera edad que sufren de pileflebitis suelen mostrar un peor pronóstico a comparación de los jóvenes, primero por la presencia de comorbilidades y sobre todo por la alta incidencia de perforaciones apendiculares esto se da entre el 32% al 70% de los casos, agregando que los síntomas y signos son poco sugestivos, lo que retrasa el diagnóstico de la tromboflebitis de la vena porta (10).

8.1 MANIFESTACIÓN CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas más comunes de la pileflebitis son: fiebre (75,5%) dolor abdominal (66,4%), vómitos (25,5 %) diarrea (17,3 %), e ictericia con un 12,7% de los pacientes; las principales causas de la pileflebitis son las infecciones intraabdominales las cuales suelen presentar síntomas inespecíficos, dificultando su diagnóstico temprano (10). Además ,los signos y síntomas van a depender del grado de afección que produzca el trombo a nivel de la vena porta, así como también en ocasiones el hígado puede verse afectado de manera secundaria generando microabscesos (11).

La localización y severidad del proceso inflamatorio en la pileflebitis depende de su grado de afección y del nivel de obstrucción producida en la luz del vaso, por esto, su diagnóstico suele ser complejo, por tal razón los hallazgos radiológicos son de gran utilidad, ya que en muchos de los casos la trombosis de vena porta puede desembocar en abscesos hepáticos, ello debido a la afectación del tejido periportal hepático (13).

Un paciente que presente fiebre, dolor abdominal y bacteriemia, requiere de un diagnóstico que se apoye en imágenes, pues sus resultados permitirán proporcionar un tratamiento adecuado y de esta manera el profesional decida si es pertinente la administración de antibióticos o si es el caso la terapia de anticoagulación (6).

8.2 ETIOPATOGENIA

Los trombos son la manifestación clínica menos frecuente que se presenta en pacientes que padecen de apendicitis aguda complicada, presentándose en un 0,05% de apendicitis agudas no perforada y en un 3% para apendicitis agudas perforadas, estos trombos se originan en el drenaje de las pequeñas venas del área infectada y se van extendiendo gradualmente hacia venas de mayor calibre, pudiendo extenderse en ocasiones hasta el sistema portal, y en otros casos suelen continuar hasta llegar al parénquima hepático dirigiéndose al territorio mesentérico, es aquí en donde se da la liberación de émbolos sépticos los cuales se dirigen al sistema portal incrementando el riesgo de una trombosis en esta área (14).

La tromboflebitis se suele presentar en patologías en su estadio más grave como lo es la apendicitis complicada, la misma que presenta procesos infecciosos abdominales o extra abdominales (12).

8.3 FISIOPATOLOGÍA

El cuadro clínico de la pileflebitis inicia induciendo una tromboflebitis de las venas de menor calibre del área infectada a nivel apendicular las cuales son encargadas de drenar el foco infeccioso, esta tromboflebitis se extiende a venas de mayor calibre hasta conducir a una tromboflebitis séptica de la vena porta, y en ciertos casos compromete a las venas mesentéricas superior y al tronco

espleno mesentérico, donde la interacción del agente infeccioso y el endotelio dan lugar a la cascada inflamatoria y luego una trombosis séptica, por ello hay el riesgo de isquemia intestinal, que al no ser detectada a tiempo puede causar la muerte (15).

Se ha determinado que la principal causa de la tromboflebitis de la vena porta es la diverticulitis, sin embargo, la apendicitis complicada es una patología que se presenta con mayor frecuencia a nivel mundial siendo la misma la segunda causa más frecuente de pileflebitis (6).

8.4 PREVALENCIA E INCIDENCIA

La pileflebitis es una patología que presenta una alta incidencia de bacteriemia estando presente en el 88% de los casos, lo cual sugiere que los procesos bacteroides tienen un papel fundamental en el proceso trombogénico de la enfermedad. El proceso infeccioso suele ser polimicrobiano, presentándose principalmente microorganismos como: E. Coli, S. Viridans y B. Fragilis, siendo estos tres los principales implicados con la enfermedad, además estos agentes se han descrito como principales factores de riesgo en pacientes que padecen apendicitis (22) (16).

Un estudio realizado por la universidad "Giuliano-Isontina" en el 2022, se conoce que pileflebitis ocurre de 0,37 a 2,7 casos por 100 000 persona por año, sin embargo, esto ha ido incrementándose con el tiempo a 19,5 % notificados entre 1971 y 1999, 60 casos (27,3 %) entre 2000 y 2009 y 117 casos (53,2 %) entre 2010 y 2022 de 220 individuos incluidos, 155 (70,5%) eran del sexo masculino con un promedio de edad de 50 años (10)(17). La prevalencia de pileflebitis en los últimos años se ha incrementado, sobre todo en la vejez, de no ser tratada a tiempo, se convierte en un problema clínico que puede ocasionar la muerte, por ello, es importante implementar un tratamiento que responda a las necesidades del paciente (18).

8.5 FACTORES ASOCIADOS

La apendicitis es considerada como una de las principales causas de la pileflebitis, pero existen otras múltiples patologías las cuales pueden originar este cuadro como: infecciones pélvicas, pancreatitis, enfermedad inflamatoria

intestinal, entre otras, siendo la principal complicación de estas enfermedades la isquemia intestinal (11). La pyleflebitis además puede estar asociada a pacientes que padecen cáncer de páncreas, pacientes con trasplante hepático, estados de hipercoagulabilidad, entre otros (14).

Los autores Naymagon et al. (2020) hallaron que en la pyleflebitis el 32 % de los casos no poseen una etiología determinable (19).

Además, la pyleflebitis se ha relacionado a las siguientes causas

- ✓ Cirugía abdominal
- ✓ Pancreatitis crónica
- ✓ Alteraciones de la coagulación
- ✓ Tumores sólidos
- ✓ Cirrosis
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Hipertensión portal
- ✓ Uso prolongado de anticonceptivos orales (6).

8.6 DIAGNÓSTICO

Los síntomas de la pyleflebitis son inespecíficos, esto ha dado lugar a un retraso en su tratamiento y en ciertos casos ha producido la aparición de complicaciones el dolor abdominal es uno de los primeros síntomas en hacerse presente, y en ciertos casos de no ser diagnosticado a tiempo puede desembocar en una sepsis severa esto aproximadamente en el 20% de los casos (20).

Para que un paciente sea diagnosticado con pyleflebitis debe demostrarse la trombosis de la vena porta, la cual por lo habitual estará acompañada por bacteriemia y fiebre, sin embargo, es muy difícil señalar el trombo portal, pues el mismo depende de la sospecha clínica, la cual se presenta de manera inespecífica (14).

Existe diferente hallazgo de laboratorio que pueden orientar aun correcto diagnóstico de la pyleflebitis uno de los principales exámenes a realizar es el hemograma en el cual se suele encontrar leucocitosis en el 80-89.7% de los casos, además de valores elevados de proteína C reactiva (PCR) y velocidad de

sedimentación globular estando presente en un 85-90% de los pacientes. A esto se le puede asociar la elevación transaminasas séricas (69-71%), junto con un aumento de 3 a 4 veces de la gamma glutil transferasa, que se pueden identificar en el 40% de los pacientes diagnosticados con esta patología. La hiperbilirrubinemia es un signo característico en la pyleflebitis con valores de bilirrubina total que podrían multiplicarse por seis, y está presente en el 55-74,6 % de los casos de tromboflebitis de la vena porta. Además se deben realizar pruebas complementarias como tiempos de coagulación y ácido láctico los cuales nos permiten evaluar la gravedad de la patología que origino la tromboflebitis de la vena porta, sin embargo son de mucha mayor utilidad los exámenes de imagen, ya que nos ayudan a evaluar con mayor certeza el grado de afección vascular existente, entre los más importantes tenemos: la ecografía y la tomografía computarizada abdominal, las cuales muestran altos valores de sensibilidad, y son de mucha utilidad para visualizar el material ecogénico al interior de la luz vascular(18) (10).

Las pruebas radiológicas permiten identificar la infección a nivel intrabdominal, sobre todo detectan el trombo, el Doppler a color permite identificar el material ecogénico que se encuentra al interior vaso así mismo permite identificar la ausencia parcial o total del flujo venoso, esta herramienta diagnóstica también permite identificar abscesos hepáticos, sin embargo, no suele incluirse para la sospecha de pyleflebitis (14).

Por otra parte, la Tomografía Computarizada: es la exploración radiológica de primera elección, se recomienda en la fase portal en un lapso de 60-70 segundos tras la administración de contraste intravenoso (14). La TC muestra una mayor utilidad para detectar complicaciones, en especial los abscesos hepáticos y la isquemia intestinal, por lo cual es de gran utilidad permitiendo un diagnóstico más temprano de posibles complicaciones (15).

La TC permite hallar la posibilidad diagnóstica de la pyleflebitis en un 47%, la lesión focal hepática en un 18%, el llenado vascular venoso portal en un 94% y el defecto de llenado intraluminal vascular venoso en la vena mesentérica superior en un 47% (18).

- La Tomografía facilita la identificación del foco primario infeccioso intraabdominal con una alta exactitud.
- Permite identificar la extensión de los trombos, además de conocer el realce de la pared del vaso y reticulación de la grasa perivascular.
- Los resultados de las imágenes requieren de una adecuada interpretación sobre todo cuando el estudio se ha realizado de manera precoz, pues, en ocasiones, los vasos mesentéricos venosos no suelen estar bien contrastados.
- La TC permite identificar alteraciones intrahepáticas precoces y tardías(14).

No obstante, si deseamos obtener resultados de imagen satisfactorios para un correcto diagnóstico y observar detenidamente el flujo venoso y arterial, el uso de la angiotomografía computarizada abdominal o angio TAC abdominal, es una herramienta esencial para mejorar el criterio clínico y orientar un diagnóstico mucho más dirigido. Esto porque es un estudio abdominal permite observar la existencia de trombosis en la vena portomesenterica de manera dirigida, si la misma cuenta con algún grado de isquemia o de obstrucción que impidan la transición correcta del flujo sanguíneo en dicha zona (21).

Ecografía: la ecografía permite confirmar la ausencia del flujo venoso en la vena mesentérica superior y material trombótico en su luz, sin embargo, es necesario enfatizar que la utilidad de la ecografía suele limitarse sobre todo en pacientes obesos debido al gas en la fosa iliaca derecha, por lo tanto, se requiere un estudio complementario con TC abdominopélvica especialmente al encontrarse en una fase venosa si no existe una contraindicación (22).

8.7 TRATAMIENTO

El tratamiento inicial de esta patología es eminentemente médico, tratando los principales síntomas existentes y erradicando el foco infeccioso; en el mayor porcentaje de los casos no requiere de intervención quirúrgica, sin embargo, ante la presencia de posibles complicaciones como apendicitis perforada y peritonitis generalizada es necesaria la cirugía para erradicar la infección intraabdominal y disminuir la posibilidad de producir complicaciones (6). Lo más importante para un correcto tratamiento es identificar el origen del foco infeccioso, de esta

manera será posible reducir eventos graves inclusive la muerte, así también es necesario que el tratamiento sea administrado de manera precoz (18).

El tratamiento antibiótico es el más utilizado, el mismo que debe regirse a los protocolos de cada institución hospitalaria, además, debe tener cobertura sobre los Gramnegativos y anaerobios, la terapia antibiótica se administra durante un plazo de cuatro semanas, y en pacientes que presenten abscesos hepáticos requiere antibioticoterapia por un lapso seis semanas, además cuando los abscesos son mayores a 3 cm de diámetro suelen requerir de un drenaje percutáneo o quirúrgico (18).

Se ha demostrado que administrar Ciprofloxacino 750mg: 1cp/12horas y Metronidazol 500mg: 1cp/8horas por un lapso de 4 semanas junto con heparina de bajo peso molecular (HBPM), ayudan a reparar las lesiones hepáticas producidas por la pyleflebitis, además produciendo una repermeabilización de la vena porta, posterior al mismo se recomienda un control ecográfico a las 6 semanas (13).

Tabla 1: regímenes de antibióticos de amplio espectro sugeridos en la pyleflebitis.

TERAPIA DE COMBINACIÓN

Metronidazol (500mg cd 6-8h) más uno de los siguientes medicamentos

- ✓ Ceftriaxona (2g diario)
- ✓ Cefotaxima (2g cd 6h)
- ✓ Ciprofloxacino (400mg cd 8-12h)
- ✓ Levofloxacino (750mg diario)

MONOTERAPIA

Basado en beta-lactámico/inhibidor de beta-lactamasa, con uno de los siguientes medicamentos:

- ✓ Piperacilina-tazobactam (4.5g cd 6-8h o 13.5-18g-infusión continua).
- ✓ Ampicilina- sulbactam (3g cd 6h).

Carbapenem con uno de los siguientes medicamentos:

- ✓ Imipenem (500mg cd 6h).
 - ✓ Meropenem (500mg cd 6h)
 - ✓ Ertapenem (1g diario).
-

Autor: Dayana Audrey Mendoza Macias

Fuente: (10)

Tras la administración del tratamiento antibiótico si el cuadro no mejora en un lapso de 5 a 7 días es importante realizar una nueva evaluación al paciente utilizando pruebas de imágenes y exámenes de laboratorio, en caso detectar perforaciones luego de 24 horas se debe suspender el tratamiento, del mismo modo ante cuadros específicos de infecciones nosocomiales se recomienda prolongarlo (21).

Tabla 2: Duración del tratamiento antimicrobiano

24 horas

Lesión intestinal por trauma penetrante < 12 h de evolución

Perforación gastroduodenal o intestino delgado proximal de < 24 h sin tratamiento antiácido

Apendicitis o colecistitis sin evidencia de perforación, gangrena, o absceso por cirugía precoz

4- 7 días (5 días promedio)

Infección con adecuado control del foco

Situaciones para la prolongación del tratamiento

Pacientes con apendicitis no complicada es recomendable 10 días de antibióticos

Control del foco subóptimo (pancreatitis, pyleflebitis, cirugía de control de daño)

Drenajes percutáneos (se recomienda evacuar cada caso)

Autor: Dayana Audrey Mendoza Macias

Fuente: (21)

En lo que respecta al tratamiento anticoagulante uno de sus principales beneficios es la reducción de las secuelas de la pyleflebitis, además permite una recanalización más rápida de la circulación portal (6).

La Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL) menciona que el uso de anticoagulación por un lapso de 6 meses permite reducir la tasa de sangrado, es importante recalcar que en este método de tratamiento no se han hallado sus beneficios para la tromboflebitis (23).

En la terapia de anticoagulación, estudios sugieren que esta sea administrada en un plazo de 3 a 6 meses, mientras que en pacientes que hayan presentado estados de hiper-coagulabilidad debe durar más tiempo, la anticoagulación es recomendable en: trombosis portal aguda, fiebre persistente posterior a la administración de antibióticos o después de un proceso quirúrgico (24).

El tratamiento anticoagulante requiere de la utilización de heparina intravenosa seguida de warfarina, además deberá estar controlado específicamente del tiempo de protrombina basal con relación normalizada internacional, la recanalización de la vena porta debe darse de 4 a 6 meses después de la anticoagulación (3).

Por otra parte, en el tratamiento quirúrgico se encuentran diferentes técnicas entre ellas: la trombectomía abierta, la ligadura de la vena afectada, para el mismo se realiza un drenaje de la vena porta afectada (25). Es importante indicar que realizar una trombectomía abierta requiere de una gran experiencia y habilidad del profesional para asegurar un mejor drenaje esplácnico, esto aportará a la disminución de la hipertensión portal, para ello, la técnica empleada es la trombectomía con anastomosis portal terminoterminal (26).

La interposición de injertos venosos es otra técnica quirúrgica, la misma permite la reconstrucción terminoterminal como latero-terminal, extraanatómicas como la anastomosis renoportal y la arterialización portal, la decisión que tome el médico dependerá de las características de la trombosis, cuando existen trombosis de grados II o III se recomienda la anastomosis convencional portal, de no ser posible se realizará una anastomosis a una vena colateral, a la vena coronaria o a la vena mesentérica inferior con interposición o no de injerto venoso de donante, cuando hay una trombosis portal de grado IV se recomienda una anastomosis a una vena colateral (26).

La arterialización de la vena porta es otra opción quirúrgica sobre todo en pacientes que presentan trombosis difusa del eje mesentérico, cuando es el caso de arterialización portal y hemitrasposición de cava se solucionará el problema del flujo portal para el nuevo injerto; sin embargo, no solucionará la hipertensión portal, pues puede empeorar ocasionando un sangrado de las varices, complicando hasta ascitis persistente y disfunción renal (26).

9. COMPLICACIONES

Los abscesos hepáticos son complicaciones frecuentes de la pyleflebitis generalmente se presentan al lado derecho debido a que el flujo sanguíneo se ubica en la vena mesentérica superior hacia el lóbulo hepático derecho y la progresión de la trombosis hacia el sistema venoso entérico y su resultado es la isquemia mesentérica, otras complicaciones no frecuentes son: esplenomegalia, várices esofágicas y cavernomatosis portal (24).

Los abscesos infecciosos pueden responder a 3 categorías: 1) infeccioso, maligno-iatrogénico, sus agentes etiológicos pueden ser bacterias, parásitos, hongos, 2) de origen secundario que se relacionan directamente con la infección local, 3) infecciones intrabdominales, bacteriemia, los cuales acceden al sistema portal hasta llegar al hígado (26).

10.METODOLOGÍA

La estrategia de búsqueda empezó a partir del establecimiento de las palabras clave o descriptores, y los operadores booleanos: AND, OR, NOT. Las palabras clave utilizadas fueron “apendicitis complicada”, “pileflebitis”, “tratamiento”, “manifestación clínica” “epidemiología”. Para la búsqueda de artículos se consideró los descriptores en idioma español, inglés. Se recurrió a las siguientes bases de datos: Pubmed, Science Direct, Proquest, Scielo.

10.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

10.1.2 INCLUSIÓN

- Artículos originales con una antigüedad de 5 años
- Artículos científicos
- Estudios de caso
- Ensayos clínicos
- Metaanálisis

10.1.2 EXCLUSIÓN

- Documentos institucionales.
- Artículos con una antigüedad mayor a 5 años
- Cartas al editor

10.2 PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionados los artículos a partir de los criterios de inclusión y exclusión se incluyeron: Artículos en español e inglés extraídos de las bases de datos consultadas que presenten la temática los artículos cuya publicación sea entre los años 2018 y 2023 que presentaran de manera clara la metodología o referencial teórico. Los criterios de exclusión fueron los Artículos con una antigüedad mayor a 5 años, y las cartas al editor.

10.3 RESULTADOS DE BÚSQUEDA INICIAL

Figura 3. Resultados de estrategia de búsqueda.

Base de datos	Términos de la búsqueda y números de referencia mostrada				
PubMed	“Appendicitis and the risk of pylephlebitis” Referencias 9	“Thrombophlebitis and pylephlebitis treatment” Referencias 93	“Clinical manifestations of pylephlebitis” Referencias 11	“Complications of pylephlebitis” Referencias 231	“Diagnoses of pylephlebitis” Referencias 192
Google Académico	“Pylephlebitis epidemiology” Referencias 1.110	“Appendicitis and the risk of pylephlebitis” Referencias 1.380	“Pathology of pylephlebitis” Referencias 2.300	“Pylephlebitis treatment” Referencias 3.480	“Diagnoses of pylephlebitis in acute appendicitis” Referencias 1.780

ScienceDirect	“Pylephlebitis and appendicitis” Referencias 392	“Pathology of pylephlebitis” Referencias 348	“Pylephlebitis treatment” Referencias 627	“Complications of pylephlebitis” Referencias 585	“Diagnoses and treatment of pylephlebitis” Referencias 561
ProQuest	“Pylephlebitis and appendicitis” Referencias 916	“Pylephlebitis diagnosis and treatment” Referencias 987	“Pathology of pylephlebitis” Referencias 866	“Complications of pylephlebitis” Referencias 969	“Appendicitis and the risk of pylephlebitis” Referencias 722

Búsqueda general mediante estrategia de búsqueda de información

Fuente: Mendoza, D. (2023)

10.4 SELECCIÓN DE ESTUDIOS: los artículos seleccionados para la investigación fueron adecuadamente filtrados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

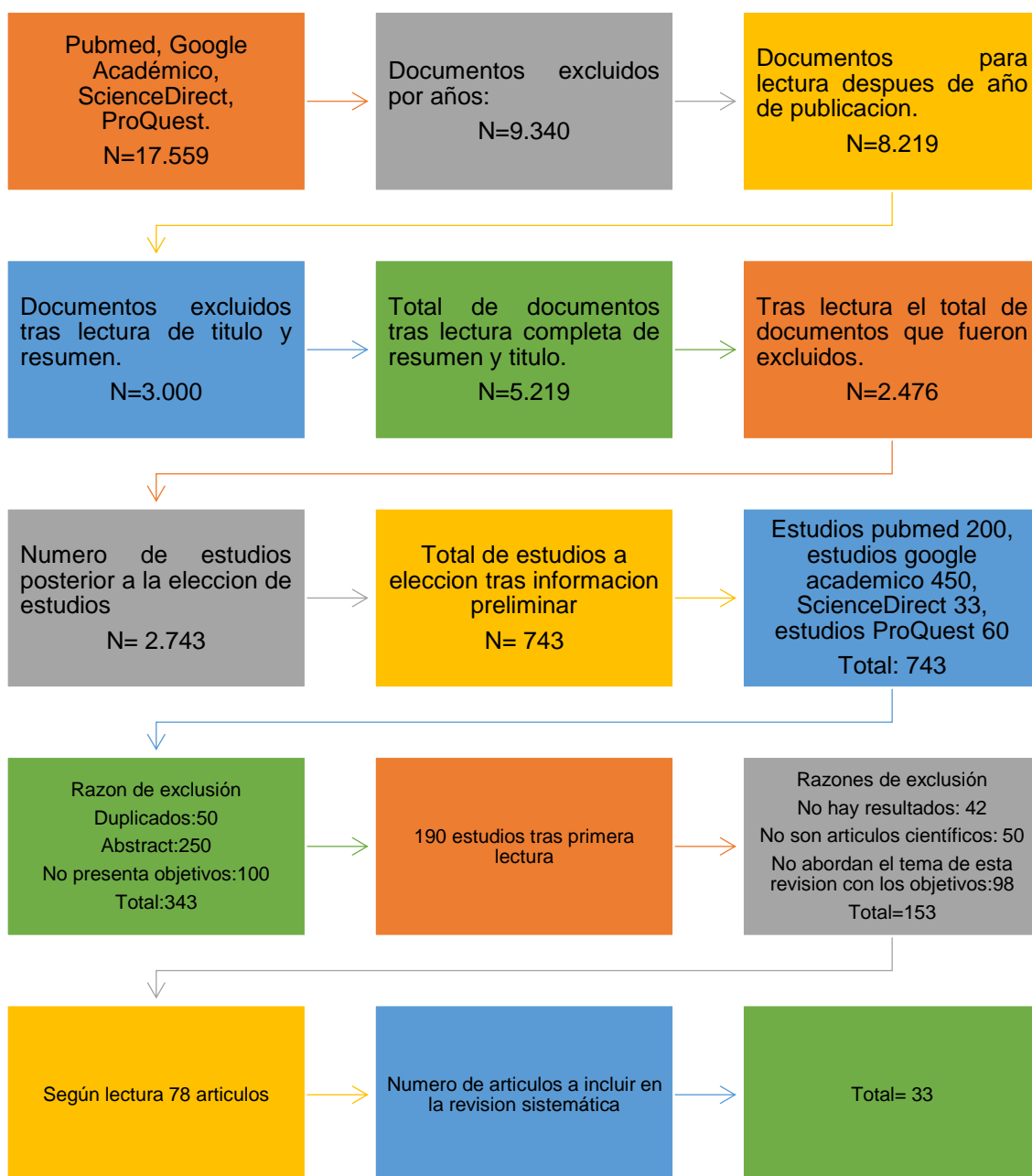
10.5 PROCESO DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección y sistematización de artículos se plasmó en una matriz PRISMA, aquí fue posible identificar los estudios guiados por las palabras clave, así también se consideró los criterios de inclusión y exclusión propuestos, además permitió eliminar la información duplicada.

10.6 CARACTERIZACIÓN DE ARTÍCULOS

Se revisó y añadió 16 artículos científicos que tenían relación con los objetivos planteados del presente estudio, la mayoría de los documentos citados se obtuvo de las bases de datos Pubmed, Science Direct, Proquest, Scielo.

Figura 4. Diagrama tras la búsqueda general



Fuente: Mendoza, D. (2023)

11.RESULTADOS

11.1 TRATAMIENTO DE LA TROMBOFLEBITIS

El estudio de Guerra et al. (2021), menciona que el tratamiento empírico para la pileflebitis debe ajustarse a la sensibilidad del antibiograma, en su estudio el paciente recibió el antibiótico intravenoso por un periodo de 21 días, obteniendo una mejoría completa sin ninguna recaída en las primeras cuatro semanas y después de un año de seguimiento (6). Por otra parte los Autores como Coyne y Jain et al. (2013) recomiendan la administración de antibiótico vía venosa y luego continuar por dos a cuatro semanas vía oral, es posible que se ocasione una prolongación en el tratamiento por una mala respuesta del medicamento en el paciente (27).

Por su parte la investigación de Domínguez et al. (2018) menciona que el tratamiento antibiótico para la pileflebitis debe tomar en cuenta los agentes microbianos y la duración del tratamiento, sobre todo reducir el riesgo de patógenos resistentes, para lo cual es importante conocer a detalle la microbiología y las tasas de resistencia, reitera la importancia de fármacos de amplio espectro (23).

Dominguez et al. (2018) consideran que el tratamiento debe tomar en cuenta los factores de riesgo en el paciente, diferenciando las infecciones a nivel comunitario y aquellas asociadas al cuidado de la salud. Establece una duración mínima de un mes y dos semanas, recomendando el uso de uno o más antibióticos, esto es en dependencia de la evolución de cada paciente (23).

Para las infecciones leves sin factores de riesgo se debe administrar: Gentamicina + Metrodinazol, Ampicilia- sulbactam, Ampicilina-sulbactam + gentamicina, Ciprofloxacina + metronidazol, Amikacina+metronidazol, Astreonam+ metronidazol. En aquellos pacientes en situación grave o con factores de riesgo se recomienda: Piperacilina-tazobactam, Meropenem-imipenem, en lo que respecta a las infecciones asociadas al cuidado de la salud recomienda la administración de: Piperacilina- tazobactam, Meropenem-imipenem, Aztreonam + metronidazol, Tigeciclina + amikacina, Tigeciclina + cefepima (23) .

Tras un estudio observacional, los autores Fusaro et al. (2023), mencionan que la utilidad del tratamiento anticoagulante para la pileflebitis, puesto que la anticoagulación aporta a prevenir la extensión del trombo y favorecer su resolución así también se halló que algunas bacterias parecen promover la coagulación mediante la producción de enzimas que degradan la heparina o mediante la promoción de la coagulación de la fibrina por los componentes de la superficie bacteriana (10).

Jevtic et al. (2022) concuerdan que la aplicación de la terapia anticoagulante es prescrita aproximadamente en el 76,7-82% de los pacientes, entre sus beneficios están los siguientes: aumento de las tasas de recanalización de la vena porta (58 % frente a 21 %), además reduce significativamente las complicaciones asociadas con la hipertensión portal crónica.

En concordancia a la utilidad del tratamiento anticoagulante, de acuerdo con Choudhry et al. (2016) debe tomar en cuenta la progresión de la trombosis, así también es necesario identificar la presencia de extensión de la trombosis más allá de la rama principal de la vena porta durante la evaluación inicial o el estado de hipercoagulabilidad, se recomienda iniciar el tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y, si es necesario, el paciente puede ser dado de alta cambiando a un anticoagulante oral, este tratamiento debe durar de 128 a 143 días (20).

Por su parte Hamera et al. (2019) observaron que la combinación del tratamiento antibiótico y anticoagulador tienen un alto beneficio a comparación de administrar únicamente el tratamiento antibiótico, de esta manera se reduce la mortalidad y el fracaso de recanalización, además permite prevenir la propagación y la formación de otras complicaciones, sin embargo, es importante dar a conocer que el riesgo de sangrado está presente en el tratamiento anticoagulador, pese a ello los beneficios son mayores (28).

11.2 COMPLICACIONES DE LA PILEFLEBITIS

El autor, Luque (2016) menciona que las complicaciones de la pileflebitis, suelen comprometer la evolución clínica del paciente, por tanto, es una patología peligrosa,

principalmente por su presentación clínica inespecífica que generalmente puede pasar desapercibida, por ello, se necesita un diagnóstico precoz, del mismo depende el éxito del tratamiento y por tanto reducir la tasa de mortalidad (29).

Como mencionan Rimsky, et al. La verdadera incidencia de la pileflebitis es difícil de valorar e incluso, puede no ser evidenciada en una laparotomía exploradora. Como lo describe la literatura la pileflebitis, puede adoptar diversas formas clínicas: desde una enfermedad subclínica hasta formas graves que pueden evolucionar hacia un shock séptico con insuficiencia hepática (30).

Los autores Azkárate et al. (2004) en su estudio encontraron que la pileflebitis puede complicar cualquier infección abdominal, la diverticulitis fue la primera complicación y la menos frecuente apendicitis, la primera refiere a una complicación rara, en el mayor de los casos está asociada a alteraciones de la coagulación enfermedades malignas o sida, en el 34% de los casos la vena mesentérica superior de vio afectada incrementando el riesgo de una isquemia intestinal (29).

Mientras que Sagar et al. (2022) hallaron que la complicación más común de la pileflebitis es la hipertensión portal y la hemorragia por várices, tras su estudio de caso se observó en el paciente una resolución completa de la trombosis mediante un estudio de volumen plaquetario medio, Posteriormente, el lóbulo hepático derecho mostró atrofia y cicatrización periférica. El resultado fue la oclusión de la vena hepática derecha y la formación de colaterales veno-venosas, sin embargo, el paciente no presentó sintomatología alguna. Se concluye que la pileflebitis requiere de un alto índice de sospecha y sobre todo de una evaluación cuidadosa (31).

12. DISCUSIÓN.

A nivel mundial se ha determinado que la incidencia de pileflebitis es de 2,7 por 100.000 habitantes cada año con una mortalidad del 11-32% sin distinción de edad, entre los factores que conducen a la formación de trombos están: hipercoagulación y lesión endotelial. La pileflebitis es la consecuencia de un proceso infeccioso intrabdominal, el mismo ocasiona daño endotelial inflamatorio, hipercoagulante, en su génesis este proceso comienza en las pequeñas venas mesentéricas que

eventualmente migra y da lugar a un evento embólico séptico en el sistema porta(32).

La primera elección para tratar el proceso infeccioso de la pileflebitis es la administración de antibióticos de amplio espectro; Sagar et al. (2022) en su estudio se demostró la importancia de tomar resultados del hemocultivo inicial para iniciar el tratamiento antibiótico, pues del mismo dependerá la duración de la terapia con antibióticos generalmente se recomienda una duración de 4 a 6 semanas (31). Ante la sospecha de pileflebitis consideran Wong et al. (2013) la inmediata administración de antibióticos de amplio espectro que cubran los bacilos gramnegativos, anaerobios y aerobios y modificarlos posteriormente en espera de los resultados del cultivo, las terapias exitosas incluyen metronidazol, gentamicina, piperacilina, ceftizoxima, imipenem y ampicilina, los mismos deben ser administrados durante un mínimo de 4 semanas para prevenir el desarrollo de abscesos hepáticos (21).

La presencia de ictericia como signo clínico puede incluir dolor abdominal generalizado o en el cuadrante superior derecho, hepatomegalia y esplenomegalia, en el 12,7% de los pacientes con pileflebitis que presentaron ictericia inusualmente suelen presentar colangitis o abscesos hepáticos concomitantes, sin embargo, los síntomas ya mencionados son el factor causal para el desarrollo de la pileflebitis(10). El cuadro clínico de esta patología varía de acuerdo con la rama de la vena porta que ha sido alterada y anterior se expuso a un evento infeccioso. Puede existir hiperbilirrubinemia y la elevación de la fosfatasa alcalina, como un signo clínico característico ya que esto es razón genuina de infección y también de presencia de acumulación de líquido y puede confirmarse también mediante la presencia elevada de la procalcitonina y de la proteína C reactiva (30).

El estudio retrospectivo de Fusaro et al (2013) hallaron que el 70% de los pacientes con trombosis de vena porta y mesentérica, que recibieron tratamiento anticoagulador temprana lograron una resolución completa o parcial del trombo (10). García y Alfaro (2021) hallaron que el tratamiento anticoagulante para tratar la tromboflebitis si bien es cierto es bastante discutido, existe una tasa de supervivencia de 100% en los pacientes que recibieron terapia de anticoagulación

con heparina a comparación del 60% que no la recibieron, del mismo modo aportar a reducir secuelas graves acelerando la recanalización (21).

Los autores Sagar (2022) concluyen que el principal fundamento de la anticoagulación en la pileflebitis es prevenir la extensión del trombo y, por tanto, favorecer su resolución es importante mencionar que las bacterias como *Bacteroides* spp tras la producción de enzimas promueven la coagulación. En la actualidad el tratamiento anticoagulador ha incrementado significativamente 76,7-82% y se ha encontrado que esta puede aumentar las tasas de recanalización de la vena porta (58 % frente a 21 %) respectivamente (31). Contrariamente, el autor Dávila (2017) señala que la anticoagulación presenta un porcentaje del 20% de riesgos, por tanto, solo se recomienda administrarla en las siguientes situaciones: progresión documentada de la trombosis desde el momento del diagnóstico trombosis portal aguda y extensa, fiebre persistente que no responde a antibióticos de amplio espectro, pacientes con alteraciones de coagulación o estados de hipercoagulabilidad como en neoplasias y enfermedades hematológicas (33).

13. CONCLUSIONES

- ✓ La tromboflebitis de la vena porta es una condición rara cuya génesis es una complicación de una infección o inflamación intrabdominal, en muchas veces no suele diagnosticarse fácilmente, los tratamientos más usados han sido la terapia antibiótica y anticoagulante, en caso de no tratarse a tiempo puede causar una alta mortalidad por sus complicaciones.
- ✓ Las manifestaciones clínicas más prevalentes de la pyleflebitis fueron: dolor abdominal y fiebre pues estos se presentaron en la mayor parte de los casos, los signos clínicos fueron: hepatomegalia e ictericia, la defensa abdominal en hipocondrio derecho o generalizada, sin embargo, esto puede variar de acuerdo con las condiciones de salud del paciente.
- ✓ Es importante que se concientice sobre las complicaciones que puede acarrear, de no brindar un tratamiento a tiempo, si bien es cierto la administración de antibióticos es la primera opción para combatir el foco infeccioso, cuando el paciente presenta complicaciones se ha encontrado que la terapia anticoagulante puede reducir efectos adversos.

14.RECOMENDACIONES

El presente trabajo va dirigido a todo el personal de salud para actualizar los conocimientos de la tromboflebitis en la vena porta en paciente con apendicitis complicada, teniendo en cuenta que la apendicitis es una patología muy en común y es la causante del 10% de abdomen agudo, es fundamental aprender a diferenciar con otro tipos de patologías ya que mayoría de las veces se puede confundir el cuadro clínico, como es de conocimiento su principal sintomatología es el dolor abdominal y esta manifestación clínica está presente en múltiples patología.

Es importante que el medico sepa reconocer el cuadro clíco de la pileflebitis, junto con una valoración semiológica profunda que abarque los diferentes signos característicos de la enfermedad como son la fiebre, el dolor abdominal , el vómito y la diarrea; esto acompañado de exámenes de laboratorios y prueba de imágenes para llegar un diagnóstico certero y precoz para evitar complicaciones como es a tromboflebitis séptica de la vena porta “pileflebitis” siendo esta una complicación poco común de la apendicitis complicada, y en su forma más grave puede llegar a complicarse a con un “shock séptico o fallo hepático”, a pesar de que esta patología sea poco común tiene una alta tasa de mortalidad. El tratamiento debe ser instaurado solamente por el personal especializado teniendo en cuenta que cada paciente necesita un tratamiento individual.

El tratamiento puede ser quirúrgico en pacientes que presenten complicaciones de mayor gravedad y en pacientes que presenten un cuadro leve y agudo suele ser farmacológico administrando medicamentos de amplio espectro acompañado con terapia anticoagulante en la mayoría de los casos. Además, se recomienda que cada hospital posea un protocolo para que el medico tenga conocimiento de cómo actuar frente a esta patología y evitar complicaciones e incluso la muerte.

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández J, De León J, Martínez M, Guzmán J, Palomeque A, Cruz N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir Gen.* 2019;41(1):33–8.
2. Ansari P. Dolor abdominal agudo [Internet]. Manual MSD. 2021 [cited 2023 Mar 22]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterología-quirúrgica/dolor-abdominal-agudo?query=Dolor abdominal agudo>
3. Guanuchi F, Moya K, González L. Pileflebitis como complicación de apendicitis aguda en paciente gestante. *Rev Cuba Cirugía.* 2022;61(2):1–16.
4. Ángeles-Gaspar D, Telich-Tarriba JE, Leyva-Sotelo L, Guevara-Valmaña OI, Rendon-Medina MA. Pileflebitis como complicación del diagnóstico tardío de colangitis: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cir Gen.* 2019;41(2):115–9.
5. Guallpa E, Reinoso D, Álvarez M. Validación de escalas RIPASA y Alvarado Modificada para diagnóstico de apendicitis aguda. Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Cuenca 2017. UNIVERSIDAD DE CUENCA; 2019.
6. Guerra-Zarama S, García-Rincón C, González-Pérez J, Roncancio-Villamil G. Trombosis séptica portal secundaria a diverticulitis. *CES Med.* 2021;35(2):135–45.
7. Bengoechea A, Borreiros E, Pérez D, Mayo M de los Á, Pacheco J. Niveles de proteína C reactiva, bilirrubina y leucocitos como predictores de evolución anatomopatológica apendicular. *Rev Cuba Cirugía.* 2020;59(3):1–12.
8. Casado P, Santos R, Lluiz E, Ferrer C, Viltres A, Martínez D. VALOR DEL LEUCOGRAMA EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA [Internet]. Convención Internacional de Ciencias Morfológicas. 2018 [cited 2023 Feb 8]. p. 1–15. Available from: <http://www.morfovirtual2018.sld.cu/index.php/morfovirtual/2018/paper/viewPDFInterstitial/140/99>

9. Vasconcelos J, Da Costa I, Romero R, Vasconcelos L. Portal vein septic thrombosis secondary to complicated appendicitis: Case report. *Clin Gastroenterol*. 2018;4(2):023–5.
10. Fusaro L, Di-Bella S, Martingano P, Saveria L, Giuffrè M. Pylephlebitis: A Systematic Review on Etiology, Diagnosis, and Treatment of Infective Portal Vein Thrombosis. *Diagnostics*. 2023;13(3):429.
11. Barneto M, Fernández B, Pérez L, Veredas S, Navarro C, Palacios O. Tromboflebitis séptica de la vena porta [Internet]. SERAU Sociedad Española de Radiología de Urgencias. 2022 [cited 2023 Apr 17]. p. 1–3. Available from: <https://serau.org/2022/11/tromboflebitis-sptica-de-la-vena-porta/>
12. Charia J, Martínez R, Serna A. Pileflebitis. *Acta Médica Colomb*. 2016;41(2):148–50.
13. Arteché E, Ostiz S, Miranda L, Caballero P, Jiménez López De Oñate G. Tromboflebitis séptica de la vena porta (pileflebitis): Diagnóstico y manejo a propósito de tres casos. *An Sist Sanit Navar*. 2005;28(3):417–20.
14. Perez M, Gonzalez F, Pellon R, Gallego P, Fernandez V. Tromboflebitis septica de la porta. Complicación inesperada de procesos abdominales [Internet]. seram Sociedad Española de Radiología Médica. 2019 [cited 2023 Apr 18]. p. 1–11. Available from: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2533%0A>
15. Hartpence J, Woolf A. Pylephlebitis [Internet]. StatPearls. 2022 [cited 2023 Apr 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563246/>
16. Sakalkale R, Reeve P. Portal venous thrombophlebitis in a case of perforated appendicitis: lessons from a case. *N Z Med J*. 2006;119(1234):65–9.
17. Ostiz-Llanos M, Ostiz-Zubieta S, Zozaya-Urmeneta J, Huarte-Muniesa M, García J. Tromboflebitis séptica de la vena porta (pileflebitis): diagnóstico y tratamiento a propósito de dos casos . *RAPD ONLINE*. 2013;36(3):201–5.
18. Motta-Ramírez GA, González-Burgos O, Martínez-Utrera MJ, Luján-Cortés EI, García-Ruiz A, Ordóñez-Gutiérrez M. El diagnóstico de pileflebitis por imagen seccional. *Rev Mex Angiol*. 2014;42(4):150–62.

19. Naymagon L, Tremblay D, Schiano T, Mascarenhas J. The role of anticoagulation in pylephlebitis: a retrospective examination of characteristics and outcomes. *J Thromb Thrombolysis* [Internet]. 2020;49(2):325–31. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11239-019-01949-z>
20. Choudhr AJ, Baghdadi Y, Amr M, Alzghari M, Jenkins D, Zielinski M. Pylephlebitis: a Review of 95 Cases. *J Gastrointest Surg* [Internet]. 2016;20(3):656–61. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11605-015-2875-3#citeas>
21. García C, Alfaro J. PILEFLEBITIS POSTERIOR A APENDICITIS AGUDA REPORTE DE CASO. *Cienc Y SALUD*. 2021;5(2):40–5.
22. Sanz R, Martínez E, Chen Z, Navas I, Depetris M, Ibáñez L, et al. Apendicitis aguda: hallazgos atípicos y dificultades diagnósticas [Internet]. *seram Sociedad Española de Radiología Médica*. 2022 [cited 2023 Apr 19]. Available from: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9478/7944>
23. Domínguez C, Lamberto Y, Saúl P, Balasini C, Juárez P, González AL, et al. Actualización en infecciones intrabdominales . Manejo en la Unidad de Terapia Intensiva. *Rev Argentina Ter Intensiva* [Internet]. 2023;40:1–13. Available from: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/download/838/968>
24. González S, Romero V, Muñoz S, Ortiz F, Serra J. Pileflebitis o trombosis séptica portal persistente en paciente nonagenaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019;54(1):56–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-pileflebitis-o-trombosis-septica-portal-S0211139X18305900>
25. Garcia-Pagán JC, Buscarini E, Janssen HLA, Leebeek FWG, Plessier A, Rubbia-Brandt L, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: Vascular diseases of the liver. *J Hepatol* [Internet]. 2016;64(1):179–202. Available from: <https://www.journal-of-hepatology.eu/action/showPdf?pii=S0168-8278%2815%2900547-4>
26. Montes J, Jaramillo J. Absceso hepático debido a apendicitis aguda en niños.

- Acta Médica Peru. 2005;22(1):48–50.
27. Coyne C, Jain A. Pylephlebitis in a Previously Healthy Emergency Department Patient with Appendicitis. *West J Emerg Med* [Internet]. 2013;14(5):428–30. Available from: <https://escholarship.org/content/qt7952c4bf/qt7952c4bf.pdf?t=ozeqdx>
 28. Hamera L, Abraham S, Jordan J. Pylephlebitis as a Rare Complication of Ulcerative Colitis: A Case Report. *Cureus*. 2019;11(5):e4792.
 29. Azkárate I, Ruiz I, Beguiristain A, Zabarte M, Sebastián R, San Martín I. Pileflebitis secundaria a diverticulitis. *Med Intensiva*. 2004;28(6):329–31.
 30. Carpio-Deheza G, Amaya-Rocha E, Gonzales-Salazar W. TROMBOFLEBITIS SÉPTICA DE LA VENA PORTA COMO COMPLICACIÓN DEL SUBDIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Rev Médico-Científica “Luz y Vida”* [Internet]. 2014;5(1):36–40. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3250/325038650008.pdf>
 31. Sagar J, Smita M, Ashok P, Anupam S. Complicated pylephlebitis secondary to perforated appendicitis in an adolescent. *J Indian Assoc Pediatr Surg* [Internet]. 2022;27(1):115–7. Available from: <https://www.jiaps.com/article.asp?issn=0971-9261;year=2022;volume=27;issue=1;spage=115;epage=117;aulast=Mehta>
 32. Cabrera F, Hernandez J, Rey M, Londono E, Medellín A, Lopez P, et al. Pylephlebitis both a surgical and non-surgical pathology: A 2-case report and literature review. *J Liver Res Disord Ther* [Internet]. 2018;4(2):80–3. Available from: <https://medcraveonline.com/JLRDT/pylephlebitis-both-a-surgical-and-non-surgical-pathology-a-2-case-report-and-literature-review.html>
 33. Álvarez Blanco M, Del-Valle R, González J, Hernández L, Martínez-Rodríguez E. Pileflebitis tras apendicitis aguda. *Rev Española Enfermedades Dig*. 2007;99(1):49–60.

16. ANEXOS

16.2 ANEXO 1.

TITULO: CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. TRATAMIENTO PARA LA TROMBOFLEBITIS.

AUTOR	AÑO	LUGAR	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS
Guerra y colaboradores	2021	Medellín Colombia	Estudio de caso	El tratamiento antibiótico dirigida, sin anticoagulación, permitió alcanzar una buena respuesta clínica.
Coyne & Jain	2013	Los Ángeles EEUU	Estudio de caso	Se administró al paciente antibióticos de amplio espectro, los mismos se dirigieron hacia hacia organismos gram negativos y anaerobios.
Dominguez y colaboradores	2018	Buenos Aires Argentina	Revisión bibliográfica	El éxito del tratamiento antibiótico radica en conocer la microbiología y las tasas de resistencia locales
Fusaro y Colaboradores	2023		Estudio descriptivo	El tratamiento anticoagulante debe administrarse en pacientes con progresión

				de la trombosis en imágenes repetidas o fiebre persistente a pesar de la terapia antibiótica adecuada para aumentar las tasas de resolución del trombo.
Choudhry y colaboradores	2016	India	Estudio descriptivo	El tratamiento se individualizó según los resultados del cultivo y la extensión de la trombosis.
Hamera y colaboradores	2019	Italia	Estudio de caso	Existe un beneficio con la combinación de antibióticos y anticoagulación en comparación con los antibióticos solos

16.3 ANEXO 2.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. COMPLICACIONES DE LA PILEFLEBITIS.

AUTOR	AÑO	LUGAR	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS
Luque	2016	Bogotá Colombia	Estudio de caso	Las complicaciones más frecuentes de la pilefleblitis fue la diverticulitis seguido por la

				apendicitis aguda, otras causas incluyen pancreatitis necrotizante, enfermedad inflamatoria del intestino, enfermedad hemorroidal, colecistitis aguda, y la colitis amebiana.
Guanuchi y colaboradores	2022	Ecuador	Estudio de caso	Los análisis de laboratorio mostraron altos niveles de urea y creatinina que a la vez indicó una falla renal aguda de origen prerrenal ante la sospecha de hipovolemia
Talwar y Colaboradores	2022	India	Estudio de caso	El absceso hepático fue una complicación de la pancreatitis aguda. La causa común de mortalidad es la sepsis o la peritonitis o la isquemia intestinal y el infarto.
Azcárate y colaboradores	2004	España	Estudio de caso	La pyleflebitis afectó la vena mesentérica superior, lo que dio lugar a una isquemia intestinal, otra de las complicaciones

				son los abscesos hepáticos.
Sagar y colaboradores	2022	India	Estudio de caso	La complicación más común de la pileflebitis es la transformación cavernomatosa, que provoca hipertensión portal y hemorragia por várices.

16.4 ANEXO 3.

OFICIO DE APROBACIÓN DEL TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN Y DESIGNACIÓN DEL TUTOR.



**CONSEJO DIRECTIVO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
RESOLUCIÓN N°. 075 C.D. – 2023
(08/febrero/2023)**

CONSIDERANDO

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en su Artículo 26, dispone "La Educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo".

Qué, la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 350 establece que: "El sistema de educación superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo".

Que, La Constitución de la República del Ecuador, en su Artículo 352 establece que "el sistema de Educación Superior estará integrado por universidades y escuelas politécnica, institutos superiores, tecnológicos y pedagógicos.....".

Qué, la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 355 establece que: "El Estado reconocerá a las universidades y escuelas politécnicas autonomía académica, administrativa, financiera y orgánica, acorde con los objetivos del régimen de desarrollo y los principios establecidos en la Constitución..."

Qué, el Artículo 35 de la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Educación Superior, establece que para el ejercicio de cogobierno las Instituciones de Educación Superior, definirán y establecerán órganos colegiados de carácter académico y administrativo.

Qué, el Estatuto Orgánico de la Universidad Católica de Cuenca, en el Artículo 39, numeral 7 establece lo siguiente "Resolver todo lo atinente a matrículas, exámenes, grados y títulos".

Qué, el Estatuto Orgánico de la Universidad Católica de Cuenca, en el Artículo 39, numeral 15 establece lo siguiente "Conocer y resolver de conformidad con el Estatuto y los Reglamentos de la Universidad los asuntos, planteamientos y solicitudes de orden administrativo y académico propios de cada Unidad Académica".

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarquí. ☎ Tel: 2630791, 2624365, 2626563 **Azuay:** Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre),
☎ Tel: 593 (7) 2241 - 623, 2243-444, 2245-265, 2247-587 **Cañar:** Calle Antonio Ávila Clavijo. ☎ Tel: 072235268, 072235870 **San Pablo de la Troncal:** Cda. Universitaria
Km. 72 Quinceava Este y Primera Sur ☎ Tel: 24242110 **Morona:** Av. Capi. José Villanueva s/n ☎ Tel: 2700293, 2700392

Qué, en Sesión Extraordinaria de Consejo Directivo de fecha 08 de febrero de 2023, se puso en conocimiento por parte de la Secretaria de la Unidad Académica, respecto a las solicitudes de los estudiantes de la carrera de Medicina Sede Azogues, requiriendo la aprobación de los temas de tesis y la designación de tutores.

Que, se cuenta con el informe favorable de Titulación de la carrera.

Qué, luego del análisis respectivo el Consejo Directivo

EN USO DE SUS ATRIBUCIONES QUE LE CONFIERE EL ART. 39 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA.

RESUELVE:

PRIMERO: Aprobar, los Temas de Tesis y designación de tutores de los estudiantes de la carrera de Medicina Sede Azogues, de acuerdo al siguiente detalle:

CEDULA	TEMA	TUTOR
302707088	Tuberculosis Laríngea	Pérez Jacinto
921698254	Actualización del diagnóstico y manejo de la rinitis alérgica en pacientes pediátricos.	Quevedo María José
131390400	Tromboflebitis de la vena porta en pacientes con apendicitis complicada. Revisión Sistemática	TORRES MALDONADO XAVIER EDUARDO
302413596	Conocimiento sobre la exposición temprana a leche maternizada, en estudiantes de medicina de la universidad católica de cuenca campus azogues, marzo - julio 2023	Garate Sanmartín Andrés
0104635529	Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda con atresia de coana congénita.	Abril Catalina
0302611892	Factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en adultos en Ecuador.	Faicán Rocano Pedro Fernando
104927538	Factores asociados al síndrome de muerte súbita del lactante.	Juan Manuel González Cárdenas
302078126	Actualización sobre la Etiología de la Nefritis intersticial aguda.	Idrovo Vázquez Víctor Aníbal
0302409651	Enfoque clínico y estrategias de manejo psicológico en pacientes pediátricos en estancia hospitalaria	CANTOS REYES CALUDIA KATERINE

16.5 ANEXO 4.

PRIMERA RUBRICA.



UNIDAD DE TITULACIÓN

RÚBRICA 1 PARA EVALUAR PROTOCOLO DE TRABAJOS DE TITULACIÓN DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
Título del Ensayo:	TROMBOFLEBITIS DE LA VENA PORTA EN PACIENTES CON APENDICITIS COMPLICADA
Alumno:	DAYANA AUDREY MENDOZAMACIAS
Tutor:	XAMER EDUARDO TORRES MALDONADO
Fecha de entrega:	4/04/2023
Fecha de evaluación:	13/04/23

RELEVANCIA Y PERTINENCIA DE LA TEMÁTICA	Cumplimiento total	Cumplimiento parcial	No cumple	Calificación
<i>El proyecto responde a las líneas de investigación de la Carrera de Medicina y proporciona un aporte científico y social.</i>	X			
TÍTULO: <i>Es pertinente con el tema tratado. Llama la atención del lector. Es conciso (no más de 10 palabras).</i>	X			
Introducción: <i>Se plantea y delimita el tema con claridad y precisión.</i> <input type="checkbox"/> Se identifica una contextualización (que ubica en el tiempo, espacio o perspectiva metodológica).	X			
Justificación: <i>Está en la introducción.</i> <input type="checkbox"/> Se formula con claridad y precisión.	X			
JUSTIFICACIÓN: <i>destacando los argumentos fundamentales que destacan la importancia de la ejecución del ensayo, abordando la <u>relevancia</u> del mismo para los beneficiarios y el aporte científico.</i>	X			
SUMARIOS/RESUMEN/ABSTRACTO: <i>Presenta directrices que guían el desarrollo del ensayo, describe el sustento teórico que aborda el tema y resalta las principales evidencias científicas en literatura local, nacional e internacional.</i>	X			
OBJETIVOS: <i>Ordenan las acciones concretas que el investigador llevará a cabo para responder a las preguntas de investigación o hipótesis, deben ser planteados iniciando con un verbo en infinitivo, guardan un orden lógico o metodológico.</i>	X			
METODOLOGÍA: <i>Describe y argumenta</i>				
<input type="checkbox"/> Tipo de estudio	X/			
<input type="checkbox"/> Área de estudio				
<input type="checkbox"/> Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información				
<input type="checkbox"/> Procedimientos				
CRONOGRAMA: <i>detalla el tiempo de duración del proyecto de acuerdo a los etapas para la ejecución del ensayo.</i>	X			
BIBLIOGRAFÍA: <i>fuentes documentales (español, inglés) utilizadas en la elaboración del ensayo, de relevancia y pertinencia a la temática a abordar, preferentemente de 3 años de vigencia. Citación de acuerdo a normas de Vancouver.</i>	X			
ERRATA Y ORTOGRAFÍA <i>Se corrigen en la calidad del manuscrito</i>				
TOTAL				10/10


Dr. Xavier Torres M.
 ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA GENERAL
 Y PNEUMOTACIOLOGÍA
 C.E. 0103475820

Xavier Eduardo Torres Maldonado
TUTOR

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui ☎ Tel: 2620751, 2624365, 2620563 Azuay: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre),
 ☎ Tel: 593 (7) 2241 - 611, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Aulla Clavijo ☎ Tel: 072235268, 072235670 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria
 km.72 Quimsaca Este y Primera Sur ☎ Tel: 2424210 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n ☎ Tel: 2700351, 2700352

1ra
Rubrica

Recibido
18/04/2023

17 DE ABRIL DE 2023

Asunto: aprobación de la rubrica 1 para evaluar el protocolo de trabajo de titulación de revisión bibliográfica.

Doctor

Juan Carlos Bermeo

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE TITULACION DE LA CARRERA DE
MEDICINA

Presente:

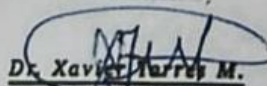
De mi consideración:

Luego de hacerle extensivo un atento y cordial saludo, mediante el presente permito informar a usted que, luego de la revisión respectiva, ha sido aprobado la rubrica 1 para evaluar protocolo de trabajos de titulación de revisión bibliográfica con el título "TROMBOFLEBITIS DE LA VENA PORTA EN PACIENTES CON APENDICITIS COMPLICADA", del estudiante Dayana Audrey Mendoza Macias, con CI. 1313904003.

Particular que pongo a su conocimiento para los fines legales y pertinentes

Adjunto: la rúbrica 1 correspondiente

Atentamente


Dr. Xavier Torres M.
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
Y LAPAROSCOPIA
C.I. 0103475620


Xavier Eduardo Torres Maldonado

DOCENTE TUTOR – UCACUE

C.I. 0103475620

16.6 ANEXO 5.

SEGUNDA RUBRICA

 Universidad Católica de Cuenca

TERCER NIVEL
TN-0005214

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA CAMPUS AZOGUES

Azogues, 26 de junio de 2023

Asunto: Entrega de Rubrica 2 para evaluación de marco teórico de Trabajos de Titulación de Revisión Bibliográfica.

Señor doctor
JUAN CARLOS BERMEO
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE TITULACION DE LA CARRERA DE MEDICINA
Presente

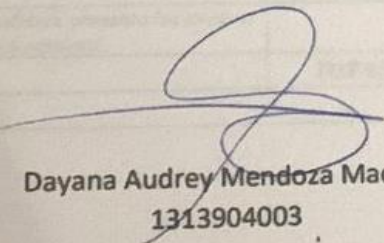
De mi consideración:

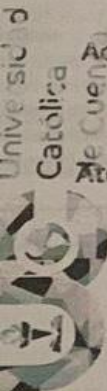
Un atento y cordial saludo a su autoridad, mediante el presente me permito informar a usted, que luego de las correcciones respetivas, ha sido aprobada mi segunda rubrica para evaluar el marco teórico de Trabajos de Titulación de Revisión Bibliográfica, que tiene como título **"TROMBOFLEBITIS DE LA VENA PORTA EN PACIENTES CON APENDICITIS COMPLICADA"**

Particular que pongo a su conocimiento para los fines legales y pertinentes

Adjunto: Rubrica 2 correspondiente

Atentamente.


Dayana Audrey Mendoza Macias
1313904003



UNIDAD DE TITULACIÓN


RÚBRICA 2 PARA EVALUAR EL INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN DE REVISIÓN SISTEMÁTICA

Título del Trabajo:	TROMBOFLEBITIS DE LA VENA PORTA EN PACIENTES CON APENDICITIS COMPLICADA.
Alumno:	Dayana Audrey Mendoza Macías
Tutor:	Dr. Xavier Eduardo Torres Maldonado
Fecha de entrega:	19/06/2023

CRITERIOS	Cumplimiento total	Cumplimiento parcial	No cumple	Calificación
	1	0.5	0	/1
<i>Estructura del documento: Cumple con el check list de la guía PRISMA, contiene los ítem y subítema declarados en la Guía Prisma 2020 de acuerdo a la temática abordada y enfoque de la investigación (Título, Resumen, Introducción, métodos, resultados, discusión, otra información y referencias bibliográficas).</i>	1			/1
<i>Resumen: presenta un resumen estructurado con una extensión de 250 palabras. Contiene: antecedentes (objetivos y pregunta de investigación), métodos (criterios de elegibilidad, fuentes de información, riesgo de sesgo de los estudios individuales, síntesis de los resultados), resultados (estudios incluidos y síntesis de resultados), discusión (limitaciones de la evidencia, interpretación) y otros (financiación y registro).</i>	1			1
<i>Introducción: Se plantea y delimita el tema con claridad y precisión. Describe la justificación en el contexto del conocimiento existente. Plantea los objetivos y/o las preguntas de investigación que aborda la revisión, orientando las acciones concretas que el investigador realizará en el estudio.</i>	1			1
<i>Métodos: Especifica los criterios de elegibilidad, fuentes de información, estrategia de búsqueda, proceso de selección de los estudios, proceso de extracción de los datos, lista de datos, evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales, medidas del efecto, métodos de síntesis, evaluación del sesgo en la publicación, evaluación de la certeza de la evidencia.</i>	1.5			/1.5
<i>Resultados: Presenta los resultados entre los que constan el diagrama de flujo con la debida explicación del proceso de inclusión y exclusión de los artículos, los resultados y análisis del estudio conforme a los objetivos planteados y la información de cada estudio incluido en el estudio. Cumple con los subítema de este apartado.</i>	1			/1.5
<i>Discusión: Realiza una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias, presenta los argumentos de las limitaciones de la evidencia incluida y de los procesos de revisión utilizados en las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.</i>	1			/1
<i>Redacción científica: La redacción del documento cumple con los lineamientos de redacción científica, el texto mantiene coherencia, semántica y sintaxis. La ortografía es correcta.</i>	1			/1
<i>Fuentes y Estilo de citación: lectura y análisis de material bibliográfico pertinente. La revisión contiene referencias de fuentes que corresponden a publicaciones de los últimos 5 años, en total son mínimo 25 y están referenciadas con Normas Vancouver vigentes.</i>	1			/1
<i>Presentación de avances de correcciones: El estudiante presenta los avances y correcciones al tutor. Deben realizarse entre 3 y 6 sesiones.</i>				/1
	TOTAL	9.5	10	/10
				/10

16.7 ANEXO 6.

TERCERA RUBRICA

 Universidad Católica de Cuenca

TERCER NIVEL
TN-0005215

Azogues, 26 de junio de 2023

ASUNTO: APROBACIÓN DE RUBRICA 3 PARA EVALUACIÓN ANTIPLAGIO EN TURNITYN DE TRABAJOS DE TITULACIÓN DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Doctor

JUAN CARLOS BERMEO

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE TITULACION DE LA CARRERA DE MEDICINA

Presente

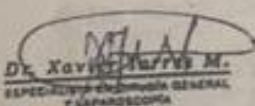
De mi consideración:

Luego de hacerle extensivo un atengo y cordial saludo, mediante el presente permito informar a usted que, luego de la revisión respectiva, ha sido aprobado LA RÚBRICA 3 PARA EVALUAR EL ANTIPLAGIO EN TURNITYN de trabajos de titulación de revisión bibliográfica, con el título "TROMBOFLEBITIS DE LA VENA PORTA EN PACIENTES CON APENDICITIS COMPLICADA" del estudiante Dayana Audrey Mendoza Macias, con CI.1313904003.

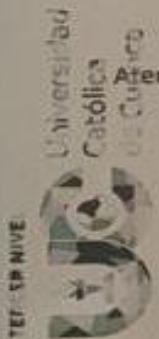
Particular que pongo a su conocimiento para los fines legales y pertinentes

ADJUNTO: RUBRICA 3 CORRESPONDIENTE A ANTIPLAGIO.


Atentamente.


Dr. Xavier Torres Maldonado
DOCENTE TUTOR-UCACUE
CI. 0103475620

*Recibido
26/6/23*

 TERCER NIVEL

www.ucacue.edu.ec



TITULACIÓN - CARRERA DE MEDICINA - SEDE AZOGUES

Tema: TROMBOFLEBITIS DE LA VENA PORTA EN PACIENTES CON APENDICITIS COMPLICADA.	
Nombre del estudiante: Mendoza Macias Dayana Audrey	
Director	Titulación
Lugar de la investigación:	

RUBRICA DEL CUARTO PUNTO DEL CRONOGRAMA	PUNTAJE DE 10 PUNTOS	
	CUMPLE	NO CUMPLE
PROCESO		
ANTIPLAGIO TURNITYN 10% DE PLAGIO	2	
COINCIDENCIA DEL NÚMERO DE PÁGINAS EN RELACIÓN A LA PRIMERA ENTREGA	2	
FUENTES DE PLAGIO DEL 10% PUBLICACIONES	2	
FUENTES DE PLAGIO PORCENTAJE MENOR EN PÁGINAS WEB	2	
FUENTES DE PLAGIO PORCENTAJE MENOR EN TESIS DE PREGRADO	1,5	
NÚMERO DE REVISIONES	✓ ✓	
TOTAL	9,5	/10


Dr. Xavier Torres M.
 ESCUELA DE CIRUGIA
 GENERAL Y ENDOSCOPIA
 C.I.: 0103475620

REVISOR DE ANTIPLAGIO

www.ucacue.edu.ec


16.8 ANEXO 7.

FORMATO DE DOCUMENTO F-DB-30

 <p>Universidad Católica de Cuenca</p>	<p>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</p>	<p>CÓDIGO: F-DB-30 VERSION: 01 FECHA: 2021-04-15 Página 1 de 1</p>
---	---	--

Dayana Audrey Mendoza Macias portadora de la cédula de ciudadanía N.º 1313904003. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **Tromboflebitis de la vena porta en pacientes con apendicitis complicada. Revisión sistemática** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, 26 de Julio de 2023


F:
Dayana Audrey Mendoza Macias
C.I. 1313904003

www.ucacue.edu.ec