

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**PREVALENCIA DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR
APENDICECTOMÍA EN PACIENTES INTERVENIDOS MAYORES DE 15
AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA
DEL SOCORRO DE ICA, ENERO-OCTUBRE 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

BUSTAMANTE NEYRA FANYO JHONATTAN

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

ICA – PERÚ

2020

ASESOR

DR. HARRY RAÚL LEVAU BARTHA

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por ser mi guía durante toda mi vida.

A la Universidad Privada San Juan Bautista

Por formarme como profesional a través de estos 7 años.

Al Hospital Santa María del Socorro

Por brindarme las facilidades para poder realizar mi trabajo de tesis y realizar mi internado.

A mi asesor

Por su apoyo, tiempo, consejos y poder terminar mi trabajo de tesis.

DEDICATORIA

A mis seres queridos, mis padres por su apoyo incondicional, en consecuencia de mis estudios académicos.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019.

Metodología: Estudio observacional, transversal, descriptiva y retrospectivo de prevalencia y características de los pacientes postoperados de apendicitis. Se estudió a 196 pacientes postoperados de apendicitis que presentaron complicaciones postquirúrgicas.

Resultados: La prevalencia de complicaciones postoperatorias es de 61.2%. A nivel del estadio tenemos que el mayor promedio fue el congestivo con el 31.1%, para el tipo de complicaciones fueron las infecciones de las heridas postoperatorias con el 22.5% de mayor promedio, en cuanto al grupo de edades de mayor frecuencia fueron de 16 a 35 años con el 29.1% , para el grado de complicación según la clasificación de Clavien – Dindo, el de mayor frecuencia fue el Grado II con el 40% y el tiempo hospitalario de mayor porcentaje fue de 4 a 6 días con el 55.6%. **Concluyendo** que la prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicitis fue más del 50%, presentándose en las edades de 16 a 35 años, causando en gran parte infecciones en la herida operatoria, con un estadio congestivo, dando de 4 a 6 días de hospitalización como máximo.

Palabras clave. Prevalencia de complicaciones apendicectomías, mayores 15 años.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of postoperative complications due to appendectomy in operated patients over 15 years in the surgery department of the Santa Maria del Socorro Hospital, January - October 2019.

Methodology: Observational, cross-sectional, descriptive and retrospective study of prevalence and characteristics of the postoperative patients of appendicitis. We studied 196 postoperative patients with appendicitis who presented postoperative complications post-surgical complications.

Results: The prevalence of postoperative complications is 61.2%. At the stage level we have that the highest average was the congestive with 31.1%, for the type of complications were the infections of the postoperative wounds with the 22.5% of higher average, as for the group of ages of greater frequency they were of 16 to 35 years with 29.1%, for the degree of complication according to the Clavien - Dindo classification, the most frequent was Grade II with 40% and the hospital time of highest percentage was 4 to 6 days with 55.6%.

Concluding that the prevalence of post-operative complications due to appendicitis was more than 50%, occurring in the ages of 16 to 35 years, largely causing infections in the operative wound, with a congestive stage, giving 4 to 6 days of hospitalization as maximum.

Keywords. Prevalence of appendectomy complications, older than 15 years.

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias de la intervención quirúrgica están relacionadas con el inicio temprano de la apendicitis y el desarrollo del proceso inflamatorio apendicular.

Las complicaciones de la intervención de apendicectomías son minimizadas por las nuevas técnicas quirúrgicas, anestesiológicas, unidades de cuidados intensivos y unidades de cuidados intermedios. Y hoy se usan antibióticos cada vez más potentes.

Las causas de las complicaciones aún no se conocen bien, por lo que su decisión se basa en la morbilidad y mortalidad postoperatorias que son importantes reducir.

El propósito de la investigación fue identificar la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas de apendicectomizados y conocer sus características más importantes que podrían ayudar a tener en cuenta para mejorar el diagnóstico, tratamiento de los pacientes y disminuir sus complicaciones.

Se estructuró este estudio según el esquema de la Universidad San Juan Bautista filial Ica, en cinco capítulos, en el primero se trata la problemática; en el segundo el marco teórico hipótesis y variables; en el tercero el diseño de la investigación; en el cuarto se presenta los resultados y en el quinto se muestran las conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
LISTA DE ANEXOS	xv
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6. OBJETIVOS	5

1.6.1. GENERAL	5
1.6.2. ESPECÍFICOS	5
1.7. PROPÓSITO	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2. BASE TEÓRICA	14
2.3. MARCO CONCEPTUAL	26
2.4. HIPÓTESIS	28
2.5. VARIABLES	29
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	29
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	31
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	31
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.5.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	33
3.6.- ASPECTOS ÉTICOS	34
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	35
4.1. RESULTADOS	35
4.2. DISCUSIÓN	59
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
5.1. CONCLUSIONES	62

5.2. RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	70

LISTA DE TABLAS

1. PREVALENCIA DE PACIENTES POSTOPERADOS DE APENDICECTOMÍA QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019 35
2. GRUPO ETARIO MÁS FRECUENTE QUE PRESENTA COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019 37
3. SEXO MÁS FRECUENTE QUE PRESENTA COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019 39
4. GRADO DE INSTRUCCION MÁS FRECUENTE QUE PRESENTA EN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019 41
5. FRECUENCIA SEGÚN EL ESTADIO DEL CUADRO DE APENDICITIS EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS

INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	43
6. GRADO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	45
7. TIPOS DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	47
8. TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	49
9. ASOCIACION ENTRE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y EL ESTADIO DEL CUADRO DE APENDICITIS EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	51
10. ASOCIACION ENTRE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y EDAD DE LOS PACIENTES MAYORES INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	55

LISTA DE GRÁFICOS

1. PREVALENCIA DE PACIENTES POSTOPERADOS DE APENDICECTOMÍA QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019 36
2. GRUPO ETARIO MÁS FRECUENTE QUE PRESENTA COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019 38
3. SEXO MÁS FRECUENTE QUE PRESENTA COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019 40
4. GRADO DE INSTRUCCION MÁS FRECUENTE QUE PRESENTA EN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019 42
5. FRECUENCIA SEGÚN EL ESTADIO DEL CUADRO DE APENDICITIS EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019 44

6. GRADO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	46
7. TIPOS DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	48
8. TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	50
9. ASOCIACION ENTRE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y EL ESTADIO DEL CUADRO DE APENDICITIS EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	52
10. ASOCIACION ENTRE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y EDAD DE LOS PACIENTES MAYORES INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019	56

LISTA DE ANEXOS

1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	71
2. INSTRUMENTO	73
3. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS	76
4. CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO – ESTUDIO PILOTO	82
5. MATRIZ DE CONSISTENCIA	83
6. BASE DE DATOS	86
7. AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL	98
8. CONSTANCIA DE COMITÉ DE ETICA	99

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todo paciente sometido a cirugía supone un grado de riesgo para su salud, teniendo en cuenta factores asociados los cuales pueden aumentar el riesgo de poder padecer algún tipo de complicación que puede ser a corto o largo plazo. Tales factores propios del paciente como: antecedentes de enfermedad, edad, raza, nivel socioeconómico, educación, y enfermedades crónicas mal controladas pueden influir en la recuperación y desarrollo del postoperatorio.¹

Cada año existe un promedio de 1,33 casos por 1000 hombres alcanzando un pico mayor entre la edad de 10 y 30 años, aunque existen algunos autores que difieren con estos porcentajes entre un 7 a 12 % de riesgo de presentar esta patología.²

A nivel mundial la apendicectomía siempre ha sido el principal procedimiento que se suele atender en las áreas de urgencias y emergencias afectando a un 7 a 10 % de todas las personas; fue la causa principal quirúrgica en España y la 4º en los EE UU.³

Según los expertos, la incidencia es de aproximadamente 11 casos por cada 10.000 habitantes, un poco más común en hombres que en mujeres. Es una enfermedad que afecta a personas de todas las edades, pero la mayor incidencia de apendicitis se produce entre las edades de 10 y 14 (27,6 por cada 10.000 habitantes).⁴

En Perú la apendicitis se ubica en segundo lugar de las causas de enfermedad que presenta el ser humano y que conllevan a que sea hospitalizado; por lo que en la actualidad es una problemática de salud pública, presentándose cerca de 30 000 casos por año.⁵

Así mismo luego de estas cirugías existen una serie de complicaciones que pueden llegar a presentarse cuando la persona no cumple con los cuidados que se le brindan; algunas de estas complicaciones reportan perforaciones del apéndice y acumulación de pus que se forma en el abdomen.⁶

Muchos pacientes pueden presentar complicaciones que se asocian con el estadio anátomopatológico, siendo este un factor de riesgo para poder desarrollar complicaciones.⁷

La intención del trabajo es conocer las complicaciones de los pacientes sometidos a cirugía en el Hospital Santa María del Socorro. Entre los datos que se han reportado por la Oficina de Estadísticas, la frecuencia de estas complicaciones ha aumentado en un 5% hasta Octubre de 2017. Por lo tanto, para proponer intervenciones, creemos que es necesario conocer las complicaciones más frecuentes con la prevalencia del estudio.⁸

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es el grupo etario más frecuente que presenta complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio

de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019?

- ¿Cuál es el grado de las complicaciones postoperatorias según la clasificación de Clavien - Dindo por apendicectomía en pacientes mayores de 15 años intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019?
- ¿Cuáles son los tipos de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019?
- ¿Cuál es la frecuencia según el estadio del cuadro de apendicitis en pacientes intervenidos mayores de 15 años intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019?
- ¿Cuál es el tiempo de hospitalización según las complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El trabajo brinda resultados que pueden ayudar a conocer cuáles son las enfermedades más prevalentes acerca de las complicaciones post apendicectomía en el área local.

El problema de la apendicitis es que a medida que evoluciona, el apéndice se necrosa dentro del abdomen, causando emergencias como la peritonitis y representa un riesgo significativo para la vida del paciente. Según las estadísticas mundiales, más del 50% de cuadros quirúrgicos abdominales son de tipo apendicular.⁹

Estudiar las complicaciones postquirúrgicas que presenta el paciente es relevante por su gran impacto que puede llegar a tener en la salud además del gasto social y de salud.¹⁰

Importancia

Por otro lado el Hospital Santa María del Socorro de Ica, no presenta datos acerca de las complicaciones postoperatorias con las que ingresa el paciente, ni de los factores que conllevaron a que se de esa complicación. Identificar estos factores con el fin de plantear intervenciones las cuales ayuden en la disminución de estas complicaciones hace que este estudio sea importante.

Viabilidad

Se cuenta con los medios económicos para financiar la investigación la que será cubierta en su totalidad por el autor.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- **Delimitación espacial:** El trabajo se llevó a cabo en el Hospital Santa María del Socorro
- **Delimitación temporal:** El trabajo se realizó en los casos ocurridos entre los meses de enero a octubre del 2019
- **Delimitación social:** Se llevó a cabo sobre los pacientes atendidos y operados en este nosocomio
- **Delimitación conceptual:** la investigación pretende conocer la prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes postoperados intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro de las limitaciones que se pueden presentar para llevarse a cabo la investigación podemos encontrar la falta de apoyo por parte del Hospital Santa María Del Socorro y por el servicio de cirugía, donde se obtuvo las historias clínicas al momento del alta del paciente.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el grupo etario más frecuente que presenta complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019.
- Determinar el grado de las complicaciones postoperatorias según la clasificación de Clavien – Dindo por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019.
- Determinar los tipos de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15

años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019.

- Determinar la frecuencia según el estadio del cuadro de apendicitis en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019.
- Identificar el tiempo de hospitalización según las complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes mayores de 15 años intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019.

1.7. PROPÓSITO

Es de suma importancia tener conocer cuáles son las complicaciones postoperatorias por apendicectomía para disminuir la morbimortalidad postoperatoria en pacientes mayores de 15 años pese a las medidas preventivas además de los factores que conllevan a que se presente una complicación postoperatoria por apendicectomía en las personas pues a través de ello lograremos el beneficio del paciente; pues se tendrá mayor cuidado en el seguimiento más minucioso de la evolución de su enfermedad, así mismo el paciente contará con una información más detallada de esta.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- Soriano M. (2019) en su investigación titulada: "**Impacto de la Irrigación vs. Succión en la Tasa de Abscesos Postquirúrgicos en Apendicectomías Laparoscópicas por Apendicitis Aguda Complicada: Isaac Trial**", realizado en España en el año 2019. El objetivo de este estudio es determinar si la simple succión del material purulento o fecaloideo en la cavidad abdominal en adultos con apendicitis aguda complicada es una técnica segura y comparable a la irrigación con suero fisiológico de la cavidad abdominal con respecto a la tasa de abscesos postquirúrgicos en comparación con las irrigaciones sérica fisiológica de la cavidad abdominal en términos de índice de absceso postoperatorio, y un absceso compatible con el grupo aleatorizado de irrigación ocurre fuera de la fosa ilíaca derecha y es difícil de tratar. Es un estudio prospectivo, aleatorio, enmascarado, realizado para evaluar el porcentaje de abscesos postoperatorios en pacientes adultos que se han sometido a cirugía utilizando un enfoque laparoscópico para la apendicitis aguda complicada. Resultados: Se ha hallado una tasa de abscesos del 22,4% en el grupo A vs. 21% en el grupo B ($p=0,9$). No se han hallado diferencias significativas en cuanto a las variables perioperatorias como el tiempo quirúrgico ($p=0,097$), las complicaciones postquirúrgicas ($p=0,613$) o la estancia hospitalaria ($p=0,419$). Conclusiones: Se concluye que la simple succión

del material encontrado es suficiente para tratar la secreción en la cavidad evitando mayores complicaciones.¹¹

- Cárdenas A. (2018) en su estudio titulado **“La caracterización de los pacientes con apendicectomía en el Hospital Abel Santa Maria Quadrad”** que fue realizado en Cuba en el año 2018. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes con cirugía de apendicitis entre junio y agosto de 2017. Todos estos fueron estudiados utilizando el universo de 65 pacientes. Las variables estudiadas se analizaron mediante estadística descriptiva. Resultados: los pacientes de 19 a 31 años (16.9%) eran dominantes, 61.5% eran hombres y 86.2% eran blancos. El 30.8% de los pacientes tenía una secuencia Murphy completa, mientras que el 66.2% tenía leucocitosis con desviación izquierda y el 49.2% de los apéndices tenían purulento. La maniobra de Horsley se realizó en el 40% de los casos y una incisión paraumbilical derecha en el 68%. El metronidazol más amikacina fue el tratamiento más utilizado (75,4%), con una estancia hospitalaria promedio de 67,2 horas. Conclusiones: se ha identificado la no especificidad del cuadro clínico de la apendicitis aguda, lo que ha ayudado a encontrar patrones de comportamiento más relevantes en el área de investigación, un enfoque para el diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz de la patología nosológica.¹²
- Suárez B. (2018) en su investigación titulada: **“Índice de sobrevida en pacientes que se hayan realizado la técnica de bolsa de Bogotá, en apendicitis complicada con peritonitis del año 2018 en el Hospital General Guasmo**

Sur”, realizado en Ecuador en el año 2018. Con objetivo general determinar el índice de sobrevida en pacientes con técnica bolsa de Bogotá por apendicitis complicada con peritonitis entre el año 2016 y 2018 en el Hospital General Guasmo Sur. Metodología: 75 pacientes conformaron la muestra. La muestra se dividió en 2 grupos: Grupo 1 (tratamiento convencional) que estaba conformado por 44 pacientes y Grupo 2 (con bolsa de Bogotá) que estaba conformado por 31 pacientes. Resultados: La mortalidad global por apendicitis aguda complicada con peritonitis fue del 15% (11 pacientes). Del total de pacientes del grupo 1, el 16% fallecieron y del grupo 2 el 13%. Los pacientes que fueron tratados con bolsa de Bogotá tuvieron menor riesgo de mortalidad en relación al grupo que recibió tratamiento conservador (IPM < 26: 81% vs 70%).¹³

- Herrera L. (2017) en su estudio **"Errores en el diagnóstico de apendicitis aguda en ancianos. Estudio de un caso clínico y revisión de la literatura"** realizado en México en el año 2017, en donde se realiza una revisión de la literatura con respecto al diagnóstico de la apendicitis en adultos mayores, siendo esta patología muy complicada de diagnosticarse en este grupo etario. La apendicitis en los ancianos se caracteriza por tratamiento con cuadros complicados por un diagnóstico tardío. Casi todos los apéndices están perforados al momento de la operación causando infección generalizada. La muerte en estos individuos es secundaria a la sepsis abdominal debido a la diseminación de bacterias de origen intestinal. Concluye que es peligroso que "el apéndice del ciego parece normal en

sujetos a largo plazo, pero eliminarlo es muy razonable" y evita las consecuencias cuando se presenta.¹⁴

- Vinicio M. (2017) en su estudio titulado **“Efectos del protocolo de recuperación postoperatoria rápida en pacientes apendicectomizados por apendicitis complicada, vía laparoscópica y convencional en los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2017”**, El objetivo general fue determinar los efectos de un protocolo para la recuperación postoperatoria rápida de pacientes apendicectomizados con apendicitis complicada por apendicitis en hospitales con cuadros apendiculares tardíos, rutas laparoscópicas y convencionales. Metodología: El estudio fue transversal, se utilizó el programa SPSS Versión 23 y el programa EPIDAT 3.1 donde evaluaron la relación entre la aplicabilidad de Fast Track y a los días de hospitalización y la reducción de complicaciones postoperatorias. Resultados: 51.1% de prevalencia femenina, 51.6 %% recibió cirugía laparoscópica. El antiemético y opioide postoperatorios previno las náuseas postoperatorias, caminar 12 horas antes, y la ingesta de agua evitó las náuseas, los vómitos y el dolor postoperatorio. La estadía en el hospital duró más de cuatro días. Personas que usaron drenaje, tiempo de operación de más de 91 minutos, náuseas, vómitos, dolor, aparición tardía del ruido del agua, reingreso hospitalario con antibióticos durante más de 4 días, hospitalización durante más de 4 días, laparoscopia convencional Relacionado con la cirugía. Conclusión: El protocolo Fast Track para la apendicitis compleja se asocia con estadías hospitalarias

más cortas, recuperación postoperatoria más rápida y menor morbilidad.¹⁵

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

- Bendezú R. (2016) en su investigación titulada, **“Apendicectomía negativa en pacientes del Hospital Regional de Huancayo de 2016 a 2017”**. El objetivo general fue identificar las características de la apendicectomía negativa en pacientes en el hospital comunitario de educación clínica "Daniel Alcides Carrión". Resultados: la apendicectomía negativa representa el 5,3% de la apendicectomía total. La edad promedio es de 38 años, con género predominantemente en mujeres, que representan el 86.7% de los pacientes, y las causas ginecológicas son más comunes con la apendicectomía negativa (51.7%). Conclusión: la apendicectomía negativa tiene la prevalencia más baja en los hospitales. Del mismo modo, las muestras recogidas han demostrado superioridad de género en las mujeres, la mayoría de las cuales han sido diagnosticadas con quistes ováricos derechos.¹⁶
- Durand A. (2016) en su investigación titulada, **"Relación entre el tratamiento quirúrgico tardío de la apendicitis aguda y sus complicaciones en un hospital de la seguridad social en Lima Metropolitana de enero de 2016 a enero de 2017"**. Objetivo: demostrar el retraso en el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y su asociación con complicaciones en los servicios quirúrgicos. El género principal en la población de estudio fue masculino (54.4%), con una edad media de 36.5 años en la población

de estudio. La apendicitis por complicación aguda se encontró en el 54,5% de los casos en la población de estudio. El diagnóstico más frecuente de todos fue apendicitis purulenta aguda, que representa el 36,4% de los casos. Conclusión: el estudio encontró que existe una asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de apendicitis aguda compleja en un tiempo total mayor de 37 horas ($p = 0.01$, $OR = 3.017$, $IC = 95\%$).¹⁷

- Pachas M. (2017) en su estudio titulado "**Prevalencia de complicaciones por el uso de drenaje en el apéndice abierto debido a una apendicitis compleja, Hospital Vitarte, Enero-Diciembre 2017**". Metodología: 54 fueron los casos estudios de apendicitis aguda con apendicitis compleja que se habían sometido a cirugía convencional en el Hospital Vitarte en 2017. Utilizando SPSS versión 24, realizamos un análisis univariado de la frecuencia de las variables cualitativas y medimos las tendencias centrales y las variaciones de las variables cuantitativas. La edad promedio fue de 34.82 años. La tuberculosis con la tasa más alta en 7.4%. El diagnóstico postoperatorio más común fue la perforación del apéndice en el 48,1%. El 9,26% de los pacientes tuvo complicaciones y el 90,74% no. La duración promedio de la hospitalización fue de cuatro días. Conclusiones: la prevalencia de complicaciones con drenaje fue del 9,2% en 5 pacientes. La apendicitis perforada fue el diagnóstico postoperatorio más frecuente. La tasa más alta de complicaciones fue un absceso intraperitoneal en dos pacientes que representa el 3,7%, y el 90,74% no tuvo complicaciones.¹⁸

- Baltazar C. (2017) en su estudio titulado. **"Morbilidad y mortalidad postoperatorias debido a apendicitis aguda en pacientes de edad avanzada en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de enero de 2016 a 2017"**, Metodología: Fue un estudio no experimental, transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo de 80 pacientes postoperados por apendicitis aguda en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el periodo Enero-Diciembre de los años 2016-2017. Los datos se recopilaron en una hoja de recopilación de datos, que luego se trató en Excel. El mayor número de investigadores representan el 66,3%. En este estudio, el género masculino representa predominantemente el 52.5%. El diagnóstico postoperatorio más frecuente fue el 31,3% de la apendicitis aguda por gangrena. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial con un 27,5%. La técnica quirúrgica más utilizada fue la apendicectomía abierta con 86,3%. La complicación postoperatoria más reportada fue la infección del sitio quirúrgico con 21.3%. Conclusiones: la mayor morbilidad postoperatoria fue la infección del sitio quirúrgico. La muerte postoperatoria se informó en un solo caso, desencadenando una infección y causando shock séptico seguido de falla orgánica múltiple.¹⁹
- Alayo C. (2017) en su estudio titulado. **"Complicaciones y uso de drenaje en la apendicectomía convencional debido a una apendicitis compleja en una población pediátrica en el Hospital Ramiro Priale, 2017"**. Este estudio examina si el uso del drenes se asocia con complicaciones postoperatorias de 2014 a 2016. El propósito es determinar si el estudio aplicado es una serie de análisis

comparativos del tipo de análisis que revisa los registros médicos de pacientes pediátricos con apendicitis aguda complicada que se sometieron a apendicectomía convencional en el Hospital Nacional Ramiro Priale, durante el período 2014-2016. Resultados: 107 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, 31 (29%) eran portadores de drenaje peritoneal y 76 (71%) no eran 21 portadores. No hay diferencias estadísticas significativas, pero los sitios de cirugía y obstrucción intestinal.²⁰

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron estudios de relevancia

2.2. BASE TEÓRICA

1.- EPIDEMIOLOGIA

Alrededor de 3,4 millones de personas con dolor abdominal acuden a emergencia buscando solución a su problema en los EE UU.²¹

En el Perú aunque actualmente no se ha encontrado cifras de la cantidad exacta de pacientes que acuden a los departamentos de emergencia o cirugías por este problema, pero si se ha podido obtener dicha información por el número de consultas diarias por las que acuden las personas, a causa de dolor abdominal las cuales pueden ser desde algo leve a hasta una complicación mayor que pone en peligro su vida.

La apendicitis está considerada entre los 20 y 30 años en las personas afectando al 8% de la población general. Estimándose que esta patología es responsable de hasta el 40% de los abdómenes agudos quirúrgicos; siendo esto modificable si se logra realizar un diagnóstico precoz.²²

2.- ETIOPATOGENIA

Embriológicamente el apéndice forma parte del ciego, originándose en el intestino medio, suele manifestarse a los 2 meses de la vida intrauterina, en el vértice del ciego embrionario, pero a medida que crece el feto el apéndice suele rotar hacia atrás y adentro para lograr la posición dorsal e izquierda en el atapa de la adultez.

La única característica que presenta es la del lugar donde se origina en donde se unen las tres tenias coli. La medida puede variar de 1 a 25 cm aunque en promedio se considera de 5 –10 cm. Dentro de las posiciones que se encuentran tenemos: paracólica 0.4% retrocecal 65.28%; preileal 1%; postileal 0.4%; pelviano 31.01%, siendo la más común la ubicación retrocecal.²³

La apendicitis no es más que un proceso de inflamación del apéndice que comúnmente se observa al igual que en el caso de los procesos inflamatorios de vísceras huecas. En un inicio se presenta en la pared apendicular para luego seguirle una isquemia local, perforación y terminar con una peritonitis generalizada en la mayoría de los casos en los que no se logra actuar con rapidez. Diferentes autores definen como principal causa la obstrucción apendicular así pues un estudio en 1983 mostró que un tercio de las personas con apendicitis que no presentan perforación tienen un aumento de presión intraluminal.

Dentro de las causas para que se presente la obstrucción tenemos masas fecales endurecidas, cálculos, hiperplasia linfoide, procesos infecciosos, y tumores benignos o malignos.²⁴

Cuando se obstruye a causa de una apendicitis, se presenta un incremento de la presión luminal e intramural, provocando trombosis y oclusión de la microvasculatura de la pared. A medida que el apéndice se edematiza, fibras nerviosas aferentes de la médula en los niveles T8-T10 se estimulan, provocando dolor periumbilical mal definido. El dolor se presenta alrededor del

peritoneo adyacente irritado. En los jóvenes la causa más común es el aumento de la masa linfoides folicular a causa de infección, sin embargo en las personas ancianas lo que predomina son los fecalitos o neoplasias, como adenocarcinoma, tumor carcinoide o mucocele, además de ello también se ha encontrado en algunas regiones altas tasas de parasitosis, pudiendo presentarse en cualquier edad, y los principales patógenos en los subtipos de apendicitis gangrenosa y perforada sobre todo anaerobios.²⁵

La apendicitis se suele clasificar en:

1. Congestiva o Catarral

Cuando se obstruye el lumen apendicular acumulándose secreción mucosa y agudamente distiende el lumen, produciendo obstrucciones venosas.

2. Flegmonosa o Supurativa

Comienza por una infección leve a causa bacteriana, mostrando un aumento de la serosa apendicular. Que en algunas ocasiones se acompaña de exudado fibrinopurulento, y el contenido mucoso luminal difunde pasivamente hacia la cavidad abdominal

3. Gangrenosa o Necrótica

Cuando existe un aumento de la presión intraluminal y mural causa una trombosis de la microcirculación, causando necrosis localizada de la pared, la parte superior del apéndice se pigmenta ciertas áreas de color rojo oscuro, púrpura, gris, con pequeñas perforaciones, y presencia de material purulento de mal olor.

4. Perforación apendicular

Suelen presentarse con mayor frecuencia en el borde antimesentérico, agrandándose cada día más y presentándose cada día más purulento y con un olor fétido. En este punto se puede colocar un parche denominado también plastrón

apendicular, lo que dará lugar al absceso apendicular. En la población más joven, un epiplón más corto aumenta el riesgo de fracaso de formación del plastrón apendicular, generando una peritonitis generalizada.²⁶

3.- SEMIOLOGÍA

Cuando se inicia una apendicectomía se presentan síntomas leves que no se suelen tomar en cuenta por las personas y no son considerados de importancia. En algunos casos puede existir fiebre, pero a medida que se va comprometiendo al peritoneo peritoneal adyacente el dolor suele localizarse con mayor presión en el cuadrante inferior derecho.

Uno de los signos que se muestra es el de Blumberg, en el que el dolor causa descompresión abdominal.

Al examen físico que se le realiza al paciente se logra hallar dolor localizado la cual se relaciona con la apendicectomía, pero además de ello se debe complementar con pruebas de imágenes diagnósticas para obtener resultados más confiables.

Dentro de los signos más comúnmente encontramos:

- **Signo de McBurney:** hace referencia al punto más doloroso entre el tercio medio y tercio distal que se encuentra entre la cicatriz umbilical y la espina iliaca anterosuperior.
- **Signo de Rovsing:** el dolor se localiza en la fosa iliaca derecha al palpar la fosa iliaca izquierda. Esto suele indicar irritación peritoneal derecha.
- **Signo del psoas:** suele manifestarse un dolor en la fosa iliaca derecha que se extiende hacia la cadera de su mismo lado.
- **Signo del obturador interno:** este se basa en que cuando el apéndice pélvico se inflama reposa en el músculo obturador interno derecho. Lo que al ser flexionado por el medico tanto la

cadera y rodilla derecha, además de realizar la rotación interna suele producir dolor en la fosa iliaca derecha.

- Además de los anteriores otro de los signos que se usan son el de La Roque, punto de Lanz, punto de Lecene, etc. Aunque no muestran grandes resultados en cuanto a su diagnóstico, por lo que aún sigue en debate.²⁷

4.- CUADRO CLÍNICO

Dentro de los síntomas más frecuentes que encontramos tenemos:

- Dolor abdominal en epigastrio o mesogastrio que luego se traslada a fosa iliaca derecha
- Anorexia
- Náuseas
- Vómito
- Fiebre

Estos síntomas suelen aparecer en el orden en que se muestran, pero cuando esta orden varía debe considerarse como algo preocupante en la salud de las personas. El dolor es el síntoma más constante que se muestra en estos casos, suele aparecer con más frecuencia en las noches siendo el lugar de aparición el epigastrio o alrededor del ombligo; o en todo el abdomen y con menor frecuencia suele presentarse en fosa ilíaca derecha que se profundiza cuando hay tos, movimientos bruscos, que no desaparece al presentar flatulencias o vómitos; en la mayoría de los casos se debería guardar reposo para lograr disminuir el dolor. Tras pasar varias horas el dolor suele localizarse en la fosa ilíaca derecha, a causa de la distensión de la luz apendicular. Cuando aparece una mejoría del dolor de forma repentina suele ser indicio de una perforación del órgano.²⁸

Al presionar en el cuadrante inferior derecho y luego de manera repentina dejar de ejercer presión, el paciente acusa dolor intenso es el llamado signo de Blumberg muestra una irritación del peritoneo.

Cuando se presenta una destrucción apendicular, con presencia de peritonitis luego de 24 horas de iniciado el dolor, más la presencia de taquicardia, escalofríos, rigidez del abdomen, y presencia de materia mucopurulenta se debe actuar con la mayor rapidez del caso, para que no se llegue a una mayor complicación.

Así pues si al cabo de 48 horas el paciente continúa sin intervención, puede originarse un tumor que pueden palpar con facilidad en forma de un tumor dentro de la fosa iliaca derecha y corresponde al llamado plastrón apendicular.²⁹

5.- DIAGNOSTICO

Se realiza de manera clínica, las pruebas básicas de laboratorio e imágenes de ayuda para el diagnóstico, reforzando la sospecha clínica en ciertos casos, apoyando en la valoración de la situación del paciente.

Suele aparecer leucocitosis moderada (10 000 a 15 000 c/microL) con desviación izquierda.

La perforación apendicular debe siempre ser considerada en un paciente cuya temperatura exceda los 39.4° C, conteo de glóbulos blancos mayor a 15 000 cel/microL, y una colección de fluidos en fosa ilíaca derecha por imágenes.

Una herramienta muy eficaz en el 'score' o puntuación de Alvarado:

- Dolor máximo en fosa ilíaca derecha – 2 puntos
- Leucocitosis – 2 puntos
- Patrón migratorio del dolor – 1 punto
- Dolor a la descompresión en fosa iliaca derecha – 1 punto
- Anorexia – 1 punto

- Náuseas, vómitos – 1 punto
- Alza térmica > 37.5° C – 1 punto

Cuando el puntaje es menor a 5 sospecharíamos que no hay presencia de apendicitis, pero si este excede si estaríamos sospechando de un cuadro con una puntuación mayor o igual a 7, en una serie de estudio ya sea de tipo prospectivo o retrospectivo, informó que el 99% de pacientes con apendicitis aguda llegaban a una puntuación de 5 a más, confirmando la teoría, sin embargo la puntuación de 7 tuvo una sensibilidad y especificidad de 82% y 81% respectivamente.

En cuanto al espesor de la pared este no debe pasarse de los 2mm, con presencia de contenido líquido en su interior e hiperecogenicidad de la mucosa mayor de 6 mm. De diámetro se considera inflamación del apéndice.³⁰

6.- TRATAMIENTO

Se lleva a cabo en tres etapas:

a) Manejo preoperatorio: Lo primero que se debe hacer es la administración de líquidos por vía endovenosa en grandes cantidades para lograr compensar lo que el paciente deje de tomar o perdió antes que se realice la consulta. A parte de ingerir líquidos también se le debe dar antibióticos para bacterias gram negativos y anaerobios, es mejor si se hace antes de los 30 min de la cirugía. Se sugiere que todos los pacientes sean tratados con antibióticos así sea el caso de una apendicitis no perforada se debe suspender después de la cirugía. Se trabajara con una combinación de metronidazol, cloranfenicol y clindamicina para dar cobertura a los gram negativos.

En caso de que no existiera los medicamento se puede reemplazar por sulbactam-ampicilina o cefoxitina sódica, también cubren adecuadamente gram negativos y anaerobios.³¹

Cuando el diagnóstico es una cirugía se debe administrar un analgésico no opiáceo.

b) Manejo operatorio: El corte debe realizarse de forma horizontal si se tiene un proceso localizado, y de forma vertical si es que se sospecha peritonitis generalizada o el diagnóstico es inseguro.

Cuando se realiza una incisión horizontal, incluye el cuadrante lateral inferior derecho, el nivel de las espinas ilíacas, la mitad externa del músculo recto abdominal y una porción de la piel igual a su exterior.

Para una incisión longitudinal, se debe atravesar todos los planos hasta llegar a la cavidad peritoneal. Sin embargo, se puede realizar una pararectotomía fuera de los músculos rectos anteriores sin cruzar los nervios hacia los músculos y evitar la denervación y la atrofia posterior. Como se mencionó anteriormente, esta incisión está indicada por un proceso difuso que involucra peritonitis sistémica y requiere irrigación de la cavidad.

Sin embargo, en el caso de la destrucción completa del absceso y el apéndice del ciego, el drenaje del absceso debe realizarse sin dejar un tubo de drenaje para convección para evitar la evasión cecal.

Si hay apendicitis perforada con peritonitis sistémica, la cavidad peritoneal debe enjuagarse con solución salina normal después de la apendicectomía hasta que el líquido de retorno esté limpio.

Tenga en cuenta que hay un absceso en la cavidad y el muñón está firmemente fijado.

Para cerrar la herida, no perforar el apéndice porque es una herida limpia y contaminada. En el caso de perforación, peritonitis o absceso, el peritoneo y la fascia están cerrados, y el tejido y la piel permanecen abiertos.

c) Manejo postoperatorio: el tubo nasogástrico permanece en su lugar hasta que la diuresis es estable y aparecen el peristaltismo y la sonda vesical.

Si el apéndice no se perfora, el antibiótico se suspende y se espera que la primera dosis oral se mueva por. En estos casos, por movimiento generalmente aparece 6 o 12 horas después de la cirugía.

Por lo general, los movimientos operativos aparecen 6 o 12 horas después de la cirugía.

Si el apéndice tiene un agujero y hay peritonitis sistémica, el paciente debe:

- a) Dejar en una posición semisentada para permitir que el contenido de líquido peritoneal drene hacia el fondo de la cápsula Douglas. Por lo tanto, si se forma un absceso, es la pelvis y no el diafragma. La diferencia es que los abscesos intrapélvicos son más fáciles de diagnosticar y manejar que los abscesos subdiafragmáticos.
- b) Mantener el control de las presiones venosas centrales y las diuresis horarias.
- c) Los signos vitales se controlan continuamente hasta que se estabilicen.
- d) Continuar manejando los líquidos de acuerdo con la peritonitis.
- e) Analgésicos según las necesidades.³²

7.- COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

- 1er Día Postoperatorio:
 - ✓ Hemorragia
 - ✓ Evisceración por mala técnica
 - ✓ Ileo adinámico
- 2o ó 3er Día Postoperatorio:
 - ✓ Dehiscencia del muñón apendicular

- ✓ Atelectasia
- ✓ Neumonía
- ✓ I.T.U
- ✓ Fístula estercorácea.
- 4o o 5o Día Postoperatorio
 - ✓ Infección de la herida operatoria
- 7o Día Postoperatorio:
 - ✓ Absceso intraabdominal
- 10o Día Postoperatorio:
 - ✓ Adherencias
- 15o Día o Más:
 - ✓ Bridas

7.1 Clasificación:

a.- Según localización:

De acuerdo a Madden son en cuatro puntos:

1) Complicaciones pulmonares:

- La atelectasia usualmente aparece con la anestesia local, raquídea o general, pero con mayor frecuencia con la última.

2) Complicaciones cardiovasculares:

- La trombosis coronaria o en extremidades inferiores; dando lugar en ciertas ocasiones a la tromboflebitis aguda fulminante.

3) Complicaciones de la herida:

- Infección de la herida operatoria se presenta comúnmente tomando un cuadro agudo inflamatorio, a la inspección no hay signos de contaminación, pero

al momento de abrir la cavidad peritoneal la herida se clasifica como infectada por la presencia de pus. Por ello debe tener un buen cuidado postoperatorio.³³

b.- Según tiempo postoperatorio

- **Postoperatorias Mediatas:** son producidas desde la sala operaciones hasta la estancia hospitalaria.³⁴
- **Postoperatorias Tardías**
 - **Hernia incisional:** A través de la incisión en fosa iliaca derecha con antecedentes de infección prolongada y drenaje grande en el sitio de la hernia.
 - **Obstrucción mecánica:** Producida por la presencia de bridas intestinales; más frecuentes en las apendicitis complicadas.
 - **Infertilidad:** Un absceso en fosa iliaca derecha en mujeres puede provocar obstrucción de las trompas hasta en un 31%.

c.- Según Clavien - Dindo

GRADO	DEFINICIÓN
I	Cualquier desviación del curso postoperatorio normal sin la necesidad de tratamiento farmacológico o intervenciones quirúrgicas, endoscópicas y radiológicas. Los regímenes terapéuticos aceptables son los medicamentos como los antieméticos, antipiréticos analgésicos, diuréticos, electrolitos y la fisioterapia. Este grado también incluye las infecciones de la

		herida abierta en la cabecera del paciente.
II		Requiere tratamiento farmacológico con medicamentos distintos de los autorizados para las complicaciones de grado I. También se incluyen las transfusiones de sangre y la nutrición parenteral total.
III		Requiere intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica:
	IIIa	Intervención que no se da bajo anestesia general
	IIIb	Intervención bajo anestesia general
IV		Complicación potencialmente mortal (incluidas las complicaciones del sistema nervioso central: hemorragia cerebral, infarto cerebral, hemorragia subaracnoidea, pero con exclusión
	IVa	Disfunción de un solo órgano (incluyendo la diálisis)
	IVb	Disfunción multiorgánica
V		Muerte de un paciente

7.2 Factores de riesgo para complicaciones postoperatorias

Son todas aquellas circunstancias o situaciones que acelera la probabilidad de que el ser humano pueda contraer una afección o cualquier otro problema de salud.^{35,36}

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Apendicitis Aguda:** La apendicitis aguda es un cuadro de inflamatorio del apéndice.
- **Apendicitis Aguda No Complicada:** Está destinado a la primera y segunda etapa de la apendicitis aguda. Purulento congestivo
- **Apendicitis aguda con complicaciones:** cubre las etapas tercera y cuarta de la apendicitis aguda: necrosis y perforación.
- **Prevalencia:** a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado.
- **Apendicectomía laparoscópica:** Una pequeña base de incisión para que el cirujano vea el monitor de televisión e introduzca instrumentos quirúrgicos en el área donde se realizará toda la operación.
- **Operación de Horsley:** consiste en utilizar una ligadura del apéndice central para la segunda ligadura del muñón del apéndice.
- **Apendicitis congestiva:** cuando la luz del apéndice está obstruida, el moco secretado secreta partes del intestino y no puede fluir libremente y comienza a acumularse en su interior.
- **Apendicitis necrotizante:** si el proceso en forma de pierna es muy violento, la congestión local y la abstinencia e hinchazón de los órganos pueden causar la privación de oxígeno en los tejidos, lo que aumenta la toxicidad de las bacterias y aumenta la flora anaeróbica. Usted Necrosis completa
- **Perforación del apéndice:** caracterizado por la inflamación de los restos del apéndice después de una apendicectomía incompleta. Componga la causa reconocida del dolor FID. Esta suele ser una complicación temprana, pero la afección puede aparecer hasta 50 años después de la apendicectomía.
- **Adhesiones:** forman articulaciones anormales entre las superficies peritoneales. Están compuestos de tejido fibroso, pero también

incluyen vasos sanguíneos, grasa y nervios. Conducen a obstrucción intestinal, infertilidad y posible dolor. Los cirujanos son de difícil acceso y disección, prolongan los tiempos quirúrgicos, aumentan la pérdida de sangre y están predispuestos a sufrir lesiones intestinales.

- **Peritonitis localizada:** el proceso se limita a los procesos circundantes. Hay dos formas, apéndice plastrón y absceso. En el plastrón, la plasticidad peritoneal predomina sobre la supuración, con pequeñas cantidades de pus y numerosas adherencias que rodean los órganos adyacentes y la pared abdominal, lo que determina la inflamación palpable. Este es un mecanismo defensivo y preferido para el paciente.
- **Peritonitis sistémica:** esta complicación se produce como resultado de la perforación del apéndice en niños, especialmente por abscesos que han roto la barrera. La exacerbación repentina de los síntomas generales y locales y la propagación de estos últimos al resto del abdomen caracterizan el desarrollo de esta complicación.
- **Sangrado:** ocurre con mayor frecuencia en pacientes hipertensos o trastornos de la coagulación. Los hematomas de la herida suelen ser el resultado de un sangrado que se puede controlar por medios quirúrgicos. Si se encuentra, vuelva a abrir la herida e identifique y ligue el vaso sangrante.
- **Factores de riesgo:** Son características, características o exposición de un individuo que aumentan sus posibilidades de enfermarse o lesionarse.
- **Estado nutricional:** Estado de una persona producto de la ingesta y adaptaciones fisiológicas, se tomara como referencia el índice de masa corporal calculado con la talla y peso del paciente mediante la fórmula $\text{peso}/\text{talla}^2$; en niños se toma como referencia las tablas de IMC para la edad de la OMS – 2007.
- **Grado de instrucción:** El grado de estudios alcanzado por los

personas.

- **Infecciones de heridas quirúrgicas:** los síntomas generalmente aparecen del tercer al décimo día del postoperatorio, pero pueden aparecer con menos frecuencia antes o después.
- **Tipo de incisión:** enfoque para eliminar el apéndice del ciego.
- **Comorbilidades:** trastornos asociados con la enfermedad primaria. Esto significa la coexistencia de dos o más afecciones médicas no relacionadas.
- **Diagnóstico postoperatorio:** un diagnóstico realizado por el cirujano después de retirar la pieza quirúrgica.
- **Tiempo de enfermedad:** el tiempo transcurrido desde la enfermedad o el diagnóstico de la enfermedad.
- **Tiempo de cirugía:** el tiempo transcurrido desde el inicio hasta el final de la cirugía.
- **Edad:** años de vida del paciente.
- **Complicaciones postoperatorias:** eventos imprevistos que ocurren durante el curso planificado de la cirugía, con reacciones locales o sistémicas que pueden retrasar la recuperación o poner en peligro la función o la vida.
- **Tiempo de hospitalización:** Estancia hospitalaria del paciente que permanece en un establecimiento de salud durante un cierto periodo.
- **Etapa:** etapa basada en los hallazgos quirúrgicos postoperatorios anatomopatológicos.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis general

Ha: Inherente al trabajo por ser de tipo descriptivo.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE ESTUDIO

- Complicaciones postoperatorias de la apendicectomía

2.5.2. DIMENSIONES

- Edad
- Estadio de la apendicitis
- Grado de complicaciones
- Tipo de complicaciones
- Tiempo hospitalario

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

2.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- a) Apendicitis Aguda:** Proceso inflamatorio del apéndice que se presenta en una persona, la cual requiere tratamiento quirúrgico.
- b) Estadio:** Estadio postoperatorio documentado en reporte operatorio
- c) Edad:** Número de años del paciente registrado en historia clínica.
- d) Grado de complicación postoperatoria:** Proceso de clasificación del grado de complicación registrado en la historia clínica.
- e) Tipo de complicación postoperatoria:** desviación del proceso de recuperación que se espera, después de una intervención quirúrgica.
- f) Tiempo hospitalario:** Calculo de tiempo desde la admisión hospitalaria hasta su alta del hospital

2.6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

- a) **Apendicitis Aguda:** Variable categórica medida en escala nominal obtenida de la historia clínica.
- b) **Estadio:** Variable categórica medida en escala nominal obtenida de la historia clínica.
- c) **Edad:** Variable numérica medida en escala de razón obtenida de la historia clínica.
- d) **Grado de complicación postoperatoria:** Variable categórica que considera la gravedad de las complicaciones y su interferencia en el curso clínico de los pacientes operados.
- e) **Tipo de complicación postoperatoria:** Variable categórica de un suceso desfavorable que se puede presentar en los pacientes sometidos a cirugía.
- f) **Tiempo hospitalario:** Variable numérica medida en escala de razón obtenida de la historia clínica.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **Descriptivo:** Describe sucesos o fenómenos que sucedan durante el desarrollo de la investigación.
- **Transversal** porque se va a realizar en un solo tiempo
- **Retrospectivo:** porque los datos serán obtenidos cuando el evento ya ha sucedido.
- **Observacional:** el investigador no pretenderá hacer modificaciones en los factores que se ven influenciados.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Representada por 400 pacientes mayores de 15 años apendicectomizados, en el servicio de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero a Octubre del 2019.

3.2.2. MUESTRA

Tipo de muestreo: Aleatorio simple

En este método, la probabilidad de que cada miembro de la población sea seleccionado como sujeto es la misma. Todo el proceso de muestreo se realiza en un solo paso, y cada sujeto

se selecciona independientemente de los demás miembros de la población.

A cada miembro de la población se le asigna un número. Todos los números se mezclan en un tazón o sombrero. Con los ojos vendados, los investigadores han eliminado las etiquetas numeradas. Todas las personas que tienen los números tomados por los investigadores son el tema del estudio.

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2pqN}{E^2(N - 1) + Z^2pq} = \frac{1.95^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 400}{0.05^2(399) + 1.95^2 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$n = 196$$

Dónde:

De donde se obtiene 196 pacientes apendicectomizados, que constituirán la unidad de análisis.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

a) Criterios de Inclusión:

- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes mayores de 15 años
- Pacientes que fueron operados de Apendicectomía en el Departamento de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro, entre Enero a Octubre del 2019.

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía del Santa María del Socorro de Ica, con diagnóstico de complicación posquirúrgica operados de apendicitis aguda en otro Centro hospitalario.
- Pacientes postoperados por otras enfermedades.
- Pacientes menores de 15 años

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS

Documental. El presente estudio será realizado en las instalaciones del servicio de Cirugía general en el Hospital Santa María del Socorro en la ciudad de Ica, en el período comprendido desde Enero a Octubre del 2019.

3.3.2. INSTRUMENTOS

Una ficha epidemiológica de recolección de datos (**VER ANEXO N°2**)

➤ VALIDACION DEL INSTRUMENTO:

Para la validez del instrumento de la presenta investigación, fueron evaluados mediante un juicio de expertos, constituido por 3 expertos: 1 metodólogo, 1 estadista y 1 especialista en el tema, quienes validaron dicho instrumento emitiendo su firma de conformidad, opinión de aplicabilidad y promedio de valoración. (**VER ANEXO N°3**)

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizará una ficha de datos y se complementara con ayuda de la historia clínica del paciente.

Mediante una ficha de datos y con ayuda de la historia clínica se procederá a extraer los datos del paciente, la edad, estudio anatomopatológico, el tipo de incisión quirúrgica, la presencia de complicación, y tiempo hospitalario.

3.5.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 25.

En cuanto a la evaluación de los resultados se determinara por medio porcentaje y tablas de frecuencia de datos de los pacientes, empleando la prueba estadística del Chi cuadrado.

3.6.- ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio será presentado al Comité de Ética con el fin de cumplir las exigencias éticas establecidas y de salvaguardar la identidad de los participantes. Se cumplirá las exigencias impuestas por la Declaración de Helsinki, Código de Núremberg, Informe de Belmont, Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO y, la Ley de Protección de los datos personales (Ley N° 29733).

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

PREVALENCIA DE PACIENTES POSTOPERADOS DE APENDICECTOMÍA QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019

Tabla N° 01

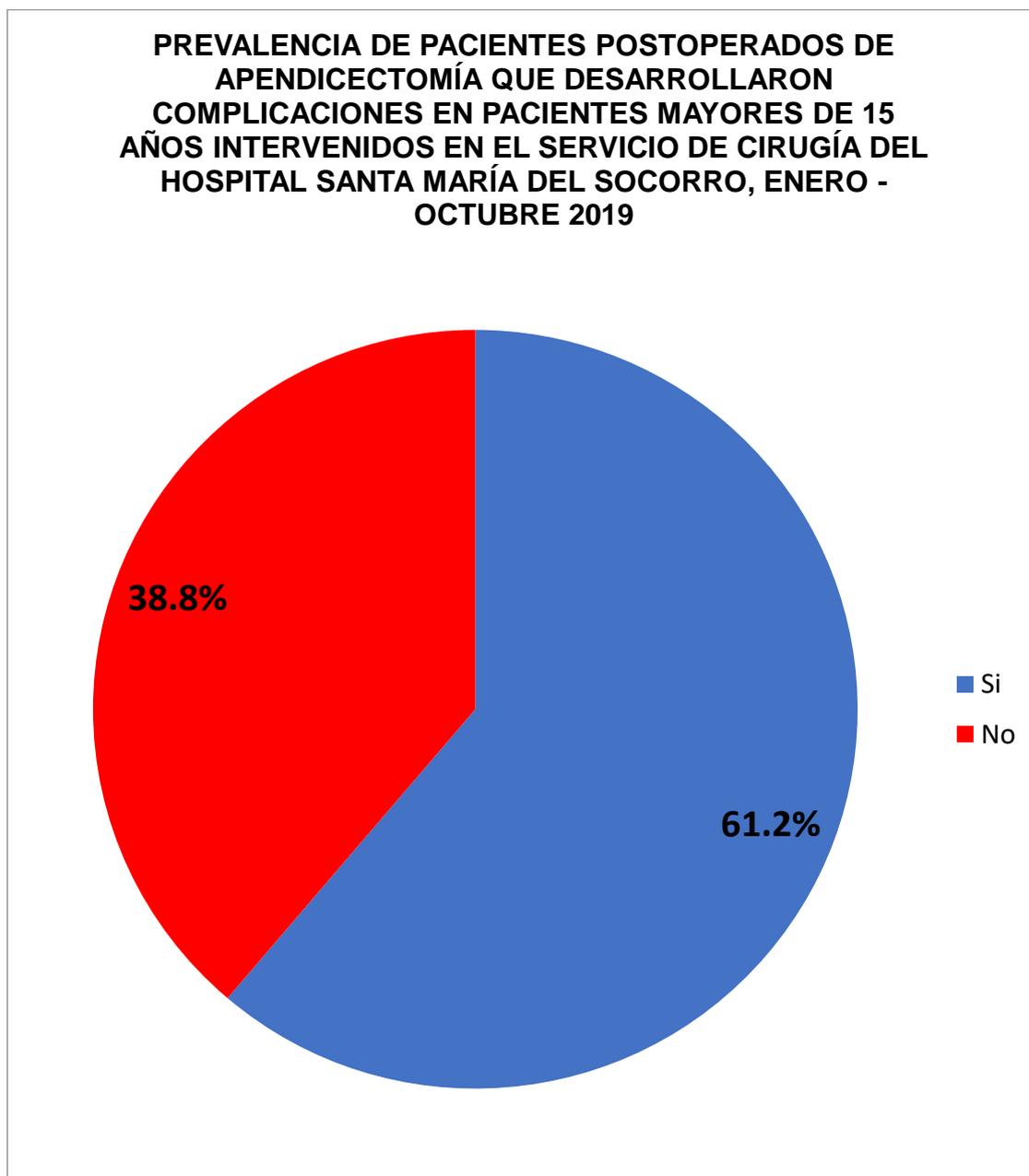
COMPLICACIÓN		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	120	61.2%
NO	76	38.8%
TOTAL	196	100%

Fuente: Elaboración propia y datos obtenidos del programa SPSS

Interpretación:

En la tabla N° 01, se puede apreciar que de 196 pacientes el 61.2% presentaron complicaciones postoperatorias por apendicitis y 38.8% no presentaron complicaciones postoperatorias por apendicitis.

Gráfico N°01



Comentario:

En el grafico N°01, se observa que el 61.2% presentaron complicaciones postoperatorias por apendicitis y 38.8% no presentaron complicaciones postoperatorias por apendicitis.

**GRUPO ETARIO MÁS FRECUENTE QUE PRESENTA COMPLICACIONES
POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES
MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE
2019**

Tabla N° 02

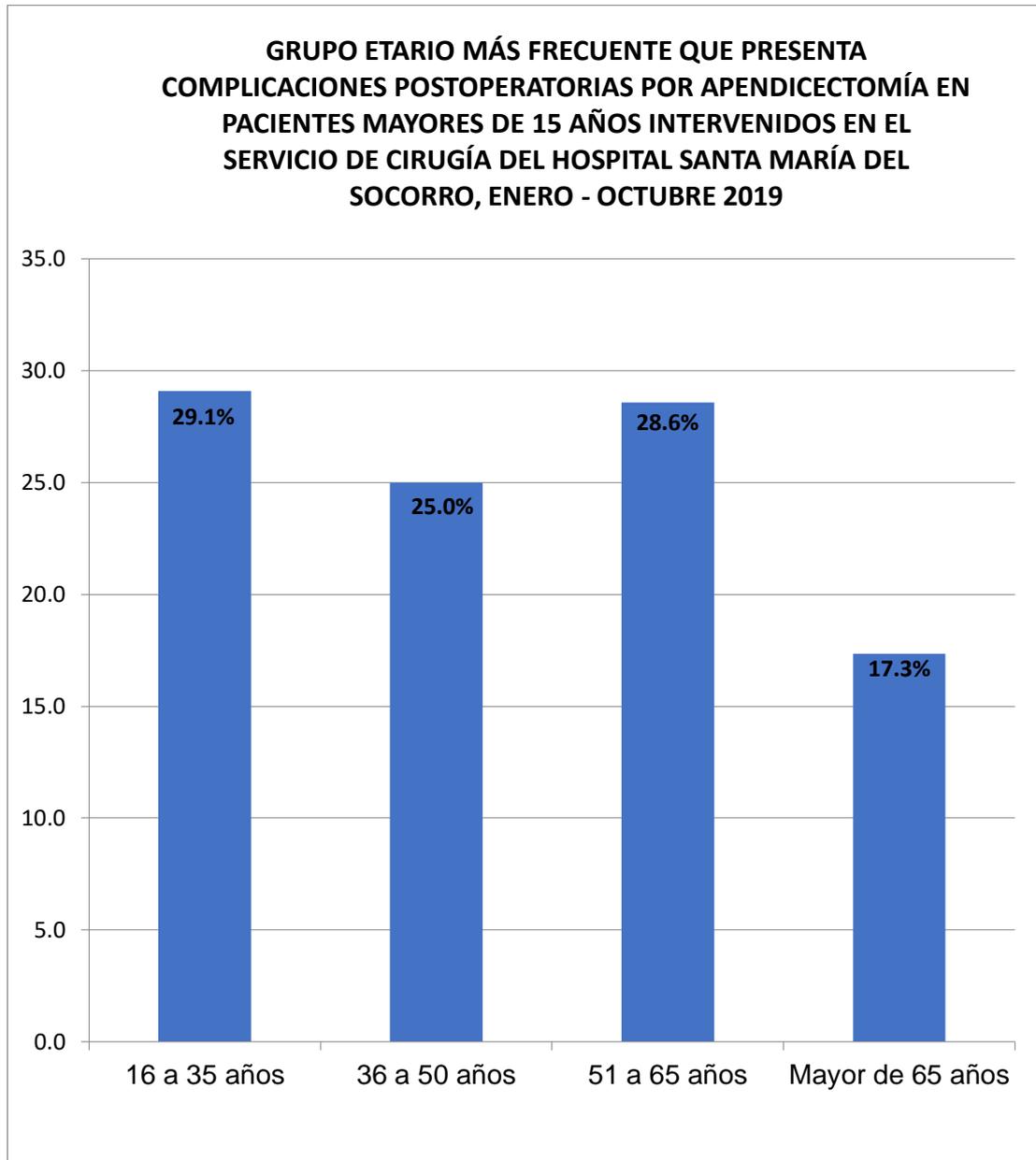
EDAD DEL PACIENTE		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16 A 35 AÑOS	57	29.1%
36 A 50 AÑOS	49	25.0%
51 A 65 AÑOS	56	28.6%
MAYOR DE 65 AÑOS	34	17.3%
TOTAL	196	100%

Fuente: Elaboración propia y datos obtenidos del programa SPSS

Interpretación:

En la tabla N° 02, se puede apreciar que de 196 pacientes postoperados de apendicectomía los grupos etarios fueron, el 29.1%, son de 16 a 35 años, el 25.0% son de 36 a 50 años, el 28.6% se encuentran entre las edades de 51 a 65 años y el 17.3%.son mayores de 65 años.

Gráfico N°02



Comentario:

En el grafico N°02, se observa que el 29.1%, son de 16 a 35 años, el 25.0% son de 35 a 50 años, el 28.6% se encuentran entre las edades de 51 a 65 años y el 17.3% son mayores de 65 años.

**SEXO MÁS FRECUENTE QUE PRESENTA COMPLICACIONES
POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES
MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE
2019**

Tabla N° 03

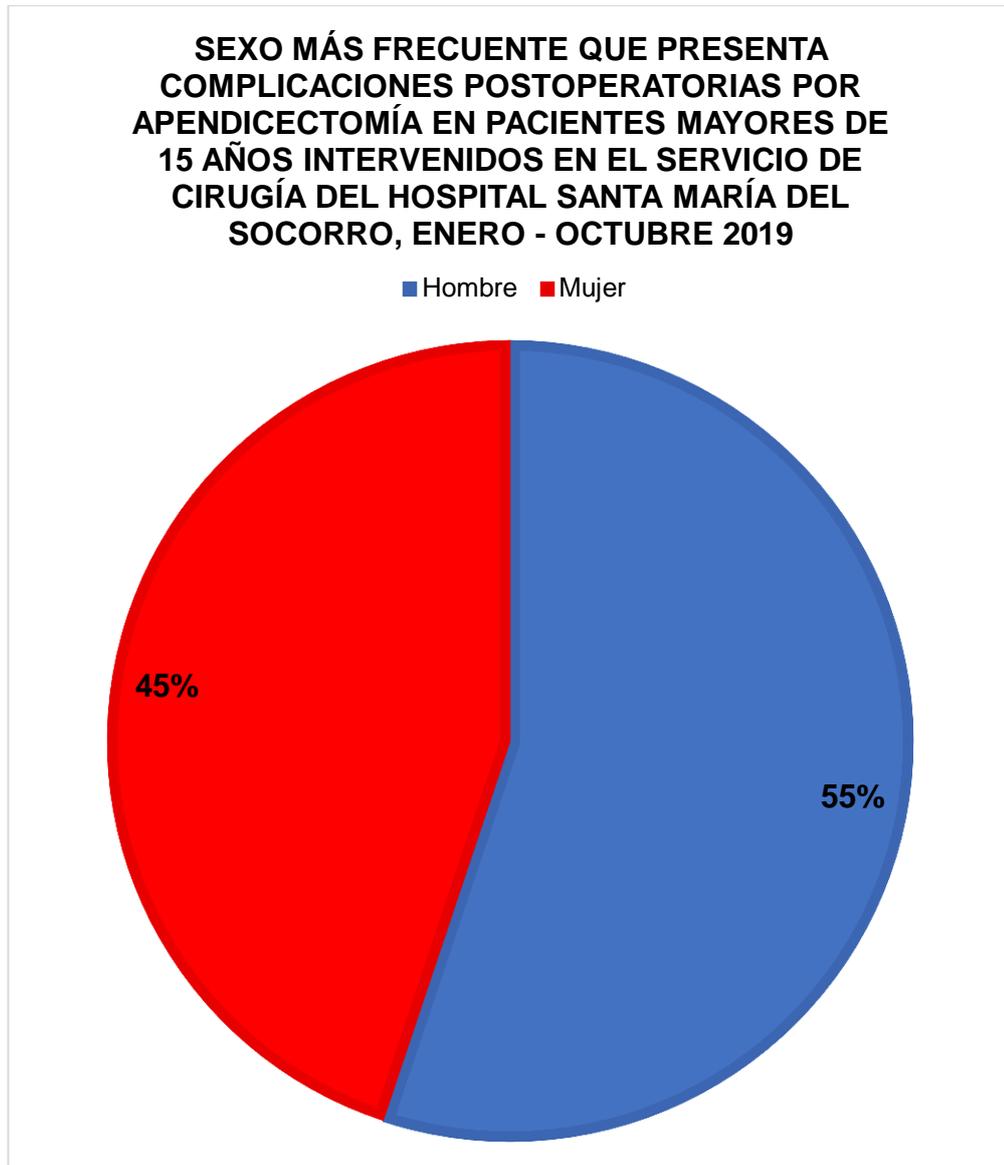
SEXO DEL PACIENTE		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	108	55.1%
MUJER	88	44.9%
TOTAL	196	100%

Fuente: Elaboración propia y datos obtenidos del programa SPSS

Interpretación:

En la tabla N° 03, se puede apreciar que de 196 pacientes postoperados de apendicectomía el sexo que mayor predominio fue el masculino con el 55.1% y el 44.9% fue el sexo femenino.

Gráfico N° 3



Comentario:

En el grafico N°03, se observa que el sexo que mayor predominio fue el masculino con el 55.1% y el 44.9% fue el sexo femenino.

**GRADO DE INSTRUCCION MÁS FRECUENTE QUE PRESENTA EN LAS
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN
PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO -
OCTUBRE 2019**

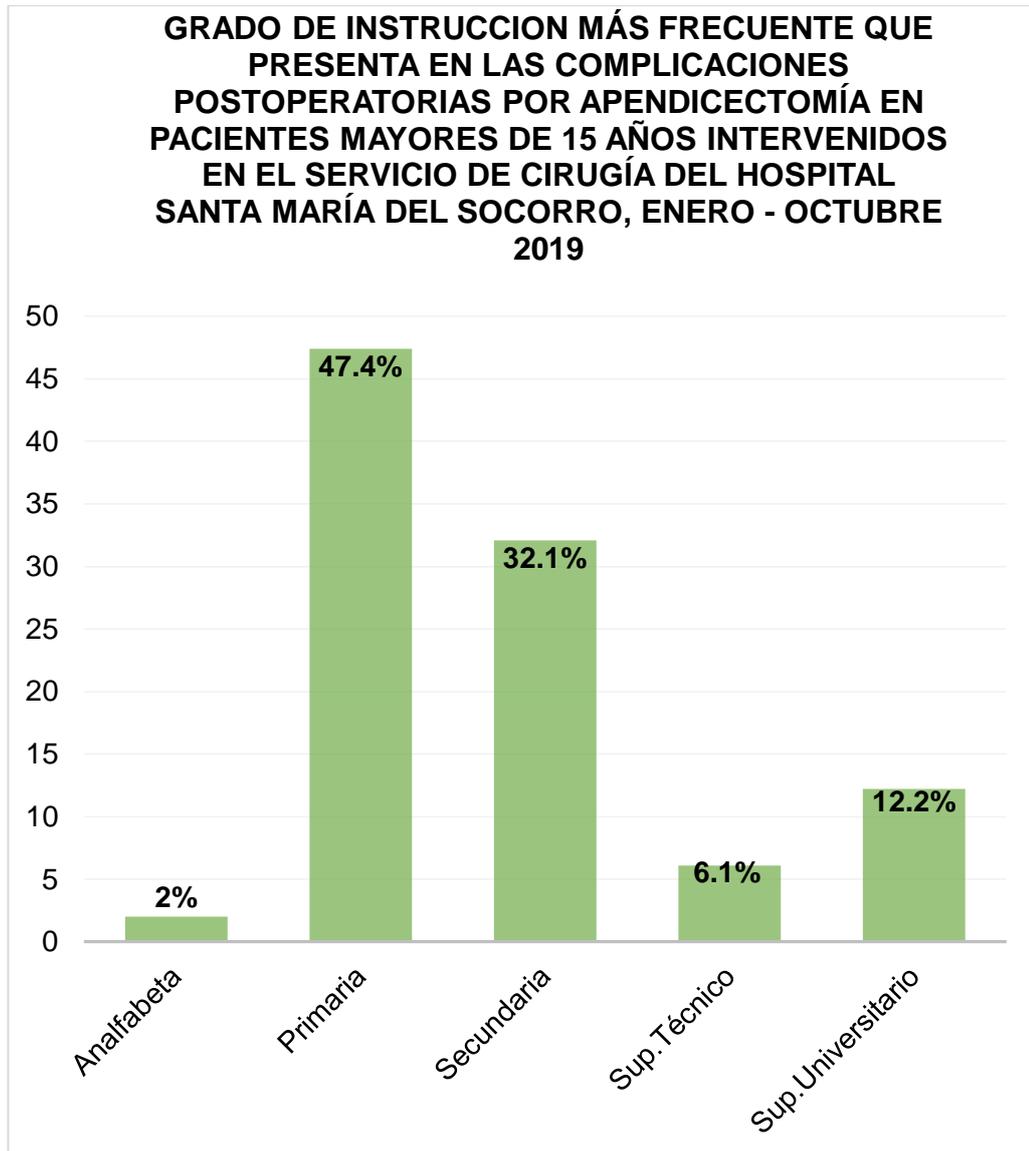
Tabla N° 04

GRADO DE INSTRUCCIÓN		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	4	2.0%
PRIMARIA	93	47.4%
SECUNDARIA	63	32.1%
SUP.TÉCNICO	12	6.1%
SUP.UNIVERSITARIO	24	12.2%
TOTAL	196	100%

Interpretación:

En la tabla N° 04, se puede apreciar que de 196 pacientes postoperados de apendicectomía el grado de instrucción que mayor predominio fue el nivel primario con el 47.4%, seguido del nivel secundario con el 32.1%, el 12.2% fue para superior universitario, el 6.1% de universitario técnico y finalmente solo el 2% fueron analfabetas.

Gráfico N°03



Comentario.

En el grafico N°04, se observa que el grado de instrucción que mayor predominio fue el nivel primario con el 47.4%, seguido del nivel secundario con el 32.1%, el 12.2% fue para superior universitario, el 6.1% de universitario técnico y finalmente solo el 2% fueron analfabetas.

**FRECUENCIA SEGÚN EL ESTADIO DEL CUADRO DE APENDICITIS EN
PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO -
OCTUBRE 2019**

Tabla N° 05

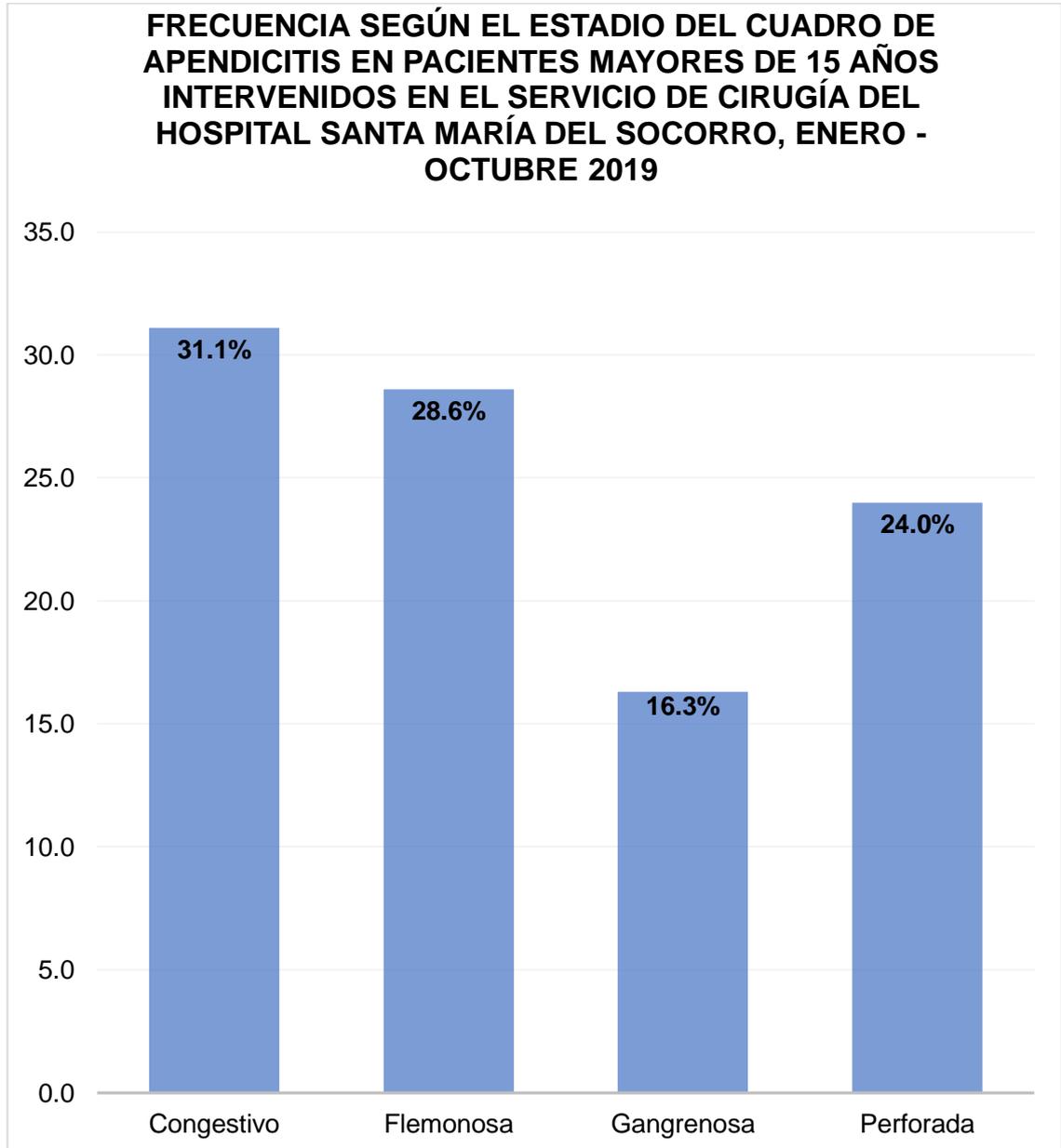
ESTADIO DE LA ENFERMEDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONGESTIVO	61	31.1%
FLEMONOSA	56	28.6%
GANGRENOSA	32	16.3%
PERFORADA	47	24%
TOTAL	196	100%

Fuente: Elaboración propia y datos obtenidos del programa SPSS

Interpretación:

En la tabla N° 05, se puede apreciar la frecuencia del estadio del cuadro de apendicitis en 196 pacientes, de lo cual el 31.1% estuvieron en estadio congestivo, el 28.6% en estadio flemonoso, el 16.3% en estadio gangrenado y el 24.0% en estadio perforado.

Gráfico N°05



Comentario:

En el grafico N°05, se observa que el 31.1% estuvieron en estadio congestivo, el 28.6% en estadio flemonoso, el 16.3% en estadio gangrenado y el 24% en estadio perforado.

**GRADO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR
 APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS
 INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA
 MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019**

Tabla N° 06

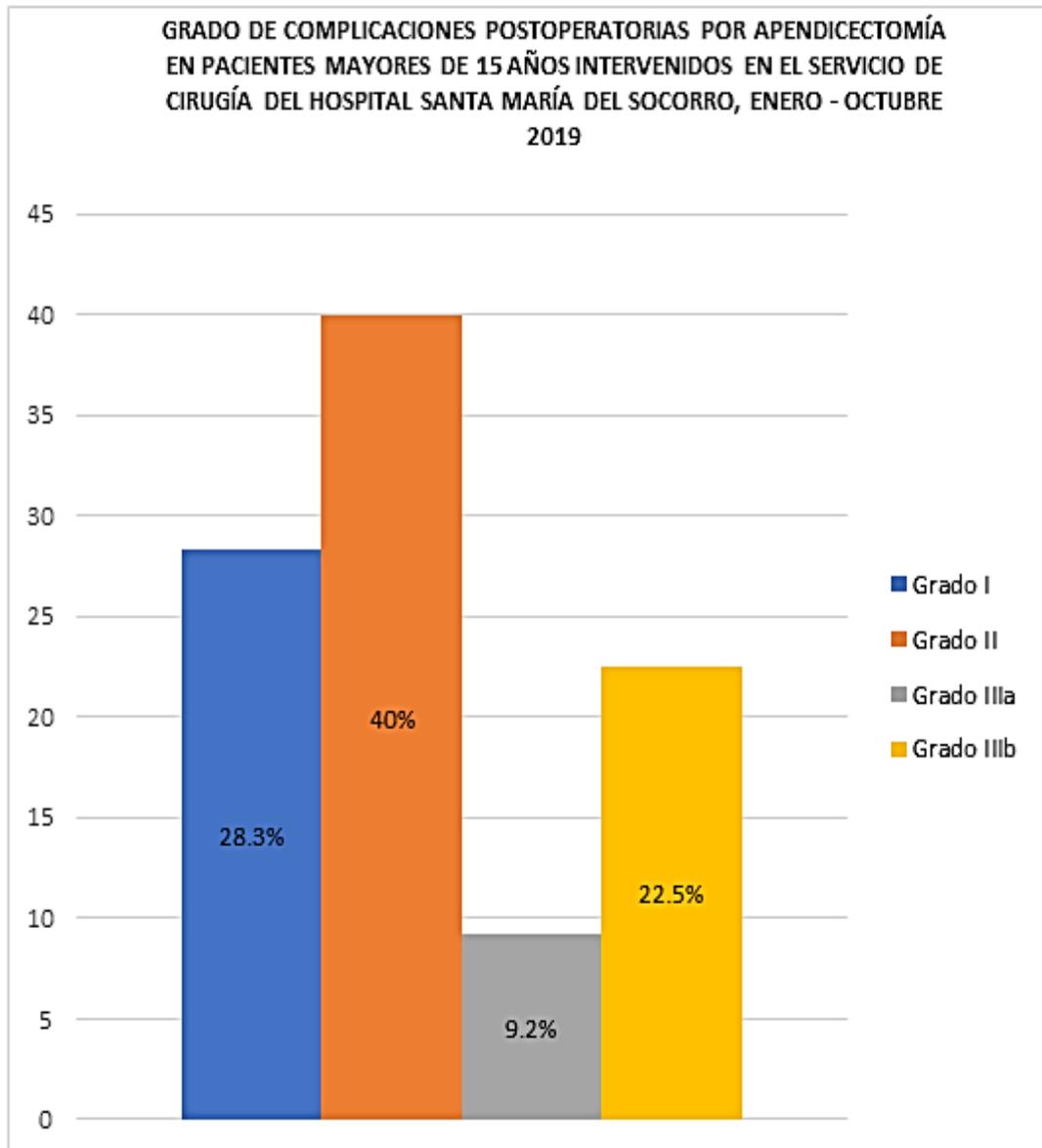
GRADO DE COMPLICACIONES		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRADO I	34	28.3%
GRADO II	48	40%
GRADO IIIA	11	9.2%
GRADO IIIB	27	22.5%
TOTAL	120	100%

Fuente: Elaboración propia y datos obtenidos del programa SPSS

Interpretación:

En la tabla N° 06, se puede apreciar las complicaciones postoperatorias según su grado de clasificación de Clavien - Dindo por apendicectomía, donde el 28.3% pertenece al grupo I, el Grado II con 40.0%, Grado IIIa con 9.2%, Grado IIIb con 22.5%.

Gráfico N°06



Comentario:

En el grafico N°06, se observa el grado de clasificación de Clavien - Dindo por apendicectomía, donde el 28.3% pertenece al grupo I, el Grado II con 40.0%, Grado IIIa con 9.2%, Grado IIIb con 22.5%.

**TIPOS DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR
 APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS
 INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA
 MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019**

Tabla N° 07

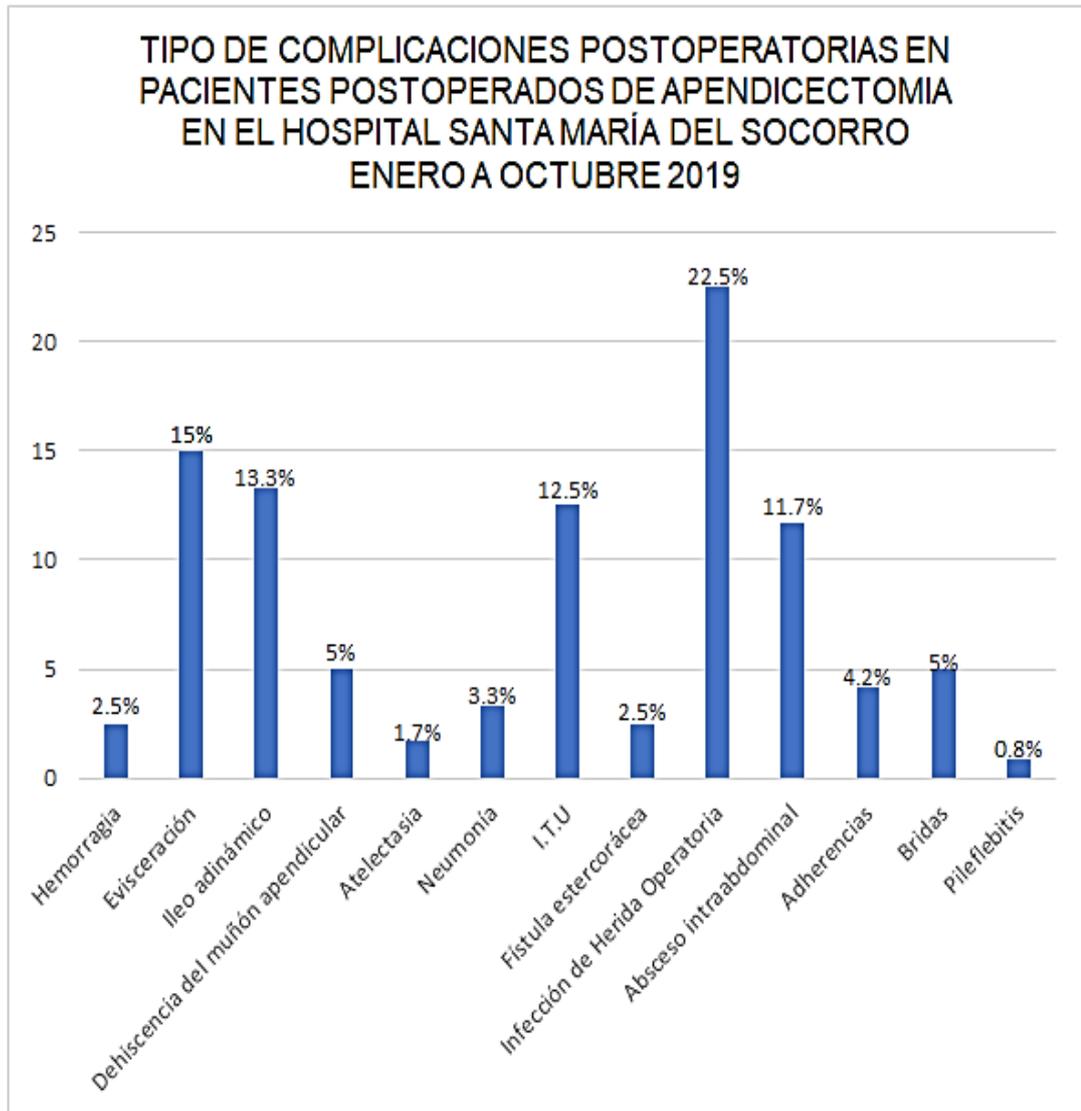
TIPO DE COMPLICACIONES		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEMORRAGIA	3	2.5%
EVISCERACIÓN	18	15.0%
ILEO ADINÁMICO	16	13.3%
DEHISCENCIA DEL MUÑÓN APENDICULAR	6	5.0%
ATELECTASIA	2	1.7%
NEUMONÍA	4	3.3%
I.T.U	15	12.5%
FÍSTULA ESTERCORÁCEA	3	2.5%
INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA	27	22.5%
ABSCESO INTRAABDOMINAL	14	11.7%
ADHERENCIAS	5	4.2%
BRIDAS	6	5.0%
PILEFLEBITIS	1	0.8%
TOTAL	120	100.0%

Fuente: Elaboración propia y datos obtenidos del programa SPSS

Interpretación:

En la tabla N° 07, se puede apreciar los tipos de complicaciones postoperatorias por apendicectomía, donde el 2.5% presentó Hemorragia, Evisceración 15%, Íleo adinámico 13.3%, Dehiscencia del muñón apendicular 5.0%, Atelectasia 1.7%, Neumonía 3.3%, I.T.U 12.5%, Fístula estercorácea 2.5%, Infección de Herida Operatoria 22.5%, Absceso Intraabdominal 11.7%, Adherencias 4.2% y Bridas 5.0% y Pileflebitis 0.8%.

Gráfico N°07



Comentario:

En el grafico N°07, se observa los tipos de complicaciones postoperatorias por apendicectomía, donde el 2.5% presentó Hemorragia, Evisceración 15%, Íleo adinámico 13.3%, Dehiscencia del muñón apendicular 5.0%, Atelectasia 1.7%, Neumonía 3.3%, I.T.U 12.5%, Fístula estercorácea 2.5%, Infección de Herida Operatoria 22.5%, Absceso Intraabdominal 11.7%, Adherencias 4.2% y Bridas 5.0% y Pileflebitis 0.8%.

**TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN LAS COMPLICACIONES
POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA EN PACIENTES
MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE
2019**

Tabla N° 08

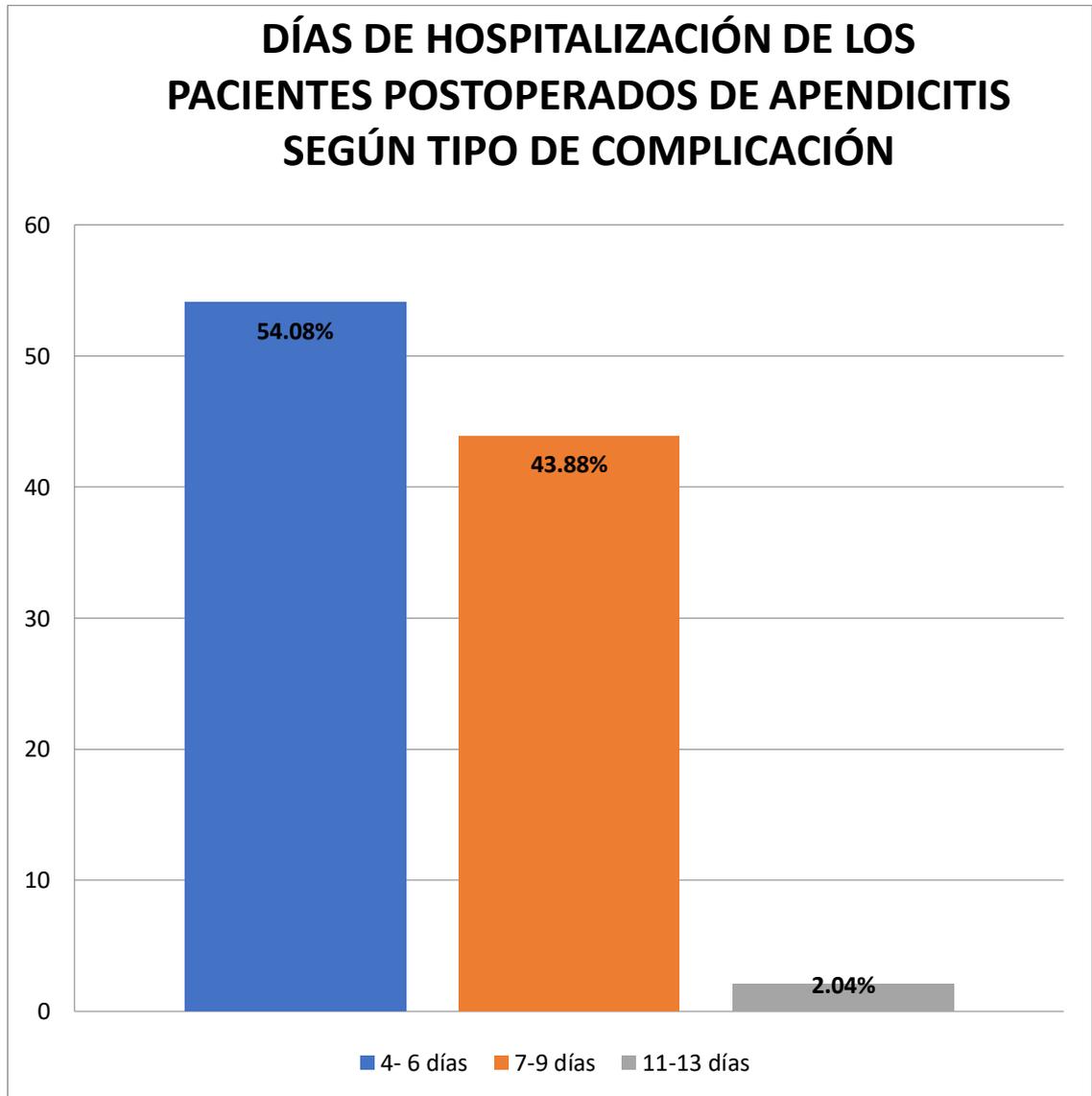
TIEMPO HOSPITALARIO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 - 6 DÍAS	106	54.08%
7 - 9 DÍAS	86	43.88%
11 - 13 DÍAS	4	2.04%
TOTAL	196	100%

Fuente: Elaboración propia y datos obtenidos del programa SPSS

Interpretación:

En la tabla N° 08, se puede apreciar el tiempo hospitalario según las complicaciones postoperatorias por apendicitis, donde el 54.08% tuvo una estadía de 4 a 6 días, el 43.88% tuvo una estadía de 7 a 9 días y el 2.04% tuvo una estancia de 11 a 13 días.

Gráfico N°08



Comentario:

En el gráfico N°08, se observa el tiempo hospitalario según las complicaciones postoperatorias por apendicitis, donde el 54.08% tuvo una estadía de 4 a 6 días, el 43.88% tuvo una estadía de 7 a 9 días y el 2.04% tuvo una estancia de 11 a 13 días.

ASOCIACION ENTRE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y EL ESTADIO DEL CUADRO DE APENDICITIS EN PACIENTES MAYORES

**DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019**

Tabla N° 09

TABLA CRUZADA ENTRE COMPLICACIONES Y ESTADIO DE LA ENFERMEDAD			
ESTADIO DE LA ENFERMEDAD	COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS		
	SI	NO	TOTAL
CONGESTIVA	29	32	61
RECuento % DEL TOTAL	14.8%	16.3%	31.12%
FLEMONOSA	32	24	56
RECuento % DEL TOTAL	16.33%	12.2%	28.57%
GANGRENOSA	27	5	32
RECuento % DEL TOTAL	13.78%	2.55%	16.33%
PERFORADA	32	15	47
RECuento % DEL TOTAL	16.33%	7.65%	23.98%
TOTAL	120	76	196
RECuento % DEL TOTAL	61.22%	38.78%	100%

Fuente: Elaboración propia y datos obtenidos del programa SPSS

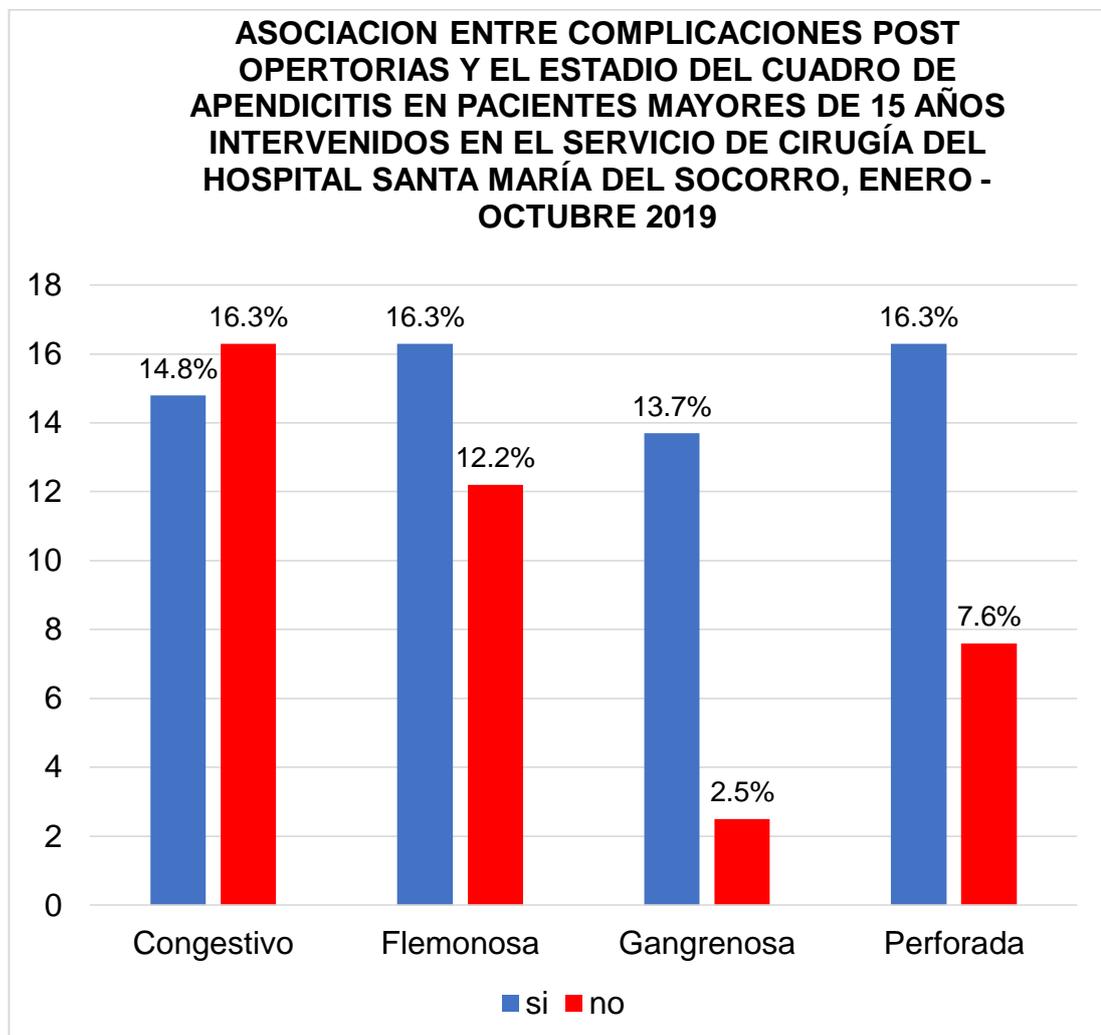
Interpretación:

En la tabla N°09: del total de pacientes 196, el 31.12% (61 pacientes) se encuentran en un estadio congestiva en el 2019, de los cuales el 14.8% (29 paciente) presentaron complicaciones post operatorias, el 16.3% (32 pacientes) no presentaron complicaciones post operatorias. Asimismo, el 28.5% (56 pacientes) se encuentran en el estadio flemonosa, de los cuales

el 16.3%(32 pacientes) presentaron complicaciones post operatorias y el 12.2% (24 pacientes) no presentaron complicaciones post operatorias.

De los estadios el 16.3% (32 pacientes) se encuentran en el estadio gangrenoso, de los cuales el 13.7% (27 pacientes) presentaron complicaciones post operatorias y el 2.5% (5 pacientes) no presentaron complicaciones post operatorias, por otro lado el 23.9% (47 pacientes) con estadio perforado, el 16.3% (32 pacientes) presentaron complicaciones post operatorias y el 7.6% (15 pacientes) no presentaron complicaciones post operatorias.

Gráfico N°09



En el grafico N°09, se observa el estadio congestivo, de los cuales el 14.8% presentaron complicaciones post operatorias, el 16.3% no presentaron complicaciones post operatorias. Asimismo, el estadio flemonoso, de los cuales el 16.3% presentaron complicaciones post operatorias y el 12.2% no presentaron complicaciones post operatorias, el estadio gangrenoso, el 13.7% presentaron complicaciones post operatorias y el 2.5% no presentaron complicaciones post operatorias, por otro lado el estadio perforado, el 16.3% presentaron complicaciones post operatorias y el 7.6% no presentaron complicaciones post operatorias.

ASOCIACIÓN ENTRE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y EL ESTADIO DEL CUADRO DE APENDICITIS EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019

INTERPRETACION:

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.360 ^a	3	0,004

Para determinar la Asociación entre complicaciones post operatorias y el estadio del cuadro de apendicitis, se realizó la hipótesis Chi cuadrado donde se obtuvo $\chi^2 = 13.360^a$ y $p = 0,004$ siendo esto menor a 0,05 acorde a la significación asintótica bilateral al 5% por lo tanto se determinó que si existe relación estadísticamente significativa entre complicaciones post operatorias y el estadio del cuadro de apendicitis.

ASOCIACION ENTRE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y EDAD DE LOS PACIENTES MAYORES INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019

Tabla N° 10

TABLA CRUZADA ENTRE COMPLICACIONES Y EDAD DEL PACIENTE			
EDAD DEL PACIENTE	COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS		
	SI	NO	TOTAL
16 – 35 AÑOS	36	21	57
RECUENTO % DEL TOTAL	18.4%	10.7%	29.1%
36 – 50 AÑOS	27	22	49
RECUENTO % DEL TOTAL	13.8%	11.2%	25%
51 – 65 AÑOS	31	25	56
RECUENTO % DEL TOTAL	15.8%	12.8%	28.6%
MAYOR DE 65 AÑOS	26	8	34
RECUENTO % DEL TOTAL	13.3%	4.1%	17.3%
TOTAL	120	76	196
RECUENTO % DEL TOTAL	61.2%	38.8%	100%

Fuente: Elaboración propia y datos obtenidos del programa SPSS

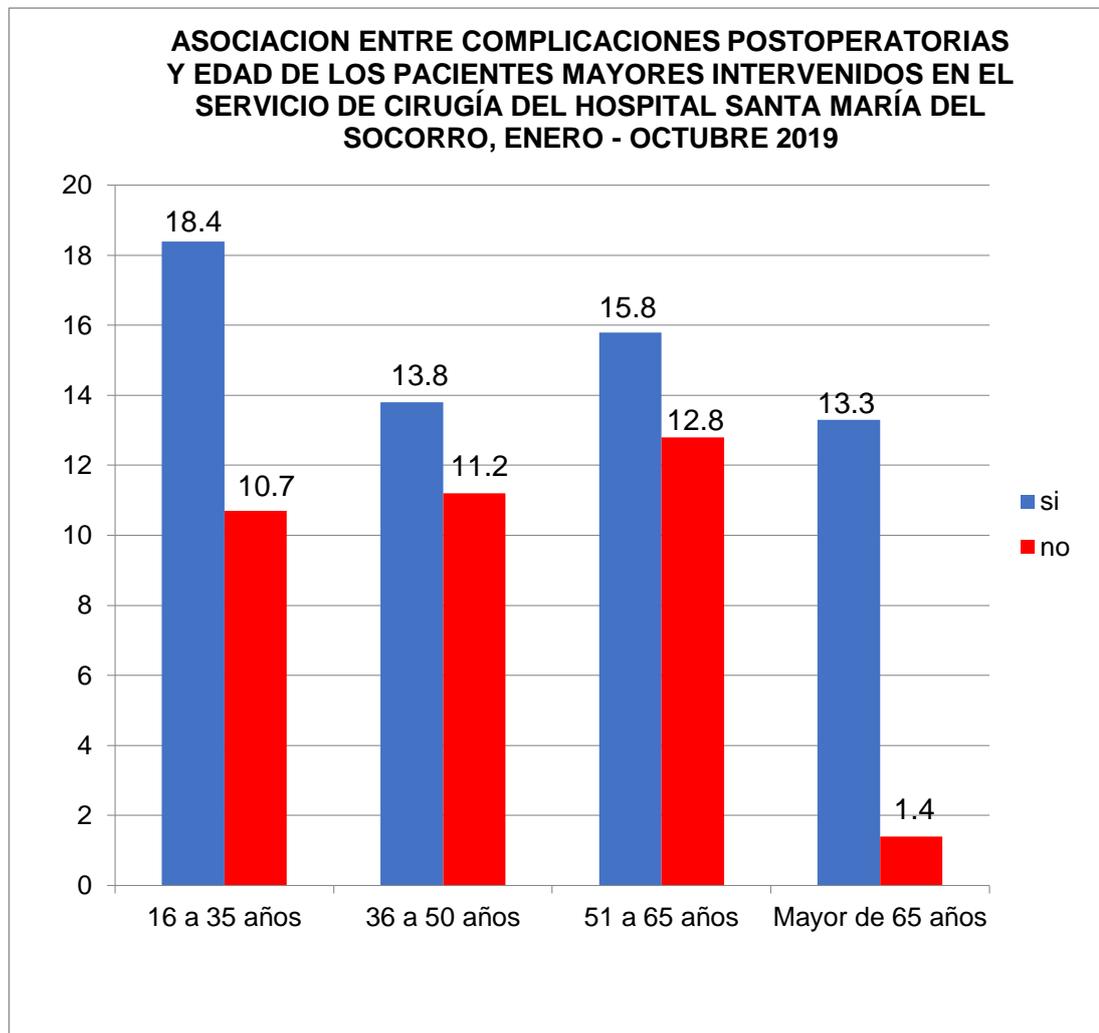
Interpretación:

En la tabla N° 10: del total de pacientes 196, el 29.1% (57 pacientes) están entre las edades de 16 a 35 años en el 2019, de los cuales el 18.4% (36 pacientes) presentaron complicaciones postoperatorias, el 10.7% (21 pacientes) no presentaron complicaciones postoperatorias. Asimismo, el

25% (49 pacientes) se encuentran entre las edades de 36 a 50 años, de los cuales el 13.8% (27 pacientes) presentaron complicaciones postoperatorias y el 11.2% (22 pacientes) no presentaron complicaciones postoperatorias.

De las edades el 28.6% (56 pacientes) están entre las edades de 51 a 65 años, de los cuales el 15.8% (31 pacientes) presentaron complicaciones postoperatorias y el 12.8% (25 pacientes) presentaron complicaciones postoperatorias, por otro lado el 17.3% (34 pacientes) son mayores de 65 años, el 13.3% (26 pacientes) presentaron complicaciones postoperatorias y el 4.1% (8 pacientes) no presentaron complicaciones postoperatorias.

Gráfico N°10



De acuerdo a los pacientes entre las edades de 16 a 35 años que han presentado complicaciones postoperatorias son el 18.4% y el 10.7% no presentaron complicaciones postoperatorias. Asimismo, las edades de 36 a 50 años, el 13.8% presentaron complicaciones postoperatorias y el 11.2% no presentaron complicaciones postoperatorias, las edades de 51 a 65 años, de los cuales el 15.8% presentaron complicaciones postoperatorias y el 12.8% no presentaron complicaciones postoperatorias, por otro lado los mayores de 65 años, el 13.3% presentaron complicaciones postoperatorias y el 4.1% no presentaron complicaciones postoperatorias.

ASOCIACION ENTRE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y EDAD DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ENERO - OCTUBRE 2019

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,004	3	0,171

INTERPRETACION:

Para determinar la Asociación entre complicaciones postoperatorias y la edad de los pacientes intervenidos, se realizó la hipótesis Chi cuadrado donde se obtuvo $\chi^2 = 5,004^a$ y $p = 0,171$ siendo esto mayor a 0,05 acorde a la significación asintótica bilateral al 5% por lo tanto se determinó que no existe relación estadísticamente significativa entre complicaciones postoperatorias y la edad de los pacientes intervenidos.

4.2. DISCUSIÓN

La apendicitis es una patología muy común en los diferentes nosocomios nacionales, donde se intervienen quirúrgicamente en estadios avanzados de la patología que se asocia a una mayor morbimortalidad y mayor tiempo de hospitalización con mayores gastos generados al estado. Por ello pasamos a detallar los resultados obtenidos en esta investigación:

En la tabla N° 01 Se determinó que la prevalencia de complicaciones postoperatorias en los pacientes postoperados de apendicitis en sus diferentes estadios y en pacientes mayores de 15 años de ambos sexos es de 61.2%. Suárez (13) en el 2018 en Bogotá encuentra una prevalencia de complicaciones postoperatorias de 28% que es un porcentaje mayor al encontrado en el estudio explicable porque la muestra estudiada en el estudio de Suárez es menor al del estudio.

En la tabla N° 02 se determinó que las complicaciones postquirúrgicas son diferentes según los grupos etarios, así en el grupo etario que mayor destaque fueron de 16 a 35 años al igual que el estudio de Bendezú (16) en Huancayo encuentra que el promedio de edad de los pacientes operados de apendicitis en este nosocomio es de 38 años, similar al encontrado en el estudio donde en grupo etario 16 a 50 años.

En la tabla N° 03, se puede apreciar que de 196 pacientes postoperados de apendicectomía el sexo que mayor predominio fue el masculino con el 55.1% y el 44.9% fue el sexo femenino.

En la tabla N° 04, se puede apreciar que de 196 pacientes postoperados de apendicectomía el grado de instrucción que mayor predominio fue el nivel primario con el 47.4%, seguido del nivel secundario con el 32.1%, el 12.2% fue para superior universitario, el 6.1% de universitario técnico y finalmente solo el 2% fueron analfabetas.

En la tabla N° 05 se verificó los estadios de los apéndices operados en el Hospital Santa María del Socorro entre Enero a Octubre del 2019 que presentaron complicaciones, determinándose que la mayoría son apéndices en estadios avanzados como son la gangrenosa y la perforada que hacen 44.9% de los casos, lo que indica deficiencias en el diagnóstico de los pacientes o de lo contrario a una búsqueda de ayuda médica tardías por parte del paciente, o la combinación de ambas. Herrera (14) en su estudio desarrollado en México en el 2017 determina que el hallazgo habitual durante la operación de apendicectomías es la peritonitis por perforación apendicular.

En la tabla N° 06, se puede apreciar las complicaciones postoperatorias según su grado de clasificación de Clavien - Dindo por apendicectomía, donde el 28.3% pertenece al grupo I, el Grado II con 40.0%, Grado IIIa con 9.2%, Grado IIIb con 22.5%.

En la tabla N° 07 se determinó los tipos de complicaciones presentados por los pacientes postoperados de apendicitis, siendo la infección de la herida operatoria la más frecuente, al igual que el estudio de Soriano (11) realizada en España en el 2019 determina que las complicaciones postoperatorias tienen relación con la técnica de trato de secreciones en cavidad abdominal de los pacientes operados, indicando que la irrigación de los mismo aumenta la probabilidad de complicación postoperatoria encontrando una tasa de abscesos residuales de 22.4%. Mientras que Durand (17) encuentra en su estudio en Lima que 54.5% de pacientes se operan de apendicitis en estadios complicados. Y Pachas (18) en su estudio indica que la perforación apendicular es la complicación más frecuente. Y Baltazar (19) en el Hospital Sergio Bernal indica que la infección del sitio operatorio es la complicación más frecuente, lo que estaría en relación a las técnicas quirúrgicas diversas que emplean los cirujanos. Alayo (20) en su estudio indica a la infección del sitio operatorio y a la obstrucción como las complicaciones más frecuentes.

En la tabla N° 08 finalmente se analiza el tiempo de estancia hospitalaria que dio en nuestro estudio de 4 a 6 días, al igual que el estudio de Cárdenas (12) en Cuba en el 2018 encuentra que el tiempo promedio de hospitalización de los pacientes postoperados de apendicectomías es de 2.8 días, explicable porque el promedio incluye a paciente complicados y no complicados, motivo por el cual el tiempo de hospitalización en este trabajo es significativamente menor al encontrado en la investigación de 6.86 días. Más bien el estudio de Vinicio (15) en el 2015 en la Cuenca en el Ecuador encuentra un tiempo de hospitalización promedio de los pacientes operados de apendicitis complicadas de más de 4 días.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

La prevalencia de pacientes postoperados de apendicectomías que desarrollan complicaciones postoperatorias es de 61.2% de pacientes operados en el Hospital Santa María del Socorro de Enero a Octubre del 2019.

El sexo que mayor predominio fue el masculino con el 55.1% y el 44.9% fue el sexo femenino.

El grado de instrucción que mayor predominio fue el nivel primario con el 47.4%, seguido del nivel secundario con el 32.1%, el 12.2% fue para superior universitario, el 6.1% de universitario técnico y finalmente solo el 2% fueron analfabetas.

Los pacientes operados de apendicectomía en el Hospital Santa María del Socorro de enero a octubre del 2019 que desarrollaron complicaciones, el 31.1% estuvieron en estadio congestivo, el 28.6% en estadio flemonoso, el 16.3% en estadio gangrenado y el 24.0% en estadio perforado.

Las complicaciones postoperatorias de los pacientes postoperados de apendicectomía se presentan en el grupo etarios con el 29.1% para las edades de 16 a 35 años, el 25.0%, en las edades de 36 a 50 años, el 28.6% entre las edades de 51 a 65 años y en los mayores de 65 años se presentan con un 17.3%.

Las complicaciones postoperatorias de los pacientes postoperados de apendicectomía según su tipo son el 2.5% Hemorragia, Evisceración 15%, Íleo adinámico 13.3%, Dehiscencia del muñón apendicular 5.0%,

Atelectasia 1.7%, Neumonía 3.3%, I.T.U 12.5%, Fístula estercorácea 2.5%, Infección de Herida Operatoria 22.5%, Absceso Intraabdominal 11.7%, Adherencias 4.2% y Bridas 5.0% y Pileflebitis 0.8%.

Las complicaciones postoperatorias según su grado de clasificación de Clavien - Dindo por apendicectomía, donde el 28.3% pertenece al grupo I, el Grado II con 40.0%, Grado IIIa con 9.2%, Grado IIIb con 22.5%.

El tiempo hospitalario según las complicaciones postoperatorias por apendicitis fue el 54.08% de 4 a 6 días, el 43.88% de 7 a 9 días y el 2.04% de 11 a 13 días.

5.2. RECOMENDACIONES

Realizar actividades informativas en lugares públicos sobre los síntomas de las apendicitis a fin de que los pacientes que presenten sintomatología acudan a descartar la patología a los centros hospitalarios, con lo que se lograría operarlo en estadios tempranos.

Realizar los exámenes necesarios a fin de precisar los diagnósticos de cuadros apendiculares y operarlo en estadios iniciales del proceso sin demoras en el proceso de la intervención quirúrgica para ello es necesario protocolizar el tratamiento de la apendicitis en los hospitales.

Evaluar y tratar exhaustivamente a los pacientes adultos pues son ellos los que más posibilidad tienen de presentar complicaciones, debido a la anergia inmunológica presente en este grupo etario.

Perfeccionar mediante protocolos de tratamientos estandarizados las técnicas quirúrgicas en los pacientes que se operaran de apendicitis a fin

de que basado en la medicina de la evidencia se tenga las técnicas adecuadas para cada proceso apendicular.

Mostrar cuidado en los pacientes potencialmente complicados pues las complicaciones postoperatorias pueden ser prevenidas o disminuidas en gravedad para ello se necesita discusiones clínicas de casos ocurridos en el servicio y mejorar la calidad de la técnica y del proceso de cuidado de cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernandez J. et. al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura [artículo de revisión] enero – marzo 2019. Vol. 41, núm. 1 / p. 33-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg191f.pdf>
2. Autora C, González P, Bellido J. Epidemiología descriptiva de la gastroenteritis por Campylobacter Universitat Jaume I (Departamento de Medicina). 2017.
3. Ingrassia V. Apendicitis. Asociación argentina de cirugía. Citado el 23 de abril 2018. <https://www.infobae.com/salud/2018/04/23/la-apendicitis-aguda-es-la-causa-mas-frecuente-de-cirugia-abdominal-de-urgencia/>
4. Franco Y. Universidad Nacional Mayor de San Marcos asesor : ciro aniceto corro pascual [internet]. 2017 [cited 2019 nov 10]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3209/mauricio_fj.pdf?sequence=1
5. Tejada P, Melgarejo G. Incidencia de apendicitis aguda y su relación con factores ambientales, Perú. Fac Med. 2015;76(3):253.
6. Massaferró G. Costa J. apendicitis aguda y sus complicaciones. Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la República. Uruguay 2018. Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf
7. Toro J, Barrera Ó, Morales H. Superioridad clínica de la apendicectomía laparoscópica sobre la técnica abierta: ¿adopción lenta de un nuevo estándar de tratamiento? marzo 2017. disponible en: file:///C:/Users/HP%20Computers/Downloads/Superioridad_clinica_de_la_apendicectomia_laparosc.pdf

8. Amar J, Solís J, Alarco J. Sensibilidad y especificidad del recuento leucocitario como apoyo en el diagnóstico de apendicitis aguda. *Rev Médica Panacea*. 2019 Aug 8;4(2).
9. Pramod T. Surgical outcome in patients with complicated appendicitis treated at a medical college hospital. *Int Surg J*. 2019 Jun 29;6(7):2379. DISPONIBLE EN: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/4650>
10. Arl. F. compendio de estadística de hechos vitales. *J Chem Inf Model*. 2015;53(9):1689–99.
11. Soriano M. Universidad de Murcia. All rights Reserv IJES [Internet]. 2019;281(4):1–30. Available from: <http://nadir.uc3m.es/alejandro/phd/thesisFinal.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Universidad+de+murcia#0>
12. Cárdenas A. Ramos A, Valdés L, Rivero P, Delgado J. Artículo original Characterization of appendectomized patients at Abel Santamaria Cuadrado general teaching hospital. Cuba 2018. [cited 2019 Nov 10]; Available from: <http://galeno.pri.sld.cu>
13. Suarez B. Repositorio Universidad de Guayaquil: Índice de sobrevida en pacientes que se hayan realizado la técnica de bolsa de Bogotá, en apendicitis complicada con peritonitis entre el año 2016 y 2018 en el Hospital General Guasmo. [cited 2019 Nov 10]. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43137>
14. Herrera L. Errores en el diagnóstico de apendicitis aguda en ancianos. Estudio de un caso clínico y revisión de la literatura. España 2017. [Internet]. [cited 2019 Nov 10]. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70349>
15. Vinicio M, et al. Efectos del protocolo de recuperación postoperatoria rápida en pacientes apendicectomizados por apendicitis complicada, vía laparoscópica y convencional en los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *cuenca* 2017;1(1):1–13.

16. Daniela L, Bendezú R. Apendicectomías negativas en pacientes de un hospital regional de Huancayo en el periodo 2015 - 2016. Huancayo - 2017. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/189>
17. Durand. A, Asociación entre el retraso del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda y sus complicaciones, en un Hospital del Seguro Social de Lima Metropolitana, de enero 2015 a enero 2016. Lima - 2018. disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1309>
18. Pachas M. prevalencia de complicaciones por uso de drenaje en apendicectomías abiertas por apendicitis complicada, hospital vitarte, enero-diciembre 2017 lima - Perú. 2018. disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1609>
19. Baltazar C. Morbimortalidad postoperatoria por apendicitis aguda en pacientes adultos mayores en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero diciembre de los años 2016 – 2017. Respir Med Case Reports [Internet]. 2018;(February):83. Available from: file:///D:/tesis USJB.pdf%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.rmcr.2018.02.008
20. Alayo, C; Mallqui E. Complicaciones y uso de drenaje en apendicectomía convencional por apendicitis complicada en población pediátrica del Hospital Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2014 – 2016 [Internet]. [cited 2019 Nov 10]. Available from: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/1545>
21. Sotelo E, Sánchez M, Ploneda C, de la Cerda L, Varela O, Gutiérrez C, et al. Acute appendicitis in an overweight and obese Mexican population: A retrospective cohort study. Int J Surg. 2016; 32: 6-9. Disponible en: www.medigraphic.org.mx Hernández-Cortez J y cols. Apendicitis aguda 34 Cirujano General 2019; 41 (1): 33-38 www.medigraphic.com/cirujanogeneral www.medigraphic.org.mx

22. Lin K, et. al Epidemiology of appendicitis and appendectomy for the low-income population in Taiwan, 2003-2011. *BMC Gastroenterol.* 2015; 15: 18.
23. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson J, Drake F. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet.* 2015; 386: 1278-1287.
24. Jeon H et, al. Bacteriology and changes in antibiotic susceptibility in adults with community-acquired perforated appendicitis. 2014; 9: e111144.
25. Viradia N, Gaing B, Kang S, Rosenkrantz A. Acute appendicitis: use of clinical and CT findings for modeling hospital resource utilization. *AJR Am J Roentgenol.* 2015; 205: W275-W282.
26. Wong P, Espino J, Carrasco R. Apendicitis Aguda [Internet]. [cited 2019 Nov 10]. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo_I/Cap_1_1_Apendicitis_aguda.htm
27. Instituto Mexicano del seguro Social. 2016. Signos Clínicos En La Apendicitis Aguda - sld.cu - Free Download [Internet]. [cited 2019 Nov 10]. Available from: <https://docobook.com/signos-clinicos-en-la-apendicitis-aguda-sldcu.html>
28. Chandrasekaran T, Johnson N. Acute appendicitis. *Surgery (Oxford).* 2014; 32: 413-417
29. De Jesús O, Espejo A, Moreno M, Heber L, Guerrero U. Apendicitis Aguda: Hallazgos Radiológicos Y Enfoque Actual De Las Imágenes Diagnósticas Acute Appendicitis: Imaging Findings And Current Approach To Diagnostic Imaging. Vol. 25, *Rev Colomb Radiol.* 2014.
30. Macias C. “complicaciones de la apendicectomía en mayores de 65 años y su asociación con enfermedades sistémicas en el servicio de emergencia. Hospital Luis Vernaza. Enero 2010-Diciembre 2012. 2015;

31. Souza L. Apendicitis aguda, manejo quirúrgico y no quirúrgico [artículo de revisión]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(1):76-81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171p.pdf>
32. Moreno J. Prevalencia de las complicaciones post quirúrgicas por apendicitis aguda con relación al score de la escala de Alvarado en operados en el Hospital General Milagro en pacientes mayores a 18 años en el periodo enero a junio del 2017. Disponible en: <http://192.188.52.94/handle/3317/12953>
33. Complicaciones infecciosas después de la apendicectomía laparoscópica - Artículos - IntraMed [Internet]. [cited 2019 Nov 10]. Available from: <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=44445>. 2019. disponible en: <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=44445>
34. Barbosa. G. Prevalencia de complicaciones y factores predisponentes en cirugía ginecológica por patología benigna en el hospital universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80(6): 456 – 461. Disponible en: <https://sochog.cl/wp-content/uploads/2019/07/DR.BARBOSA0.-pdf.pdf>
35. OMS. Factores de riesgo. WHO. 2019 disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
36. Vereau J. Factores asociados a las complicaciones postoperatorias en pacientes operados de apendicitis aguda complicada en el hospital apoyo iquitos de enero a diciembre del 2017. 2018;2:227–49.

ANEXOS

ANEXO N°01: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ALUMNO: Fanyo Jhonattan Bustamante Neyra

ASESOR: Dr. Harry Leveau Bartra

LOCAL: Universidad Privada San Juan Bautista

TEMA: Prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero-October 2019.

VARIABLE: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMÍA			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Si No	2	Cualitativo - Nominal	Ficha de recolección de datos

DIMENSIONES:			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Número de años	1	Cuantitativo - Razón	Ficha de recolección de datos
Grado I Grado II Grado IIIa Grado IIIb Grado IVa Grado IVb Grado V	7	Cualitativo – Nominal	Ficha de recolección de datos
Congestiva	4	Cualitativo - Nominal	Ficha de recolección de

Supurativa Gangrenosa Perforada			datos
Hemorragia Evisceración Íleo adinámico Dehiscencia del muñón apendicular. Atelectasia Neumonía. I.T.U. Fístula estercorácea Infección de Herida Operatoria Absceso intraabdominal Adherencias Bridas Pileflebitis	13	Cualitativo - Nominal	Ficha de recolección de datos
Días hospitalarios	1	Cuantitativo - Razón	Ficha de recolección de datos

ANEXO N°02: INSTRUMENTO

	UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUA BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
---	---

Título: Prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica, Enero-October 2019.

Autor: Fanyo Jhonattan Bustamante Neyra

Fecha:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

N° _____ FICHA: _____ N° H.C: _____

1) Edad

- a) 16 a 35 años
- b) 36 a 50 años
- b) 51 a 65 años
- b) Mayor de 65 años

2) Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3) Grado de Instrucción concluida:

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundarla
-

- d) Sup.Técnico
- e) Sup.Universitario

4) Complicación postoperatoria por apendicectomía

- a) SI
- b) No

5) Grado de complicación postoperatoria según clasificación de Claiven - Dindo

- a) Grado I
- b) Grado II
- d) Grado IIIa
- e) Grado IIIb
- g) Grado IVa
- h) Grado IVb
- i) Grado V

6) Tipo de complicaciones postoperatorias:

- a) Hemorragia
- b) Evisceración
- c) Íleo adinámico
- d) Dehiscencia del muñón apendicular
- e) Atelectasia
- f) Neumonía
- g) I.T.U
- h) Fístula estercorácea
- i) Infección de Herida Operatoria
- j) Absceso intraabdominal
- k) Adherencias
- l) Bidas
- m) Pileflebitis

7) Estadio de la enfermedad:

a) Congestiva

b) Flemonosa

c) Gangrenosa

d) Perforada

8) Tiempo hospitalario días

ANEXO N°03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento:

1.5 Autor (a) del instrumento: BUSTAMANTE NEYRA FANYO JHONATTAN

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90 %
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85 %
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre Prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica					85 %
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.					88 %
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81 %
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar la Prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica,					89 %
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					81 %
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					83 %
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de diseño observacional , descriptivo , retrospectivo y transversal.					86 %

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85.3%

Lugar y Fecha: Ica, 03 de Febrero del 2020


GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - ICA
HOSPITAL "Santa María de los Andes"

DR. RAÚL HUAMAN CORONADO
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
A.M.P. 17533 - M.N.E. 21637

Firma del Experto
D.N.I. N° 91564196
Teléfono 945151583

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor (a) del instrumento: BUSTAMANTE NEYRA FANYO JHONATTAN

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					88
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre Prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica					90
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					92
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					86
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar la Prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica,					95
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					88
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					89
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de diseño observacional , descriptivo , retrospectivo y transversal.					94

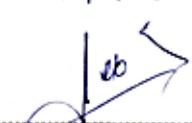
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....APLICABLE.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

89.6%

Lugar y Fecha: Ica, 4 FEBRERO del 2020


.....
Harry Leveau Bartra Ph. D
CMP. 27304 RNE. 11569
ESPECIALISTA EN CIRUGIA
Mg. y Dr. en Salud Pública
Ph. D. en Investigación

Firma del Experto
D.N.I Nº 21407016
Teléfono 956 608888

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor (a) del instrumento: BUSTAMANTE NEYRA FANYO JHONATTAN

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					88
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre Prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica					90
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.					92
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					86
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar la Prevalencia de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica.					95
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					88
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					89
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de diseño observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.					94

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

89.6 %

Lugar y Fecha: Ica, 4 febrero del 20 20


.....
Harry Cueva Bartra Ph. D
CMP: 27304 RNE: 11569
ESPECIALISTA EN CIRUGIA
Mg. y Dr. en Salud Pública
Ph. D. en Investigación

Firma del Experto
D.N.I N° 2.148.70.16
Teléfono 956 608888

ANEXO N°04: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO – ESTUDIO PILOTO

ALFA DE CRONBACH

El puntaje otorgado el alfa de Cronbach fue:

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,721	8

<p>P3: ¿Cuáles son los tipos de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019?</p>	<p>O.E3: Determinar los tipos de complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019.</p>		
<p>P4: ¿Cuál es la frecuencia según el estadio del cuadro de apendicitis en pacientes intervenidos mayores de 15 años intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019?</p>	<p>O.E4: Determinar la frecuencia según el estadio del cuadro de apendicitis en pacientes intervenidos mayores de 15 años en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019.</p>		
<p>P5: ¿Cuál es el tiempo de hospitalización según las complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes intervenidos mayores de 15 años intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019?</p>	<p>O.E5: Identificar el tiempo de hospitalización según las complicaciones postoperatorias por apendicectomía en pacientes mayores de 15 años intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero - Octubre 2019.</p>		

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>-Tipo de Investigación: Descriptivo, observacional, trasnversal, retrospectivo.</p> <p>- Nivel: Estudio es descriptivo</p>	<p>Población: Representada por 400 pacientes apendicetomizados en el servicio de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro, Enero a Octubre del 2019. N = 400</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de ambos sexos • Pacientes mayores de 15 años • Pacientes que fueron operados de Apendicectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro, entre enero a octubre del 2019. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica, con diagnóstico de complicación posquirúrgica operados de apendicitis aguda en otro Centro hospitalario. Pacientes con apendicectomía profiláctica. <p>Tamaño de muestra: $= \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q} = \frac{1.95^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 \cdot 400}{0.05^2 \cdot (79) + 1.95^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = 196$</p> <p>Muestreo: Aleatorio simple, El marco muestral comprende a los 196 pacientes apendicetomizados con complicaciones postoperatorias en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro.</p>	<p>Técnica: El análisis estadístico se mediante estadística descriptiva para determinar las medidas que son de tendencia central.</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>

ANEXO N°06: BASE DE DATOS

EDAD	COMPLICACIÓN	GRADO	TIPO DE COMPLICACIÓN	ESTADIOS	TIEMPO HOSPITALARIO	SEXO	GRADO DE INSTRUCCIÓN
16 a 35 años	Si	Grado I	Infección de Herida Operatoria	Congestivo	6	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado II	Ileo adinámico	Congestivo	6	Mujer	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado II	Neumonía	Perforada	8	Hombre	Sup.Técnico
36 a 50 años	No			Congestivo	5	Hombre	Secundaria
36 a 50 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Flemonosa	7	Mujer	Secundaria
36 a 50 años	No			Flemonosa	9	Hombre	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Perforada	7	Hombre	Primaria
16 a 35 años	No			Perforada	5	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	No			Flemonosa	7	Mujer	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Ileo adinámico	Congestivo	8	Hombre	Analfabeta
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Perforada	5	Hombre	Sup.Universitario
16 a 35 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	7	Mujer	Secundaria
16 a 35 años	No			Congestivo	6	Hombre	Secundaria

36 a 50 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Congestivo	5	Mujer	Sup.Técnico
36 a 50 años	No			Flemonosa	8	Mujer	Secundaria
36 a 50 años	No			Flemonosa	5	Mujer	Secundaria
36 a 50 años	Si	Grado II	Absceso intraabdominal	Gangrenosa	6	Hombre	Primaria
36 a 50 años	No			Congestivo	5	Hombre	Primaria
36 a 50 años	No			Congestivo	6	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	No			Flemonosa	8	Mujer	Primaria
51 a 65 años	No			Congestivo	7	Mujer	Sup.Técnico
51 a 65 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Perforada	8	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	No			Flemonosa	5	Hombre	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIb	Ileo adinámico	Gangrenosa	4	Hombre	Analfabeta
Mayor de 65 años	No			Gangrenosa	6	Hombre	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Flemonosa	5	Hombre	Primaria
16 a 35 años	No			Perforada	8	Mujer	Sup.Universitario
16 a 35 años	No			Congestivo	4	Mujer	Sup.Universitario
16 a 35 años	Si	Grado II	Ileo adinámico	Gangrenosa	8	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	No			Congestivo	8	Mujer	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado I	Infección de Herida Operatoria	Gangrenosa	7	Mujer	Primaria

51 a 65 años	Si	Grado I	Adherencias	Gangrenosa	6	Mujer	Secundaria
16 a 35 años	No			Congestivo	7	Mujer	Primaria
16 a 35 años	No			Congestivo	6	Mujer	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIb	Ileo adinámico	Gangrenosa	8	Hombre	Analfabeta
51 a 65 años	No			Perforada	5	Mujer	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Perforada	4	Hombre	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado I	Adherencias	Flemonosa	6	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado I	Bridas	Flemonosa	4	Hombre	Sup.Universitario
36 a 50 años	Si	Grado II	Absceso intraabdominal	Perforada	7	Mujer	Primaria
Mayor de 65 años	No			Flemonosa	5	Hombre	Secundaria
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Ileo adinámico	Perforada	5	Mujer	Primaria
36 a 50 años	No			Congestivo	7	Hombre	Primaria
36 a 50 años	No			Flemonosa	8	Hombre	Secundaria
36 a 50 años	Si	Grado I	Evisceración	Congestivo	7	Hombre	Primaria
36 a 50 años	Si	Grado I	Infección de Herida Operatoria	Gangrenosa	8	Mujer	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Ileo adinámico	Gangrenosa	5	Mujer	Analfabeta
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Gangrenosa	5	Mujer	Primaria
51 a 65 años	No			Flemonosa	5	Hombre	Primaria
51 a 65 años	No			Gangrenosa	4	Mujer	Secundaria

51 a 65 años	No			Congestivo	9	Hombre	Sup.Universitario
51 a 65 años	No			Congestivo	9	Mujer	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIa	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	9	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	Si	Grado II	Neumonía	Gangrenosa	6	Hombre	Secundaria
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIa	Infección de Herida Operatoria	Gangrenosa	8	Hombre	Secundaria
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Flemonosa	7	Mujer	Secundaria
Mayor de 65 años	Si	Grado II	I.T.U	Perforada	7	Mujer	Sup.Universitario
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Ileo adinámico	Congestivo	5	Hombre	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado II	I.T.U	Gangrenosa	12	Hombre	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Absceso intraabdominal	Gangrenosa	5	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado I	Infección de Herida Operatoria	Congestivo	5	Mujer	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado II	Neumonía	Perforada	6	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado IIIa	Infección de Herida Operatoria	Gangrenosa	8	Hombre	Secundaria
36 a 50 años	No			Perforada	7	Mujer	Sup.Universitario
36 a 50 años	Si	Grado I	Hemorragia	Congestivo	4	Hombre	Primaria
36 a 50 años	Si	Grado I	I.T.U	Congestivo	5	Mujer	Secundaria
36 a 50 años	Si	Grado IIIa	Infección de Herida Operatoria	Congestivo	7	Hombre	Secundaria
36 a 50 años	Si	Grado	I.T.U	Perforada	8	Mujer	Primaria

años		II					
51 a 65 años	Si	Grado II	Absceso intraabdominal	Congestivo	5	Hombre	Sup.Técnico
51 a 65 años	Si	Grado I	Evisceración	Flemonosa	7	Hombre	Primaria
51 a 65 años	No			Flemonosa	8	Mujer	Primaria
51 a 65 años	No			Perforada	8	Hombre	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIa	Absceso intraabdominal	Perforada	4	Hombre	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado I	Evisceración	Flemonosa	8	Hombre	Secundaria
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Ileo adinámico	Congestivo	6	Hombre	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIb	Ileo adinámico	Perforada	7	Hombre	Primaria
Mayor de 65 años	No			Flemonosa	8	Mujer	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Congestivo	8	Hombre	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Gangrenosa	5	Mujer	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	5	Mujer	Secundaria
16 a 35 años	No			Flemonosa	7	Mujer	Primaria
16 a 35 años	No			Flemonosa	8	Mujer	Sup.Universitario
16 a 35 años	Si	Grado I	Dehiscencia del	Congestivo	5	Hombre	Primaria

			muñón apendicular				
36 a 50 años	Si	Grado I	Adherencias	Flemonosa	4	Hombre	Sup.Universitario
36 a 50 años	Si	Grado I	Bridas	Flemonosa	6	Mujer	Primaria
36 a 50 años	No			Congestivo	4	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	No			Perforada	5	Mujer	Primaria
16 a 35 años	No			Flemonosa	7	Hombre	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado I	I.T.U	Perforada	6	Mujer	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIa	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	8	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	No			Congestivo	7	Mujer	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIa	Absceso intraabdominal	Perforada	6	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado I	Evisceración	Flemonosa	5	Mujer	Primaria
36 a 50 años	No			Congestivo	4	Hombre	Sup.Universitario
36 a 50 años	No			Congestivo	4	Mujer	Primaria
36 a 50 años	Si	Grado II	Absceso intraabdominal	Gangrenosa	7	Mujer	Sup.Universitario
36 a 50 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	4	Mujer	Primaria
36 a 50 años	Si	Grado II	I.T.U	Flemonosa	5	Mujer	Secundaria
36 a 50 años	No			Congestivo	8	Hombre	Primaria

51 a 65 años	No			Congestivo	7	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIa	Infección de Herida Operatoria	Perforada	7	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	Si	Grado II	I.T.U	Congestivo	9	Hombre	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado I	Ileo adinámico	Flemonosa	5	Mujer	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIb	Fístula estercorácea	Flemonosa	7	Mujer	Primaria
Mayor de 65 años	No			Perforada	5	Mujer	Secundaria
Mayor de 65 años	No			Perforada	5	Hombre	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado II	I.T.U	Perforada	5	Hombre	Sup.Técnico
16 a 35 años	No			Congestivo	6	Hombre	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado I	I.T.U	Perforada	5	Mujer	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado IIIa	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	4	Hombre	Primaria
16 a 35 años	No			Congestivo	8	Mujer	Secundaria
51 a 65 años	Si	Grado II	Absceso intraabdominal	Congestivo	7	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIb	Dehiscencia del muñón apendicular	Flemonosa	6	Mujer	Sup.Técnico
51 a 65 años	No			Flemonosa	8	Hombre	Sup.Técnico
16 a 35 años	Si	Grado I	Bridas	Perforada	7	Mujer	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado II	Absceso intraabdominal	Gangrenosa	8	Hombre	Primaria

16 a 35 años	No			Congestivo	5	Mujer	Sup.Universitario
16 a 35 años	Si	Grado I	Evisceración	Flemonosa	4	Hombre	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado I	Ileo adinámico	Congestivo	5	Mujer	Secundaria
36 a 50 años	No			Perforada	5	Mujer	Primaria
36 a 50 años	Si	Grado I	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	7	Mujer	Primaria
36 a 50 años	No			Flemonosa	4	Mujer	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado II	Ileo adinámico	Congestivo	5	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	No			Congestivo	7	Hombre	Primaria
51 a 65 años	No			Flemonosa	8	Hombre	Secundaria
36 a 50 años	Si	Grado II	I.T.U	Perforada	5	Hombre	Primaria
36 a 50 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	5	Mujer	Sup.Universitario
51 a 65 años	Si	Grado II	I.T.U	Congestivo	5	Mujer	Primaria
51 a 65 años	No			Congestivo	8	Mujer	Sup.Universitario
51 a 65 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	6	Mujer	Primaria
51 a 65 años	No			Congestivo	4	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	No			Perforada	11	Hombre	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado I	Evisceración	Flemonosa	7	Mujer	Sup.Universitario
16 a 35 años	Si	Grado IIIb	Fístula estercorácea	Congestivo	4	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado	Absceso	Perforada	5	Mujer	Sup.Técnica

años		II	intraabdominal				o
36 a 50 años	No			Congestivo	6	Hombre	Secundaria
Mayor de 65 años	No			Flemonosa	8	Mujer	Primaria
Mayor de 65 años	No			Perforada	9	Hombre	Sup.Universitario
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIa	Absceso intraabdominal	Perforada	5	Mujer	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado IIIb	Dehiscencia del muñón apendicular	Perforada	6	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	Si	Grado II	Ileo adinámico	Flemonosa	7	Hombre	Primaria
51 a 65 años	No			Congestivo	9	Hombre	Primaria
51 a 65 años	No			Perforada	9	Mujer	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado I	Evisceración	Flemonosa	5	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Congestivo	5	Hombre	Primaria
36 a 50 años	Si	Grado I	Bridas	Congestivo	4	Hombre	Secundaria
36 a 50 años	Si	Grado I	Ileo adinámico	Flemonosa	9	Mujer	Primaria
36 a 50 años	No			Flemonosa	5	Hombre	Sup.Universitario
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	9	Hombre	Primaria
Mayor de 65 años	No			Congestivo	4	Mujer	Sup.Universitario
Mayor de 65 años	Si	Grado I	Atelectasia	Congestivo	7	Hombre	Primaria

51 a 65 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Flemonosa	8	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	No			Congestivo	5	Mujer	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Perforada	5	Hombre	Primaria
16 a 35 años	No			Flemonosa	5	Mujer	Sup.Universitario
36 a 50 años	Si	Grado II	I.T.U	Congestivo	6	Hombre	Primaria
36 a 50 años	No			Flemonosa	8	Hombre	Sup.Universitario
36 a 50 años	No			Perforada	8	Mujer	Secundaria
51 a 65 años	Si	Grado I	Infección de Herida Operatoria	Perforada	6	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado II	Hemorragia	Perforada	8	Hombre	Primaria
16 a 35 años	No			Gangrenosa	12	Mujer	Sup.Universitario
16 a 35 años	Si	Grado I	I.T.U	Congestivo	5	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado IIIb	Fístula estercorácea	Gangrenosa	5	Mujer	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado IIIa	Absceso intraabdominal	Gangrenosa	4	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	No			Congestivo	4	Mujer	Primaria
36 a 50 años	No			Congestivo	6	Mujer	Sup.Universitario
51 a 65 años	Si	Grado IIIb	Bridas	Gangrenosa	7	Mujer	Primaria
51 a 65 años	No			Perforada	8	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIb	Dehiscencia del muñón apendicular	Perforada	4	Hombre	Primaria

36 a 50 años	Si	Grado IIIb	Ileo adinámico	Perforada	4	Hombre	Primaria
36 a 50 años	No			Flemonosa	8	Hombre	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIb	Adherencias	Congestivo	6	Hombre	Secundaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIb	Evisceración	Gangrenosa	6	Mujer	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Perforada	13	Mujer	Primaria
51 a 65 años	No			Perforada	9	Mujer	Sup.Universitario
Mayor de 65 años	Si	Grado IIIb	Pileflebitis	Perforada	9	Hombre	Primaria
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Neumonía	Congestivo	6	Hombre	Sup.Técnico
Mayor de 65 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Gangrenosa	7	Mujer	Primaria
16 a 35 años	No			Gangrenosa	5	Hombre	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado I	Atelectasia	Gangrenosa	4	Hombre	Sup.Técnico
16 a 35 años	No			Flemonosa	6	Hombre	Sup.Técnico
36 a 50 años	Si	Grado II	Infección de Herida Operatoria	Gangrenosa	8	Mujer	Secundaria
36 a 50 años	No			Congestivo	7	Hombre	Primaria
36 a 50 años	Si	Grado II	Hemorragia	Congestivo	4	Mujer	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado II	I.T.U	Flemonosa	6	Hombre	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado I	Infección de Herida Operatoria	Gangrenosa	5	Mujer	Secundaria
51 a 65 años	No			Gangrenosa	7	Mujer	Primaria

51 a 65 años	No			Flemonosa	5	Mujer	Primaria
16 a 35 años	Si	Grado I	I.T.U	Perforada	5	Hombre	Sup.Universitario
16 a 35 años	No			Congestivo	4	Hombre	Secundaria
16 a 35 años	Si	Grado II	Absceso intraabdominal	Gangrenosa	9	Hombre	Secundaria
36 a 50 años	Si	Grado IIIb	Dehiscencia del muñón apendicular	Flemonosa	9	Mujer	Secundaria
36 a 50 años	Si	Grado I	Adherencias	Congestivo	8	Hombre	Sup.Técnico
36 a 50 años	Si	Grado IIIb	Bridas	Perforada	8	Mujer	Primaria
51 a 65 años	Si	Grado II	Absceso intraabdominal	Gangrenosa	8	Mujer	Secundaria
51 a 65 años	Si	Grado IIIb	Dehiscencia del muñón apendicular	Perforada	8	Hombre	Secundaria

ANEXO N°07: AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA



"Año de la Universalización de la Salud"

Dictamen de Autorizado

Sr.

Fanyo Jhonattan Bustamante Neyra
Egresado de la Universidad Privada San Juan Bautista

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el Proyecto de Tesis titulado:

"PREVALENCIA DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR APENDICECTOMIA EN PACIENTES INTERVENIDOS MAYORES DE 15 AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA, ENERO-OCTUBRE 2019"

Que usted sometió a consideración del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú, cumple con los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es AUTORIZADO para su realización, con el número de registro institucional.

Número de Registro
R-2019-100-6

Ica, 04 de Febrero del 2020.

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA

LIC. DEST. CORINA DORA S. TORRES ROJAS
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

M.C. JAVIER ALFREDO GRADOS TELLO
DIRECTOR EJECUTIVO

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Calle Castrovirreyna N°759
Ica - Ica

ANEXO N°08: CONSTANCIA DE COMITÉ DE ETICA



+

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 187-2020

Vista la Solicitud N°14-00116042 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

PREVALENCIA DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR
APENDICECTOMIA EN PACIENTES INTERVENIDOS MAYORES DE 15 AÑOS
EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL COCORRO
DE ICA, ENERO - OCTUBRE 2019

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS187**

Investigador(a) Principal: BUSTAMANTE NEYRA FANYO JHONATHAN

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que SI CUMPLE, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, cifiéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 21 de febrero de 2020



Dra. Lida Campomanes Moran
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle s/n
(Ex Hacienda Villa)
T: (01) 214-2500

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T: (01) 212-6112 / 212-6116

ICA
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300
La Angostura, Subtanjalla
T: (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas
(Ex-toche)
T: (056) 260-329 / 260-402