

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“Características sociodemográficas y clínico-quirúrgicas en pacientes
con complicaciones postapendicectomía del Hospital Luis Heysen**

Incháustegui enero 2015 – enero 2020”

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Línea de Investigación: Patologías Quirúrgicas

AUTOR:

Cotrina Morán, Carlos Enrique

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Salazar Zuloeta, Jaime Ysrael

Lambayeque - Perú

2022

APROBADO POR:



Dr. Segundo Alejandro Cabrera Gastelo
PRESIDENTE



Dr. Juan Humberto Giles Añi
SECRETARIO



Dra. Blanca Santos Falla Aldana
VOCAL



Dr. Jaime Y. Salazar Zuloeta
ADULTO MAYOR - INFECCIOSAS
C.M.P. 29734 - R.N.E. 11880

Dr. Jaime Ysrael Salazar Zuloeta
ASESOR METODOLÓGICO

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N° 002 -2022-FMH-UNPRG

Siendo las 19:00 horas del día 2 de Mayo del 2022, se reunieron vía plataforma virtual, <https://meet.google.com/mxc-dewf-gje?hs=224>, los miembros de jurado evaluador designados por Resolución N° 107-2020-VIRTUAL-UI-FMH de fecha 22 de Diciembre del 2020, conformados por los siguientes docentes:

Presidente: Dr. Segundo Alejandro Cabrera Gastelo.

Secretario: Dr. Juan Humberto Giles Añi.

Vocal: Dra. Blanca Santos Fella Aldana.

Suplente: Dr. Moisés Alejandro Rosario Borrego.

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación la tesis titulada: **"CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMÍA DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2013 - ENERO 2020"**, cuyo autor es el bachiller:

COTRINA MORÁN CARLOS ENRIQUE

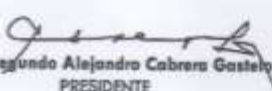
Teniendo como Asesor Metodológica: Dr. Jaime Yasmel Salazar Zuloeta


El acto de sustentación fue autorizado por **DECRETO N°024-2022 -VIRTUAL - UI -FMH.** de fecha 28 de Abril del 2022.

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándole la calificación de 16 (dieciséis) en escala vigesimal y 80 (ochenta) en la escala centesimal, Nivel: BUENO.

Por lo que queda **APTO** para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 20:30 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente acto, con la firma de los miembros del jurado.


Dr. Segundo Alejandro Cabrera Gastelo
PRESIDENTE


Dr. Juan Humberto Giles Añi
SECRETARIO


Dra. Blanca Santos Fella Aldana.
VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
AUTENTICO: Que, esta copia tiene el
mismo tenor que su original.
NOTA: Se cancela el Documento sin
ninguna otra observación.

Dr. Juan Humberto Giles Añi
RNE: 8386
SECRETARIO DOCENTE
FMH-UNPRG

04
05
2022
FEDATARIO

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Carlos Enrique Cotrina Morán, investigador principal, junto con el Dr. Jaime Ysrael Salazar Zuloeta asesor del trabajo de investigación “CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMÍA DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 20 de Abril de 2022



Carlos Enrique Cotrina Morán
Investigador principal



Dr. Jaime Y. Salazar Zuloeta
ADULTO MAYOR - INFECCIOSAS
CMP. 29134 - RNE 11880

Dr. Jaime Ysrael Salazar Zuloeta
Asesor

DEDICATORIA

A Dios por darme las fuerzas e inteligencia necesarias para lograr realizar cada una de mis metas y objetivos que he soñado.

A mis padres Elsa y Carlos quienes con su esfuerzo, consejos, amor me han ayudado a lograr hoy una meta más y por inculcar en mí el sentido de responsabilidad, esfuerzo y tenacidad para seguir siempre adelante y superar todas las dificultades a lo largo de mi vida.

A mis hermanos Fernando, Rubén y Jazmín por darme su ayuda incondicional, en todo este proceso, por estar conmigo dándome ánimos para no rendirme, gracias.

A mi familia, en especial mi tía Basti y abuelita Adith porque con sus consejos y oraciones me mejoraron como persona.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO.....	17
ANTECEDENTES.....	17
BASE TEÓRICA.....	22
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	28
CAPITULO II: MÉTODOS Y MATERIALES.....	30
DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	30
TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	31
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
RESULTADOS	34
DISCUSIÓN.....	48
CAPITULO IV: CONCLUSIONES.....	52
CAPITULO V: RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	54
ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Sexo en pacientes postapendicectomizados; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	36
Tabla 2: Sexo en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	37
Tabla 3: Rangos de edad en pacientes postapendicectomizados; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	38
Tabla 4: Rangos de edad en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	39
Tabla 5: Raza en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	40
Tabla 6: Comorbilidades en pacientes postapendicectomizados; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	41
Tabla 7: Comorbilidades en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	42
Tabla 8: Tipos de apendicitis aguda en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	43

Tabla 9: Frecuencia total de complicaciones postoperatorias en pacientes postapendicetomizados; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....44

Tabla 10: Frecuencia de cada complicación postoperatoria en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicetomía; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....45

Tabla 11: Estancia hospitalaria según el tipo de cierre en pacientes postapendicetomizados; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....47

Tabla 12: Prueba de Chi-cuadrado Estancia hospitalaria – Tipo de Cierre47

Tabla 13: Infección de sitio operatorio según el tipo de cierre en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicetomía; en el quirúrgico del hospital Luis Hysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....48

Tabla 14: Prueba de Chi-cuadrado Infección de sitio operatorio – Tipo de cierre48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Sexo en pacientes postapendicectomizados; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	36
Figura 2: Sexo en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	37
Figura 3: Rangos de edad en pacientes postapendicectomizados; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	38
Figura 4: Rangos de edad en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomia; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	39
Figura 5: Raza en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	40
Figura 6: Comorbilidades en pacientes postapendicectomizados; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	41
Figura 7: Comorbilidades en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomia; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	42
Figura 8: Tipos de apendicitis aguda en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....	43

Figura 9: Frecuencia total de complicaciones postoperatorias en pacientes postapendicectomizados; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....44

Figura 10: Frecuencia de cada complicación postoperatoria en pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; en el servicio quirúrgico del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.....46

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características sociodemográficas y clínico-quirúrgicas en apendicectomías complicadas en el hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015–enero 2020. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de tipo transversal; se estudiaron 365 pacientes apendicectomizados de los cuales 51 desarrollaron complicaciones postoperatorias del servicio de cirugía general del Hospital Luis Heysen Incháustegui, se recolectó información mediante la revisión de historias clínicas, utilizando una ficha de recolección de datos. **RESULTADOS:** Se halló que el 13.97% (n=51) de pacientes apendicectomizados desarrollaron complicaciones postoperatorias; respecto a las características sociodemográficas de estos pacientes se encontró que las más frecuentes son el sexo masculino, el rango de edad entre los 18 a 26 años y la raza mestiza con porcentajes de 66.7% (n=34), 29.4% (n=15) y 88.2% (n=45) respectivamente; las características clínico-quirúrgicas más frecuentes son la comorbilidad hipertensión arterial, la apendicitis perforada y la infección de sitio operatorio como complicación postoperatoria con porcentajes de 3.92% (n=2), 78.4% (n=40), 62.7% (n=32) respectivamente; además se encontró diferencia significativa entre los resultados de estancia hospitalaria según el tipo de cierre (Test Chi-cuadrado $p=0.001$, $p<0.05$), mas no entre infección de sitio operatorio según el tipo de cierre (Test Chi-cuadrado $p=0.413$, $p>0.05$). **CONCLUSIONES:** Las características socio-demográficas predominantes son el sexo masculino, el rango de edad entre 18 a 26 años y la raza mestiza; las características clínico-quirúrgicas predominantes son la comorbilidad hipertensión arterial, la apendicitis aguda perforada y la infección de sitio operatorio en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; se encontró existencia de asociación entre la estancia hospitalaria y el tipo de cierre utilizado, más no entre la infección de sitio operatorio y el tipo de cierre. **Palabras claves:** Apendicitis, apendicectomía, complicaciones postoperatorias.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the sociodemographic and clinical-surgical characteristics in complicated appendectomies at the Luis Heysen Incháustegui Hospital, January 2015-January 2020. **MATERIALS AND METHODS:** A descriptive, retrospective, cross-sectional observational study; 365 appendectomized patients were studied, of which 51 developed postoperative complications from the general surgery service of the Luis Heysen Incháustegui Hospital. Information was collected by reviewing medical records, using a data collection form. **RESULTS:** It was found that 13.97% (n=51) of appendectomized patients developed postoperative complications, with respect to the sociodemographic characteristics of these patients, it was found that the most frequent were the male sex, the age range between 18 to 26 years and the mestizo race with percentages of 66.7% (n=34), 29.4% (n=15) and 88.2% (n=45) respectively; the most frequent clinical-surgical characteristics are arterial hypertension comorbidity, perforated appendicitis and surgical site infection as a postoperative complication with percentages of 3.92% (n=2), 78.4% (n=40), 62.7% (n=32) respectively; in addition, a significant difference was found between the results of hospital stay according to the type of closure (Chi-square test $p=0.001$, $p<0.05$), but not between surgical site infection according to the type of closure (Chi-square test $p=0.413$, $p>0.05$). **CONCLUSIONS:** The predominant socio-demographic characteristics are the male sex, the age range between 18 to 26 years and the mestizo race; the predominant clinical-surgical characteristics are arterial hypertension comorbidity, acute perforated appendicitis and surgical site infection in patients who developed post-appendectomy complications; an association was found between hospital stay and the type of closure used, but not between the infection of the operative site and the type of closure.

Key words: Appendicitis, appendectomy, postoperative complications.

INTRODUCCIÓN

En el contexto de que la apendicitis aguda (AA) es la principal causa de tratamiento quirúrgico en el servicio de urgencias global de adultos, el riesgo de adquirir apendicitis aguda en determinados momentos de la vida de los hombres es del 8,6% y del 6,7% de las mujeres, con más frecuencia entre los 20 a 39 años (1,2); además, es una de las enfermedades más comunes en los hospitales del mundo; por tanto, por los costos y recursos hospitalarios utilizados por su tratamiento y complicaciones, también es considerado un problema de salud pública. Representa una enfermedad cuya aparición es casi paralela al crecimiento de los tejidos linfoides de la persona y la prevalencia es más alta entre los jóvenes (3). Asimismo, en América Latina, esta es una de las patologías con mayor tasa de hospitalización y motivo de internación (4). Según estadística de la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de apendicitis simple en Perú y Chile en 2018 fue de 34,87 por 100.000 habitantes (5,6).

En cuanto a las complicaciones de la apendicectomía, la OMS informa que la incidencia en los países industrializados está entre el 2,1% y el 6% (7), en un estudio publicado en Qatar, la tasa de complicaciones de la apendicectomía laparoscópica fue del 1,7% y la de la cirugía abierta fue del 20,6% (8); en España, el 14% de las apendicectomías laparoscópicas y el 13,4% de las cirugías abiertas (9); En Corea, no hay una diferencia significativa entre los dos métodos quirúrgicos (10). Además, la carga económica de las complicaciones es la más alta entre las 10 infecciones obtenidas en los hospitales y se estima entre 350 y 10 000 millones de dólares en Estados Unidos; debido a que conducen al incremento de la tasa de reingresos, la estancia hospitalaria prolongada y el aumento de los costes nosocomiales (11). En América Latina, se informa que en los pacientes postapendicectomizados, la incidencia de complicaciones (infección de herida quirúrgica) está entre el 15% y el 41,9% (12). Según los datos epidemiológicos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud: En

Chile, el 75% de los pacientes postapendicectomizados tuvieron complicaciones en 2016, además informa que esta enfermedad tiene una prevalencia del 8 al 12% de la población. Por otro lado, en Perú las cirugías por apéndice tuvieron un 35% de apendicectomizados con complicaciones generadas en la herida operatoria; estos pacientes necesitan ser hospitalizados, por lo que se convierten en un problema epidemiológico (5,6).

A nivel local, la incidencia en el año 2019 en el Hospital Luis Heysen Incháustegui fue de 538 pacientes con apendicitis aguda de los cuales 17 desarrollaron complicaciones postapendicectomía (Fuente: Oficina de epidemiología de Hospital Luis Heysen Incháustegui).

Justificación del estudio:

En relación a esta situación problemática este estudio adquiere importancia, debido a la aún alta frecuencia de la apendicitis así como de las complicaciones postapendicectomía a nivel mundial, latinoamérica y nacional además agregando el hecho que en el hospital II Luis Heysen Incháustegui no se han realizados estudios enfocados en los pacientes apendicectomizados complicados es necesario recolectar los datos estadísticos de importancia como es la frecuencia dentro de esta población de riesgo tanto del aspecto epidemiológico (edad, sexo, raza, procedencia), como del clínico-quirúrgico (comorbilidades, estadio de apendicitis aguda, tipo de cierre en la herida operatoria; complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria).

Debido a que mi investigación es un estudio transversal descriptivo simple, los datos recolectados en este estudio solo nos permitirán conocer la realidad de esta población con respecto a la magnitud y distribución de las variables así como la existencia de una probable asociación entre algunas de estas que se estudiarán en este periodo determinado 2015-2020, lo cual puede ser utilizado como una base estadística y punto de inicio para futuras

investigaciones con un alcance analítico tipo casos y controles que permitan confirmar si realmente hay asociaciones así como realizar inferencias con el fin de determinar mejores conductas terapéuticas los cuales conllevarán a reducción de costos, estancia hospitalaria y morbilidad.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínico-quirúrgicas en pacientes con complicaciones postapendicectomía del hospital Luis Heysen Incháustegui durante enero 2015 – enero 2020?

HIPÓTESIS:

No contará con hipótesis, por ser de corte descriptivo.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las características sociodemográficas y clínico-quirúrgicas en apendicectomías complicadas en el hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015–enero 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar las características sociodemográficas predominantes en apendicectomías complicadas del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015–enero 2020.
2. Determinar las características clínico-quirúrgicas predominantes en apendicectomías complicadas del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.
3. Explorar la asociación entre el tipo de cierre-estancia hospitalaria y entre tipo de cierre-infección sitio operatorio en apendicectomías complicadas del hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

ANTECEDENTES:

Antecedentes Internacionales

Moreira et al, en el 2018, realizaron un estudio retrospectivo de 1241 pacientes apendicectomizados mediante técnica abierta o laparoscópica del Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Se estableció cuatro grupos; Grupo 1, sin complicaciones postoperatorias; y Grupos 2, 3 y 4, con complicaciones postoperatorias. Plantearon como objetivo de estudio determinar las características relacionadas a mayor riesgo de complicaciones postoperatorias. Resultados: el sexo masculino tuvo una frecuencia de 50.8%, 54.2%, 53.6% y 59.7%, con un $p=0.505$; edad $\geq 38,5$ años 74.8 %, 59.9%, 54.6% y 53.2%, $p<0.0001$; apendicectomía abierta 47.0%, 65.5%, 68.0%, 62.9%, $p<0.0001$; apendicitis complicada 31.8%, 59.2%, 58.8%, 85.5%, $p<0.0001$; estancia hospitalaria (<0.0001) para los cuatro grupos respectivamente. Llegaron a la conclusión que las características antes mencionadas son factores que están relacionados a mayor riesgo así como de gravedad de complicaciones (13).

Rodríguez Z, en el 2010, ejecutó una investigación observacional, prospectiva y descriptiva de 560 pacientes postapendicectomizados en el hospital de Santiago de Cuba. Se plantearon como objetivo determinar factores que tengan relación a complicaciones postapendicectomía. Resultados: las complicaciones se presentaron más frecuentemente en las edades menores a 20 años, en los pacientes con comorbilidades (40% en contraste al 17.3% de quienes no tenían comorbilidades), estado físico más precario (ASA IIe y IIIe), mayor tiempo preoperatoria (a partir de 48 h y alcanza el mayor porcentaje, 27.1%, en más de 72h), así como en las etapas más tardías de la apendicitis (43,8% y el 75,8% en apendicitis necrosada y perforada respectivamente, mientras que solo el 10,6 y el 14,7 % en apendicitis temprana y supurada respectivamente) y que la complicación operatoria predominante fue

la infección de sitio operatorio (90 de 165 casos complicados equivalente al 54,54%)

Conclusión: Las características antes mencionadas están relacionados a apendicectomías complicadas y mayor estancia hospitalaria (14).

Siribumrungwong et al, en 2018, realizaron una investigación controlada randomizada multicéntrica, cuya población de pacientes presentaron apendicitis necrosada y perforada de 6 hospitales de Tailandia, mediante randomización se establecieron dos grupos de 303 y 304 pacientes a los quienes se les hizo cierre primario y primario diferido respectivamente. El objetivo fue comparar ambos tipos de cierre en lo que respecta a tasas de infección de la herida operatoria. Dentro de los resultados encontraron que la tasa de Infección sitio operatorio superficial fue menor en el grupo de Cierre Primario (7,3%) no hubo diferencia significativa en las variables estancia hospitalaria, el dolor posoperatorio, la calidad de vida y los tiempos de recuperación; en cambio, se la hubo en los costos donde fueron menores en el grupo del cierre primario. Concluyeron que el cierre primario es más adecuado debido a que requiere menores costos (15).

Chiang et al, en 2012, realizaron un estudio retrospectivo, analítico comparativo en una población total de 70 pacientes con apendicitis perforada de un hospital de Taiwán, se comparó dos grupos, a los que se les realizaron cierre primario (CP) y cierre primario diferido (CPD). El objetivo de este estudio fue determinar el método más adecuado para el cierre de heridas. Dentro de los resultados se encontró frecuencias de infección de la herida de 38.9% y 2.9% y para CP y CPD respectivamente, con un $p < 0.001$; además un tiempo de estancia de $8,4 \pm 0,9$ días y $6,3 \pm 0,7$ días para CP Y CPD respectivamente, con un $p = 0,038$. Se concluyó que el cierre primario diferido es el método más adecuado debido a que se encontró disminución significativa en la estancia hospitalaria así como de la frecuencia de infección (16).

Nasib et al, en el 2015, realizaron un ensayo controlado aleatorio con 70 pacientes: Mediante randomización se estableció dos grupos ambos de 35 personas a los que se les efectuó cierre primario (Grupo-A) y primario diferido (Grupo-B) en un hospital de Pakistán. Este estudio se realizó con el objetivo de comparar infección de sitio quirúrgico y el tiempo de estancia hospitalaria entre ambos grupos. En los resultados se encontraron porcentajes de infección de 51.43% y 25.71% en el grupo A y B respectivamente, con un $p=0.027$; tiempo de estancia media de 7,03 días \pm 1,81 y 6,34 días \pm 4,14 en el grupo A y B respectivamente, con un $p = 0,372$. Concluyeron que el cierre diferido es mejor que el primario ya que disminuye significativamente la frecuencia de infección mas no difiere en la estancia hospitalaria (17).

Antecedentes Nacionales

Paredes Tenazoa RE, en 2018, ejecutó una investigación retrospectiva y descriptiva en 112 pacientes postapendicetomizados complicados en el hospital Minsa-II Tarapoto. El objetivo de esta investigación fue determinar los factores que tengan relación con las complicaciones postapendicetomía. Dentro de los resultados de importancia: sexo masculino (53% de la serie), apendicitis necrosada (66,07%) las edades de 20 a 29 años (27.68%), tiempo operatorio 1h-1h59m (66.07%), comorbilidad diabetes mellitus (42.55%), infección de herida operatoria (60.71%). Concluyó que las características antes mencionadas son las de mayor frecuencia, sin embargo solo los estadíos más avanzados de apendicitis, la comorbilidad y el mayor tiempo operatorio están asociados a complicaciones postapendicetomía (18).

Ascencios Narváez MP, en 2019, realizó una investigación transversal, retrospectiva, tipo casos y controles, donde se utilizó información de 161 pacientes con apendicitis complicada en el Hospital María Auxiliadora de Lima. El objetivo de su estudio fue comparar el cierre primario y primario diferido en lo que respecta a infección de herida quirúrgica. Resultados: la frecuencia de infección a la edad de 42 años, en el género masculino; cierre primario,

herida sucia, a mayor estancia hospitalaria, presentó porcentajes de 8.25%, 7.2%, 8.33%, 26% respectivamente; $p=0.0188$ y $p=0.0001$ para edad y tiempo de estancia hospitalaria respectivamente. Concluyó que la tasa de infección es mayor en las características antes mencionadas, también se encontró asociación significativa en las dos últimas características con la infección de herida operatoria (19).

Huaco Luna A, en el 2016, ejecutó un estudio analítico, transversal, retrospectivo, en el hospital nacional Hipólito Unanue de Lima, se calculó una muestra de 99 casos y 99 controles. El objetivo del estudio fue identificar las variables asociadas a apendicectomías abiertas complicadas. En resultados se halló que dentro de los casos el 58% son hombres, $p=0.089$; incisión paramediana, mediana, obesidad, apendicitis complicada e instrucción superior presentaron valores p de 0,012 OR de 10.484, p de 0.000 OR de 27.21, p de 0.027 OR de 37.189, p de 0.023, OR de 11.132, p de 0.043, OR de 0.054 respectivamente. Concluyeron que las características antes mencionadas excepto el género presentan asociación con complicaciones postapendicectomía, las cuatro primeras como factores de riesgo y la última como factor protector (20).

Pérez Villafuerte BL, en el 2017, realizó una investigación analítica comparativa, retrospectiva en 360 pacientes postapendicectomizados complicados del Hospital Vitarte de Lima, se comparó dos grupos, a los que se les realizaron cierre primario (Grupo I) y primario diferido (Grupo II). El objetivo de su estudio fue comparar ambos grupos en edad, sexo, tipos de apendicitis complicada y estancia hospitalaria. Dentro de los resultados, en el análisis bivariado con chi-cuadrado se encontró asociación ($p<0,01$) entre estancia-cierre diferido y entre cierre diferido-infección de herida operatoria con un OR de 17,432 y de 3,436 respectivamente. Concluyó que el cierre diferido posee 17.432 y 3.436 veces más posibilidades de una mayor estancia y adquirir infección en sitio operatorio (21).

Sandoval et al, en 2019 ejecutaron un estudio transversal, comparativo cuya muestra fue de 150 pacientes apendicectomizados, el objetivo de su estudio fue determinar los factores relacionados a infección de sitio operatorio así como su incidencia del Hospital María Auxiliadora de Lima. Resultados: el 20% de la muestra tuvo infección de sitio operatorio, las mayores frecuencias de infección se encontraron al aplicar la técnica operatoria transversa (56 %) ($p<0,05$) y en apendicitis complicada (54 %) ($p<0,001$), los cuales necesitaron más días de estancia (4 días). Concluyeron que debido a la diferencia significativa encontrada tanto la técnica operatoria como las etapas de apendicitis complicadas se asocian a la infección de sitio operatorio (12).

BASE TEORICA

DEFINICION DE APENDICITIS AGUDA:

Es la inflamación de dicho órgano, cuya fisiopatogenia se da por la falta de pasaje por la luz apendicular, seguida de un progresivo incremento de la presión, que limita el flujo venoso, luego el arterial, ocasionando hipoxia y necrosis terminando en una perforación (22).

FASES:

Todo inicia con la falta de pasaje a traves de la luz apendicular, en los niños y jóvenes se debe principalmente a la hiperplasia de estos folículos (amígdalas de Roux) a diferencia de los adultos y ancianos que son los coprolitos. Puede deberse a otras causas pero en menor frecuencia como: parásitos (oxiuros, áscaris), tumores como el carcinoide, entre otras(1).

Primera fase (catarral o congestiva) dura aproximadamente 4-6h, debido a que se obstaculizó la luz , la secreción natural de la mucosa rápidamente distiende y congestiona al apéndice incrementando su presión intraluminal, a medida que progresa esta condición, termina sobrepasando la presión venosa y linfática, dando como resultado la obstrucción de los capilares y las vénulas, lo que limita el drenaje venoso y linfático (produce ingurgitación y congestión vascular), sin embargo la afluencia de sangre arterial no se ve afectada (23,24). Afectando con el tiempo a la capa serosa que está innervada por fibras viscerales aferentes tipo C (simpáticas, poco mielinizadas) ; debido a la congestión se da el estiramiento y la estimulación de estas fibras ocasionando un dolor vago inespecífico, sordo, difuso en la parte media del abdomen (mesogastrio) o en la porción baja del epigastrio; además, náusea refleja y vómito (por ser fibras parasimpáticas); en esta fase hay un aumento de bacterias que pertenecen a la microbiota normal del apéndice pero no hay proliferación patológica (23,24).

Segunda Fase (supurada o flemonosa): Dura aproximadamente 6 horas más, en esta fase empieza la proliferación bacteriana donde gram negativos (*E.coli* principalmente)

predominan sobre anaerobios y a generar tejido inflamatorio alrededor (exudado fibrinopurulento); debido a la mayor congestión empieza a hacer contacto el apéndice con el peritoneo parietal, el cual contiene fibras tipo A somáticas y muy mielinizadas produciendo un dolor localizado (fosa iliaca derecha) (23,24).

Tercera fase (necrosada o gangrenada): Dura 12 horas más, se origina por la disminución del flujo arterial; debido a la hinchazón, ya no se irriga el apéndice de forma adecuada lo cual ocasiona isquemia (se correlaciona con la fiebre y un aumento de leucocitos) y necrosis de su pared; se invierte la relación bacteriana por consiguiente ahora hay un predominio de anaerobios (*Bacteroides* principalmente), aumenta la producción del exudado fibrinopurulento; en esta etapa, la superficie se torna púrpura, gris verdoso o rojo vino, incrementa el fluido peritoneal purulento el cual tiene olor fétido; además, adquiere microperforaciones el apéndice (23,24).

Cuarta fase (Perforada): Después de 24 horas del inicio de la apendicitis, la pared apendicular se perfora, de esta manera expulsando líquido purulento y fecalitos hacia la cavidad adyacente del abdomen; la zona que más sufre tanto isquemia/infartos y perforaciones es la zona con peor suministro de sangre, el borde anti-mesentérico; además, esta fase se correlaciona clínicamente con un dolor al rebote (23,24).

Además es necesario distinguir la **apendicitis aguda no complicada**, la cual no tiene clínica o signos radiológicos de perforación, tanto la apendicitis catarral o congestiva y la Supurada o Flemonosa forman parte de esta apendicitis (25); de la **apendicitis aguda complicada**, incluye a las fases necrosada y la perforada, así como el absceso peri-apendicular y el flemón los cuales son signos radiológicos de perforación (26).

Plastrón apendicular: Es una variación en el proceso evolutivo de la apendicitis aguda en la que el apéndice está recubierto de tejidos adyacentes tales como epiplón e intestino

generando una masa local heterogénea que restringe y limita el proceso infeccioso. El tratamiento es conservador con antibióticos debido a que la cirugía inmediata conlleva a una mayor morbilidad (30-50%) (35).

Peritonitis: Inflamación del peritoneo secundario en este caso a la perforación del apéndice se clasifica en localizada, la cual se ubica en un espacio determinado de la cavidad peritoneal; generaliza o difusa, en toda la cavidad peritoneal (36).

TRATAMIENTO:

La apendicectomía es una técnica quirúrgica para extirpar el apéndice y es el único método de tratamiento curativo, la cirugía laparoscópica (mínimamente invasiva) es la primera opción para adultos y niños porque trae menos complicaciones; es la primera opción para adultos obesos, ancianos y pacientes con comorbilidades (27).

Muchos hospitales de todo el planeta todavía utilizan la apendicectomía abierta; por razones como la carencia del equipo de laparoscopia o al evaluar el estado del paciente, el cirujano simplemente se inclina por esta por su experiencia (27).

Apendicetomía Convencional o Abierta:

Se alcanza el apéndice por medio de cortes, heridas, incisiones clásicas las cuales son: la incisión de McBurney, de Lanz, de Rockey - Daves, de Battle – Jalaguier, de Roux (19).

Los pasos a seguir son: ubicación el apéndice, luego realizar la sección transversa del meso (arteria apendicular), de la base, y por último el manejo del muñón (19).

Si la base del apéndice está en buen estado se realiza una ligadura o nudo simple dejando un muñón libre mientras que si la base está dañada (perforada, necrosada) se realiza puntos en jareta invaginante (19).

TIPOS DE CIERRE DEL SITIO QUIRÚRGICO:

Cierre primario o por primera intención: se realiza durante la operación, por capas de la herida quirúrgica, abarcando TCSC y piel. Se dará cicatrización primaria, con mínimo edema y pocas cicatrices (15).

Cierre diferido o por tercera intención: Se utiliza para reparar heridas o tejidos muy contaminados, las heridas quirúrgicas solo se cierran hasta la aponeurosis, quedando aun abiertos el TCSC y piel durante la operación programando el cierre de la herida luego de 3 a 7 días de la cirugía (15).

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

La incidencia de complicaciones postapendicectomía varía del 5,0 % para las apendicitis simples al 75,0 % para las apendicitis en estadios avanzados; además, se ha determinado que la incidencia de perforación está entre el 17% y el 40% (20).

Orden de Frecuencia: La infección del sitio quirúrgico es la postapendicectomía más común cuya frecuencia es del 30,0 a 50,0 % de los pacientes; en segundo lugar está la dehiscencia de la herida quirúrgica (antes la frecuencia llegaba hasta el 10% pero actualmente hasta 4%); en tercer lugar las complicaciones gastrointestinales (íleo paralítico posoperatorio 2-3%) seguidas de la infección urinaria (1.8%) y la bronconeumonía (1.5%) (14,28).

Infección del sitio operatorio (ISO): Presencia de secreciones purulentas en la herida, si la herida está drenando espontáneamente, signos de infección local tales como dolor, eritema o rubor, edema y calor. Aparece con mayor frecuencia entre el cuarto y el décimo luego de la cirugía. Las infecciones de la herida son producidas por colecciones locales en Heridas quirúrgicas causadas por bacterias fecales estando en primer lugar los *Bacteroides fragilis*, luego los aerobios Gram negativos (19,29, 30).

Dehiscencia de la herida operatoria: Es la apertura o separación repentina durante el postoperatorio de las capas de una herida operatoria (30,31), puede ser parcial o total, la total puede generar una evisceración pero no siempre. Puede aparecer desde el primer al tercer día después de la cirugía (temprana relacionado con el tipo de cierre, material usado, mala técnica de sutura al realizar puntos muy ajustados irrumpiendo la circulación o en el caso contrario por puntos flojos todos estos son factores técnicos llamados mecánicos o locales) o darse luego del tercer día (tardía, en relación a factores sistémicos como la diabetes) (29,32).

Evisceración: Las vísceras abdominales salen por el margen de la incisión debido a la separación hasta los planos músculo-aponeuróticos. Su etiología depende de factores nutricionales, mecánicos y locales, incluidas las relacionadas con el procedimiento quirúrgico. La evisceración total se produce principalmente por la separación aponeurótica. También se ha descrito una parcial sin apertura cutánea donde el plano subcutáneo-cutáneo sujeta las vísceras (19,29, 30).

Abscesos intraabdominal: Un absceso abdominal es una colección de fluido infectado, exudado y purulento localizado en la cavidad abdominal. Ocasionado por infección de la cavidad abdominal con bacterias que provienen del apéndice perforado o gangrenado, puede ocasionarse pero menos frecuentemente por un derrame transoperatorio. Sus manifestaciones clínicas son: fiebre en agujas con anorexia recurrente y malestar general (19,29, 30).

Fístula estercorácea: Fístula por medio de la cual sale material fecaloideo del intestino grueso al exterior. También es conocida como fístula entero cutánea o cecal; dentro de sus causas se encuentran: la conservación de cuerpos extraños como apósitos o grasa, suturas demasiado apretados, ineficiente ligadura del muñón, por el daño en pared del ciego ocasionado por dren, restos parciales del apéndice, zonas de enteritis, entre otras (28,29).

Íleo paralítico/ adinámico: Interrupción de la función o tránsito intestinal por parálisis de la musculatura intestinal lisa después de la cirugía. Dentro de las primeras 24 horas, debido a los espasmos provocados por la manipulación en la operación, se espera un íleo paralítico reflejo, que puede resolverse inmediatamente después de la cirugía; en otros casos puede permanecer debido a una apendicitis complicada o a una peritonitis generalizada.(19,29).

Neumonía:

Inflamación, debido a una infección, de los sacos aéreos en pulmones; dichos sacos pueden estar llenos de sustancia purulenta, lo que causa tos productiva acompañada con alza térmica, escalofríos y disnea. En el paciente postoperado hay múltiples condiciones que aumentan la probabilidad de micro aspiración como es la sedación, deterioro de la consciencia, arreflexia, el uso de artefactos así como equipos, tubos, sondas, etc. (33).

Hemorragia: Sangrado por pérdida del muñón o al desligarse una arteria, o algún otro vaso ligado durante la operación o debido al corte de una adherencia, sin darse cuenta en la operación. (18,29).

Infección de tracto urinario: Existencia de microorganismos patógenos en vías urinarias donde los pacientes pueden ser sintomáticos o asintomáticos; principalmente las ITU son infecciones ascendentes ocasionadas por contaminantes intestinales, por esta razón las infecciones bacterianas o cistitis se encuentran con más frecuencia en las mujeres, debido a la corta distancia entre la uretra, la vagina y el recto ; dentro de los agentes etiológicos encontramos principalmente *E.coli* (75-80%) luego *Staphylococcus*, *Proteus*, etc (34).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variables sociodemográficas:

Edad, sexo, raza y procedencia

Variables clínico-quirúrgicas:

Comorbilidades, Diagnóstico Postoperatorio, Tipo de Cierre de la Herida, Tiempo de Estancia Hospitalaria, Complicaciones Postapendicectomía.

VARIABLES	DIMENSIONES			DEFINICIONES OPERACIONALES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS/ SOCIODEMOGRAFICAS	EDAD				Años	Razón
	SEXO				1: Femenino	Nominal
					2: Masculino	Nominal
	RAZA				1: Blanco	Nominal
					2: Mestizo	Nominal
					3: Otro	Nominal
	PROCEDENCIA				Distrito	Nominal
VARIABLES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS	COMORBILIDADES			Existencia de trastornos o enfermedades coexistentes o adicionales que acompañan una enfermedad primaria.	0: Ninguna	Nominal
					1: Diabetes Mellit	
					2: Hipertension arterial	
					3: Otras	
	DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO	APENDICITIS NO COMPLICADA	APENDICITIS CONGESTIVA	Apéndice macroscópicamente se encuentra congestivo, edematoso, enrojecido sin exudado fibrinopurulento (23,24). Se tomará en cuenta el hallazgo anatomopatológico en caso de tenerlo.	0: No 1: Sí	Nominal
			APENDICITIS SUPURADA	Apéndice con mayor volumen, enrojecimiento, abscedado y con serosa fibrinopurulenta (23,24).Se tomará en cuenta el hallazgo anatomopatológico en caso tenerlo.	0: No 1: Sí	Nominal

		APENDICITIS COMPLICADA	APENDICITIS GANGRENADA	Apéndice con áreas puntilladas verde-negruzcas con microperforaciones y olor fecaloideo (23,24). Se tomará en cuenta el hallazgo anatomopatológico en caso de tenerlo.	0: No 1: Sí	Nominal
			APENDICITIS PERFORADA	Apéndice con perforación adyacente a un coprolito (23,24). Se tomará en cuenta el hallazgo anatomopatológico en caso de tenerlo.	0: No 1: Sí	Nominal
	TIPO DE CIERRE DE HERIDA EN PIEL			-Cierre Primario: se realiza durante la operación, por capas de la herida operatoria, incluida la piel y TCSC (15). -Cierre Diferido: las heridas quirúrgicas solo se cierran hasta la aponeurosis, pero la piel y el TCSC quedan abiertos durante la operación programando el cierre de la herida luego de 3 a 7 días de la cirugía (15).	1: Cierre Primario	Nominal
					2: Cierre Primario Diferido	
	TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA			Estancia desde el ingreso postoperatorio al servicio de Hospitalización del servicio de cirugía general, hasta la fecha de su alta. Por fines del estudio se considerará el tiempo de estancia total: <= 3 días o >3días.	<= 3 días	Ordinal
					>3 días	Ordinal
	COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMÍA		ISO (INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO)	Presencia de secreciones purulentas en la herida, si la herida está drenando espontáneamente, signos de infección local tales como dolor, eritema o rubor, edema calor (19, 29, 30).	0: No 1: Sí	Nominal
			DEHISCENCIA	Es la apertura o separación repentina durante el postoperatorio de las capas de una herida operatoria. (30,31)	0: No 1: Sí	Nominal
			EVISCERACIÓN	Se da cuando las vísceras abdominales salen por el margen de la incisión debido a la separación hasta los planos músculo-aponeuróticos. (19, 29, 30).	0: No 1: Sí	Nominal
			HEMORRAGIA	Sangrado por pérdida del muñón o al desligarse una arteria, o algún otro vaso ligado durante la operación o debido al corte de una adherencia, sin darse cuenta en la operación.	0: No 1: Sí	Nominal
			FÍSTULA CECAL O ESTERCORÁCEA	Fístula por medio de la cual sale material fecaloideo del intestino grueso al exterior (28,29).	0: No 1: Sí	Nominal
			ILEO PARALÍTICO	Interrupción de la función o tránsito intestinal por parálisis de la musculatura intestinal lisa después de la cirugía (19,29).	0: No 1: Sí	Nominal
			ABSCESO INTRA-ABDOMINAL	Un absceso abdominal es una colección de fluido infectado, exudado y purulento localizado en la cavidad abdominal (19, 29, 30).	0: No 1: Sí	Nominal
ITU (INFECCION DEL TRACTO URINARIO)			Existencia de microorganismos patógenos en vías urinarias donde los pacientes pueden ser sintomáticos o asintomáticos (34).	0: No 1: Sí	Nominal	
		NEUMONIA	Inflamación, debido a una infección, de los sacos aéreos en pulmones; dichos sacos pueden estar llenos de sustancia purulenta (33).	0: No 1: Sí	Nominal	

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

DISEÑO METODOLÓGICO

Es un estudio descriptivo retrospectivo observacional de tipo transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: 365 pacientes intervenidos quirúrgicamente de apendicitis aguda Hospital II Luis Heysen Incháustegui durante el período Enero 2015 – Enero 2020.

Unidad de Análisis: Cada historia clínica de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de apendicitis aguda.

Muestra: Se tomará la población total de pacientes intervenidos quirúrgicamente de apendicitis aguda Hospital II Luis Heysen Incháustegui durante el período Enero 2015 – Enero 2020.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 17 años, de ambos sexos con diagnóstico de apendicitis del Hospital Luis Heysen Incháustegui, enero 2015 – enero 2020.
- Historias clínicas con letra legible en reporte operatorio y en el caso de las historias electrónicas que tengan toda la información necesaria para nuestro estudio.

Criterios de Exclusión: -

Criterio de Eliminación:

- Aquéllos pacientes a quienes se les realizó apendicectomía por diferentes razones a la apendicitis.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

La técnica que se utilizará será *la documentación*, por lo cual para el presente estudio se elaboró una ficha de recolección de datos (ANEXO A) donde se trasladará la información con las variables del estudio permitiendo lograr los objetivos establecidos, esta ficha fue validada mediante opinión de expertos, los cuales serán 5 cirujanos del hospital Luis Heysen Incháustegui: Herrera Merino Marlon, Saavedra Saavedra Víctor, Ramírez Quezada Tomás, Campos Flores Javier y Cotrina Romero Carlos Enrique. La información se obtuvo de fuentes secundarias, por medio de revisión de historias clínicas tanto físicas como digitales (EsSI - Sistema de Salud Inteligente) que cumplieron los criterios establecidos.

El instrumento será la ficha de recolección de datos la cual consta de 2 partes: *la primera parte* con los datos generales que contendrá las características sociodemográficas de los pacientes; *la segunda parte* correspondiente a los datos específicos que a la vez estará subdividida en 5 secciones, *la primera* con los datos específicos del paciente donde se registrará la presencia de comorbilidades, *la segunda* con los datos específicos de la enfermedad donde se registrará la fecha y hora de la operación, hospitalización y del alta hospitalaria, *la tercera* donde se registrará el diagnóstico postoperatorio dado en el reporte operatorio, *la cuarta* donde se registrará la técnica de cierre o sutura de la herida operatoria y *la quinta* donde se registrará las complicaciones así como el tiempo de estancia hospitalaria; Al final de esta ficha se encuentra la firma de los expertos encargados de validarla.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Primero se construyó una base de datos a partir de la información recolectada en el programa Microsoft Office Excel 2016 y el análisis o procesamiento de los datos se realizó por medio del mismo Excel así como del software estadístico IBM SPSS Statistics versión 26.0.

Se realizó un análisis univariado mediante estadística descriptiva: para las variables cualitativas se les calculó las frecuencias y porcentaje; para las variables cuantitativa edad se estableció primero los rangos de edad y luego se calculó sus respectivas frecuencias y porcentajes.

En el análisis bivariado para determinar existencia de asociación entre dos variable cualitativas se usó la prueba estadística chi-cuadrado de independencia debido a que las frecuencias halladas no son menores a 5, para todas las pruebas estadísticas se usa el $p < 0.05$ cuando se quiere establecer asociación al rechazar la hipótesis nula de independencia; debido a que es un estudio descriptivo simple no se realizó análisis multivariado ni mayores inferencias; por último se presentan los datos en tablas de frecuencia, gráficos de barras y tablas de contingencia hechos con Excel 2016 e IBM SPSS Statistics versión 26.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se respetaron los principios éticos fundamentales descritos en el informe de Belmont:

- **Autonomía del paciente:** Los datos que se obtendrán para el presente estudio, son de carácter confidencial, para lo cual, se solicitará el permiso mediante trámite a la institución de EsSalud, de esta forma respetando su normatividad, se podrá tener acceso a las historias clínicas del Servicio de Archivo del Hospital Luis Heysen Incháustegui, de las cuales solo se recopilarán los datos estrictamente necesarios para la investigación y no se consignarán datos que permitan la identificación de los pacientes tales como sus nombres, teléfonos, domicilios, DNI , correos electrónicos, etc., por lo tanto no será necesario la elaboración de un consentimiento informado.

- **Beneficencia:** El comité ético del nosocomio realizará la estimación riesgo-beneficio, buscando la maximización de beneficios con la disminución de riesgos.
- **Justicia:** Se tomará la población total de apendicectomizados complicados sin distinciones a excepción de los pacientes que sean menores o igual a 17 años debido a que en este nosocomio no se cuenta con cirujano pediatra.

Adicionalmente se adjuntará el certificado obtenido en el curso conducta responsable en investigación (ANEXO B).

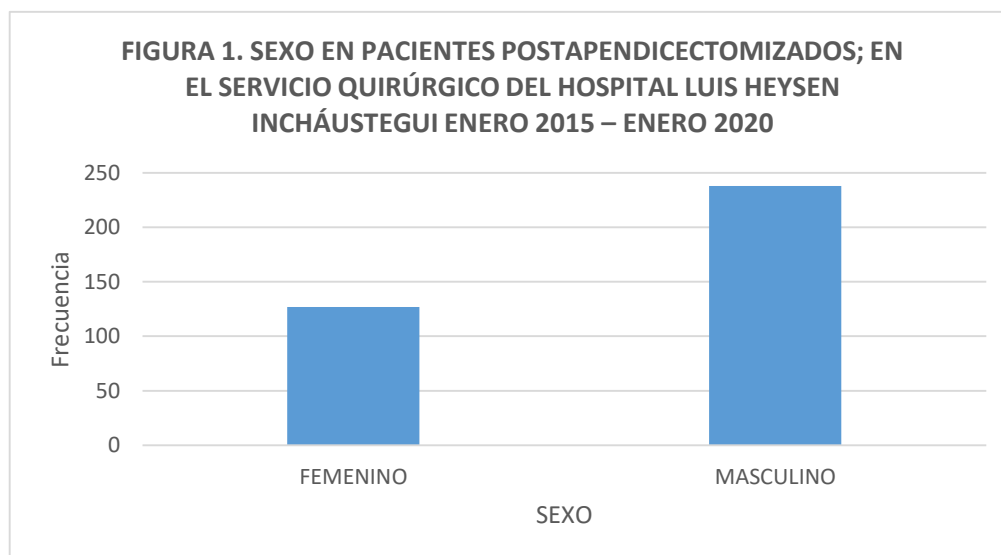
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

TABLA 1. SEXO EN PACIENTES POSTAPENDICECTOMIZADOS; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	127	34.8	34.8	34.8
MASCULINO	238	65.2	65.2	100.0
Total	365	100.0	100.0	

Fuente: Historias Clínicas



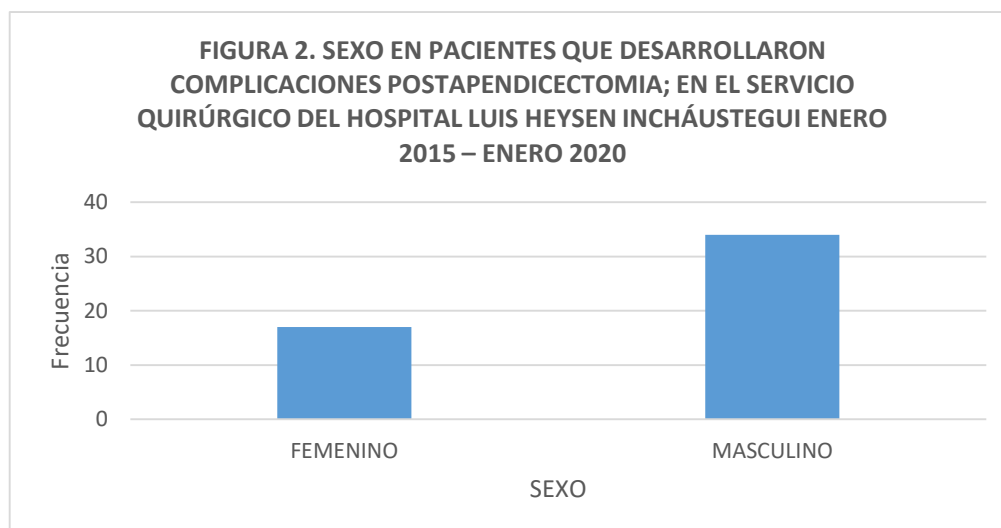
Fuente: Historias Clínicas

La tabla 1 nos muestra el porcentaje de hombres y mujeres en la población total de pacientes postapendicectomizados; siendo 65.2% (n=238) y 34.8% (n=127) respectivamente; siendo mayor la frecuencia de hombres que de mujeres **en una relación 1.8:1**

TABLA 2. SEXO EN PACIENTES QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMIA; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	17	33.3	33.3	33.3
MASCULINO	34	66.7	66.7	100.0
Total	51	100.0	100.0	

Fuente: Historias Clínicas



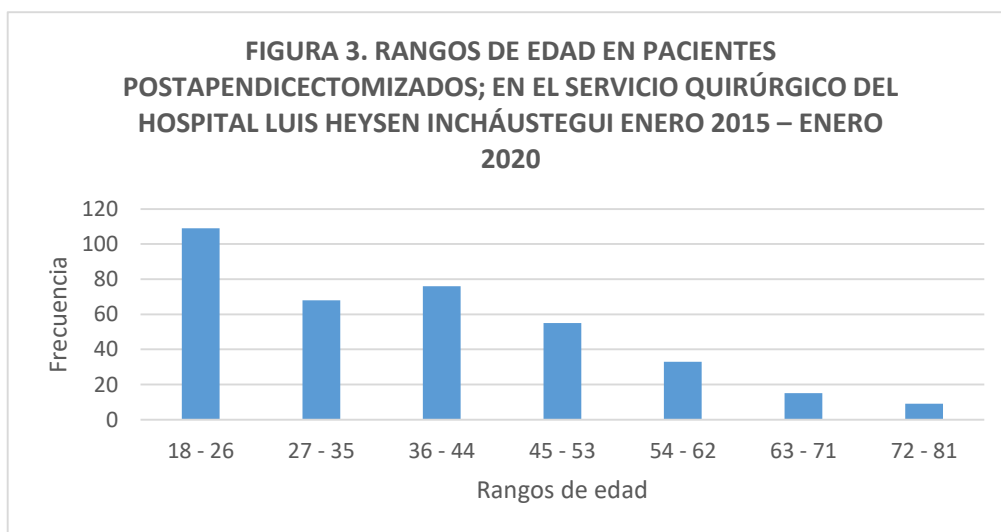
Fuente: Historias Clínicas

La tabla 2 nos muestra el porcentaje de hombres y mujeres en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicetomía; siendo 66.7% (n=34) y 33.3% (n=17) respectivamente; siendo mayor la frecuencia de hombres que de mujeres **en una relación 2:1**

TABLA 3. RANGOS DE EDAD EN PACIENTES POSTAPENDICECTOMIZADOS; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

Rangos de Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18 - 26	109	29.9	29.9	29.9
27 - 35	68	18.6	18.6	48.5
36 - 44	76	20.8	20.8	69.3
45 - 53	55	15.1	15.1	84.4
54 - 62	33	9.0	9.0	93.4
63 - 71	15	4.1	4.1	97.5
72 - 81	9	2.5	2.5	100.0
Total	365	100.0	100.0	

Fuente: Historias Clínicas



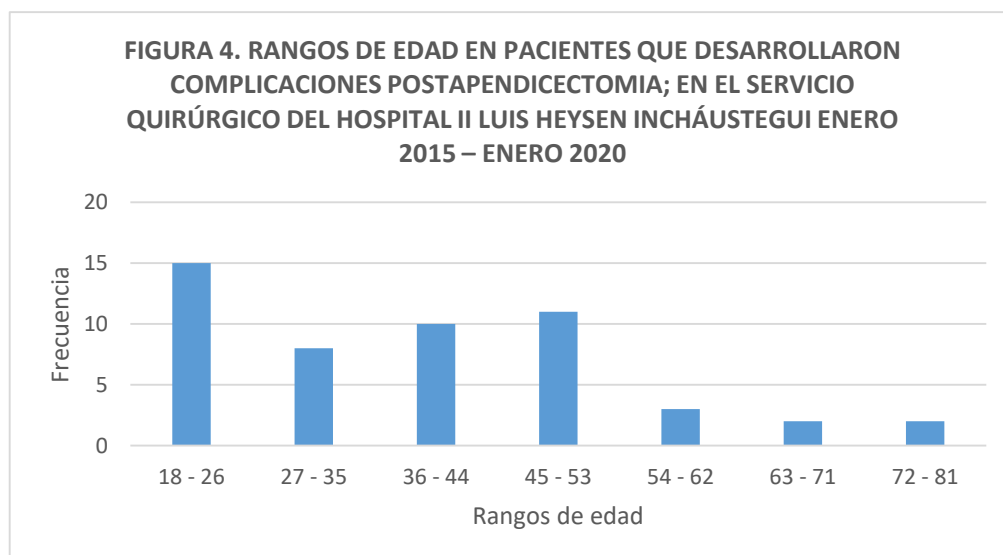
Fuente: Historias Clínicas

La **tabla 3** nos muestra el porcentaje según rangos de edades en la población total de pacientes apendicectomizados; siendo los rangos de 18 a 26 años, 27 a 35 años, 36 a 44 años, 45 a 53 años, 54 a 62 años, 63 a 71 años y 72 a 81 años; con frecuencias de 29.9% (n=109), 18.6% (n=68), 20.8% (n=76), 15.1% (n=55), 9% (n=33), 4.1% (n=15), 2.5% (n=9) respectivamente; donde se encuentra que la mayor frecuencia la representa el rango de 18 a 26 años.

TABLA 4. RANGOS DE EDAD EN PACIENTES QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMIA; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO GENERAL DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18 - 26	15	29.4	29.4	29.4
27 - 35	8	15.7	15.7	45.1
36 - 44	10	19.6	19.6	64.7
45 - 53	11	21.6	21.6	86.3
54 - 62	3	5.9	5.9	92.2
63 - 71	2	3.9	3.9	96.1
72 - 81	2	3.9	3.9	100.0
Total	51	100.0	100.0	

Fuente: Historias Clínicas



Fuente: Historias Clínicas

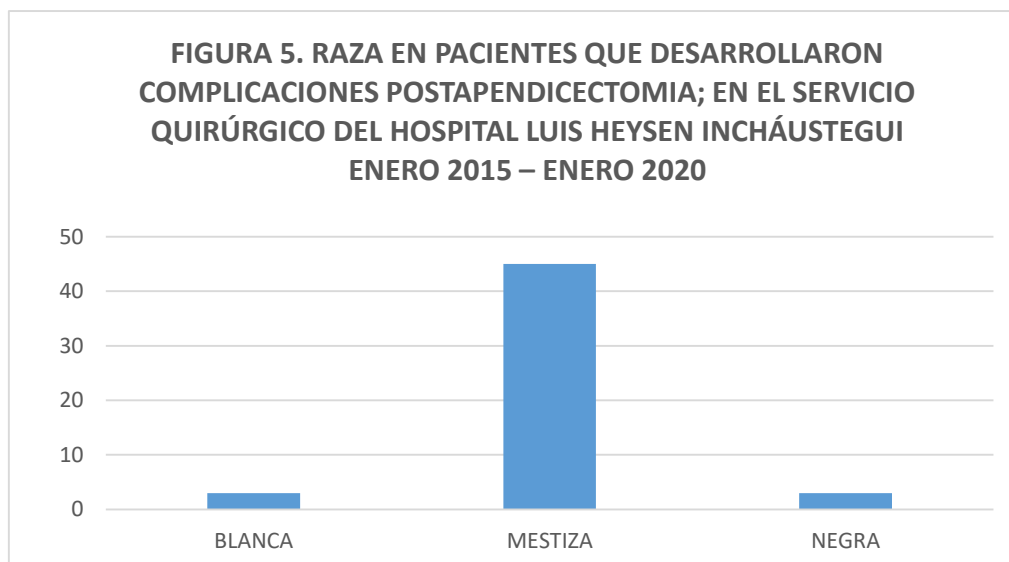
La tabla 4 nos muestra el porcentaje según rangos de edades en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; siendo los rangos de 18 a 26 años, 27 a 35 años, 36 a 44 años, 45 a 53 años, 54 a 62 años, 63 a 71 años y 72 a 81 años; con frecuencias

de 29.4% (n=15), 15.7% (n=8), 19.6% (n=10), 21.6% (n=11), 5.9% (n=3), 3.9% (n=2), 3.9% (n=2) respectivamente; donde se encuentra que la mayor frecuencia la representa el rango de 18 a 26 años.

TABLA 5. RAZA EN PACIENTES QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMIA; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

RAZA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BLANCA	3	5.9	5.9	5.9
MESTIZA	45	88.2	88.2	94.1
NEGRA	3	5.9	5.9	100.0
Total	51	100.0	100.0	

Fuente: Historias Clínicas



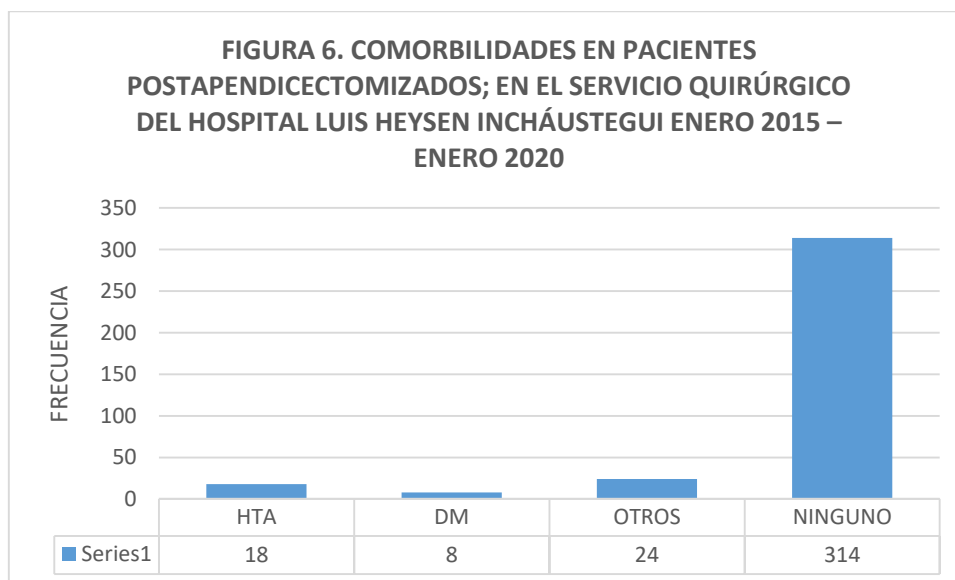
Fuente: Historias Clínicas

La tabla 5 nos muestra el porcentaje según la raza en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; siendo las razas Blanca, Mestiza y Negra; con frecuencias de 5.9% (n=3), 88.2% (n=45), 5.9% (n=3) respectivamente; donde se encuentra que la mayor frecuencia la representa la raza Mestiza.

TABLA6. COMORBILIDADES EN PACIENTES POSTAPENDICECTOMIZADOS; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

COMORBILIDADES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
HTA	18	4.93	4.93	4.93
DIABETES MELLITUS	8	2.19	2.19	7.12
OTROS	24	6.57	6.57	13.69
NINGUNA	314	86.02	86.02	100
TOTAL	365	100	100	

Fuente: Historias Clínicas



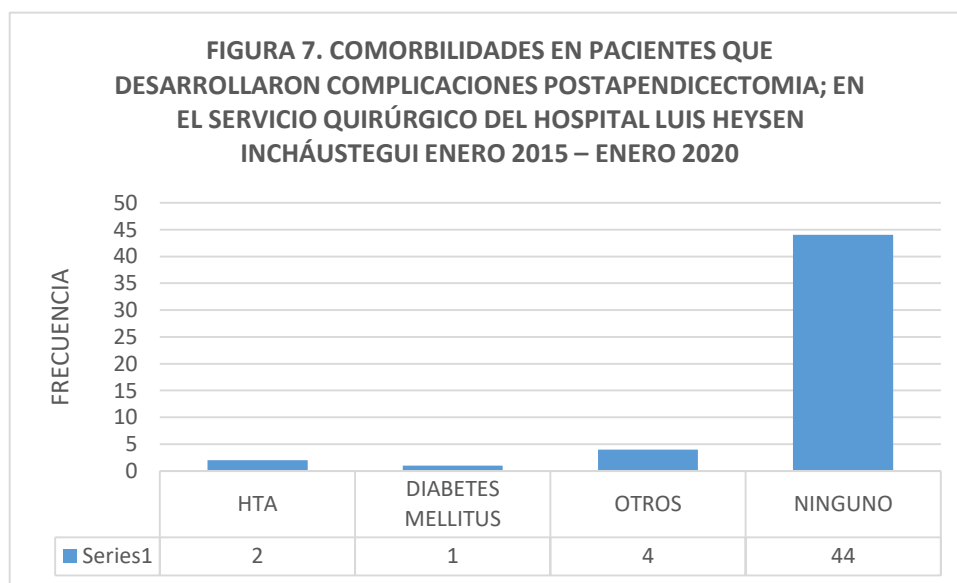
Fuente: Historias Clínicas

La tabla 6 nos muestra el porcentaje según las comorbilidades en la población total de pacientes apendicectomizados; siendo dichas comorbilidades Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y otras como lo son la rinitis, asma, gastritis, colelitiasis, etc.; con frecuencias de 4.93% (n=18), 2.19% (n=8), 6.57% (n=24) respectivamente; donde se encuentra que la mayor frecuencia la representa la comorbilidad Hipertensión arterial.

TABLA 7. COMORBILIDADES EN PACIENTES QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMIA; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

COMORBILIDADES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
HTA	2	3.92	3.92	3.92
DIABETES MELLITUS	1	1.96	1.96	5.88
OTROS	4	7.84	7.84	13.72
NINGUNO	44	86.27	86.27	100%
TOTAL	51	100%	100%	

Fuente: Historias Clínicas



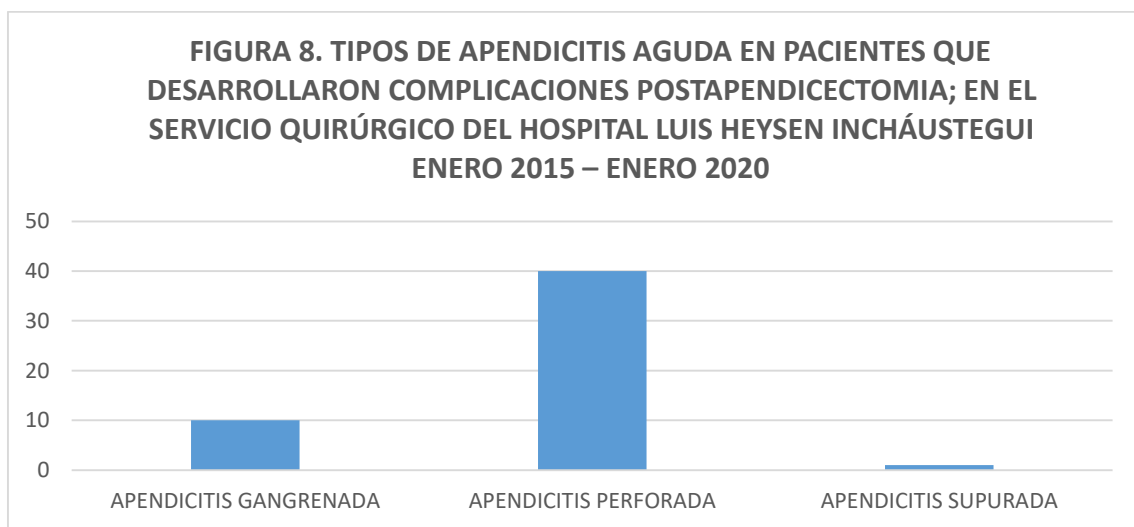
Fuente: Historias Clínicas

La **tabla 7** nos muestra el porcentaje según las comorbilidades en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; siendo dichas comorbilidades Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y otras como lo son la rinitis, asma, gastritis, colelitiasis, etc.; con frecuencias de 3.92% (n=2), 1.96% (n=8), 7.84% (n=4) respectivamente; donde se encuentra que la mayor frecuencia la representa la comorbilidad Hipertensión arterial.

TABLA 8. TIPOS DE APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMIA; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

TIPOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
APENDICITIS GANGRENADA	10	19.6	19.6	19.6
APENDICITIS PERFORADA	40	78.4	78.4	98.0
APENDICITIS SUPURADA	1	2.0	2.0	100.0
Total	51	100.0	100.0	

Fuente: Historias Clínicas



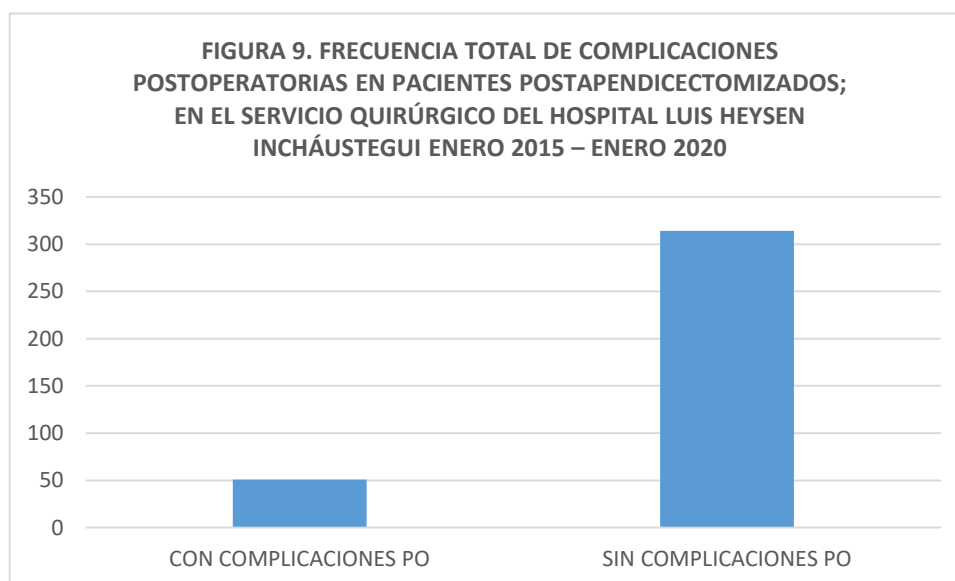
Fuente: Historias Clínicas

La tabla 8 nos muestra el porcentaje según los tipos de apendicitis aguda en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; siendo los tipos encontrados la apendicitis supurada, apendicitis gangrenada y apendicitis perforada; con frecuencias de 2% (n=1), 19.6% (n=10), 78.4% (n=40) respectivamente; donde se observa que la mayor frecuencia la representa la apendicitis aguda perforada.

TABLA 9. FRECUENCIA TOTAL DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POSTAPENDICECTOMIZADOS; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CON COMPLICACIONES PO	51	13.97	13.97	13.97%
SIN COMPLICACIONES PO	314	86.03	86.03	100.0
Total	365	100.0	100.0	

Fuente: Historias Clínicas



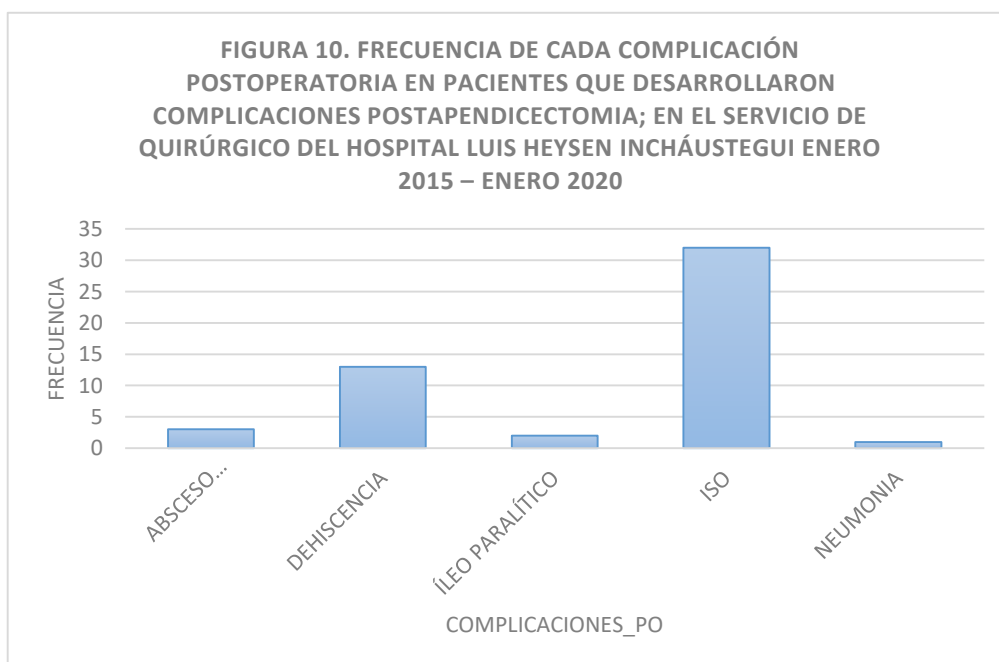
Fuente: Historias Clínicas

La tabla 9 nos muestra el porcentaje total de los pacientes que desarrollaron complicaciones postoperatorias en la población total de apendicectomizados; dicha frecuencia es de 13.97% (n=51) mientras que el 86.03% (n=314) no desarrollaron complicaciones postoperatorias.

TABLA 10. FRECUENCIA DE CADA COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA EN PACIENTES QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMIA; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ABSCESO INTRAABDOMINAL	3	5.9	5.9	5.9
DEHISCENCIA	13	25.5	25.5	31.4
ÍLEO PARALÍTICO	2	3.9	3.9	35.3
ISO	32	62.7	62.7	98.0
NEUMONIA	1	2.0	2.0	100.0
Total	51	100.0	100.0	

Fuente: Historias Clínicas



Fuente: Historias Clínicas

La tabla 10 nos muestra el porcentaje de cada complicación postoperatoria de apendicitis aguda en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; siendo las complicaciones encontradas la infección de sitio operatorio, la dehiscencia de la herida operatoria, el absceso intraabdominal, el íleo paralítico y la neumonía; con frecuencias de 62.7% (n=32), 25.5% (n=13), 5.9% (n=3), 3.9% (n=2), 2% (n=1) respectivamente; donde se observa que la mayor frecuencia la representa la infección de sitio operatorio.

TABLA 11. ESTANCIA HOSPITALARIA SEGÚN EL TIPO DE CIERRE EN PACIENTES POSTAPENDICECTOMIZADOS; EN EL SERVICIO DE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

Tabla cruzada ESTANCIA HOSPITALARIA - CIERRE				
		CIERRE		TOTAL
		CIERRE DIFERIDO	CIERRE PRIMARIO	
ESTANCIA	≤ 3 días	17 (32.1 %)	224 (71.79%)	241
	>3 días	36 (67.9%)	88 (28.21%)	124
TOTAL		53	312	365

Fuente: Historias Clínicas

TABLA 12: Prueba de Chi-cuadrado Estancia hospitalaria –Tipo de Cierre					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilatera)	Significación exacta (unilatera)
Chi-cuadrado de Pearson	31,863 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	30,117	1	,001		
Razón de verosimilitud	30,110	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
N de casos válidos	365				

La tabla 11 nos muestra la estancia hospitalaria en ambos grupos de cierre en pacientes en la población total de pacientes apendicectomizados; se observa que los pacientes a los cuales se les realizó cierre diferido presentan una mayor frecuencia de estancia hospitalaria >3 días siendo esta el 67.9% (n=36); a diferencia del grupo de pacientes a los cuales se les realizó cierre primario los cuales presentan una mayor frecuencia de estancia hospitalaria ≤3 días siendo esta el 71.79% (n=224) de los casos.

Según la tabla 12 al realizar la prueba Chi-cuadrado el valor de significancia hallado es de 0.001 ($p < 0.05$) encontrándose diferencia significativa, entonces se concluye que existe asociación al rechazar la hipótesis nula de independencia entre estancia hospitalaria y tipo de cierre.

TABLA 13. INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO SEGÚN EL TIPO DE CIERRE EN PACIENTES QUE DESARROLLARON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMÍA; EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

Tabla cruzada COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS - CIERRE				
		CIERRE		TOTAL
		CIERRE DIFERIDO	CIERRE PRIMARIO	
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	INFECCION DE SITIO OPERATORIO	12 (70.5%)	20 (58.8%)	32
	OTRAS COMPLICACIONES	5 (29.5%)	14 (41.2%)	19
	TOTAL	17	34	51

Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA 14: Prueba de Chi-cuadrado Infección de sitio operatorio – Tipo de cierre					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,671^a	1	0.413		
Corrección de continuidad ^b	0.262	1	0.609		
Razón de verosimilitud	0.684	1	0.408		
Prueba exacta de Fisher				0.543	0.307
N de casos válidos	51				

La tabla 13 nos muestra la complicación infección de sitio operatorio en ambos grupos de cierre en pacientes en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía; se observa que en ambos grupos de cierre primario y diferido presentan una mayor frecuencia de infección de sitio operatorio como complicación postoperatoria siendo esta el 58.8% (n=20) y 70.5% (n=12) respectivamente.

Según la tabla 14 al realizar la prueba Chi-cuadrado el valor de significancia hallado es de 0.413 ($p > 0.05$) por lo que no se encontró diferencia estadística significativa entonces se concluye que no existe asociación al aceptar la hipótesis nula de independencia entre infección de sitio operatorio y tipo de cierre.

DISCUSIÓN:

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más frecuente a nivel global; en el presente estudio, se recolectaron los datos de 365 historias de pacientes apendicetomizados del servicio de cirugía general del Hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020, los cuales cumplieron los criterios establecidos.

Dicha patología representa una incidencia del 7% de la población en general, con una tasa de complicaciones postoperatorias según los estudios de Aranda-Narváez (9) y Andreou (39) de 13.4% y de hasta 18% respectivamente, de manera similar al nuestro el cual presentó un 13.97% (n=51).

En relación al sexo, en nuestro estudio el mayor porcentaje de pacientes con apendicitis aguda son masculinos en un 65.2% (n=238) al igual que los estudios de Basaldúa-Chincha et al (37) cuya frecuencia de varones fue de 69% y en contraste al estudio realizado por Macedo (38) donde el sexo predominante fue el femenino con una frecuencia de 50.3%; con respecto al sexo en pacientes que desarrollaron complicaciones postoperatorias, en nuestro estudio el mayor porcentaje son varones con un 66.7% (n=34) al igual que los estudios de Paredes (18) y Moreira et al. (13) con frecuencias de 53% y 54.2% respectivamente.

En relación a la edad, en nuestro estudio el rango con mayor frecuencia de pacientes con apendicitis aguda hallado corresponde de 18 a 26 años con un porcentaje de 65.2% (n=238), mientras que de similar forma al nuestro se encontró en los estudios de Paredes Tenazoa (18) Arcana (41) y Basaldúa-Chincha et al (37) que el mayor porcentaje está entre las edades 20-29 años (24.57%), 15- 24 años (44.3%) y 18-30 años (35%) respectivamente; con respecto al grupo de pacientes que desarrollaron complicaciones postoperatorias, en nuestro estudio, de igual forma la mayor frecuencia se encuentra en el rango de 18 a 26 años con un porcentaje de 29.4% (n=15), dicho resultado concuerda con el estudio de Paredes Tenazoa (18) en el cual el 27.68% corresponde al grupo etáreo de entre 20 a 29 años y en contraste a

los estudios de Beltrán (42) en el cual 15,38% de las complicaciones postapendicectomía se presentaron en el rango de edad entre 60 y 69 años, también de forma contraria a los estudios de Rodríguez (14) y Moreira et al. (13) en los cuales las mayores frecuencias se encuentran a edades < 20 años de manera más temprana y ≥ 38.5 años de forma más tardía respectivamente.

En relación a las comorbilidades, según el estudio de Gutiérrez (40) la comorbilidad más frecuente asociada a pacientes apendicectomizados es la Hipertensión arterial presente en el 30% (n=9) como única comorbilidad, en 33.3% (n=10) asociada a Diabetes mellitus, lo cual concuerda con nuestro estudio en el cual también se encontró que la hipertensión arterial corresponde a la comorbilidad más frecuente con un porcentaje de 4.93% (n=18); de igual manera en nuestro estudio se encontró que en pacientes con complicaciones postapendicectomía la comorbilidad más frecuente fue la Hipertensión arterial con un porcentaje de 3.92% (n=2), en contraste al estudio de Paredes Tenazoa (18) cuya comorbilidad más frecuente fue la Diabetes Mellitus con un porcentaje de 17.85% (n=20).

En relación a los tipos de apendicitis aguda, según los estudios de Rodríguez (14), Paredes Tenazoa (18) y Huaco Luna (20) las complicaciones postoperatorias se presentan más frecuentemente en etapas más tardías de la apendicitis aguda, lo cual concuerda con nuestro estudio encontrándose que el 19.6% (n=10) y 78.4% (n=40) de pacientes con complicaciones corresponden a los estadios de apendicitis gangrenada y perforada respectivamente.

Con respecto a las complicaciones postoperatorias; según el estudio de Rodríguez (14), llegó a la conclusión que la infección del sitio quirúrgico es la complicación más común de la apendicectomía, cuya frecuencia es del 30,0 a 50,0 % de los pacientes; en segundo lugar está la dehiscencia de la herida quirúrgica (4%); en tercer lugar las complicaciones gastrointestinales (íleo paralítico posoperatorio 2-3%) seguidas de la infección urinaria (1.8%) y la bronconeumonía (1.5%); de manera similar, en nuestro estudio se halló a la

infección de sitio operatorio como la complicación más frecuente seguida de la dehiscencia de herida operatoria, absceso intraabdominal, íleo paralítico y por último la neumonía con porcentajes de 62.7% (n=32), 25.5% (n=13), 5.9% (n=3), 3.9% (n=2), 2% (n=1) respectivamente; Sandoval et al (12), de igual manera afirma en su estudio que la infección de sitio operatorio es la complicación postapendicectomía más importante, obteniendo como resultado que el 20% de los pacientes apendicectomizados presentaron infección de herida operatoria; en contraste al estudio de Beltrán (42) en el cual la mayor frecuencia la presentó el absceso de pared abdominal con un porcentaje del 13.47% del total de apendicectomizados.

En relación al tipo de cierre primario y diferido, en cuanto a la frecuencia de infección de sitio operatorio, en el presente estudio resultaron ser de 58.8% (n=20) y 70.5% (n=12) para cada tipo de cierre respectivamente, aplicando chi-cuadrado se encontró que no difieren significativamente ambos grupos ($p=0.413$, >0.05) demostrando que no existe asociación entre infección de sitio operatorio y el tipo de cierre; de similar forma a lo encontrado por el estudio de Azabache J, Uriol R, en el 2009, cuya muestra fueron 65 pacientes apendicectomizados en dos grupos Grupo I, con cierre primario mientras que en el grupo II, con cierre diferido de la herida operatoria concluyendo que no existe asociación ni diferencia significativa ($p=0.5519$, $p>0.05$) en la frecuencia de infección del sitio operatorio en ambos grupos (43); lo cual difiere a lo encontrado por el estudio de Pérez Villafuerte BL, en el 2017, en 360 pacientes apendicectomizados complicados a los que se les realizaron en el grupo I, cierre primario y en el grupo II, cierre diferido; en el análisis bivariado con chi-cuadrado hallándose un p estadísticamente muy significativo ($p<0.01$) entre infección de herida quirúrgica y cierre primario diferido, concluyendo que existe asociación entre estas (21).

En cuanto a la estancia hospitalaria en relación al tipo de cierre, en nuestro estudio se obtuvo que a quienes se les realizó cierre diferido presentan una mayor frecuencia de estancia hospitalaria >3 días siendo esta el 67.9% ($n=36$); a diferencia del grupo de pacientes a los cuales se les realizó cierre primario quienes presentan una mayor frecuencia de estancia hospitalaria ≤ 3 días siendo esta el 71.79% ($n=224$) de los casos; aplicando chi-cuadrado se encontró diferencia significativa entre ambos grupos ($p=0.001$, $p<0.05$) lo que indica asociación entre estancia hospitalaria y el tipo de cierre; de similar manera a lo encontrado por el estudio de Pérez Villafuerte (21), en el cual se encontró un p estadísticamente muy significativo ($p<0.01$) para estas variables; a diferencia de lo encontrado por el estudio de Marroquín y Mónico (44) en el cual no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a los días de estancia intrahospitalaria según el tipo de cierre operatorio realizado (Test Exacto de Fisher: $p=0,553$).

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

1. Las características socio-demográficas predominantes son el sexo masculino, el rango de edad entre 18 a 26 años y la raza mestiza en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía en el Servicio de Cirugía General del Hospital Luis Heysen Incháustegui durante el período enero 2015 – enero 2020.
2. Las características clínico-quirúrgicas predominantes son la comorbilidad hipertensión arterial; la apendicitis aguda perforada y la Infección de sitio operatorio en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía en el Servicio de Cirugía General del Hospital Luis Heysen Incháustegui durante el período enero 2015 – enero 2020.
3. Se constató la existencia de asociación entre el tipo de cierre realizado y el tiempo de estancia hospitalaria; de forma contraria la no existencia de asociación entre la infección de sitio operatorio según el tipo de cierre en los pacientes que desarrollaron complicaciones postapendicectomía en el Servicio de Cirugía General del Hospital Luis Heysen Incháustegui durante el período enero 2015 – enero 2020.

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

1. Realizar futuras investigaciones con un alcance analítico tipo casos y controles que permitan cuantificar la magnitud de la asociación mediante odds ratio entre variables y permita realizar inferencias con el fin de determinar mejores conductas terapéuticas los cuales conllevarán a reducción de costos, estancia hospitalaria y morbilidad.
2. Realizar videoconferencias de actualización sobre diagnóstico oportuno de apendicitis aguda, dirigida a médicos internistas, médicos de urgencias, y cirujanos.
3. Realizar un mayor control con respecto a la asepsia y antisepsia al momento de la cirugía, así como detallar al paciente los cuidados a tener luego de la cirugía para lograr de esta forma disminuir la tasa de complicaciones postapendicectomía.
4. Realizar un manejo y control más minucioso en pacientes postapendicectomizados que presenten alguna de las características predominantes halladas en nuestro estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rozman C, & Cardellach F. Farreras Rozman. Medicina Interna. 19 edición. Elsevier; 2020. 2932 p.
2. Stein G, Rath-Wolfson L, Zeidman A, Atar E, Marcus O, Ram E, et al. Sex differences in the epidemiology, seasonal variation, and trends in the management of patients with acute appendicitis. *Langenbeck's Archives of Surgery / Deutsche Gesellschaft Für Chirurgie*. 2013 Oct; 397(7): 1087-1092
3. Gumter, J. Factores de Riesgo que inciden en complicaciones de Apendicitis Aguda. *Salud Integral de la Universidad Autónoma de México*. 2016; 14.
4. Selis M. Complicaciones de la Apendicitis Aguda. *Revista: Journal of Medicine Intensive*. 2016; 11.
5. Barriga Reyes NM, Ganan Macías HA, Patiño Andrade RP, & Ganchozo Pincay MM. Falla en la cicatrización post operatoria en apendicitis. *RECIAMUC*. 2019 Jul; 3(3): 789-916.
6. Salud, O. M. S. Epidemiología de la Apendicitis Aguda en países Latinoamericanos. *Revista Mexicana "Cirujano General"*. 2017; 23.
7. World Health Organization. Global guidelines on the prevention of surgical site infection [libro electrónico]. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/gpsc/ssi-guidelines/en/>
8. Guanche Garcell H, Villanueva Arias A, Pancorbo Sandoval CA, Guilarte García E, Valle Gamboa ME, Bode Sado A, et al. Incidence and etiology of surgical site infections in appendectomies: a 3 year prospective study. *Oman Med J*. 2017 Jan; 32(1): 31-5.
9. Aranda-Narváez JM, Prieto-Puga Arjona T, García-Albiach B, Montiel-Casado MC, González-Sánchez AJ, Sánchez-Pérez B, et al. Infección de sitio quirúrgico tras

- apendicectomía urgente: tasa global y tipo según la vía de abordaje (abierta/laparoscópica). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014 Feb; 32(2): 67-136
10. Suh YJ, Jeong SY, Park KJ, Park JG, Kang SB, Kim DW, et al. Comparison o surgical-site infection between open and laparoscopic appendectomy. *J Korean Surg Soc*. 2012 Jan; 82(1): 35-9.
 11. Ban KA, Minei JP, Laronga C, Harbrecht BG, Jensen EH, Fry DE, et al. American College of Surgeons and Surgical Infection Society: Surgical Site Infection Guidelines, 2016 Update. *J Am Coll Surg*. 2017; 224(1): 59-74.
 12. Sandoval Gionti UA, Rodas YL, Ordoñez EVP, & Yshida JAK. Técnica operatoria de apendicetomía e infección del sitio operatorio. *Hospital María Auxiliadora*. Octubre-diciembre, 2018. *Horizonte Médico (Lima)*. 2019 Sep; 19(3): 33-9.
 13. Moreira LF, Garbin HI, Da-Natividade GR, Silveira BV, & Xavier TV. Factores preditores de complicações pós-operatórias em apendicectomias. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2018 Nov [citado 2020 Sep 14]; 45(5). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912018000500155&lng=pt&tlng=pt
 14. Rodríguez Fernández Z. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. *Revista Cubana de Cirugía*. Editorial Ciencias Médicas. 2010 Jun; 49(2): 0-0.
 15. Siribumrungwong B, Chantip A, Noorit P, Wilasrusmee C, Ungpinitpong W, Chotiya P, et al. Comparison of Superficial Surgical Site Infection Between Delayed Primary Versus Primary Wound Closure in Complicated Appendicitis: A Randomized Controlled Trial. *Ann Surg*. 2018; 267(4): 631-7.
 16. Chiang R-A, Chen S-L, & Tsai Y-C. Delayed primary closure versus primary closure for wound management in perforated appendicitis: a prospective randomized controlled trial. *J Chin Med Assoc*. 2012 Abr; 75(4): 156-9.

17. Nasib G, Shah SI, & Bashir EA. LAPAROTOMY FOR PERITONITIS: PRIMARY OR DELAYED PRIMARY CLOSURE? J Ayub Med Coll Abbottabad. 2015 Sep; 27(3): 543-5.
18. Paredes Tenazoa RE. Factores asociados a complicaciones postoperatorias de apendicitis aguda en el hospital minsa ii-2 tarapoto en el periodo enero – diciembre 2017. [TARAPOTO]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN; 2018.
19. Ascencios Narváez MP. Comparación de frecuencia de infección de herida operatoria superficial entre cierre primario y cierre diferido de la pared abdominal en apendicitis aguda complicada en el Hospital Maria Auxiliadora durante el periodo Enero – Diciembre 2018. [Lima]: Federico Villareal; 2019.
20. Huaco Luna A. Factores asociados a complicaciones postoperatorias por apendicectomía abierta en pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue - El Agustino, 2015. Universidad Ricardo Palma [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 2020 Sep 14]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/530>
21. Perez Villafuerte BL. Comparación entre cierre primario y cierre diferido, en la infección de la herida operatoria en apendicitis complicada en el hospital Vitarte, durante el período mayo 2015- mayo 2016. Universidad Ricardo Palma. 2017; 69.
22. Rodríguez Fernández Z. Apendicitis aguda recurrente en pacientes apendicectomizados. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. Editorial Ciencias Médicas; 2019 Sep [citado 2020 Sep 14]; 58(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932019000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Brunicardi CF. Schwartz Principios de Cirugía 10a Edición. 10th ed. McGraw-Hill.; 2015. 2069 p.

24. Sánchez leal A. Apendicitis aguda : Revisión bibliográfica [Internet]. Salud y medicina presentado en; 2019 [citado 2020 Sep 16]; Sociedad Cubana de Cirugía Plástica y Caumatología. Disponible en:
<https://es.slideshare.net/ArmandoSnchezLeal/apendicitis-aguda-final>
25. Smink D, & Soybel D. Management of acute appendicitis in adults. Up to date. [Internet]. 2020 [citado 2020 Sep 28]. Disponible en:
http://uptodate.searchbox.science/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=Management%20of%20acute%20appendicitis%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
26. Gorter RR, Eker HH, Gorter-Stam MAW, Abis GSA, Acharya A, Ankersmit M, et al. Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015. Surg Endosc. 2016; 30(11): 4668-90.
27. Di Saverio S, Birindelli A, Catena F, Weber DG, & Sartelli M. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis | World Journal of Emergency Surgery | Full Text. world j emerg surg. 2016; 25.
28. Macas JAG, Zerna EAR, Gómez PYC, Morán KEB, Santillán JLM, & Ganchozo BIV. Complicaciones postoperatorias en los pacientes sometidos a cirugía de apendicitis aguda. RECIAMUC. 2019 Jul; 3(3): 1191-213.
29. Wong Pujada P, Morón Antonio P, Arévalo Torres J, Espino Vega C, & Villaseca Carrasco. Apendicitis aguda. En: R. Cirugía : I cirugía general. SISBIB - Sistema de bibliotecas. 2006; 323.
30. Vera B, & María T. Apendicectomía: factores de riesgo de complicaciones postoperatorias. Estudio a realizar en el Hospital Abel Gilbert Pontón período 2016 [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2016 [citado 2020 Sep 22]. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/20800>

31. Duffek C. Dehiscencia de Herida - Western New York Urology Associates, LLC [Internet]. [citado 2020 Nov 1]. Disponible en:
<https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=127615>
32. Sánchez-Fernández DP. Factores de riesgo para dehiscencia de herida quirúrgica. Cirugía y Cirujanos. 2000;(5): 6.
33. Valdés S. Bronconeumonía postoperatoria. Medwave [Internet]. Medwave; 2001 Ene [citado 2020 Oct 4]; 1(01). Disponible en:
</link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1126>
34. Echevarría-Zarate J, Aguilar ES, & Osoreo-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. : 6.
35. Miranda D, & Alexis 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. Universidad Ricardo Palma [Internet]. Lima; 2018 [citado 2021 Ene 26]; Disponible en:
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1309>.
36. Huaman Malla M. Peritonitis. Peritonitis En: R. Cirugía : I cirugía general. SISBIB - Sistema de bibliotecas. 2006; 323.
37. Basaldúa-Chincha D, Caparó-Carreño L, Colmenares FMR-, Ayvar-Fuentes A. Asociación entre el diámetro apendicular tomográfico y el diagnóstico anatomopatológico de apendicitis aguda en el Hospital Militar Central entre 2015-2019. Acta Médica Peruana. Colegio Médico del Perú; 2020 Abr; 37(2): 138-44.
38. Macedo Estrada MK. Prevalencia de apendicitis aguda por coprolitos en pacientes de un Hospital de Lambayeque - Essalud. Marzo - Julio del 2014. REPOSITORIO

ACADÉMICO USMP [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2016 [citado 2022 Abr 17]; Disponible en:

<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2212>

39. Andreou P, Blain S, DuBoulay CEH. (1990).A histopathological study of the appendix at autopsy and after surgical resection. *Histopathology*, 17; 427-431.
40. Gutiérrez Gutiérrez SZ. Factores de riesgo y complicaciones postoperatorias por apendicitis aguda en pacientes adultos mayores. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2010. Universidad de San Martín de Porres – USMP [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2015 [citado 2022 Abr 17]; Disponible en:
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1292>
41. Arcana Mamani, Hernán, Factores relacionados con la apendicitis aguda complicada en pacientes de 15 a 60 años en emergencia del HNAL un enfoque basado en la evidencia 2003, Trabajo de Grado presentado ante la Universidad de Oriente como requisito parcial Optar al Título de: Médico Cirujano.
42. Beltrán Marín, Annya Lorena Yanes Liendo, Jesmar Cristina, Factores Asociados a Complicaciones Postoperatorias de Apendicitis Aguda en pacientes Adultos Mayores del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” De Barcelona, Trabajo de Grado presentado ante la Universidad de Oriente como requisito parcial Optar al Título de: Médico Cirujano, 2009, Rev. Colomb. Cir. vol.24 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2009
43. Azabache J, Uriol J. Estudio Comparativo de la evolución clínica entre cierre primario y cierre diferido de herida operatoria en apendicitis aguda complicada en el hospital La Caleta de Chimbote durante el período Julio-Diciembre del 2008. [publicación en línea] 2008.[citado 03 Mayo 2017] Disponible en:
http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/77/AzabacheIpanaque_J.pdf?sequence=1

44. Marroquín Escalante SE, & Mónico Hernández MF del C. Cierre primario vs cierre primario diferido, en el manejo de la apendicitis complicada, en pacientes del hospital general ISSS, de enero a diciembre de 2015. 2017; 30-30.

ANEXOS

ANEXO A:
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS VALIDADA POR EXPERTOS

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN
PACIENTES CON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMÍA DEL HOSPITAL
LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020”**

I. DATOS GENERALES

Procedencia: _____ Raza: _____ Sexo: _____ Edad: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

A DEL PACIENTE:

• Comorbilidades:

Diabetes Mellitus () HTA () OTRA: _____ Ninguna ()

B DE LA ENFERMEDAD:

- Fecha y hora de Operación: _____
- Fecha y hora de Ingreso a Hospitalización: _____
- Fecha y hora de Alta Hospitalaria: _____

C DIAGNÓSTICO POST OPERATORIO (REPORTE OPERATORIO):

- Apendicitis Congestiva () Apendicitis Gangrenada ()
- Apendicitis Supurada () Apendicitis Perforada ()

D TÉCNICA DE SUTURA

- Cierre primario () Cierre primario diferido ()

E HOSPITALIZACIÓN:

• COMPLICACIONES	Sí	No	Día postoperatorio (de aparición)
- Infección de Sitio Operatorio	()	()	_____
- Dehiscencia de herida operatoria	()	()	_____
- Íleo Paralítico	()	()	_____
- Infección de Tracto Urinario	()	()	_____
- Absceso Intraabdominal	()	()	_____
- Neumonía	()	()	_____
- Evisceración	()	()	_____
- Hemorragia	()	()	_____
- Fístula Estercorácea	()	()	_____

- TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA: #Días: _____

FIRMA DE LOS EXPERTOS:

ANEXO A:
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS VALIDADA POR EXPERTOS

**"CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN
PACIENTES CON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMÍA DEL HOSPITAL
LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020"**

I. DATOS GENERALES

Procedencia: _____ Raza: _____ Sexo: _____ Edad: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

A DEL PACIENTE:

• Comorbilidades:

Diabetes Mellitus () HTA () OTRA: _____ Ninguna ()

B DE LA ENFERMEDAD:

• Fecha y hora de Operación: _____

• Fecha y hora de Ingreso a Hospitalización: _____

• Fecha y hora de Alta Hospitalaria: _____

C DIAGNÓSTICO POST OPERATORIO (REPORTE OPERATORIO):

• Apendicitis Congestiva () Apendicitis Gangrenada ()

• Apendicitis Supurada () Apendicitis Perforada ()

D TÉCNICA DE SUTURA

• Cierre primario () Cierre primario diferido ()

E HOSPITALIZACIÓN:

• COMPLICACIONES	Sí	No	Día postoperatorio (de aparición)
- Infección de Sitio Operatorio	()	()	_____
- Dehiscencia de herida operatoria	()	()	_____
- Íleo Paralítico	()	()	_____
- Infección de Tracto Urinario	()	()	_____
- Absceso Intraabdominal	()	()	_____
- Neumonía	()	()	_____
- Evisceración	()	()	_____
- Hemorragia	()	()	_____
- Fístula Estercorácea	()	()	_____

• TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA: #Días: _____

FIRMA DE LOS EXPERTOS:


Miguel I. Hernández
MÉDICO ESPECIALISTA
QUIRÚJANO RNE: 22949
CMP: 41905
CIRUGÍA CONVENCIONAL Y LAPAROSCÓPICA


Victor M. Saavedra Salvadur
MÉDICO - QUIRÚJANO
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
C.M.P. 41593 - R.N.E. 23127


Dr. Carlos Enrique Cotrina Romero
ESPECIALISTA CIRUGÍA GENERAL
JEFE SERVICIO CIRUGÍA
CMP: 27068 - RNE: 16634 - RM: 524
ExSalud RAL LAMBAYEQUE
HOSP. LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI

FICHA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

ITEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO (Se refiere al grado en el que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)		CONSTRUCTO (Hasta dónde el instrumento mide realmente la variable, y con cuánta eficacia lo hace)		RELEVANCIA (El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)		COHERENCIA INTERNA (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)		CLARIDAD (El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)		SUFICIENCIA (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de ésta)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X		X		X		X	
2	X		X		X		X		X		X	
3	X		X		X		X		X		X	
4	X		X		X		X		X		X	
5	X		X		X		X		X		X	
6	X		X		X		X		X		X	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES				SI	NO	OBSERVACIONES
• El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos.				X		
• Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.				X		
• Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.				X		
• El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiere los ítems a añadir.				X		
VALIDEZ						
APLICABLE	X	NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN		

Validado por: Javier, Campos Flores

MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL II LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI

FECHA: 02 de Noviembre del 2020

Javier Campos Flores
Javier Campos Flores
MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
C.R.P. 1234 - 000 0000

FIRMA Y SELLO

FICHA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

ITEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO (Se refiere al grado en el que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)		CONSTRUCTO (Hasta dónde el instrumento mide realmente la variable, y con cuánta eficacia lo hace)		RELEVANCIA (El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)		COHERENCIA INTERNA (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)		CLARIDAD (El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)		SUFICIENCIA (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de ésta)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	X		X		X		X		X		X	
2	X		X		X		X		X		X	
3	X		X		X		X		X		X	
4	X		X		X		X		X		X	
5	X		X		X		X		X		X	
6	X		X		X		X		X		X	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES				SI	NO	OBSERVACIONES
• El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos.				X		
• Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.				X		
• Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.				X		
• El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiere los ítems a añadir.				X		
VALIDEZ						
APLICABLE	X	NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN		

Validado por: Marlon, Herrera Merino

MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL II LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI

FECHA: 02 de Noviembre del 2020

Marlon Herrera Merino
Marlon Herrera Merino
MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
C.R.P. 1234 - 000 0000

FIRMA Y SELLO

FICHA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

ITEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS									
	CONTENIDO (Se refiere al grado en el que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)		CONSTRUCTO (Hasta dónde el instrumento mide realmente la variable, y con cuánta eficacia lo hace)		RELEVANCIA (El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)		COHERENCIA INTERNA (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)		CLARIDAD (El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)		SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de ésta)			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	X		X		X		X		X		X			
2	X		X		X		X		X		X			
3	X		X		X		X		X		X			
4	X		X		X		X		X		X			
5	X		X		X		X		X		X			
6	X		X		X		X		X		X			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES		SI	NO	OBSERVACIONES
• El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos.		X		
• Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.		X		
• Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.		X		
• El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiera los ítems a añadir.		X		
VALIDEZ				
APLICABLE	X	NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN

Validado por: Tomás, Ramírez Quezada

MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL II LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI

FECHA: 02 de Noviembre del 2020


FIRMA Y SELLO

FICHA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

ITEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO (Se refiere al grado en el que el instrumento refleja el contenido de la variable que se pretende medir)		CONSTRUCTO (Hasta dónde el instrumento mide realmente la variable, y con cuánta eficacia lo hace)		RELEVANCIA (El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)	COHERENCIA INTERNA (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)	CLARIDAD (El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)	SUFICIENCIA (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de ésta)				
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	X		X		X		X		X			
2	X		X		X		X		X			
3	X		X		X		X		X			
4	X		X		X		X		X			
5	X		X		X		X		X			
6	X		X		X		X		X			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES		SI	NO	OBSERVACIONES
• El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos.		X		
• Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.		X		
• Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.		X		
• El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiera los ítems a añadir.		X		
VALIDEZ				
APLICABLE	X	NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN

Validado por: Víctor, Saavedra Saavedra.

MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL II LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI

FECHA: 02 de Noviembre del 2020


FIRMA Y SELLO

FICHA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

ÍTEM	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ				CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS ESPECÍFICOS							
	CONTENIDO (Se refiere al grado en el que instrumento refleja el contenido de a variable que se pretende medir)		CONSTRUCTO (Hasta dónde el instrumento mide realmente la variable, y con cuánta eficacia lo hace)		RELEVANCIA (El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido)		COHERENCIA INTERNA (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o el indicador que está midiendo)		CLARIDAD (El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas)		SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la dimensión de ésta)	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1	X		X		X		X		X		X	
2	X		X		X		X		X		X	
3	X		X		X		X		X		X	
4	X		X		X		X		X		X	
5	X		X		X		X		X		X	
6	X		X		X		X		X		X	

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES		SÍ	NO	OBSERVACIONES
• El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder la ficha de cotejos.		X		
• Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.		X		
• Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.		X		
• El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa la respuesta sugiera los ítems a añadir.		X		
VALIDEZ				
APLICABLE		NO APLICABLE		APLICABLE TENIENDO EN CUENTA OBSERVACIÓN

Validado por: Carlos Enrique, Cotrina Romero

MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL II LUIS HEYSEN
INCHÁUSTEGUI

FECHA: 02 de Noviembre del 2020

Dr. Carlos Enrique Catrina Romero
ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL
JEFE SERVICIO CIRUGIA
 C.M.P. - 23000 - RENE 1656 - TEL. 524
FARMA Y SELLO
 NAL. LAZARTEQUE
 WWW.LAZARTEQUE.MEXICO/STU

ANEXO B



CARLOS ENRIQUE COTRINA MORAN



Calificación, Clasificación y Registro de Investigadores

[Solicitar Incorporación](#)



Conducta Responsable
en Investigación

Fecha: 19/11/2020



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Carlos Enrique Cotrina Morán
Título del ejercicio:	Características sociodemográficas y clínico-quirúrgic...
Título de la entrega:	Características sociodemográficas y clínico-quirúrgic...
Nombre del archivo:	Tesis_Carlos_Enrique_Cotrina_Morán
Tamaño del archivo:	10.851K
Total páginas:	68
Total de palabras:	12700
Total de caracteres:	69854
Fecha de entrega:	27-abr-2022 12:25a.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega:	1598591385

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



IIUS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁTICAS Y CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMÍA DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCEALISTECU ENERO 2017 - ENERO 2019

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Línea de investigación: Patología quirúrgica

INVESTIGADOR:

Cotrina Morán Carlos Enrique

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Juan Carlos Salazar Zúñiga

Lambayeque - Peru

2022

Dr. Juan Carlos Salazar Zúñiga
INVESTIGADOR - MÉDICO CIRUJANO
CAP. 2014 - 196 1980

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMÍA DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	13%	1%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	www2.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
7	fcmfajardo.sld.cu Fuente de Internet	1%
8	www.funcionpublica.gov.co Fuente de Internet	<1%

Dr. Jaime Y. Salazar Zuloaga
ADJUNTO MAYOR - INFECCIOSAS
C.M.P. 29134 - R.M.E. 11880

9	Submitted to Universidad del Rosario Trabajo del estudiante	<1 %
10	doaj.org Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1 %
12	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.unprg.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	<1 %
15	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
19	moam.info Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.unjfsc.edu.pe	


 Dr. Jaime Y. Salazar Zuloaga
 ADJUNTO MAYOR - INFECCIOSAS
 CUP. 20134 - RNE. 11880

	Fuente de Internet	<1 %
21	www.123teachme.com Fuente de Internet	<1 %
22	www.dynabizvenezuela.com Fuente de Internet	<1 %
23	www.repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	1library.co Fuente de Internet	<1 %
25	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	preuniversitario-matematicas-ciencias.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
27	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
28	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
29	www.sorolls.org Fuente de Internet	<1 %
30	campusvirtual.unisucree.edu.co Fuente de Internet	<1 %
31	slidehtml5.com Fuente de Internet	<1 %


 Dr. Jaime Y. Salazar Zuloaga
 ADONATO MIYTOR - INFECCIOSAS
 C.M.P. 20134 - R.N.E. 11880

		<1 %
32	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %
33	www.laopinion.com Fuente de Internet	<1 %
34	www.programacion.com Fuente de Internet	<1 %
35	grasasyaceites.revistas.csic.es Fuente de Internet	<1 %
36	laraza.com Fuente de Internet	<1 %
37	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
38	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
40	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
41	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
42	revclinesp.es Fuente de Internet	<1 %


 Dr. Jaime Y. Salazar Zuloaga
 ADJUNTO MAYOR - INFECCIOSAS
 C.M.P. 20134 - R.N.E. 11880

43	Lisandro Muñoz A, Felipe Ainardi C, Christian Rehnhof V, Jaime Cruces L, Reinaldo Ortiz R, Mario Briones L. "Prevalence of stereotypes in thoroughbred race horses at Club Hípico Concepción, Chile", Revista MVZ Córdoba, 2014 Publicación	<1 %
44	Luaces Mendez, M.. "Hepatosplenic and Renal Embolisms in Infective Endocarditis", Revista Espanola de Cardiologia (Internet), 200412 Publicación	<1 %
45	as.com Fuente de Internet	<1 %
46	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
47	spcommreports.ohchr.org Fuente de Internet	<1 %
48	www.banquept.fr Fuente de Internet	<1 %
49	www.nietoeditores.com.mx Fuente de Internet	<1 %
50	qdoc.tips Fuente de Internet	<1 %
51	www.informatica-juridica.com Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado


Dr. Jaime Y. Salazar Zulueta
ADJUDICADOR - INFECCIOSAS
C.M.P. 20134 - R.N.E. 11880