



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Factores de riesgo relacionados a absceso intraabdominal post
apendilap, Hospital Cayetano Heredia, Piura 2021

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano

AUTOR:

Ruiz Olivares, Luis Martin (ORCID: 0000-0002-5506-1703)

ASESOR:

Mg. González Ramírez, Rodolfo Arturo (ORCID: 0000-0001-5072-1672)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
Enfermedades no transmisibles

PIURA - PERÚ
2022

DEDICATORIA

A nuestro creador omnipotente, que nos da siempre la fortaleza para seguir adelante día tras día superando los obstáculos de la vida y por permitirnos lograr todos nuestros objetivos.

A mis padres, hermanos y familiares que son los grandes guías del saber, por su esfuerzo y dedicación indesmayable hacia mi persona, cuyo ejemplo será reflejado a lo largo de mi formación profesional.

A todos nuestros docentes por compartir su sabiduría y experiencia que nos inspiran a seguir adelante con nuestros sueños y metas.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi real y profundo agradecimiento a todas aquellas personas que dedicando parte de su tiempo contribuyeron a la realización y enriquecimiento de la presente tesis, mi sincero agradecimiento:

- A Dios por su infinita misericordia por permitir vivir cada día, por guiar mis pasos y encaminar mi vida hacia el bien.
- A mis padres por brindarme constantemente su amor e incentivarme a alcanzar mis metas y objetivos, siendo el pilar de mi vida.
- De manera especial a mi asesor Dr. González Ramírez, Rodolfo Arturo, por el tiempo brindado, por su paciencia, por sus enseñanzas a lo largo de la elaboración y ejecución de este proyecto de investigación.
- De la misma manera a los señores miembros del jurado por sus aportes en la presente tesis.
- A todo el personal del Hospital Cayetano Heredia - Piura, por haberme permitido ingresar a la institución en la que laboran y poder obtener los datos necesarios para la elaboración de la tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Realidad problemática.....	7
1.2 Formulación del problema.....	8
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos.....	9
II. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Investigaciones previas.....	10
2.2 Teorías relacionada al tema.....	13
III. MÉTODOLÓGIA.....	18
3.1 Diseño y estudio de investigación.....	18
3.2 Operacionalización de variables.....	18
3.3 Población y muestra.....	18
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	20
3.5 Métodos de análisis.....	20
3.6 Aspectos éticos.....	20
IV. RESULTADOS.....	21
V. DISCUSIÓN.....	25
VI. CONCLUSIONES.....	28
VII. RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	30
ANEXOS.....	34

RESUMEN

El absceso intrabdominal es la complicación más frecuente post apendicectomía, generando que los pacientes tengan un mayor reingreso hospitalario, por ende, una estancia hospitalaria prolongada y mayor gasto económico por parte del hospital y del paciente.

Objetivo: Evaluar los factores de riesgo que se encuentran relacionados a la aparición de abscesos intraabdominales post apendilap en el hospital Cayetano Heredia de Piura durante el periodo Enero a Diciembre 2020.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, Analítico, de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 54 casos y 100 controles, cuyo muestreo fue aleatorio simple con reposición; a las cuales se les aplicó una ficha de recolección de datos diseñada en función de los objetivos de investigación.

Resultados: Los factores de riesgo encontramos que sufren de hipertensión el 39% sufren de diabetes en el 19% presentan obesidad en el 14%, el tiempo quirúrgico fue menor en 82 minutos en 41% y mayor a 82 minutos en el 59% en cuanto a las edades de 30 34 años se presenta en el 39% de 45 a 60 años en el 21%, y sexo observamos que el 69% de los pacientes son varones y 31% son mujeres.

Conclusiones: La edad de los pacientes con abscesos intraabdominales se presenta más en el sexo masculino un riesgo de 2.3 veces más de presentar absceso, así mismo las comorbilidades principales se da la HTA y la obesidad con riesgo de 2 y 24 veces más riesgo de presentar abscesos.

Palabra clave: Factor de riesgo, absceso intraabdominal, post apendilap.

ABSTRACT

Intra-abdominal abscess is the most frequent post-appendectomy complication, causing patients to have a higher hospital readmission, therefore, a prolonged hospital stay and greater economic expense on the part of the hospital and the patient.

Objective: To evaluate the risk factors that are related to the appearance of post-appendilap intra-abdominal abscesses at the Cayetano Heredia hospital in Piura during the period January to December 2020.

Methods: An observational, analytical, case-control study was conducted. The sample consisted of 54 cases and 100 controls, whose sampling was simple random with replacement; to which a data collection sheet designed according to the research objectives was applied.

Results: The risk factors found that 39% suffer from hypertension suffer from diabetes in 19% have obesity in 14%, the surgical time was less than 82 minutes in 41% and greater than 82 minutes in 59% as at the ages of 30 to 34 years it occurs in 39%, from 45 to 60 years in 21%, and sex we observe that 69% of the patients are men and 31% are women.

Conclusions: The age of patients with intra-abdominal abscesses is presented more in the male sex, a risk of 2.3 times more of presenting an abscess, likewise the main comorbidities are hypertension and obesity with a risk of 2 and 24 times more risk of presenting abscesses.

Keywords: Risk factor, intra-abdominal abscess, post apendilap.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática

Los servicios de emergencia, los especialistas que realizan sus labores en las distintas instalaciones hospitalarias reciben frecuentemente pacientes con patología de abdomen agudo que necesitan realizarles un procedimiento quirúrgico principalmente por apendicitis, siendo muchas de ellas casos complicados, sin embargo, en su mayoría son de presentación típica y algunos casos atípicos que complican obtener el diagnóstico del paciente.⁽¹⁾

La apendicitis aguda es una de las principales patologías abdominales que necesitarán intervención quirúrgica, registrándose según diversos estudios que constituyen aproximadamente el 60% de los casos de abdomen agudo, como una incidencia aproximada de 1.17 personas afectadas/100 habitantes produciendo un 6.7% de riesgo de vida en los hombres siendo aún mayores las mujeres señalándoseles 8,6%. Esta patología afecta sin distinción ambos sexos y puede producirse en cualquier grupo etario incrementándose esta patología en el periodo de la infancia alcanzando su punto más alto entre las edades de 10-30 años. Con el pasar de los años la mortalidad que produce esta patología disminuye, señalándose que en el siglo anterior por cada 100,000 que parecían esta complicación 15 si agravaban y fallecían, esa probabilidad se ha reducido a porcentajes por debajo del 0.1%.⁽²⁾⁽³⁾

Actualmente el abordaje quirúrgico que se le realiza a estos pacientes permite la extirpación del órgano afectado utilizando dos métodos; a través de vía abierta (una incisión en la zona abdominal inferior) y o por vía laparoscópica la cual es considerada el procedimiento estándar en pacientes con apendicitis aguda que no presentan complicaciones. Sin embargo, es importante recordar que si la apendicitis aguda no es atendida con prontitud puede agravarse y producir complicaciones que predisponen la salud de los pacientes como: absceso, perforación y gangrena.⁽⁴⁾

El absceso intraabdominal son formaciones con contenido purulento que se encuentran limitadas por paredes fibrosas que a largo plazo pueden dar como resultado procesos inflamatorios en un área localizada, lesiones abdominales,

perforaciones y en muchos casos se complican previamente a una intervención quirúrgica, algunos otros se produce debido reacciones de defensa q ante procesos inflamatorios difusos peritoneales. Éstos aparecen luego de realizado una apendicectomía, siendo una de las complicaciones más comunes en la población que presenta esta patología, ya grabar se puede ocasionar un tiempo de hospitalización largo e incluso ingresos hospitalarios consecutivos. A nivel global, son señalado que las complicaciones pueden ser en un 4.2% de tipo flemonosas y y las perforadas entre 6.9%-28%.⁽⁵⁾

Entre el 2%-30% de las complicaciones que se producen al realizar una intervención quirúrgica por apendicectomías se deben se producen a causa de abscesos intraabdominales, los cuales están ligados a diferentes factores que favorecen a que se presenten con más frecuencia, es por ello que existen una serie de estudios de gran importancia identifican los factores productores de abscesos intraabdominales lo que permitirá un abordaje correcto cuando se presente esta complicación.⁽⁶⁾

1.2 Formulación del problema

¿Qué factores de riesgo se encuentran relacionados con la presencia de abscesos intraabdominales post apendilap en el hospital Cayetano Heredia de Piura durante el periodo Enero a Diciembre 2020?

1.3 Justificación

Se considera a la apendicitis aguda como una de las causas principales ingresos hospitalarios por el servicio de emergencia; es una emergencia quirúrgica muy frecuente que evoluciona forma variable en cada paciente y necesita ser intervenida quirúrgicamente para evitar complicaciones y riesgo de muerte. Diversos estudios han demostrado que la apendicectomía laparoscópica registra un incremento y la aparición den abscesos purulentos al ser comparada con la técnica abierta, produciendo que los ingresos hospitalarios luego de la cirugía aumenten, existe un mayor uso de los recursos humanos y económicos, y una posibilidad de que se produzca resistencia a los antibióticos.

Una revisión exhaustiva de diversos estudios realizados en el Perú, permitió constatar que existe un poco información y específica respecto a los factores de riesgo que sean determinantes para el desarrollo de abscesos abdominales; es por tal motivo la importancia de conocerlos para poder realizar medidas preventivas y de control, ya que se considera que están relacionados a producir complicaciones luego de una intervención quirúrgica entre los que tenemos el lavado peritoneal aplicando cloruro de sodio al 0.9%, colocar un drenaje en el peritoneo, realizar el cierre de muñón apendicular, los cuales podrían Prevenirse para evitar futuras complicaciones.

1.4 Objetivos

Objetivo general

- Evaluar los factores de riesgo que se encuentran relacionados a la aparición de abscesos intraabdominales post apendilap en el hospital Cayetano Heredia de Piura durante el periodo Enero a Diciembre 2020.

Objetivos específicos

- Determinar cuál de los factores de riesgo se relacionan a la aparición de absceso intraabdominal post apendilap es el más frecuentemente encontrado en pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Cayetano Heredia de Piura durante el periodo Enero a Diciembre del 2020.
- Identificar las características sociodemográficas con mayor presencia de abscesos intraabdominales post apendilap en pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Cayetano Heredia de Piura durante el periodo Enero a Diciembre del 2020.
- Determinar la correlación entre los factores de riesgo y la aparición de abscesos intraabdominales post apendilap en pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Cayetano Heredia de Piura durante el periodo Enero a Diciembre del 2020.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones previas

Antecedentes a nivel internacional

Tartaglia y col, (2020), en Italia, desarrollo una investigación de tipo retrospectivo de una muestra representativa que fueron intervenidos por apendicitis aguda a través de laparoscopia entre los años 2001- 2017, realizando una comparación a través de un análisis uní variado y multivariado. En esta investigación se analizó 2076 expedientes clínicos de pacientes sometidos a apendicectomías laparoscópicas desarrollando 37 de estos pacientes (1.8%) abscesos intraabdominales. El estudio permitió conocer factores que se asociaban a esa complicación: Sexo masculino, perforación o necrosis del apéndice, clipaje del mesoapéndice, tratamiento prolongado con antibióticos, peritonitis pélvica, utilización de engrapadoras mecánicas para división apendicular. Luego de los resultados obtenidos se concluyó que los factores que tenían una mayor asociación al desarrollo de abscesos intraabdominales luego de una intervención quirúrgica fue la complicación de la apendicitis perforada y peritonitis.⁽⁷⁾

Lasek y col, en el año 2019, publicó un estudio multicéntrico de pacientes a los que se les realizó una apendicectomía. La investigación estuvo conformada por una muestra de 4618 personas intervenidas, registrando una incidencia de 1,1% teniendo como factores predisponentes a desarrollar complicaciones es el agravamiento de la apendicitis aguda a complicada. Así mismo existe una influencia positiva en el porcentaje de aparición de los abscesos intraabdominales y las reintervención postoperatoria, hospitalización prolongada (supera los 8 días) e incrementan el costo hospitalario y reingresos.⁽⁸⁾

Rosero y col., en el año 2017, en Ecuador realizar un estudio del tipo observacional-retrospectivo durante los años 2016-2017 con el propósito de evaluar las principales complicaciones que se presentan en los pacientes con apendicitis aguda perforada a causa de las intervenciones quirúrgicas realizadas. El estudio estuvo conformado por un total de 301 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con apendicitis aguda perforada. AL 70.4% se le realizó lavado peritoneal y al 29.7% secado peritoneal.

Ambos grupos presentaron complicaciones similares con la diferencia en el tiempo operatorio. Por lo tanto, concluyeron que aquellos pacientes sometidos al lavado peritoneal favorecían al desarrollo de abscesos intraabdominales luego de realizárseles la cirugía abdominal.⁽⁹⁾

Hunt y col, en el año 2016, en Arabia Saudita realizó un estudio de tipo retrospectivo, recolectando información de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de apendicitis intervenidos quirúrgicamente por laparoscopia o técnica abierta en un periodo 9 años consecutivos, realizando una comparación entre ambos grupos. El estudio estuvo conformado al principio por 2594 pacientes que padecían esta patología excluyéndose a 962 debido a que no eran contemporáneos en edad y del mismo género (>60 años y <12 años), y algunos otros que presentaban alguna patología asociada como DM y pacientes con consumo de esteroides. Se obtuvo finalmente la participación de 1632 pacientes para el estudio, perteneciendo 458 a los que fueron intervenidos a través de cirugía laparoscópica y 1174 a través de la técnica abierta. El 82.9% de la muestra en estudio pueden ser diagnosticados con apendicitis aguda y el 17.1% apendicitis complicada. En el 0.9% se observó colecciones intraabdominales siendo el 1.3% los que se sometieron a apendicectomía laparoscópica y el 0.7% se le realizó la técnica abierta. Es por ello que se concluye que la realización de apendicectomía por laparoscopia es una técnica segura y que el desarrollo de abscesos intraabdominales al ser realizada es equivalente a la de una cirugía abierta. Al mismo tiempo apendicectomías laparoscópicas reducen la estancia dentro del hospital y los costos sanitarios de ello.⁽¹⁰⁾

Cueva y colaboradores, y el año 2016, en Ecuador realizaron un estudio de investigación de tipo descriptivo- retrospectivo recolectando y analizando información de los formatos clínicos de la población de estudio que fueron intervenidos por apendicitis aguda. El estudio estuvo conformado por 108 pacientes en los cuales se respetaron los criterios del estudio, obteniendo: La mayoría de los pacientes intervenidos fueron del sexo masculino (60 pacientes). El antecedente de intervención quirúrgica anterior se considera un factor de gran importancia y recurrencia en pacientes intervenidos reiteradas veces en un quirófano en la información del estudio

se obtuvo que 69 de los pacientes en estudio lo presentaron siendo el 53% de ellos mujeres y el 58% varones resultando que no existe prevalencia en alguno de los sexos, teniendo en cuenta que el tiempo de intervención quirúrgica demostró un riesgo para desarrollar posteriormente una infección operatoria. Por lo tanto podemos concluir que existe una serie de factores que predisponen para la intervención reiterado quirúrgica de los pacientes a causa de los accesos intraabdominales.⁽¹¹⁾

Antecedentes a nivel Nacional

Pérez-Puertas, (2018) en Lima, se realizó una investigación analítico transversal. Concluyendo que los factores asociados a complicaciones como absceso después de apendicetomía fueron que los pacientes presentaban apendicitis complicada (perforada, gangrena, formación de plastrón) con p: 0.244, RPa: 2.98, IC: 95%: (0.47-18.86), edad media 40 años, sexo masculino con p:0.103, RPa: 1.41, IC: 95% (0.93-2.26), leucocitos con p: <0.001, RPa:1.01, IC:95%(1.00-1.01), neutrofilia > 80% con p:0.001, RPa:1.05, IC: 95% (1.02-1.09), tiempo hospitalario con p:0.001, RPa:1.05, IC:95% (1.02-1.09) y tiempo sintomático con p: 0.001, RPa:1.02, IC:95% (1.01-1.05).⁽¹²⁾

Parque-Chura, en Lima (2018), se realizó un trabajo observacional descriptivo analítico. Cuyos resultados menciona a los factores de riesgo para la complicación asociada a absceso después de la apendicetomía se asociaron como la edad 43.6% (11 -16 años) y 41.0% (6 – 10 años), sexo masculino 59% y sexo femenino 41.0%, automedicación el 76.9% de estos (59% analgésicos y 17.9% antibióticos con analgésicos), demora en acudir a emergencia 59% en un transcurso de 12-24 horas y el tiempo de la demora hasta el acto quirúrgico.⁽¹³⁾

Silvestre C. y Burgos O., en Trujillo (2017), se llevó a cabo una investigación analítica, concluyendo que 14,3% es la prevalencia absceso intraabdominal, en análisis bivariado: (antibioticoterapia y dolor p<0.01), (uso de dren Penrose, el lavado de cavidad, presentar comorbilidad y peso con p<0,05), y en el análisis multivariado: dolor >3 días p<0.001 y OR: 1.38, peso con p<0.05 con OR: 0.96 y la comorbilidad p<0.05 con un OR: 3.06.⁽¹⁴⁾

Díaz L., Cajamarca (2018), se realizó un trabajo de investigación analítico en el hospital regional docente de Cajamarca, demostrando que los factores de riesgo asociados fue manejo de herida operatoria con p: 0.0000, apendicitis perforada con p: 0.013 y OR: 40.15 y el tiempo de enfermedad >3 días presentó 2,9 veces más probabilidad.⁽¹⁵⁾

Gutiérrez, en Lima (2015), se aplicó un trabajo descriptivo dirigido a los pacientes adultos mayores Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Concluyendo que los factores predisponentes en este estudio con edad de 60-90 fue diabetes mellitus e hipertensión, presentando el 73.33% complicaciones post operatorias siendo en un 50% en absceso de pared la más frecuente, es más frecuente la apendicitis aguda con complicaciones en edades de 60-69 años y asociación mayor a complicaciones postoperatorias y apendicitis aguda en varones.⁽¹⁶⁾

Peralta B., Arequipa en el 2015, desarrolló una investigación descriptiva retrospectiva de análisis de historias clínicas en el servicio de Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado. Se concluyó que el 7.8% se diagnosticó con ecografía absceso residual intraabdominal con IC: 95% (6,24-9,36%). Siendo como factor de riesgo más asociado el sexo masculino en un 61.53%.⁽¹⁷⁾

2.2 Teorías relacionada al tema

APENDICITIS AGUDA

Definición

Cuando el apéndice cecal se inflamase le llama apendicitis aguda. Esta patología se ven todos los grupos etarios, siendo su pico de incidencia las edades comprendidas entre los 10 años y 30 años, debiendo ser diagnosticada precozmente para ofrecerle un tratamiento correcto y oportuno, evitando así complicaciones, dentro de las que mencionaremos: perforación apendicular, desarrollo de abscesos intraabdominales, peritonitis, produciendo un cuadro de sepsis en el paciente y finalmente, su deceso.⁽¹⁸⁾

Epidemiología

La apendicitis aguda está posicionada dentro de las principales patologías abdominales a las que se les realizará una intervención quirúrgica, registrándose según diversos estudios que constituyen aproximadamente el 60% de los casos de abdomen agudo, como una incidencia aproximada de 1.17 personas afectadas/1000 habitantes produciendo un 6.7% de riesgo de vida en los hombres siendo aún mayores las mujeres señalándoseles 8,6%. Estudios han señalado que aproximadamente el 7% de las personas en todo el mundo ingresarán al servicio de emergencia por presentar apendicitis aguda. En nuestro país ese registró que el 49% de las personas presentaron casos de apendicitis complicada.⁽¹⁹⁾

Etiopatogenia

Con el pasar de los años, se ha señalado como la principal causa de apendicitis aguda la obstrucción luminal de la apéndice cecal, la que se puede producir por distintas causas ya sean benignas, como la existencia de un fecalito o en otros casos malignas producto de la hiperplasia de un tejido linfoide.⁽²⁰⁾

Como ya se mencionó, ésta patología se produce principalmente en jóvenes, se señala que en primer lugar se produce un taponamiento en los vasos linfáticos, lo que trae consigo una respuesta inflamatoria incrementando la presión intraluminal que finalmente traerá como consecuencia necrosis en los vasos arteriales.⁽²¹⁾

Al producirse todo este proceso finalmente, el apéndice cecal amplía su dimensión, lo que facilita su inflamación, y obstruye la eliminación de moco, produciendo mayor presión interna dando como resultado la isquemia. Al producirse la isquemia los tejidos se lesiona perforándose el apéndice y dando paso al agravamiento de la apendicitis aguda a complicada.⁽²²⁾

Diagnóstico

La apendicitis aguda no se manifiesta en todos los pacientes de la misma manera, es por ello que además de la sintomatología característica que presenta esta patología, es importante apoyarse en distintas herramientas que permitirán obtener un diagnóstico precoz y seguro. Por tal motivo la herramienta más utilizada para pacientes con apendicitis aguda es la “Escala de Alvarado”, la cual está conformada por diferentes ítems, con valores del 1-10, considerándose:⁽²³⁾

- Puntuación inferior a 4: Poco probable
- Puntuación entre 5-6: Paciente con riesgo medio
- Puntuación entre 7-10: Paciente con alto riesgo

Componente	Puntaje
Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náuseas y/o vómitos	1
Dolor a la palpación en fosa iliaca derecha	2
Dolor al rebote o descompresión	1
Fiebre	1
Leucocitosis	2
Desviación a la izquierda	1

Fuente: Autora - Mónica Thuel con base en Acute Appendicitis . Appendectomy or the Antibiotics Firstll Strategy. 2015

Imágenes

El estudio de imágenes refuerza y establece el diagnóstico de apendicitis aguda en pacientes con una puntuación alta para sospecha de apendicitis complicada, según el examen físico, laboratoriales y escalas utilizadas para el diagnóstico.⁽²⁴⁾

El estudio ecográfico que se le realiza a los pacientes con esta patología, presenta una sensibilidad y susceptibilidad > al 80% que va acompañada de la experiencia del explorador a cargo.⁽²⁵⁾

Tratamiento

Apendicectomía laparoscópica: Técnica más utilizada debido a que el paciente se recupera con más rapidez, reduciendo las molestias y dolor en los pacientes luego de la intervención quirúrgica.

Apendicectomía abierta: Actualmente se realiza en menos porcentaje, ya que la recuperación de los pacientes y estancia hospitalaria es mayor. Se indica éste tipo de intervención en pacientes complicados como aquellos que presentan peritonitis, a los que no se les puede realizar apendicetomía laparoscópica.⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

ABSCESO INTRAABDOMINAL

Definición

Para indicar que estamos frente a un absceso intra abdominal tenemos que observar que su estructura se encuentre delimitada por una pared que está inflamada y contener liquido de consistencia viscosa, si no fuera así simplemente estaríamos frente a un fluido peritoneal infectado, pero no sería un absceso. Si esta complicación se produce luego de una cirugía estaríamos hablando de una colección postquirúrgica.⁽²⁸⁾

Los abscesos intraabdominales se localizan de dos formas: visceral y no visceral (si existe lesión visceral abdominal) o intra y extraperitoneal. Dependiendo de la ubicación de la colección se produce diseminación sanguínea-linfática si afecta a una víscera y, pero existe perforación cuando el absceso está en el retroperitoneo.⁽⁶⁾

Factores de riesgo

A pesar que los abscesos intraabdominales son poco frecuentes, cuando se produce esta complicación en los pacientes con intervención quirúrgica (apendicetomía), afecta

el pronóstico y evolución hospitalaria, incrementando los días de estancia hospitalaria, tratamiento antimicrobiano, mayor posibilidad de realizarle otra intervención e ingreso a hospitalización.

En abscesos intraabdominales el riesgo es multifactoriales, distintos estudios señalan entre ellos: edad, grupo étnica, diferentes patologías asociadas, tiempo de enfermedad superior a 48 horas y principalmente presentar peritonitis.

Tratamiento

Ante un absceso intraabdominal, los pasos a realizar son el drenaje y el tratamiento oral con antibióticos, el cual tiene que estar asociado al esquema indicado por el médico encargado en cada hospital. El esquema depende de los agentes etiológicos a los que cubriremos, incluyendo medicamentos activos frente a Gram (-) y bacilos facultativos.

III. MÉTODOLÓGIA

3.1 Diseño y estudio de investigación

Observacional, Analítico, de casos y controles.

Los casos se irán seleccionando como forme se van presentando al igual de los abscesos que de manera posterior aparezcan, para así ir llenando la base de datos.

3.2 Operacionalización de variables

Ver anexo n°02

3.3 Población y muestra

Población universo

- Todos aquellos pacientes post operados de apendilap del servicio de cirugía general del Hospital Cayetano Heredia durante el periodo de estudio.

Población de estudio

- Todos aquellos pacientes post operados de apendilap del servicio de cirugía general del Hospital Cayetano Heredia durante el periodo de estudio que firmaron el consentimiento para participar del estudio hasta completar la muestra.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión de los casos

- Edad entre 5 a 85 años, de ambos sexos.
- Pacientes post-operados con apendilap hospitalizados en el servicio de cirugía general del Hospital Cayetano Heredia - Piura.
- Absceso intraabdominal diagnosticado por TAC o ecografía.

Criterios de exclusión de los casos

- Cirugías que acabaron de manera convencional (no apendilap)
- Absceso intraabdominal en pacientes que fueron diagnosticados de manera particular fuera del hospital.
- Pacientes reintervenidos dentro de la hospitalización
- No gestantes.

Criterios de inclusión de los controles

- Pacientes post apendilap que no se complicaron con algún cuadro de absceso.
- Con clínica de apendicitis aguda localizada sin enfermedad sistémica leve (ASA 1 y 2).
- Controles con registros completos para las variables de estudios.

Criterios de exclusión de los controles

- Controles con diagnóstico de desnutrición que fueron operados por laparoscopia con diagnóstico presuntivo de apendicitis.
- Registros incompletos de historias clínicas

Tamaño de la muestra

Se calculó a partir de la cantidad de apendilap realizadas en el Hospital aplicando la fórmula de caso controles no pareado de Fleiss. Resultando: $n = 54$

El tamaño de la muestra es 54 casos y 54 controles como mínimo.

Finalmente se trabajó con 54 casos y 100 controles.

Muestreo

Aleatorio simple con reposición

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Método

Método de observación.

Instrumento de recolección y medición de variables

Se realizó en dos momentos.

Aplicamos la ficha de recolección de datos a los pacientes post operados de apendilap que reúnan los criterios de inclusión y exclusión, en un segundo tiempo se hizo el seguimiento por un mes para ver si desarrollo el absceso intraabdominal, esto durante el periodo de estudio.

3.5 Métodos de análisis

En cuanto al manejo de los datos que fueron obtenidos de las historias clínicas y la ficha de recolección de datos fueron transcritas a una base de datos, la cual fue trabajado en el paquete estadístico convencionales, de libre uso. Para los análisis descriptivos se trabajó con porcentajes, promedios y tablas de frecuencias, las asociaciones con chi cuadrado de Pearson.

Se realizó un análisis bivalente y cálculos del odds ratio, regresión logística múltiple para encontrar los principales factores asociados y evitar la influencia de confusores.

3.6 Aspectos éticos

Se aplicaron las pautas de la CIOMS para estudios epidemiológicos que comprende estudios observacionales se teniendo el cuidado de no hacer accesible información privada de los pacientes a quienes se está haciendo el estudio. Además de cumplir con el consentimiento informado para hacer uso de dicha información. Para la realización del presente estudio se tuvo en cuenta irrestrictamente los principios éticos que rigen estos estudios biomédicos.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Factores de Riesgo para Absceso abdominal Hospital Cayetano Heredia Piura

Covariables		Absceso Abdominal						P	or	IC 95%	
		Si		No		Total					
		n	%	No	%	n	%				
Edad (años)	15-29	10	6	20	13	30	19	0.96	1.00	0.50	1.25
	30-44	20	13	40	26	60	39		0.83	0.42	1.04
	45-60	12	8	20	13	32	21		1.00	0.50	1.25
	>60	12	8	20	13	32	21		1.20	0.60	1.50
Sexo	Masculino	43	28	63	41	106	69	0.00	2.30	1.15	2.87
	Femenino	11	7	37	24	48	31				
Clasificación Asa	I	10	6	38	25	48	31	0.00	0.37	0.37	1.35
	II	36	23	50	32	86	56		2.00	0.89	1.05
	III	8	5	12	8	20	13		1.28	1.23	0.92
Abordaje Quirúrgico	Abierto	38	25	45	29	83	54	0.00	2.90	1.45	3.63
	Laparoscópico	16	10	55	36	71	46				

Fuente: elaborado por el autor

En la tabla 1 Se evalúa los pacientes que han tenido después del procedimiento quirúrgico de apendicectomía un absceso abdominal de los cuales el 27% presenta un absceso abdominal posterior al procedimiento quirúrgico y el 73% no lo presenta de ellos se observa que las edades de 15 a 29 años está presente en el 19% de 30 34 años se presenta en el 39% de 45 a 60 años en el 21% y de más de 60 años en el 21% respectivamente estas son independientes entre sí entre la prueba estadística de chi cuadrada de Pearson aunque existe riesgos significativos en torno a los mayores de 60 años aunque tampoco no es significativa.

En cuanto al sexo observamos que el 69% de los pacientes son varones y 31% son mujeres de los cuales se observa que existe un riesgo significativo de 2.3 veces

incremento de riesgo de presentar absceso teniendo la condición de varón por otro lado dentro de la clasificación anestesiológica se observará grado 1 en el 31% en grado dos en el 56% y el grado 3 en el 13% existiendo una relación estadística entre la clasificación asa y el absceso abdominal presentándose mayores riesgos significativos de 2 veces más riesgo de presentar el grado 2 de la clasificación asa sin embargo en el intervalo de confianza se observa que incluye la unidad por tanto este riesgo no es significativo finalmente asimismo el abordaje quirúrgico el 54% presenta un abordaje quirúrgico abierto y laparoscópico en el 46% de los casos ambas se presentan con una relación estadística entre sí con un riesgo de presentar 2.9 veces más riesgo de presentar absceso abdominal cuando la cirugía es abierta.

Tabla 2

Comorbilidades, tiempo operatorio, laboratorio, estancia hospitalaria en la formación de abscesos abdominales. Hospital Cayetano Heredia Piura.

Covariables		Abscesos abdominales						P	or	IC 95%	
		Si		No		Total					
		n	%	No	%	n	%				
Comorbilidades	HTA	30	19	30	19	60	39	0.03	2.00	1.00	2.50
	DM	10	6	20	13	30	19		0.42	0.21	5.21
	Obesidad	12	8	10	6	22	14		24.00	12.00	30.00
	Otros	2	1	40	26	42	27		0.05	0.03	6.45
Tiempo quirúrgico	< 82 min	43	28	20	13	63	41	0.00	15.64	7.82	19.55
	>= 82 min	11	7	80	52	91	59				
Leucocitos (x1000)	> 14.7	20	13	50	32	70	45	0.00	0.59	0.29	1.74
	<= 14.7	34	22	50	32	84	55				
Neutrófilos	>8100	10	6	30	19	40	26	0.00	0.53	0.27	6.63
	<=8100	44	29	70	45	114	74				
Plaquetas (x 100,000)	> 313	15	10	12	8	27	18	0.00	2.82	1.41	3.53
	< = 313	39	25	88	57	127	82				
Proteína C reactiva	< 90.6	15	10	32	21	47	31	0.00	0.82	0.41	1.02
	>= 90.6	39	25	68	44	107	69				
Estancia Hospitalaria	< 7 días	5	3	25	16	30	19	0.00	0.31	0.15	3.83
	>= 7 días	49	32	75	49	124	81				

Fuente: elaborado por el autor

Para la tabla número 2 sobre comorbilidades y abscesos abdominales encontramos que sufren de hipertensión el 39% sufren de diabetes en el 19% presentan obesidad en el 14% y otras patologías como hipotiroidismo en el 27% de los casos de ellos se observa que qué es una relación significativa entre las comorbilidades y el absceso abdominal principalmente existen mayores riesgos cuando el paciente es obeso con

24 veces más riesgo de presentar abscesos y para el caso de los hipertensos en el dos veces más riesgo.

En el caso del tiempo quirúrgico fue menor en 82 minutos en 41% y mayor a 82 minutos en el 59% también esto representa una asociación estadística entre la prueba chi cuadrado de Pearson con 15 veces más riesgo de presentar accesos abdominales cuándo se prolonga el tiempo quirúrgico.

Para el caso de las características laboratoriales, Leucocitos se presentan con más de 14800 en el 45% y menos de 14000 cositos en el 55% ambas variables están relacionadas entre sí presentando un riesgo no significativo.

En cuanto los neutrófilos se observa que presentan valores mayores de 8000 neutrófilos por mililitro en el 26% y menor de 8000 neutrófilos en el 74% esto presenta una función estadística entre sí aunque riesgo no es significativo por otro lado las plaquetas presentan más de 313000 plaquetas en el 18% y éstas caen por debajo de este valor en el 82% ambas variables presenta una relación estadística entre sí y presenta un riesgo significativo de 2.82 veces más riesgo cuando el paciente desciende en el nivel plaquetario por otro lado en el caso de la proteína c reactiva es menor a 90.6 en el 31% y mayor a 90.6 en el 69% o más variables están relacionadas entre sí aunque riesgo no significativo y con respecto a la estancia hospitalaria es menor de 7 días en el 19% y mayor a 7 días en el 81% ambas variables no están relacionadas entre sí y no presenta un riesgo significativo.

V. DISCUSIÓN

En la investigación realizada en el año 2020 en tartaglia l'italia evaluaron retrospectivamente más de 2000 expedientes clínicos En dónde se encontró que el 2% presentaban abscesos intraabdominales y entre los factores más destacados se encuentra el sexo masculino equipaje mesoapéndice y del uso de grapadoras mecánicas con respecto al sexo se tiene que contar que existe mayor riesgo para el sexo masculino con 2.3 veces más riesgo por lo cual ambos estudios están relacionados entre sí y en caso al tipo de abordaje clínico el uso laparoscópico con la utilización de grapas está relacionado con el acceso a dominar con un riesgo de 2.9 veces más riesgo por lo cual ambos estudios están emparentados entre sí.

Lasek tengo una investigación pública en el año 2019 establece la incidencia de abscesos abdominales en el 1.1% sin embargo nosotros encontramos que nuestra realidad este porcentaje se eleva con más frecuencia en el 27% de los casos por la cual es muy superior al encontrado en esta revisión multicéntrica teniéndose consideración que la reintervención así las hospitalizaciones son un factor de riesgo en ese sentido observamos que los tiempos hospitalarios mayores a 7 días están relacionados con los accesos abdominales pero el riesgo no es significativo por lo cual ambas investigaciones entre bien en contradicciones.

Asimismo, Rosero en el año 2017 en Ecuador realizó una investigación observacional donde establece que existen algunos riesgos como el tiempo operatorio y en ese sentido nuestra investigación establece que el tiempo quirúrgico mayor presenta un riesgo de 15 por 64 veces más de abscesos abdominales por lo cual ambas investigaciones están relacionadas entre sí.

Hunt es una investigación en el año 2016 en Arabia Saudita donde establece que las edades mayores de 60 y menor de 12 representan un riesgo al igual que el género sin embargo las edades se presentan mayoritariamente dentro de los 30 40 años en el 39% de los casos y para mayores de 60 años en el 21% sin embargo las edades son independientes tanto en el riesgo como en la relación estadística con los abscesos abdominales.

Cueva y colaboradores en el año 2016 en Ecuador establece un estudio con 108 pacientes de los cuales presentaron riesgo para los varones en el 58% los cuales coincidente con nuestro estudio teniendo en cuenta que el varón es el que se complica más en el 69% con un riesgo de 2.3 veces más riesgo de enfermar por hacer los abdominales posteriores a la cirugía de apéndice por tanto ambos estudios emparentan en esta variable.

Pérez y puertas en el año 2018 en Lima Perú establece algunos factores de riesgo encontrándose que la edad de 40 años y sexo masculino representa un riesgo significativo en ese sentido es coincidente en el extremo del sexo presenta unas mayores riesgos para el sexo masculino sin embargo con respecto a la edad aunque los intervalos de confianza son coincidentes no se establece una relación estadística para un mayor riesgo por lo cual ambas investigaciones entra en contradicciones con respecto a sus variables de corte epidemiológico asimismo los valores de neutrófilos tiempo hospitalario presentan mayores riesgos con respecto a los pacientes en ese sentido el tiempo quirúrgico representa 15.64 veces más riesgo cuando supera los 82 minutos y para el caso de los leucocitos el riesgo no es significativa por lo cual tendría que tomarse entre pinzado resultados para poder establecer una conjetura sobre las diferentes respuestas de ambos estudios con respecto al riesgo para abscesos abdominales.

Parque sura en Lima Perú en el año 2018 realizó una investigación el hospital Santa Rosa en Puerto Maldonado encontrándose al edad Como factor importante en la etapa infantil sin embargo en nuestra investigación predomina la población adulta por la cual ambas investigaciones discrepan esos resultados asimismo en el sexo el 59% fue varón y el ciento fue mujer en ese sentido observa una mayor tasa de varones con afectación de abscesos abdominales teniendo en cuenta que esto es un riesgo importante para nuestro estudio sin embargo el trabajo de parque no establece mayores datos sobre los riesgos respectivamente.

Silvestre y Burgos en una investigación trujillana establecen que el 14% presenta abscesos intraabdominales lo cual es un valor inferior a lo encontrado por nuestra

investigación teniendo en cuenta que los abscesos se dan en aproximadamente 35% de los datos.

Por otro lado días lucano en Cajamarca establece que los riesgos para infección de heridas operatorias accesos establece el tiempo enfermedad mayor a 3 días sin embargo el tiempo enfermedad no fue significativo para nuestra investigación y tampoco el tipo de apéndice por otro lado Gutiérrez en su investigación sobre factores de riesgo y complicaciones sobre apendicitis establece que existe un riesgo de 50% de tener acceso a nivel abdominal siendo esto muy superior a los datos encontrados en las ventas 5% por nuestro estudio por lo cual ambos trabajo discrepa en entre sí.

Peralta establece en su investigación arequipeña que los abscesos abdominales se establecen en el 8% de los diagnósticos y que presenta mayor tendencia al sexo masculino siendo este porcentaje inferior a lo encontrado Ya que de acuerdo con la data se establecen el 35% asimismo el sexo masculino representa mayor riesgo para desarrollar complicaciones como abscesos intraabdominales.

VI. CONCLUSIONES

- La edad de los pacientes con abscesos intraabdominales se encuentra de 30 a 44 años en el 13%, nuestro lesión hacer riesgos respectivos con respecto a la edad se presenta más en el sexo masculino en el 28% demostró un riesgo de 2.3 veces más para la aparición de un absceso, con respecto a la clasificación ASA se presenta en el tipo 2 en el 23% con riesgo no significativos en caso al abordaje principalmente los accesos encuentran en las cirugías abiertas en el 25% de los casos con un riesgo de 2.9 veces más riesgo de presentar abscesos.
- Las comorbilidades principales se da la HTA y la obesidad con 39% y 14% con riesgo de 2 y 24 veces más riesgo de presentar abscesos por otro lado los tiempos quirúrgicos mayores a 82 minutos presentan 15.64 veces más riesgo los análisis clínicos para leucocitos y neutrófilos no presentan mayor riesgo, aunque la variación en el valor de plaquetas presenta un riesgo de 2.82 veces más de presentar abscesos asimismo la proteína c reactiva y la estancia hospitalaria no presenta mayores riesgos.

VII. RECOMENDACIONES

- Se debe realizar mayores estudios por parte de los alumnos de la universidad César Vallejo enfocados en el seguimiento de las complicaciones en trabajos de corte estableciéndose los factores predictivos a futuro para abscesos intraabdominales.
- Se debe brindar capacitaciones y mayores cuidados al personal del servicio de cirugía teniendo en cuenta la expansión del conocimiento de esta tesis sobre el personal para que puedan tener en cuenta los factores de riesgo calculados.
- Se debe hacer mayor seguimiento de los pacientes con sexo masculino con abordaje quirúrgico abierto con hipertensión y obesidad teniendo en cuenta que ellos presentan mayores riesgos para complicaciones posteriores a la cirugía por apéndice.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manrique García P. Frecuencia y factores asociados a la presentación de apendicitis aguda complicada en pacientes adultos- hospital goyeneche arequipa 2015.[Tesis para obtener el grado de médico cirujano]. Universidad Nacional de San Agustín Arequipa. 2018.
2. RojasCG. Epidemiología de la apendicitis aguda en el Perú 2009-2011.Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2013.
3. Ferris, M., Quan, S., Kaplan, B. S., Molodecky, N., Ball, C. G., Chernoff, G. W., Bhala, N., Ghosh, S., Dixon, E., Ng, S., & Kaplan, G. G.. The Global Incidence of Appendicitis. *Annals of Surgery*.2017; 266(2):237–241.
4. Liang, M., Andersson, R., Jaffe, B., & Berger, D. The Appendix. In Schwartz's Principles of Surgery. The McGraw-Hill Companies. 10th ed., 2015 pp. 76–108.
5. Torre Cárdenas S. Factores de riesgo asociados a absceso intraabdominal luego de apendicectomía laparoscópica Hospital María Auxiliadora 2020. Tesis para obtener el grado de médico]. Universidad San Martín de Porres.2021.
6. Coelho, a, sousa, c., marinho, a., barbosa, j., recaman, a., & carvalho, F. Post-appendectomy Intra-Abdominal Abscesses: Six Years' Experience in a Pediatric Surgery Department. *Cirurgia Pediatrica : Organo Oficial de La Sociedad Espanola de Cirugia Pediatrica*. 2017: 30(3), 152–155.
7. Tartaglia D, Fatucchi LM, Mazzoni A, Miccoli M, Piccini L, Pucciarelli M, Di Saverio S, Coccolini F, Chiarugi M. Risk factors for intra-abdominal abscess following laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: a retrospective cohort study on 2076 patients. *Updates Surg*. 2020;72(4):1175-1180.
8. Anna Lasek, Michał Pędziwiatr, Michał Wysocki, Judene Mavrikis, Piotr Myśliwiec, Tomasz Stefura, Maciej Bobowicz, Piotr Major, Mateusz Rubinkiewicz, Pol-LA (Polish Laparoscopic Appendectomy) Collaborative Study Group Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2019 Jan; 14(1): 70–78.
9. Rosero, C., Moreno, G., & Narváez, M. Apendicitis perforada, ¿lavar o no lavar la cavidad peritoneal? *Cambios Rev. Méd.* ; 2018 17(1), 48–51.

10. Hunt, M., Alramadhan, M., Al-Gamdi, B., & Al-Rashidi, S. Incidence of Intraabdominal Collection in Open vs. Laparoscopic Appendectomy. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, 2016: 7(8), 186–197.
11. Cueva, H. . Abscesos intraabdominales. factores de riesgo y complicaciones. [Tesis para obtener el grado de médico cirujano]. 2016. Universidad de Guayaquil.
12. Pérez-Puertas D. Factores asociados a apendicitis complicada en pacientes con apendicitis aguda del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el 2018. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima, Perú; 2019.
13. Parque-Chura R. Factores de riesgo asociados a apendicitis aguda complicada en pacientes pediátricos en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, en el periodo julio 2017 – junio 2018. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú; 2019.
14. Silvestre-Carrasco K, Burgos-Oliveros H. Factores de riesgo para absceso intraabdominal en pacientes adultos post operados de peritonitis por apendicitis aguda. *Acta Méd. Orreguiana Hampi Runa* Vol. 17 N° 2: pp. 165-179, 2017.
15. Díaz-Lucano P. Factores relacionados a infección de sitio operatorio en pacientes post operados por apendicetomía convencional en el hospital regional docente de Cajamarca, 2018. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú, 2019.
16. Gutierrez-Gutierrez S. Factores de riesgo y complicaciones postoperatorias por apendicitis aguda en pacientes adultos mayores Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2010. Tesis para optar el título de especialista en cirugía general. Universidad San Martin de Porres. Lima, Perú, 2015.
17. Peralta-Basurco C. Frecuencia de abscesos residuales intraabdominales según ecografía en pacientes postoperados de apendicitis aguda complicada del servicio de Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado periodo 2010-2014. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú, 2015.
18. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Rev.méd.sinerg*.

- [Internet]. 2019 [citado 12 de marzo de 2022];4(12):e316. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316>
19. Carrillo Ocaña A. Variables asociadas a apendicitis aguda complicada en pacientes adultos en el servicio de emergencia del hospital Daniel A. Carrión, junio 2017-junio 2018. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú. 2019.
 20. Barut, B., & Gönültaş, F.. Carcinoid tumors of appendix presenting as acute appendicitis. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2019; 25(1): 510–513.
 21. Aydin, S., Tek, C., Ergun, E., Kazci, O., & Kosar, P. N. . Acute Appendicitis or Lymphoid Hyperplasia: How to Distinguish More Safely? *Canadian Association of Radiologists Journal.* 2019; 70(4): 354–360.
 22. Joshi, A., Patil, R., & Apturkar, D. Study of etiological factors of acute appendicitis in rural population. *International J. of Healthcare and Biomedical Research.* 2018; 6(2):46–49.
 23. Flum D. Acute Appendicitis. Appendectomy or the “Antibiotic Frisť”. *Solomon CG. New England Journal of Medicine.* 2015; 372(20):1937-1943.
 24. Coccolini, F., Fugazzola, P., Sartelli, M., Cicuttin, E., Sibilla, M. G., Leandro, G., De’angelis, G. L., Gaiani, F., Di Mario, F., Tomasoni, M., Catena, F., & Ansaloni, L. Conservative treatment of acute appendicitis. *Acta Biomedica.* 2018;89(9), 119–134.
 25. Matthew Fields, J., Davis, J., Alsup, C., Bates, A., Au, A., Adhikari, S., & Farrell, I. Accuracy of Point-of-care Ultrasonography for Diagnosing Acute Appendicitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic Emergency Medicine.* 2017;24(9):1124–1136.
 26. Jaffe BM, Berger DH. Capítulo 30. Apéndice En: Brunickardi FC (Ed). *Schwartz Principios de Cirugía.* Novena Edición, McGraw-Hill, México 2015; pp 1073-1091.
 27. Korndorffer JR Jr, Fellingner E, Reed W. SAGES guideline for laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc.* 2010; 24(4):757-61.
 28. Kosuga, T., Ichikawa, D., Komatsu, S., Kubota, T., Okamoto, K., Konishi, H., Shiozaki, A., Fujiwara, H., & Otsuji, E. Clinical and surgical factors associated with

- organ/space surgical site infection after laparoscopic gastrectomy for gastric cancer. *Surgical Endoscopy*. 2017;31(4):1667–1674.
29. Cho, J., Lee, J., & Sung, K. Risk factors for post-operative intra- abdominal abscess after laparoscopic appendectomy: a case-control study. *Intensive Care Medicine Experimental*. 2015;3(1):1–10.
30. Zhou, Y., & Li, G. . Diagnosis and management of complicated intra- abdominal infection in adults and children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Chinese Journal of Infection and Chemotherapy*. 2010;10(4): 241–247.
31. Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Bradley, J. S., Rodvold, K. A., Goldstein, E. J. C., Baron, E. J., O'Neill, P. J., Chow, A. W., Dellinger, E. P., Eachempati, S. R., Gorbach, S., Hilfiker, M., May, A. K., Nathens, A. B., Sawyer, R. G., & Bartlett, J. G.. Diagnosis and Management of Complicated Intra- Abdominal Infection in Adults and Children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Surgical Infections*. 2016;11(1): 79–109.

ANEXOS

Anexo N° 01

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

		FECHA:
DATOS PERSONALES		
Apellidos y nombres:		
Caso ()	Control ()	
Edad:		
Género:		
Índice de masa corporal (IMC)		
ENFERMEDAD ACTUAL		
Diagnóstico postoperatorio	1. Apendicitis aguda no complicada () 2. Apendicitis aguda no complicada ()	1. Congestiva () 2. Flemonosa () 3. Necrosada () 4. Perforada con peritonitis focal () 5. Perforada con peritonitis difusa ()
Lavado peritoneal	1. Sí () 2. No ()	
Antibióticos	1. Profilaxis () 2. Tratamiento antibiótico ()	
Valor de leucocitos:		
SEGUIMIENTO DEL POSTOPERATORIO		
Absceso intraabdominal	1. Sí () 2. No ()	
Diagnóstico por ecografía abdominal	1. Sí () 2. No ()	
Diagnóstico por abdominal TEM	1. Sí () 2. No ()	

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al leer este documento, doy mi consentimiento para participar de forma voluntaria en el estudio de investigación que se enfoca en **Evaluar los factores de riesgo que se encuentran relacionados a la aparición de abscesos intraabdominales post apendilap en el hospital Cayetano Heredia de Piura durante el periodo Enero a Diciembre 2020.**

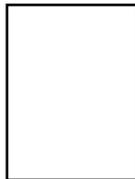
Este estudio proveerá información básica, que puede ayudar a tomar medidas para mejorar las estrategias de aprendizaje. Mi participación será en forma libre y voluntarias, que aun después que la inicie yo puedo decidir no participar del estudio. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se me identificara de ninguna manera, tomara un promedio de 30 minutos con una entrevista.

Comprendo que el resultado de la investigación será presentado como proyecto de investigación, para que sea evaluado por el comité de investigación de la Universidad César Vallejo; ya que será un medio por el cual el estudiante de medicina. Ruiz Olivares, Luis Martin con DNI: 46037233; obtengan grado de titulación.

Una vez leído este documento, paso a autorizar mi participación.

Yo _____, acepto participar en este estudio sabiendo que los datos recogidos solo se utilizaran para fines de investigación.

Fecha: _____



Anexo N° 02:

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus variables	Medio de verificación
Abscesointra abdominal	Colección purulenta dentro de la cavidad abdominal	Cualitativa	Evaluación de imagen anecogénica en ecografía o TEM.	Nominal	-Sí -No	Historia Clínica
Sexo	Género determinado al nacimiento	Cualitativa	Sexo del paciente	Nominal	-Varón -Mujer	DNI del paciente
Edad	Tiempo de vida desde nacimiento	Cuantitativa	Años	Razón	1 a 110	DNI del paciente
				Ordinal	-Niño: <1 a 14 años -Adolescente: 15 a 18 años -Adulto: 18 a 65 años -Adulto mayor: 65 o más	
Irrigación peritoneal	Lavado de cavidad abdominal con suero fisiológico	Cualitativa	Irrigación de suero fisiológico según peso del paciente	Nominal	-Sí -No	Informe operatorio
Antibioticoterapia	Medicamento para tratamiento de infección.	Cualitativa	Antibiótico de elección para tratamiento de AA.	Nominal	-Sí -No	Historia clínica
				Nominal	-Profilaxis -Tratamiento antibiótico	

Apendicitis aguda	Proceso inflamatorio del apéndice cecal	Cualitativa	Apéndice cecal inflamado según su complicación	Nominal	-No complicada -Complicada -Congestiva -Flemonosa -Necrosada -Perforada con peritonitis focal -Perforada con peritonitis difusa	Reporte operatorio
Índice de masa corporal	Medida de asociación entre peso y talla	Cualitativa	Relación entre peso y talla medido en Kg/m ²	Ordinal	-Desnutrición -Normal -Sobrepeso -Obesidad I -Obesidad II -Obesidad III	Historia clínica
Leucocitos sanguíneos	Recuento de glóbulos blancos en la sangre	Cuantitativa	Leucocitos en Mil/mm ³	Razón	-----	Historia clínica