

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE
APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE
QUILLABAMBA – CUSCO, 2022**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

AUTORES:

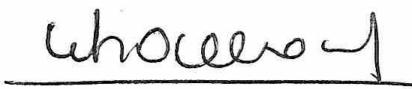
**LIC. AYALA ROMERO TAMAHARA JENNYFERH
LIC. FLORES HUAMAN JAKELYN
LIC. HIDALGO GONZALES ROCIO LENIN**

ASESORA:

DRA. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

**CALLAO, 2023
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tamahara', written on a light blue background.

Tamahara Jennyferh Ayala Romero

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rocio', written on a white background.

Rocio Lenin Hidalgo Gonzales

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jakelyn', written on a light blue background.

Jakelyn Flores Huaman

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'María Elena', written on a white background.

María Elena Teodosio Ydrugo

**CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE
APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE
QUILLABAMBA – CUSCO, 2022**

AYALA ROMERO, TAMAHARA JENNYFERH











FLORES HUAMAN, JAKELYN

HIDALGO GONZALES, ROCIO LENIN

Document Information

Analyzed document	INFORME FINAL DE CARACTERIZACION DE LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA 2022.docx (D169814348)
Submitted	6/6/2023 12:31:00 AM
Submitted by	
Submitter email	jakelynh@gmail.com
Similarity	3%
Analysis address	fcs.investigacion.unac@analysis.orkund.com

Sources included in the report

W	URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200006 Fetched: 11/6/2021 1:18:54 AM	 2
SA	Tesis Mantilla Loor.docx Document Tesis Mantilla Loor.docx (D112812191)	 1
SA	URKUND TESIS DE GUEVARA Y GUERRERO.docx Document URKUND TESIS DE GUEVARA Y GUERRERO.docx (D112661729)	 2
SA	1A_Varela_Contreras_Omar_Armando_TítuloProfesional_2022.docx Document 1A_Varela_Contreras_Omar_Armando_TítuloProfesional_2022.docx (D147733329)	 4
W	URL: http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-complicaciones-graves-apendicitis-aguda-con-a... Fetched: 11/18/2020 6:01:02 AM	 1
W	URL: https://www.sages.org/publications/patient-information/informacion-para-el-paciente-apendicect... Fetched: 12/1/2019 11:13:27 PM	 1
SA	capitulo para urk complicaciones postapendicectomia Padilla y Iza.docx Document capitulo para urk complicaciones postapendicectomia Padilla y Iza.docx (D97758415)	 1
SA	1A_Niño_de_Guzmán_Cahuana_Nathali_Marjorie_Título_Profesional_2018.docx Document 1A_Niño_de_Guzmán_Cahuana_Nathali_Marjorie_Título_Profesional_2018.docx (D36041968)	 1
W	URL: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001335.htm Fetched: 12/11/2020 7:16:12 PM	 1
SA	Tolentino Alania Yudi.docx Document Tolentino Alania Yudi.docx (D152707056)	 1

Entire Document

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE APENDICETOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA – CUSCO, 2022
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS
AUTORES: LLIC. AYALA ROMERO TAMAHARA JENNYFERH LIC. FLORES HUAMAN JAKELYN LIC. HIDALGO GONZALES ROCIO LENIN

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD: Ciencias de la Salud.

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN: Ciencias de la Salud.

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA – CUSCO, 2022

AUTOR (ES):

✓ Ayala Romero Tamahara Jennyferh DNI: 44099881

ORCID: 0009-0000-7862-4233

✓ Flores Huaman Jakelyn DNI: 43117648

ORCID: 0009-0006-4427-6211

✓ Hidalgo Gonzales Rocio Lenin DNI: 43113565

ORCID: 0009-0002-9146-075

ASESOR: Dra. Teodosio Ydrugo María Elena DNI: 25436457

ORCID: 0000-000-2749-1041

LUGAR DE EJECUCIÓN: Unidad Ejecutora N°410 Hospital de Quillabamba
Servicio de Cirugía (varones y mujeres).

UNIDAD DE ANÁLISIS: Pacientes post operados de apendicectomía mayores de 18 años.

TIPO / ENFOQUE/ DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo / Enfoque cuantitativo / No experimental presenta un corte transversal - retrospectivo.

TEMA OCDE: Ciencias de la Salud.

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO

- | | |
|-----------------------------------------|------------|
| • DRA. ANA MARÍA YAMUNIQUE MORALES | PRESIDENTA |
| • MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | SECRETARIA |
| • MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE | VOCAL |
| • DRA. VILMA MARIA ARROYO | SUPLENTE |

ASESOR: DRA. TEODOCIO YDRUGO MARIA ELENA

N° de Libro: 05

N° de folio: 204

N° de Acta: 094-2023

Fecha de Sustentación: sábado 01 de julio del 2023.

DEDICATORIA

A Dios, por ser el gestor de nuestras vidas.
Por haberme creado, por todos los acontecimientos que ha realizado en nuestra vida y por haber guiado nuestros pasos por el camino del bien.

A nuestros padres por habernos asistido en todo momento y que fueron nuestros mejores consejeros y por todo el sacrificio que dieron por nosotras.

A nuestros hijos quienes supieron entender y esperar pacientemente el sacrificio que estábamos realizando, porque ellos son el estímulo de superación que tenemos día a día para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, por haber formado parte de nuestra etapa académica y por la formación que nos brindó durante nuestra etapa de la segunda especialidad.

A las Licenciadas en Enfermería y pacientes del Servicio de Cirugía por habernos brindado su apoyo, por aportar con su conocimiento y colaboración para que se haga realidad este estudio de investigación.

Al Hospital de Quillabamba de la Provincia de La Convención, por habernos permitido realizar el estudio de Investigación y por brindarnos las facilidades para la recolección de la información en el Servicio de Cirugía.

INDICE

RESUMEN	14
INTRODUCCIÓN	16
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	18
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	21
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	21
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	21
1.3 OBJETIVOS:	22
OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	22
1.4. JUSTIFICACIÓN	23
1.5 DELIMITANTES DE LA INVESTIGACION:	24
1.5.1 DELIMITANTES TEÓRICA:	24
1.5.2 DELIMITANTES TEMPORAL:	24
1.5.3 DELIMITANTES ESPACIAL:	24
II. MARCO TEÓRICO	25
2.1 ANTECEDENTES: INTERNACIONAL Y NACIONAL.....	25
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:	25
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES:.....	29

2.2 BASES TEÓRICAS	34
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	37
2.3.1 APENDICITIS AGUDA:.....	37
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	45
2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:	46
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	51
3.1. HIPÓTESIS.....	51
3.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	51
3.1.1. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:	53
IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO:	54
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO:	54
4.2. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN:.....	54
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:	55
4.4. LUGAR DE ESTUDIO	56
4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	57
4.6. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS:	58
4.7. ASPECTOS ÉTICOS EN INVESTIGACIÓN:.....	58
V. RESULTADOS	59
5.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	59
5.2 RESULTADOS INFERENCIALES.....	82

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	83
6.1 CONTRASTACIÓN Y DEMOSTRACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	83
6.2 CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS SIMILARES	83
6.3 RESPONSABILIDADES ETICA DE ACUERDO A LOS REGLAMENTOS VIGENTES	84
VII. CONCLUSIONES	86
VIII. RECOMENDACIONES.....	88
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	89
VIII. ANEXOS.....	97
INDICE DE TABLA	4
ANEXO I : MATRIZ DE CONCISTENCIA.....	97
ANEXO II.- INSTRUMENTO VALIDADO	99
ANEXO IV BASE DE DATOS:	104

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 5.1.1	Edad de los pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	52
Tabla 5.1.2	Género de los pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	53
Tabla 5.1.3	Grado de instrucción de los pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	53
Tabla 5.1.4	Lugar de procedencia de los pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía Hospital de Quillabamba, 2022.	54
Tabla 5.1.5	Índice de masa corporal de los pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía Hospital de Quillabamba, 2022.	55
Tabla 5.1.6	Cirugía previas de pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía Hospital de Quillabamba, 2022.	55
Tabla 5.1.7	Enfermedades de comorbilidad de pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía Hospital de Quillabamba, 2022.	56
Tabla 5.1.8	Tiempo de inicio de síntomas de pacientes post operados de apendicectomía del servicio de cirugía Hospital de Quillabamba, 2022.	56
Tabla 5.1.9	Síntomas y fiebre que presento antes de la cirugía de apendicectomía del servicio de cirugía hospital de quillabamba, 2022.	57
Tabla 5.1.10	Automedicación de pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía Hospital de Quillabamba, 2022	58
Tabla 5.1.11	Tiempo de hospitalización de pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía Hospital de Quillabamba, 2022	58

Tabla 5.1.12	Profilaxis antibiótica de pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	59
Tabla 5.1.13	Tipo de operación de pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	59
Tabla 5.1.14	Estadio evolutivo de la enfermedad de pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022	60
Tabla 5.1.15	Accesos periféricos de pacientes post operados de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	60
Tabla 5.1.16	Pacientes de apendicectomía que presentaron peritonitis del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	61
Tabla 5.1.17	La peritonitis fue una complicación de pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	61
Tabla 5.1.18	Pacientes de apendicectomía que presentaron infección de herida operatoria del servicio de cirugía Hospital de Quillabamba, 2022.	62
Tabla 5.1.19	Infección de herida operatoria fue una complicación en pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	62
Tabla 5.1.20	Pacientes que presentaron íleo parálítico del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	63
Tabla 5.1.21	El íleo parálítico fue una complicación en pacientes de apendicetomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	63
Tabla 5.1.22	Pacientes de apendicectomía que presentan reintervención por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022.	64

Tabla 5.1.23 La reintervención por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias fue una complicación en pacientes de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, 2022 64

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación, se estudió a la población que fue 157 pacientes y el tamaño de la muestra fue 75 pacientes de apendicectomía en el Servicio de Cirugía del Hospital de Quillabamba 2022. Se tuvo como **OBJETIVO** Determinar las complicaciones predominantes de la apendicectomía en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital de Quillabamba 2022. La **METODOLOGÍA** utilizada fue de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo, el diseño de investigación no experimental presenta un corte transversal – retrospectivo. **LA TÉCNICA** que se utilizó es el análisis documental, en el instrumento de recolección de datos: Fue el cuestionario y la ficha de recolección de datos, la muestra es 75 pacientes postoperados. **EL RESULTADO:** La edad que predominó fue de 31 a 40 años con un 30.0% (n=18) sin complicaciones, 21 a 30 y 51 a más años con un 33.3% (n=5) casos con complicaciones. El género que predominó fue el femenino con 55.0% (n= 33) sin complicaciones y con un 60.0% (n=9) con complicaciones. El nivel secundario en ambos grupos sin complicaciones con 48.3% (n=29) y con complicaciones en un 53.3% (n=8) casos. Tiempo de inicio de síntomas que predominó en ambos grupos es con 2 días evolución con un 70.0% (n=42) sin complicaciones y con complicaciones con un 60.0% (n=9) casos. El estadio evolutivo de la enfermedad que predominó fue flemonosa con 40.0% (n=24) sin complicaciones y perforada 100.0% (n=15) casos con complicaciones. Dentro de las complicaciones postoperatorias que predominó fue la peritonitis con 20.0% (n=15), la peritonitis fue leve en un 5.3% (n=4), peritonitis moderado 12.0% (n=9) y peritonitis grave con un 2.7% (n=2). **CONCLUSIONES:** La apendicitis aguda se encuentra con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida, el riesgo de presentar esta enfermedad es en mujeres con un índice de masa corporal normal, ausencia de comorbilidades, con un tiempo de inicio de síntomas de 2 días, el estadio evolutivo que presentan es la flemonosa sin complicaciones y peritonitis con complicaciones, portando accesos periféricos como es el Dren Penrose, Dren tubular y la complicación que presentaron fue la peritonitis moderada. **Palabras claves:** Apendicitis aguda, apendicectomía, estadio evolutivo, complicaciones, cirugía, cuidado de enfermería.

ABSTRACT

In the present research work, the population was studied, which was 157 patients and the sample size was 75 appendectomy patients in the Surgery Service of the Quillabamba Hospital 2022. **THE OBJECTIVE** was to determine the predominant complications of appendectomy in patients over 18 years of age treated at the Surgery Service of the Hospital of Quillabamba 2022. **THE METHODOLOGY** used was descriptive, with a quantitative approach, the non-experimental research design presents a cut-off transversal – retrospective. **THE TECHNIQUE** that was used is documentary analysis, in the data collection instrument: It was the questionnaire and the data collection form, the sample is 75 postoperative patients. **THE RESULT:** The prevailing age was 31 to 40 years with 30.0% (n=18) without complications, 21 to 30 and 51 and over with 33.3% (n=5) cases with complications. The predominant gender was female with 55.0% (n= 33) without complications and 60.0% (n=9) with complications. The secondary level in both groups without complications with 48.3% (n=29) and with complications in 53.3% (n=8) cases. Time of onset of symptoms that prevailed in both groups is with 2 days evolution with 70.0% (n=42) without complications and with complications with 60.0% (n=9) cases. The evolutionary stage of the disease that prevailed was phlegmonous with 40.0% (n=24) without complications and perforated 100.0% (n=15) cases with complications. Among the postoperative complications that prevailed was peritonitis with 20.0% (n=15), peritonitis was mild in 5.3% (n=4), moderate peritonitis 12.0% (n=9) and severe peritonitis with 2.7% (n=2). **CONCLUSIONS:** Acute appendicitis is most frequently found between the second and third decade of life, the risk of presenting this disease is in women with a normal body mass index, absence of comorbidities, with a symptom onset time of 2 days, the evolutionary stage they present is phlegmonous without complications and peritonitis with complications, carrying peripheral accesses such as the Penrose drain, tubular drain and the complication they presented was moderate peritonitis.

KEYWORDS: Acute appendicitis, appendectomy, evolutionary stage, complications, surgery, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La situación actual de las complicaciones de la apendicectomía en pacientes mayores de 18 años, ha puesto en evidencia a la salud pública por presentar alta tasa de incidencia de casos de pacientes con apendicitis aguda y que esta patología en ocasiones se complica, debido a que el tiempo de la evolución de la enfermedad, la accesibilidad a los servicios de salud, el desconocimiento de la enfermedad y por la situación compleja que representa diagnosticar esta patología.

El propósito de este estudio de investigación surge con la finalidad de dar a conocer a los trabajadores de salud del Hospital de Quillabamba las características de la apendicitis aguda y así poder evitar las diferentes complicaciones postoperatorias que se puedan presentar e incluso la muerte en pacientes mayores de 18 años.

El presente informe final consta de seis partes: I Planteamiento del problema de la investigación, se plantea como problema: ¿Cómo se caracterizan las complicaciones por apendicectomía en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital de Quillabamba 2022?

El objetivo del presente estudio fue: Determinar la caracterización de las complicaciones predominantes de la apendicectomía en pacientes mayores de 18 años atendidos en el servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba.

Dentro del II apartado está el Marco Teórico: Donde se consideró antecedentes nacionales e internacionales dentro de los últimos 5 años; las definiciones teóricas se consideraron; teorías de la apendicitis aguda, complicaciones de la apendicitis aguda. Las bases conceptuales se desarrollaron en base a la variable de estudio para determinar la definición de términos básicos.

En el III apartado Hipótesis y variable planteada fue: La edad, género, índice de masa corporal, grado de instrucción, tiempo de inicio de síntomas, automedicación, enfermedades de comorbilidad, lugar de procedencia, tiempo de hospitalización son características de las complicaciones de la apendicectomía en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de

Cirugía del Hospital de Quillabamba 2022, dentro de la operacionalización de las variables para la caracterización de las complicaciones de la apendicectomía se consideró en dos partes: Información general: Está conformado por 6 dimensiones: Socio demográfico, nutricional, comorbilidad, sintomatología, estancia hospitalaria, complicaciones cada dimensión está conformada por Indicadores: Edad, género, grado de instrucción, lugar de procedencia, índice de masa corporal, cirugías previas, enfermedades de comorbilidad, tiempo de inicio de síntomas, síntomas presentó antes de la cirugía, fiebre, automedicación, tiempo de hospitalización, profilaxis antibiótica, tipo de operación, estadio evolutivo de la enfermedad, accesos periféricos, los diferentes tipos de complicaciones de apendicetomía: Peritonitis, Infección de la herida operatoria, Íleo paralítico, fue Reintervenido por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias,

En el IV apartado está el Diseño Metodológico de la investigación que fue aplicada, desde un enfoque cuantitativo, el diseño fue descriptivo, transversal, retrospectivo; la población está constituida por 157 pacientes y se ajustó la muestra a 75 para la variable; como instrumento de recolección de información se trabajó con La ficha de recolección de datos de las historias: La validación externa se realizó con el juicio de expertos (0.80) y la confiabilidad (Alfa de Cronbach 0.76051 para el instrumento) en el programa estadístico SPSS.

En el apartado: V se encuentran los Resultados a nivel descriptivo utilizando medidas estadísticas de tablas y gráficos en el programa SPSS, el análisis inferencial para la contratación de los Objetivos y finalmente el VI Apartado que es la Discusión de Resultados: Así como Conclusiones y Recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico es la apendicitis aguda, el cual representa alrededor de un 50% de las intervenciones quirúrgicas, dicho cuadro clínico corresponde a las 2/3 de las laparotomías practicadas por apendicitis aguda (3). Asimismo, la OMS señala que esta enfermedad tiene un predominio en el sexo masculino, una incidencia de 139.54 de 100,000 personas; sumando a esto el sobrepeso es un factor de riesgo que aumenta la propensión a la enfermedad en un 18.5%, mientras que la obesidad la aumenta en un 81.5% (1).

La apendicitis aguda es muy común en las salas de emergencia de los Nosocomios a nivel mundial, como también en todas las etapas de vida. En países como Estados Unidos, estadísticamente 4 de cada 1.000 niños son sometidos a una intervención quirúrgica a causa de apendicitis, esta incidencia es elevada en la etapa adulta, donde es 9,6 de cada 10.000 habitantes (2).

En Francia, el 3% de las infecciones resulta como consecuencia de los procedimientos quirúrgicos y ocasiona un gasto anual de 58 millones de euros, aumentando el riesgo de mortalidad y estancia hospitalaria. En América Latina se reportó incidencias del 15% hasta 41.9%; Según la sociedad mundial de cirugía de emergencia, la apendicitis si no es tratada oportunamente podría desencadenar complicaciones como peritonitis y comprometer la vida del paciente (3).

La unidad de investigación en salud del departamento de cirugía de Colombia; menciona que a mayor precariedad en los sistemas de salud del primer y segundo nivel de atención presentan deficiente atención y cuidado en salud, evidenciándose un riesgo notable en la salud del paciente, manifestándose las complicaciones postoperatorias de apendicitis aguda marcando un problema principal dentro de la salud pública, esto no solo es un problema de países latinoamericanos, también se evidencia esto en países asiáticos y otros. Aproximadamente 7.1 millones de personas (15.1% de la población) no tiene accesos a los hospitales y la mortalidad post operatoria temprana reportada es de 0.74% anual (4).

La tasa de incidencia de apendicitis a nivel Nacional fue de 9.6 x 1,000 habitantes, teniendo una incidencia en la región del sur de nuestro país: Puerto Maldonado, Puno y Tacna.

Según un estudio en la Ciudad de Cusco, en el 2018 menciona que hubo una incidencia de 7.3 por 10 000 habitantes, además existe una prevalencia entre las edades de 10 y 20 años (5).

La patología quirúrgica de apendicitis aguda es una de las primeras causas de atención inmediata en el Hospital de Quillabamba en el Servicio de Cirugía, en el cual se ha podido evidenciar que esta patología se presenta en diferentes grupos etáreos, ya sea masculino, femenino y diferentes clases sociales que va en aumento.

En el Hospital de Quillabamba hay una incidencia muy importante de casos de apendicitis aguda en los últimos años, según datos de la Oficina de Inteligencia Sanitaria y el libro de registro del servicio de cirugía: En el año 2019 se tuvo 155 casos de pacientes postoperados de apendicitis aguda y 0 casos de apendicitis complicada (peritonitis), en el año 2020 se registró 163 casos de pacientes postoperados de apendicitis aguda y 4 casos de apendicitis complicada (peritonitis), en el año 2021 se registró 176 casos de pacientes postoperados de apendicitis aguda y 2 de apendicitis complicada

(peritonitis), en el año 2022 se tuvo 157 casos de pacientes postoperados de apendicitis aguda y 35 casos de apendicitis complicada (peritonitis), estos casos son en diferentes grupos etáreos.

Lo que se puede observar en este reporte epidemiológico del Hospital de Quillabamba es el aumento de casos de apendicitis aguda, también se observa un incremento de casos de apendicitis complicadas (peritonitis), motivo por el cual se consideró realizar este estudio de investigación que por título lleva “Caracterización de las complicaciones de la apendicectomía”, consideramos que este estudio es relevante para nuestro servicio de cirugía, porque se trabaja con indicadores hospitalarios de seguridad del paciente. Estos indicadores de salud son muy importantes porque tiene el propósito de integrar todo el trabajo realizado por el personal de salud, por ende, ponemos énfasis para garantizar la atención del usuario como son: Higiene, bioseguridad, alimentación, deambulacion asistida del paciente para su pronta recuperación e inserción dentro de su círculo familiar y social.

También podemos resaltar los cuidados, conocimientos, valoración, habilidades y destrezas de la Licenciada en enfermería que van hacer cruciales para la identificación de los factores potenciales, signos de alarma que puedan afectar su condición de salud de cada paciente por ende resaltamos que estas características de las complicaciones se deben de tener en consideración para el manejo del paciente Post operados de apendicitis aguda y así poder elaborar guías de atención y/o protocolos de intervención y procedimientos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cómo se caracterizan las complicaciones por apendicectomía en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital de Quillabamba 2022?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a) ¿Cómo es el perfil sociodemográfico en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?

- b) ¿Cómo es el perfil nutricional en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?

- c) ¿Cómo son las comorbilidades en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?

- d) ¿Cómo son las sintomatologías en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?

- e) ¿Cómo es el factor de estancia hospitalaria en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?

- f) ¿Cómo son las complicaciones de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?

1.3 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Determinar la caracterización de las complicaciones predominantes de la apendicectomía en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital de Quillabamba 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Identificar el perfil sociodemográfico en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.
- b) Identificar el perfil nutricional en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.
- c) Identificar las comorbilidades en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.
- d) Identificar las sintomatologías en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.
- e) Identificar el factor de estancia hospitalaria en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.
- f) Identificar las complicaciones de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.

I.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realizó con la finalidad de describir la caracterización de las complicaciones de la apendicectomía en pacientes mayores de 18 años. Las investigaciones que la preceden se encuentran relacionadas, nos ayudan a comprender la situación de vulnerabilidad que se encuentran los pacientes de la apendicectomía, de esta manera el personal de enfermería del servicio de cirugía debe de identificar oportunamente sobre la caracterización de la apendicitis aguda para así evitar las diferentes complicaciones postoperatorias que se puedan presentar hasta incluso la muerte del paciente.

El personal de enfermería del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba ha evidenciado la incidencia de casos de apendicitis aguda y que esta a su vez se va complicando si no se identifica oportunamente; aumentando la tasa de morbimortalidad, podemos mencionar que nuestros sistemas de salud del primer nivel de atención no realizan una evaluación clínica exhaustiva y diagnóstico oportuno, debido a que estos centros y puestos de salud no cuentan con el personal médico y/o personal capacitado las 24 horas del día, en el manejo de los pacientes con abdomen agudo y así evitar las posibles complicaciones que se puedan presentar en el paciente, porque el tiempo de evolución de esta enfermedad es cuestión de horas: Sabemos bien que esta patología es de inicio insidioso y de curso progresivo manifestándose en los diferentes grupos etáreos sin medir la condición social, económica, religiosa, cultural y accesibilidad geográfica.

Es así que nuestro estudio de investigación dará a conocer cuán importante es que el personal de salud identifique estas complicaciones y así mismo valorar al paciente post operado: Poder determinar las complicaciones de la apendicectomía de manera oportuna y poner énfasis en las dimensiones que hemos considerado, de esta manera poder capacitar a todo el personal de salud del Hospital de Quillabamba para el triaje y hospitalización de estos pacientes y de esta manera nos va ayudar a identificar de manera oportuna las posibles complicaciones que puedan presentar estos pacientes y que su estancia hospitalaria no sea prolongada, tomar medidas para mejorar en el servicio, para

así apoyar y orientar sus políticas de salud que tiene nuestro nosocomio. Enfocarnos en el proceso de atención de enfermería y los cuidados que se brinda por parte de los trabajadores del servicio de cirugía, aplicando y/o elaborando nuestras Guías de atención, Manual de procedimientos y Protocolos de este servicio.

1.5 DELIMITANTES DE LA INVESTIGACION:

1.5.1 DELIMITANTES TEÓRICA:

El presente trabajo de investigación se sustenta en la teoría de los cuidados de enfermería: Virginia Henderson, Jean Watson, Hildegart E. Peplau, Myra Estrin Levine, Madeleine Leninger, basado en la atención de los pacientes de apendicectomía atendidos en el servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba.

1.5.2 DELIMITANTES TEMPORAL:

Por la naturaleza de la variable, la toma de datos se realizó de manera transversal – retrospectiva, se obtuvo una muestra de 75 pacientes con sus respectivas historias clínicas que han sido operados de apendicitis aguda. En los meses de enero a diciembre año 2022.

1.5.3 DELIMITANTES ESPACIAL:

Esta investigación se realizó en la Provincia de Convención, ciudad de Quillabamba, en la Unidad Ejecutora N° 410 Hospital de Quillabamba, en el Servicio de Cirugía, es el espacio donde se aplicó el instrumento tomando la información relevante y necesaria para desarrollar el presente trabajo de investigación; presentando los resultados, discusión y conclusiones.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES: INTERNACIONAL Y NACIONAL.

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

- a) **Bonilla Robalino Cynthia Dayana (Riobamba – Ecuador, 2020)** Tesis titulada: **“COMPLICACIONES AGUDAS POST APENDICECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA”**

Cuyo **OBJETIVO:** Desarrollar una investigación documental basada en publicaciones a nivel mundial y local de impacto científico sobre las complicaciones post apendicetomía en el tratamiento de pacientes con apendicitis aguda **METODOLOGIA:** Es de tipo documental se muestra un análisis de 77 artículos científicos, seleccionados en base al algoritmo de búsqueda bibliográfica, bajo criterios de inclusión y exclusión y respetando los principios de bioética, actualmente se conoce que a pesar de que existen avances tecnológicos en cirugía, que minimizan el trauma operatorio y se utilizan antibióticos cada vez más potentes se derivan varias complicaciones post operatorias en el tratamiento de apendicitis aguda por lo cual en base a los **RESULTADOS:** De esta investigación se puede describir aproximadamente 20 tipos de complicaciones las cuales se los clasifica por su tiempo de evolución inmediatas, mediatas y tardías, las mismas que se describen en el presente trabajo, **CONCLUSIÓN:** Esta investigación muestra por tanto la necesidad de dominar el conocimiento sobre el curso natural de la apendicitis aguda, manejo clínico y quirúrgico oportuno, para no comprometer al paciente con diversas complicaciones derivadas de la patología apendicular. (6)

- b) **Mendoza y colaboradores: (RIOBAMBA – ECUADOR, 2019)** Tesis titulado: **“COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS APENDICECTOMIA CONVENCIONAL EN EL HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2018 – MAYO 2019”** Cuyo **OBJETIVO:** Determinar las complicaciones post

quirúrgicas más frecuentes en apendicectomía laparoscópica frente a apendicectomía convencional en el Hospital General IESS Riobamba desde noviembre de 2018 hasta mayo de 2019. **METODOLOGIA:** El tipo de investigación será de tipo descriptiva, retrospectivo y transversal **RESULTADO:** Para el desarrollo de esta investigación se tomaron datos de pacientes entre 15 y 85 años, intervenidos quirúrgicamente por cuadro de apendicectomía resuelta ya sea por laparoscopia o convencional en el periodo antes mencionado. Se pudo constatar que en el caso de la cirugía abierta un 30% de pacientes intervenidos presentaron complicaciones en comparación a un 11% de pacientes a los cuales se le realizó laparoscopia, dentro de las complicaciones más frecuentes post apendicectomía convencional encontramos el dolor postquirúrgico prolongado con un 34% de los casos y la infección de sitio quirúrgico con el 26% mientras que aquellos pacientes resueltos por laparoscopia se presentó dolor postquirúrgico en el 11% de casos. **CONCLUSIÓN:** La cirugía laparoscópica presenta menos complicaciones que la cirugía convencional por lo que este procedimiento debería considerarse de primera línea para resolución quirúrgica de la apendicitis aguda por tanto se recomienda fomentar el uso rutinario de cirugía laparoscópica para la resolución de apendicitis por los beneficios para los pacientes tanto a corto como a largo plazo demostrados en el presente estudio. (7)

- c) **Cárdenas y colaboradores: (CUBA, 2018)** Tesis titulado: **“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES APENDICECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL ABEL SANTAMARÍA CUADRADO 2018”** Cuyo **OBJETIVO:** Caracterizar clínica-epidemiológicamente a los pacientes apendicectomizados en el Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado 2018 **METODOLOGIA:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes intervenidos por apendicitis entre junio y agosto de 2017. Se usó un universo de 65 pacientes estudiándose la totalidad de estos. Se emplearon métodos teóricos y empíricos. Las variables estudiadas fueron analizadas mediante estadística descriptiva.

Se cumplió con los principios de la ética médica. **RESULTADOS:** Predominaron los pacientes con edades entre 19 y 31 años (16,9 %), el 61,5 % eran del sexo masculino y el 86,2 % de tez blanca. El 30,8 % de los enfermos presentó Secuencia de Murphy completa, mientras que el 66,2 % presentó leucocitosis con desviación izquierda y el 49,2 % de los apéndices se encontraban supurando. Se realizó Maniobra de Horsley en el 40 % de los casos y se practicó incisión paramedia infraumbilical derecha en el 68 %. El Metronidazol combinado con la Amikacina fue la terapia más utilizada (75,4 %). El tiempo promedio de estadía hospitalaria fue de 67,2 horas. **CONCLUSION:** Se confirmó la inespecificidad del cuadro clínico de apendicitis aguda, ayudando a encontrar patrones más relevantes de comportamiento en el área de estudio y un acercamiento al diagnóstico precoz y el consiguiente tratamiento oportuno de esta entidad nosológica. (8)

- d) **Ordoñez y colaboradores: (ECUADOR, 2014)** Tesis titulado: **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, ECUADOR 2014 – 2015:** Cuyo **OBJETIVO:** Determinar las características clínicas de los pacientes apendicectomizados del Hospital Homero Castanier Crespo, Ecuador. **METODOLOGIA:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes que ingresaron con diagnóstico de Apendicitis Aguda al servicio de cirugía del mencionado hospital, durante el periodo de noviembre de 2014 a abril de 2015. Estos pacientes fueron sometidos a apendicectomía por técnica abierta y se les administró profilaxis antibiótica con cefazolina preoperatoriamente. Se emplearon los datos clínicos de las historias que se encuentran en el departamento de registros médicos. **RESULTADOS:** De los 132 pacientes evaluados, el 53% (n=70) fueron del sexo femenino, el grupo de edad más frecuente fue el de 12-20 años (43,2%; n=57), la procedencia urbana fue la más frecuente (56,1%; n=74), la fase catarral fue las más común encontrada en el transoperatorio (52,3%; n=69), solo

un 27,3%; n=36 presentó infección del sitio operatorio y el intervalo de tiempo entre 30-60 minutos fue el más común para la administración de la profilaxis antibiótica. **CONCLUSIÓN:** Los pacientes apendicectomizados del Hospital Homero Castanier Crespo de Azogues, Ecuador; mostraron características clínicas similares a reportes previos, pero pese a recibir profilaxis antibiótica presentaron una alta frecuencia de infección de sitio operatorio. (9)

- e) **Deulofeu y colaboradores: (CUBA, 2008 – 2012)** Tesis titulado: **“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES OPERADOS MEDIANTE APENDICECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA A CAUSA DE APENDICITIS AGUDA”** Cuyo **OBJETIVO:** Identificar caracterización de pacientes operados mediante apendicectomía video laparoscópica a causa de apendicitis aguda **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y longitudinal de 478 pacientes egresados con el diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda, que habían sido operados mediante apendicectomía video laparoscópica, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Clínico quirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba durante el quinquenio 2008-2012, con vistas a identificar las particularidades de este tipo de cirugía. **RESULTADOS:** En la serie predominaron los varones de 21-30 años, clasificados como ASA 2 según el examen físico preoperatorio, la apendicitis supurada como diagnóstico histopatológico, el tiempo de evolución entre 24-48 horas, el tiempo quirúrgico de 30-60 minutos y el promedio de estancia hospitalaria de 4,6 días. **CONCLUSIÓN:** Las complicaciones posoperatorias más frecuentes resultaron ser las infecciones del sitio quirúrgico y los abscesos intraabdominales. El índice de conversión fue 5,7 % y no hubo fallecidos. La cirugía video laparoscópica sistemática es un procedimiento seguro en pacientes con apendicitis aguda en cualquier fase evolutiva en que se encuentre el proceso morbozo, con escasa morbilidad posoperatoria y corta estadía hospitalaria. (10)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES:

- a. **Cotrina Morán, Carlos Enrique (LAMBAYEQUE, 2020)** Tesis titulado: **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMÍA DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020”** cuyo **OBJETIVO:** Determinar las características sociodemográficas y clínico-quirúrgicas en apendicectomías complicadas en el hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015–enero 2020. **METODOLOGIA:** 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 $p= 0.413$, $p>0.05$). **CONCLUSIÓN:** 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. (11).

- b. **Chávez Fernández, Paola: (PIURA, 2019)** Tesis titulado: **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE PACIENTES INTERVENIDOS POR APENDICECTOMÍA TRANSUMBILICAL EN EL HOSPITAL SANTA ROSA II-2 DURANTE EL PERIODO 2017-2019** Cuyo **OBJETIVO:** Determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes intervenidos por Apendicectomía Transumbilical Hospital Santa Rosa II-2 durante el periodo 2017-2019 **METODOLOGÍA:** : Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. Se estudió 70 pacientes intervenidos por Apendicectomía Transumbilical atendidos en el Hospital Santa Rosa II-2 entre los años 2017-2019. **RESULTADOS:** Se encontró predominio de mujeres (61,4%) con edad promedio de 20,3 años. El nivel educativo secundario y la procedencia urbana fueron los más frecuentes. Los principales signos y síntomas fueron dolor en CID (100%), náuseas o vómitos (85,7%), hiporexia (84,3%), Signo de McBurney (100%) y Blumberg (64,3%). La leucocitosis (90%) y neutrofilia (87,1%) fueron predominantes. El tiempo operatorio fue de 52,36 minutos, 15,7% de los casos fueron apendicitis complicadas, los estadios supurados (41,4%) y necrosado (28,6%) predominaron. Las complicaciones intraoperatorias (1,4%) y posoperatorias (2,8%) fueron mínimas. La estancia hospitalaria fue de 2,19 días y el dolor posoperatorio fue leve o estuvo ausente (95,7%). **CONCLUSIÓN:** Se observa que la apendicectomía transumbilical resulta ser una opción en cuadros tempranos y avanzados, presentando mínimas complicaciones, así como dolor posoperatorio y estancias hospitalarias que se asemejan a las ya descritas en la técnica convencional. (12)

c. Pimentel Tineo Rocio Viviana (LIMA, 2019) Tesis titulado: **“COMPLICACIONES EN APENDICECTOMÍA ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES DE 15 A 59 AÑOS CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERIODO 2019”** cuyo **OBJETIVO:** Determinar la relación entre las complicaciones y el tipo de técnica quirúrgica en pacientes de 15 a 59 años con apendicitis aguda complicada en el Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2019. **METODOLOGIA:** Se incluyeron 318 pacientes apendicectomizados con el diagnóstico de apendicitis aguda complicada, de los cuales en 180 pacientes se realizó la técnica abierta y en 138 se realizó laparoscopia. Se elaboró un estudio de diseño no experimental, de tipo analítico, transversa, observacional y retrospectivo. Para relacionar las complicaciones con cada técnica quirúrgica se utilizó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado, con un $p < 0,05$ y los datos fueron trasladados al paquete estadístico SPSS versión 25 para su análisis y valoración. **RESULTADOS:** De los 318 pacientes estudiados (180 AA y 138 AL) se incluyeron las siguientes complicaciones: infección de herida operatoria en 23,8% (43 casos) que se sometieron a AA y en 1,44% (2 casos) en AL, absceso intraabdominal en 3,33% (6 casos) que se sometieron a AA y 4,34% (6 casos) en AL, íleo adinámico en 1,11% (2 casos) que se sometieron a AA y 4,34% (6 casos) en AL. De un total de 63 pacientes que presentaron alguna complicación, un 74,6% (47) fueron sometidos a AA, mientras que sólo un 25,4% de pacientes se sometieron a AL, con un $p < 0,05$ (0,000) determinando que existe diferencia significativa entre las variables. **CONCLUSIÓN:** Existe relación entre las complicaciones y el tipo de técnica quirúrgica, por lo tanto, presentó una diferencia significativa entre las variables de estudio. (13)

- d. **Álvarez Pereira, Alexander Brandon Jonathan (TRUJILLO, 2018)**
Tesis titulado: **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON COMPLICACIONES POST APENDICECTOMÍA. HOS PITAL CARLOS MONGE MEDR ANO,2018”** cuyo **OBJETIVO:** Describir las características clínicas de pacientes con complicaciones post apendicectomía. Hospital Carlos Monge Medrano, 2018. **METODOLOGIA:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, de 135 pacientes hospitalizados con diagnóstico de complicaciones post apendicectomía en el hospital Carlos Monge Medrano, 2018. La muestra fue el 100% de la población, se recopilaron datos de historias clínicas mediante la ficha de recolección de datos. **RESULTADOS:** De la población total, el 54.8% presentaron infección de sitio operatorio, el 28.1% absceso residual y el 17% fístulas entero cutáneas; teniendo una mayor relación con estas, la adultez media con un 46.7%, el género masculino con un 64.4%, la procedencia rural con un 63.7%, la leucocitosis moderada con un 58.5%, el tiempo de enfermedad > 24 horas con un 70.4%, el tiempo operatorio >2 horas con un 87.4%, el tipo de anestesia general con un 94.8% y el apéndice perforado con un 48.9%. **CONCLUSIÓN:** Se identificó que la adultez media, el género masculino, lugar de procedencia rural, leucocitosis preoperatoria moderada, técnica quirúrgica abierta, tipo de anestesia general, riesgo quirúrgico II, apéndice perforado, tiempo de enfermedad y tiempo operatorio mayor a 24 horas, fueron más frecuentes en pacientes con complicaciones post apendicectomía. (14)
- e. **Chocce y colaboradores: (LIMA, 2017)** Tesis titulado: **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA DURANTE EL PERIODO 2015 AL 2017”**, Cuyo **OBJETIVO:** Describir las características sociodemográficas y clínicas de pacientes mayores e igual a 60 años diagnosticados de apendicitis aguda en el servicio de Cirugía General en el Hospital

Cayetano Heredia (HCH). **METODOLOGÍA:** Estudio cuantitativo observacional descriptivo y retrospectivo; se recolectaron datos de historias clínicas desde 2015 hasta 2017 con el diagnóstico de apendicitis aguda y se describieron las características de acuerdo con las variables establecidas. **RESULTADOS:** De los 191 pacientes egresados con el diagnóstico de apendicitis aguda, 155 pacientes tuvieron el diagnóstico confirmado del mismo, de los cuales 81 fueron hombres. La edad promedio fue 71.8 años. 72 pacientes (46.45%) presentaron dolor abdominal atípico. La media del tiempo de dolor abdominal preadmisión fue de 43.5 horas y la de tiempo de espera hasta la cirugía fue 21.26 horas. Respecto al diagnóstico intraoperatorio, 53 (34.19%) casos fueron apendicitis aguda perforada. El 7.74% desarrollaron complicaciones postoperatorias: íleo, compromiso respiratorio e infección del sitio operatorio. **CONCLUSIÓN:** 191 pacientes (6.64%) con diagnóstico de egreso de apendicitis aguda fueron mayores de 60 años. Dichos pacientes tuvieron un cuadro abdominal atípico a partir de los 70 años. Además, la tercera parte de la población desarrolló apendicitis aguda complicada. (15)

2.2 BASES TEÓRICAS

1.-VIRGINIA HENDERSON: “NECESIDADES BÁSICAS”:

Las necesidades de Virginia Henderson es una teoría o modelo que define el enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital.

El modelo de Virginia Henderson hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería. Ha llevado a desarrollar muchos otros modelos en los que se enseña a los enfermeros a asistir a los pacientes desde el punto de vista de sus necesidades.

A continuación, las 14 necesidades. (16)

1. Respirar normalmente.	8. Mantener la higiene corporal.
2. Comer y beber de forma adecuada.	9. Evitar los peligros del entorno.
3. Eliminar los desechos corporales.	10. Comunicarse con los otros.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.	11. Actuar con arreglo a la propia Fé.
5. Dormir y descansar.	12. Trabajar para sentirse realizado.
6. Elegir la ropa adecuada.	13. Participar en diversas formas de entretenimiento.
7. Mantener la temperatura corporal.	14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

2.- JEAN WATSON: “TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO”.

Sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.

El cuidado de enfermería según Jean Watson nos dice que es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. En donde el cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimientos, acciones de cuidado y consecuencias.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".(17)

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanístico-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona. (18)

- a) El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
- b) El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- c) El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- d) Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
- e) Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

- f) El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
- g) La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería. (17)

3.- HILDEGARD E. PEPLAU: “TEORÍA PSICODINÁMICA”.

Los cuidados de enfermería nos indica que cada persona es única y que debe ser capaz de entender su propia conducta para que así pueda ayudar a los demás a identificar sus propios problemas y de esta manera puedan aplicar los principios de Relaciones Humanas durante vida diaria. (16)

4.- MYRA ESTRIN LEVINE: “EL MODELO DE LA CONSERVACIÓN”.

Los cuidados de enfermería se basan en mantenimiento de la energía y de la integridad estructural en el cual enfatiza que las funciones vitales como son; el pulso y la frecuencia respiratoria son cuidados diarios del paciente ya sean estas manifestadas por distintos procesos de alguna enfermedad. (16)

5.- MADELEINE LENINGER: “TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES”.

La enfermera tiene una gran capacidad para expresar la percepción e interpretación de las experiencias subjetivas de los pacientes y la aplicación creativa de las acciones de enfermería.

Las enfermeras a menudo se enfrentan a situaciones críticas en donde aplican sus cuidados de enfermería en diferentes áreas de labor; determinando la prioridad para satisfacer las necesidades físicas y así poder salvar las vidas de los pacientes, en donde la concentración y atención son muy importantes para poder aplicar los diagnósticos y tratamiento de manera oportuna a los pacientes. (16)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 APENDICITIS AGUDA:

A. DEFINICIÓN:

La apendicitis es la inflamación del apéndice, el cual se encuentra en el ciego (la porción donde comienza el intestino grueso). Normalmente los casos de apendicitis requieren de un procedimiento quirúrgico llamado apendicectomía, que consiste en la extirpación del apéndice cecal. Este proceso puede realizarse bien por laparoscopia (cirugía de mínimo acceso) o laparotomía (cirugía convencional). El tratamiento de la apendicitis siempre es quirúrgico. En casos sin tratamiento el índice de mortalidad es elevado, principalmente debido a complicaciones como la peritonitis y el shock séptico. (19)

B. EMBRIOLOGIA:

El apéndice vermiforme es derivado del intestino medio junto con el intestino delgado, el ciego, el colon ascendente y la mitad derecha del colon transverso; todas estas estructuras a su vez irrigadas por la arteria mesentérica superior. Es visible en la primera semana de la gestación y los primeros acúmulos de tejido linfático se desarrollan en la semana 14 y 15 de gestación. (20)

C. ANATOMÍA:

El apéndice es de forma tubular ciega, de aproximadamente 9 cm de longitud, variando desde formas cortas de 5 cm hasta formas largas de 35 cm.

El apéndice posee un pequeño mesenterio que contiene la arteria apendicular en su borde libre, en dicho mesenterio no aparece las arcadas típicas de la irrigación intestinal porque la arteria apendicular es terminal. La base del apéndice recibe también aporte sanguíneo de las arterias cólicas anterior y posterior, de aquí la importancia de una ligadura adecuada del muñón apendicular, con el fin de evitar sangrado de estos vasos. (20)

D. FISIOPATOLOGIA:

La fisiopatología es la más aceptada por los cirujanos la que describe una fase inicial y se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños, o semillas, esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generándose entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aún más el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema. (20)

En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia del apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido, el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre cuando este proceso es incapaz se producirá una peritonitis sistémica (20)

La obstrucción de la luz apendicular condiciona un aumento de la presión intraluminal por acumulación de secreciones, así como la proliferación bacteriana, y un compromiso de la irrigación vascular, que puede provocar necrosis de la pared y perforación. (21)

Esta presión intraluminal puede alcanzar rápidamente de 50 – 65 mmHg, cuando la presión es de 85 mmHg o mayor, la presión venosa es excedida y el desarrollo de isquemia de la mucosa es inevitable. En este momento la trombosis de las vénulas que drenan el apéndice está presente o fase I de la apendicitis el cual se encuentra edematosa o hiperémica. Con la congestión vascular la mucosa apendicular se vuelve hipóxica y comienza a ulcerarse, resultado en un compromiso de la barrera mucosa con la posterior translocación de bacterias intraluminales hacia la pared apendicular presentándose la fase II de la apendicitis. Este proceso inflamatorio progresa involucrando la serosa del apéndice que inflama el peritoneo parietal resultando en el cambio característico del dolor hacia la fosa iliaca derecha. Si la presión intraluminal continúa elevándose se produce un infarto venoso, necrosis total de la pared y

perforación, con la posterior formación de un absceso localizado que constituye la fase III de la apendicitis, de no llegar a formarse este y llegara a ocasionar peritonitis generalizada se llamara fase IV de la apendicitis. (22)

Otros autores refieren que existe una secuencia que conduce a la rotura final del apéndice. La capacidad luminal del apéndice normal es de sólo 0.1 ml. Una secreción tan pequeña como 0.5 ml de líquido en un punto distal respecto de una obstrucción elevada la presión intraluminal a 60 cm H₂O.

La distensión del apéndice estimula terminaciones nerviosas de fibras viscerales aferentes de estiramiento y causa dolor vago, sordo y difuso en el abdomen medio o el epigastrio bajo. Así mismo, se estimula el peristaltismo por la distención bastante súbita, de tal manera que al inicio del curso la distensión aumenta por la continuación de la secreción mucosa y la multiplicación rápida de las bacterias que residen en el apéndice. La distensión de esta magnitud suele causar náuseas y vómitos reflejos, y el dolor visceral difuso se toma más intenso. El proceso inflamatorio incluye en poco tiempo la serosa del apéndice y el peritoneo parietal de la región, lo cual suscita el cambio característico del dolor hacia el cuadrante inferior derecho. (23)

Por lo general las fases de la apendicitis varían en un promedio de 6 a 8 horas, según otros autores puede variar hasta doce horas como promedio. (24)

Desde el punto de vista anatomopatológico, la apendicitis aguda es clasificada como: Catarral, flemonosa, gangrenada y perforada. Estas categorías representan las etapas evolutivas de la enfermedad. (25)

E. SINTOMAS DE LA APENDICITIS

- ✓ Dolor repentino que comienza en el lado derecho de la parte inferior del abdomen.
- ✓ Dolor repentino que comienza alrededor del ombligo y, a menudo, se desplaza hacia la parte inferior derecha del abdomen.
- ✓ Dolor que empeora cuando toses, caminas o realizas otros movimientos bruscos.
- ✓ Náuseas y vómitos.

F. TIPOS DE APENDICECTOMÍA:

1. APENDICECTOMÍA ABIERTA:

Mediante la incisión del cuadrante inferior derecho oblicuo y transversal derecho inferior, incisión en el cuadrante justo lateral al músculo recto y a través del punto de Mac Burney, el cual proporciona un mejor resultado estético y más acceso a la pelvis, donde se realiza incisión a las 3 capas de la pared abdominal, se liga la base apendicular y se la retira para un posterior cierre del músculo, la fascia y la piel que se cierran por separado en capas de cada plano respectivo.(26)

2. APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

En la mayoría de las apendicectomías laparoscópicas los cirujanos operan a través de tres pequeñas incisiones (cada una mide aprox. entre 6 y 12,5 mm) mientras se observa una imagen ampliada de los órganos internos del paciente en una pantalla de televisión. En algunos casos, una de las pequeñas aberturas puede alargarse hasta medir 5 a 7,5 cm a fin de completar el procedimiento. (27)

G. ETAPAS DE LA DE APENDICITIS:

- 1. Catarral o congestiva.** Es cuando comienza la obstrucción del apéndice y el moco que segrega no puede fluir y comienza a acumularse, desarrollando bacterias y el proceso inflamatorio.
- 2. Flemonosa o fibrinosa.** El apéndice se distiende poco a poco aumentando la presión en su interior y evita que la sangre no pueda esparcirse correctamente.
- 3. Gangrenosa o microscópicamente perforada.** Las paredes del apéndice se debilitan, por falta de sangre y por el aumento de la presión interna.
- 4. Perforada.** Las paredes del apéndice se rompen y liberan todo el interior de la cavidad abdominal, ocasionando la peritonitis. Es conocida la gran variedad de localizaciones en las que se puede presentar el apéndice, para fine descriptivos pueden identificarse 5 principales. (28)

H. COMPLICACIONES DE LA APENDICITIS

1. PERITONITIS: La peritonitis es una inflamación del peritoneo y representa una causa importante de morbilidad y mortalidad quirúrgica, puede ser localizado o generalizado y se cree que pasa a través de tres fases:

- En primer lugar, una fase de rápida eliminación de contaminantes de la cavidad peritoneal a la circulación sistémica.
- En segundo lugar, una fase de interacciones sinérgicas entre aerobios y anaerobios.
- En tercer lugar, un intento de las defensas del anfitrión para localizar la infección.

La peritonitis es comúnmente causada por bacterias, pero puede ser química (aséptica), biliar, tuberculosa, clamidia, inducida por fármacos o inducida por otras causas más raras, la peritonitis bacteriana se subclasifica en primaria o secundaria de función de si se ha comprometido o no la integridad del tracto gastrointestinal. (26)

2. INFECCIÓN QUIRÚRGICA E INTRAHOSPITALARIA:

La infección se refiere a la invasión y multiplicación de microorganismos de un tejido vivo en el caso de la ISQ, la etiología es fundamentalmente bacteriana y es facilitada por la exposición de regiones asépticas y cerradas del cuerpo humano al ambiente, instrumental quirúrgico, etc. Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) corresponden a las infecciones de manifestación sistémica o local que ocurren producto de la atención en salud y que no están presentes ni incubándose al momento de la hospitalización. La ISQ es un tipo de IAAS, según un criterio simplificado de la ISQ se define como cualquier secreción purulenta, absceso o celulitis en el sitio de intervención quirúrgico en los 30 días siguientes a la operación (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003). No se debe de confundir los conceptos de infección con los de contaminación ya que este último va a corresponder a la presencia de microorganismos dentro de los tejidos fisiológicamente asépticos, pero sin ocasionar daño. Cuando estos

microorganismos ingresan al organismo se proliferan y generan una respuesta inflamatoria en toda el área del sitio quirúrgico y dan lugar a una infección.

La ISQ puede manifestarse como la complicación de una intervención quirúrgica, por tanto, es posible intuir que cada procedimiento determinado debe tener un riesgo de ISQ particular asociado. (26)

3. INFECCIONES DE SITIO OPERATORIO:

La infección del sitio operatorio (ISO) es una de la segunda causa de infección nosocomial más frecuentemente reportada. Los pacientes a los que se le realiza cirugía limpia intraabdominal tienen una posibilidad de desarrollar infección de sitio operatorio entre 2% y 5%, mientras que los pacientes a quienes se les practica un procedimiento abdominal hasta el 20 %. (29)

Varios factores de riesgo también son causas de las infecciones de la herida quirúrgica es decir paciente, local, ambiental de procedimiento, cirujano/operador y factores de atención, los factores del paciente consisten en la edad, el estado nutricional (desnutrición, obesidad), también la presencia de otras enfermedades (neoplasias, enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, cirrosis hepática, infección asociada), el tratamiento recibido (corticoides, inmunosupresores, radiación) y el estado psicológico del paciente (ansiedad, miedo y dificultad para dormir), los factores ambientales consisten en la esterilidad del quirófano, la cantidad de personal en el quirófano, la circulación del aire en el quirófano y la esterilidad de los instrumentos. (30)

Los factores de influencia del procedimiento son la duración de la estancia hospitalaria antes de la operación, la preparación preoperatoria como la limpieza del sitio de incisión, el afeitado del sitio operatorio, las técnicas asépticas y antisépticas para la preparación, la administración de antibióticos y el grado de contaminación del tipo de procedimiento quirúrgico. Los factores de atención que influyen en la infección de la herida y la técnica de sutura, los factores de atención que influyen en la infección de la herida quirúrgica son la mala valoración (inexperiencia / falta de atención), la falta de asepsia en la curación de la herida. (25)

Los pacientes que desarrollan infección del del sitio operatorio tienen mayor probabilidad de morir, 60% más de ser admitidos en una unidad de cuidado intensivo y cinco veces de ser rehospitalizados. (31)

Por otra parte, la estadía se aumenta en diez días en predio y los costos aumentan significativamente. La mayoría de las ISO provienen de los patógenos de la piel, mucosas o vísceras huecas del paciente. Los principales patógenos aislados son el *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulasa negativa*, *Enterococcus spp* y *E. coli*. La administración de antibióticos profilácticos ha demostrado la reducción de las tasas de infección, morbilidad y mortalidad en el paciente quirúrgico. Los antibióticos deben ser administrados de acuerdo con las recomendaciones actuales 60 minutos antes de realizar la incisión quirúrgica o dentro de las dos horas si se trata de profilaxis con Vancomicina. (32)

Lo ideal sería no dar dosis posoperatorias. Sin embargo, en caso de ser necesario, no se deben de administrarse por más de 24 horas después de finalizada la cirugía aun cuando se trata de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. El cumplimiento de estos parámetros es hoy considerado como medidas de vigilancia y de mejoramiento de la calidad en Estados Unidos. (33) Según la OMS: Las infecciones de sitio operatorio (ISO), son las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) más frecuentes en los países en desarrollo, representando una carga epidemiológica sustancial en los países de ingresos altos.

4. ILEO PARALÍTICO: Es un tipo de obstrucción intestinal, también podemos decir que es la reducción o cese de la contracción del musculo liso intestinal que afecta el peristaltismo y el tránsito de contenido intestinal.

Los pacientes que son sometidos a cirugía abdominal son particularmente propensos a desarrollar esta afección, la cirugía abdominal desencadena dos fases diferentes del Íleo postoperatorio: **la fase neurogénica temprana** del Íleo posoperatorio surge de manera perioperatoria y generalmente se resuelve temprano en el periodo postoperatorio, **la fase inflamatoria tardía** comienza de 3 a 4 horas después de la cirugía y puede durar varios días, por lo que suele ser

la más relevante clínicamente. Los síntomas clínicos del Íleo paralítico incluyen náuseas, vómitos, distensión abdominal y falta de flatos y defecación, cuando se prolonga provoca retraso en la alimentación enteral, función inmune alterada, retraso en la curación de heridas, mayor riesgo de complicaciones infecciosas, mayor riesgo de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, estancia hospitalaria prolongada y aumento de las tasas de reingreso, el uso generalizado de la cirugía laparoscópica ha reducido significativamente la aparición de Íleo Paralítico. (34)

Las consecuencias de Íleo Paralítico pueden ser graves, ya que causan estasis gastrointestinal con riesgo de náuseas y vómitos, que pueden complicarse con la aspiración pulmonar, también puede causar deshidratación, desequilibrio electrolítico o sepsis, el Íleo Paralítico es una detención fisiológica del tránsito gastrointestinal en respuesta al estrés quirúrgico presenta la combinación de al menos dos de los siguientes cinco signos: Náuseas y vómitos, una incapacidad para tolerar la dieta sólida o semilíquida, sin gas o heces durante las 24 horas anteriores; distensión abdominal, evidencia radiológica de íleo. Los factores de riesgo para la aparición del Íleo Paralítico son : El sexo masculino, la edad avanzada y la pérdida significativa de sangre, también el abordaje quirúrgico , es decir, disminuye para la laparoscopia en comparación con la laparotomía , otros factores son la infección intraabdominal o la fístula anastomótica, el uso de la morfina han resaltado su papel para agravar el riesgo, los opioides tienen un efecto inhibitorio dependiente de la dosis sobre la motilidad intestinal, además, la morfina agrava las consecuencias y aumentan la duración de la hospitalización. (35)

Su origen es multifactorial, ya que la manipulación intestinal, la administración de opioides o medicamentos ansiolíticos y el estrés postoperatorio parecen estar involucrados en el inicio del Íleo paralítico, se desarrolla en tres fases, la fase inicial involucra procesos neurológicos (a través del sistema nervioso simpático), mientras que una segunda fase involucra mecanismos hormonales e inflamatorios una tercera fase implica la activación nerviosa parasimpática , que desempeña un papel importante en la resolución del íleo (función

antiinflamatoria). El principal mecanismo del Íleo Paralítico consiste en la fase 2, en particular la respuesta inflamatoria a la manipulación intestinal, mejora la motilidad gastrointestinal relacionada con el abordaje laparoscópico, la masticación del chicle imita la ingesta dietética, la masticación estimula la vagaltona, que tiene un efecto antiinflamatorio, la alimentación temprana disminuye el riesgo de complicaciones infecciosas, pérdida de proteínas y mucosa intestinal permeable, también reduce la necesidad de hidratación intravenosa y potencial desequilibrio electrolítico, la reanudación temprana de la dieta reduce significativamente la duración del íleo después de una cirugía rectal mayor y es factible, incluso después de una cirugía de emergencia. (36)

5. OBSTRUCCION DEL INTESTINO DELGADO POR ADHERENCIAS:

Es una anomalía que se da en el intestino delgado ya sea esta por una cicatrización postoperatoria, procesos infecciosos o inflamatorios del peritoneo parietal y visceral.

Las obstrucciones son de causa mecánica se dividen en: Extrínsecas, intrínsecas, intraluminales y funcionales. Las extrínsecas se deben en un 60 % a adherencias ya sean congénitas o adquiridas, mientras que otro 40% se debe a hernias tanto internas como externas, malrotación intestinal, vólvulos y masas extraintestinales como carcinomatosis, abscesos y lesiones inflamatorias.

La probabilidad de presentar obstrucción de intestino delgado por adherencias depende del tipo de procedimiento quirúrgico al que sea sometido el paciente con anterioridad. (37) (38)

2.3 MARCO CONCEPTUAL.

CARACTERÍSTICAS DE LA COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA:

La Real Academia define caracterizar como "determinar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás". Puede referirse a personajes, tipografías, páginas web, empresas, productos

La caracterización de un personaje para cualquiera sea su objetivo, puede realizarse mediante su caracterización de aspecto, mediante sus acciones,

palabras o pensamientos. Es una decisión del autor que el aspecto físico del personaje permita intuir la personalidad del mismo, facilitando la rápida comprensión del personaje; o que los actos del personaje contradigan las ideas que pueda inducir el aspecto físico, desafiando ideas estereotipadas de la sociedad y manteniendo al lector o espectador más alerta.

La caracterización en general consiste en un tipo de estudio de índole esencialmente descriptiva, la cual puede recurrir a la consecución de datos cuantitativos y cualitativos con el objeto de aproximarse al conocimiento y comprensión de las estructuras, características, dinámicas, acontecimientos y experiencias. (34)

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

CIRUGIA ABIERTA: Corte de piel y tejidos durante la cirugía para exponer una visión completa de las estructuras y órganos relacionados con el procedimiento. (39)

CIRUGIA LAPAROSCOPICA: Técnica operatoria que permite la visión de la cavidad pélvico – abdominal con ayuda de una lente óptica, sin abrir el abdomen como en la cirugía clásica. (40)

SOCIODEMOGRAFICOS: Un cuestionario de datos sociodemográficos es una herramienta que permite recolectar información general sobre un grupo de personas. Estos datos incluyen atributos como la edad, género, lugar de residencia, etnia, nivel de educación, ingresos, etc. (41)

EDAD: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

GENERO: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. (42)

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Es los grados de instrucción especial, primaria, secundaria, técnica y educación superior completa (Bachiller o Titulado) que presenta las personas. (43)

CIRUGIAS PREVIAS: Se refiere a si fue operado anteriormente el paciente o si es la primera vez que le operan. (44)

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC): Es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros. (45)

ENFERMEDADES DE COMORBILIDAD: La "comorbilidad", también conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. (46)

TIEMPO DE HOSPITALIZACION: Es el número total de días de estancia de los pacientes egresados en un período, dividido entre el número total de pacientes egresados (dados de alta y muertos) de ese período. (47)

HIV: Siglas del Virus Inmunodeficiencia Humana. (48)

SIGNO DE BLUMBERG: Dolor a la palpación de la fosa iliaca derecha, que se origina por irritación peritoneal, es positivo o está presente al desencadenar dolor al comprimir la zona y se incrementa intensamente hasta desaparecer en fracción de segundos. (49)

SIGNO DE ROVSING: Esta presente cuando se realiza palpación profunda de la fosa iliaca izquierda y produce dolor en el lado opuesto. Usado para el diagnóstico de apendicitis. (50)

INSICIÓN DE MC BURNEY: Incisión oblicua que se practica en fosa iliaca derecha, habitualmente para intervenciones por apendicitis aguda. Empieza de

2 a 5 cm por encima de la espina iliaca anterosuperior y corre paralela al musculo oblicuo externo del abdomen. (51)

ABDOMEN AGUDO: Es todo proceso patológico intraabdominal, de reciente inicio, que cursa con dolor, repercusión sistémica y requiere de un rápido diagnóstico y tratamiento. (52)

ABSCESO APENDICULAR: Es la acumulación de pus producida en general por una infección bacteriana o parasitaria en el sitio anatómico del apéndice. (53)

INFECCIÓN: Entrada, desarrollo y multiplicación de un agente infeccioso en el cuerpo de una persona o animal. (54)

INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO: Es la presencia de secreción purulenta en el sitio de incisión quirúrgica con o sin cultivos positivos que se presenta dentro de los primeros 30 días, posteriores a la cirugía. (55)

ÍLEO PARALÍTICO: Interrupción aguda del tránsito intestinal, generalmente esta complicación no es muy frecuente, pero se da más en pacientes con apendicitis complicadas, donde se manipula mucho el intestino. (56)

APENDICITIS AGUDA: La apendicitis es una inflamación del apéndice vermiforme. (57)

PERITONITIS: Es una inflamación (irritación) del peritoneo, es el tejido delgado que recubre la pared interna del abdomen. (58)

COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA: Es la eventualidad que ocurre en el curso posterior a la cirugía con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación del paciente. (59)

ABSCESO INTRAABDOMINAL: Es el acumulo de secreciones purulentas o exudativas, que se encuentra localizado en la cavidad abdominal. Generalmente es más frecuente que ocurran luego de apendicetomías complicadas. (60)

ADHERENCIAS / BRIDAS: Las adherencias son bandas de tejido similar al tejido cicatricial que se forman entre dos superficies dentro del organismo y hacen que éstas se peguen. (61)

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN: La duración dependerá de cada caso particular, pero se trata siempre de estancias breves para contener una situación aguda, habitualmente de entre 2 y 3 semanas. (62)

CUIDADOS DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS: Es una técnica estéril, por lo que previamente a su realización se deberá realizar lavado de manos y colocación de guantes. (63)

CONSERVACIÓN DE LA INTEGRIDAD TISULAR: La enfermera favorecerá la integridad tisular de piel y mucosas o la curación de la herida por segunda intención, según el caso aplicando los productos. (64)

RESTABLECIMIENTO GENERAL: Volver a establecer algo o ponerlo en el estado que antes tenía. Recuperarse, repararse de una dolencia, enfermedad u otro daño o menoscabo. (65)

REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: La reintervención se define como la realización de una nueva operación a causa del fracaso de la anterior por no cumplir el objetivo propuesto, aparición de complicaciones o diagnóstico de iatrogenias. (66)

CARACTERÍSTICAS: La caracterización es un método de comunicación que busca personificar una idea, una persona o situación con el fin de que el público pueda reconocerlo y saber más sobre él, por ejemplo: la caracterización de una mesa que tiene cuatro patas, es marrón, sirve para colocar objetos encima de ella o comer. (67)

NUTRICIONAL: El valor nutricional se compone de macronutrientes esenciales: proteínas, grasas e hidratos de carbono, de micronutrientes como vitaminas y minerales y de los valores energéticos que nos aporta el alimento. (68)

FIEBRE: Incremento de la temperatura corporal mayor de 38°C. (69)

AUTOMEDICACION: Consiste en tomar medicamento sin la prescripción de un médico. (70)

PROFILAXIS ANTIBIOTICO: Consiste en la administración de antibiótico antes que el paciente sea intervenido quirúrgico. (71)

TIPO DE OPERACIÓN: Existen tipo de operación Laparoscópica y convencional. (72)

ACCESO PERIFERICOS: Son los procedimientos invasivos que se colocan a los pacientes en cada atención. (73)

SONDA NASOGASTRICA: Sonda que se introduce por la nariz, a través de la garganta y el esófago, hasta el estómago. Se puede usar para administrar medicamentos, líquidos, y alimentos líquidos, o para extraer sustancias desde el estómago. (74)

SONDA FOLEY: Es un tipo común de sonda permanente. Es una sonda suave de plástico o caucho que se introduce en la vejiga para vaciarla de orina. (75)

DREN PENROSE: Un drenaje Penrose es un tubo suave, plano y flexible hecho de látex. Permite que la sangre y otros líquidos salgan de la región de la cirugía. Esto evita que el líquido se acumule debajo de la incisión (corte quirúrgico) y cause una infección. (76)

DREN TUBULAR: Es un sistema hermético que mediante un tubo ubicado en la pleura permite la eliminación de contenido líquido o gaseoso. (77)

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL:

Según Hernández Sampieri, en su estudio titulado metodología de la investigación menciona que un estudio de naturaleza descriptiva, univariable, no se formula la hipótesis.

Las hipótesis descriptivas son proposiciones del valor de las variables que se va observar en un contexto, en la expresión de otra variable. (77)

3.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE:

CARACTERÍSTICAS DE LA COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA:

Las características de las complicaciones de la apendicectomía es una alteración del proceso de la enfermedad que va en desmedro de la recuperación del paciente, esta se ve implicado por diferentes factores como son el tiempo de la evolución de la enfermedad y la intervención quirúrgica oportuna.

- Edad.
- Género.
- Grado de Instrucción
- Lugar de Procedencia
- Índice de masa corporal.
- Cirugías previas.
- Enfermedades de comorbilidad.
- Tiempo de inicio de síntomas.
- Síntomas presentó antes de la Cirugía.
- Fiebre.
- Tiempo de hospitalización.
- Profilaxis antibiótica

- Tipo de operación.
- Estadio evolutivo de la enfermedad
- Accesos periféricos
- Pacientes de apendicectomía que presentaron peritonitis.
- La peritonitis fue una complicación.
- Pacientes de apendicectomía que presentaron Infección de herida operatoria.
- La Infección de herida operatoria fue una complicación.
- Pacientes de apendicectomía que presentaron Íleo paralítico.
- El Íleo paralitico fue una complicación.
- Pacientes de apendicectomía que presentan Reintervención por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias.
- La reintervención por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias fue una complicación.

3.1.1. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
Caracterización de las complicaciones de la apendicectomía.	Una complicación médica, es un resultado desfavorable de una enfermedad, condición de salud o tratamiento. Las complicaciones pueden afectar negativamente el pronóstico o el resultado de una enfermedad.	La variable "Caracterización de las complicaciones de la apendicectomía." se estructuró en 9 dimensiones: socio Demográfico, nutricional, comorbilidad, sintomatología, estancia hospitalaria y complicaciones.	SOCIO DEMOGRÁFICO	Edad Género Grado de instrucción Lugar de procedencia.	1 – 4	Ordinal Nominal Ordinal Nominal
			NUTRICIONAL	Índice de masa corporal.	5 - 5	Ordinal
			COMORBILIDAD	Cirugías previas. Enfermedades de Comorbilidad.	6 – 7	Nominal
			SINTOMATOLOGÍA	Tiempo de inicio de síntomas Síntomas presentó antes de la Cirugía. Fiebre Automedicación.	8 – 11	Ordinal Nominal Nominal Nominal
			ESTANCIA HOSPITALARIA	Tiempo de Hospitalización Profilaxis antibiótica	12 - 13	Ordinal Nominal
			COMPLICACIONES	Tipo de operación Estadio evolutivo de la enfermedad Accesos periféricos Pacientes de apendicectomía que presentaron peritonitis. La peritonitis fue una complicación. Pacientes de apendicectomía que presentaron Infección de herida operatoria. La Infección de herida operatoria fue una complicación. Pacientes de apendicectomía que presentaron Íleo paralítico. El Íleo paralítico fue una complicación. Pacientes de apendicectomía que presentan Reintervención por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias. La reintervención por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias fue una complicación	14 - 24	Nominal

IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO:

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO:

El tipo de investigación, en cuanto al propósito fue **aplicada** al buscar resolver el problema de estudio, enfocarse en la búsqueda y consolidación de la caracterización de las complicaciones de la apendicitis aguda, contribuyendo de esta forma al enriquecimiento de la atención del paciente post operado. En cuanto al **enfoque** cuantitativo porque los datos y/o resultados que se obtengan de nuestra investigación se registran en números, con base en la medición numérica.

El **corte fue transversal** porque se recolecta la información en un solo momento. El **tiempo fue retrospectivo** porque se registró los hechos ocurridos en el pasado de manera cronológica, se trabajó con historias clínicas del año 2022. Según el **nivel de estudio fue descriptivo** porque se describe el fenómeno tal como sucede, no habiendo manipulación de las variables. El diseño es **no experimental**: Porque se observa el fenómeno tal cual y como se da en su contexto.



Donde:

M1 = Representa la muestra en la que se realizó el estudio.

O1 = Es la observación de la variable caracterización de las complicaciones de la apendicectomía.

4.2. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Método de investigación:

Método general: Dentro del desarrollo de la presente investigación se utilizó como método universal al “Método Científico”, ya que mediante la interpretación

y la recolección de información se analizaron los hechos y sucesos en forma metódica y secuencial, cumpliendo con los objetivos establecidos.

Método específico: El presente trabajo se relacionó con el siguiente enfoque cuantitativo y método descriptivo, el cual se buscará obtener del estudio.

Enfoque cuantitativo: Es un conjunto de procesos, secuencias y probatorias donde no se puede eludir pasos, tiene un orden y es riguroso, partiendo de una idea que va acotándose y una vez delimitada, se deriva los objetivos y preguntas de investigación, revisando la literatura para la construcción del marco o una perspectiva teórica.

Según Hernández Sampieri, el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para la medición numérica y el análisis estadístico con el fin de establecer pautas en el comportamiento.

Método descriptivo: Para el presente estudio se utilizará este método con el fin de poder describir la característica de la variable utilizando las herramientas necesarias para su presentación de acuerdo a los objetivos establecidos.

Según Hernández Sampieri, refiere que un estudio descriptivo busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analicen. Describe tendencias de un grupo de la población.

Método estadístico: Fue necesario e indispensable aplicar este método con la finalidad de obtener las muestras de la población, aplicar la estadística descriptiva para explicar la caracterización de las complicaciones de los pacientes mayores de 18 años de apendicectomía.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

POBLACIÓN:

- El estudio estuvo conformado por 157 historias clínicas de pacientes que estuvieron hospitalizados y fueron operados de apendicitis aguda en el Hospital de Quillabamba año 2022.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 18 años de edad hospitalizados y postoperados de Apendicitis Aguda.
- Pacientes con diferentes seguros de salud: SIS, ESSALUD, SALUD POL y particulares.
- Pacientes de ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con Historias clínicas incompletas o ilegibles.

MUESTRA: La muestra es de 75 pacientes postoperados de apendicitis aguda y del Servicio de Cirugía del Hospital de Quillabamba 2022.

$$n_0 = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

$$n_0 = 75.49513$$

$$n_0 = 75$$

4.4. LUGAR DE ESTUDIO Y PERIODO DESARROLLADO:

El presente estudio de investigación se realizó en el Servicio de Cirugía del Hospital de Quillabamba II- 1 en los meses de enero a diciembre del año 2022.

4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Técnica: La técnica que se aplicó para la investigación es el de análisis documental, para obtener mayor información y accesibilidad a las historias clínicas de pacientes con apendicectomía.

Instrumento: El instrumento que se utilizó para la investigación y poder recolectar la información es el cuestionario y ficha de recolección de datos que fue elaborado por los investigadores del Hospital de Quillabamba del Servicio de Cirugía. Consta de 24 preguntas el cual consta de 6 partes como es el de datos generales o sociodemográficos, índice nutricional, antecedentes de comorbilidad, sintomatología, estancia hospitalaria y la información específica de las complicaciones de la apendicectomía.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS:

Este instrumento fue elaborado con el propósito de obtener información fidedigna y objetiva de las Historias Clínicas, consta de dos partes como son: Información general e información específica referente a complicaciones de apendicectomía. Además, es el proceso de recopilación y medición de la información sobre las variables establecidas de una manera sistemática, que permita obtener respuestas relevantes, evaluar resultados.

VALIDEZ:

Para garantizar la validez de nuestro instrumento, fue sometido a **JUICIO DE EXPERTOS** que determinaron la validez del contenido, cuyo resultado es de 0.80 lo que nos indica que es una excelente validez.

CONFIABILIDAD:

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de una Prueba Piloto se eligieron al azar 15 historias clínicas de la muestra establecida; se determinó con Alfa de Crombach, para el instrumento se obtiene el valor de 0.76051 en el programa estadístico SPSS, lo que nos indica que el instrumento es aceptable.

4.6. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS:

El presente trabajo por ser de tipo retrospectivo se tuvo que elaborar un instrumento el cual nos ayudó a recolectar datos que se obtuvo de las historias clínicas, y luego se realizó una clasificación y conteo de diferentes preguntas y con toda esta información recolectada se vacía a una base de datos del programa Estadístico de SPSS 2026, para luego obtener resultados.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS EN INVESTIGACIÓN:

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

Autonomía del paciente: Los datos que se obtuvieron para el presente estudio, son de carácter confidencial, para lo cual, se solicitó el permiso mediante trámite documentario al Hospital de Quillabamba, de esta forma respetando su normatividad, se tuvo acceso a las historias clínicas del área de estadística, de las cuales solo se recopilaron los datos estrictamente necesarios para la investigación y no se consignó datos que permitan la identificación de los pacientes tales como sus nombres, teléfonos, domicilios, DNI, correos electrónicos, por lo tanto no será necesario la elaboración de un consentimiento informado.

Beneficencia: Se realizará la estimación riesgo- beneficio, buscando la maximización de beneficios con la disminución de riesgos.

Justicia: Se tomará la población total del año 2022 de pacientes postoperados de apendicitis aguda, sin distinciones a excepción de los pacientes que sean menores 17 años 11 meses 29 días.

Integridad científica: En el presente trabajo de investigación éticamente está sustentado, además el trabajo a sido realizado en base a las normativas vigente de la universidad y considerando los principios de la integridad científica establecidas como son (respeto al autor, veracidad de la información)

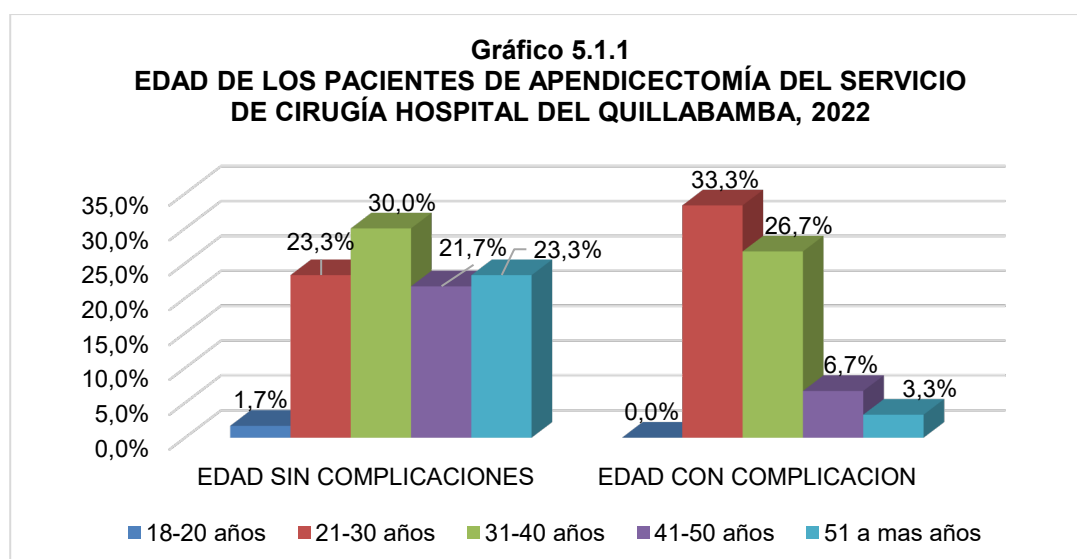
V. RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 5.1.1
EDAD DE LOS PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL DEL QUILLABAMBA, 2022

EDAD SIN COMPLICACIONES			EDAD CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
18 a 20 años	1	1.7	18 a 20 años	0	0
21 a 30 años	14	23.3	21 a 30 años	5	33.3
31 a 40 años	18	30.0	31 a 40 años	4	26.7
41 a 50 años	13	21.7	41 a 50 años	1	6.7
51 a más años	14	23.3	51 a más años	5	33.3
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



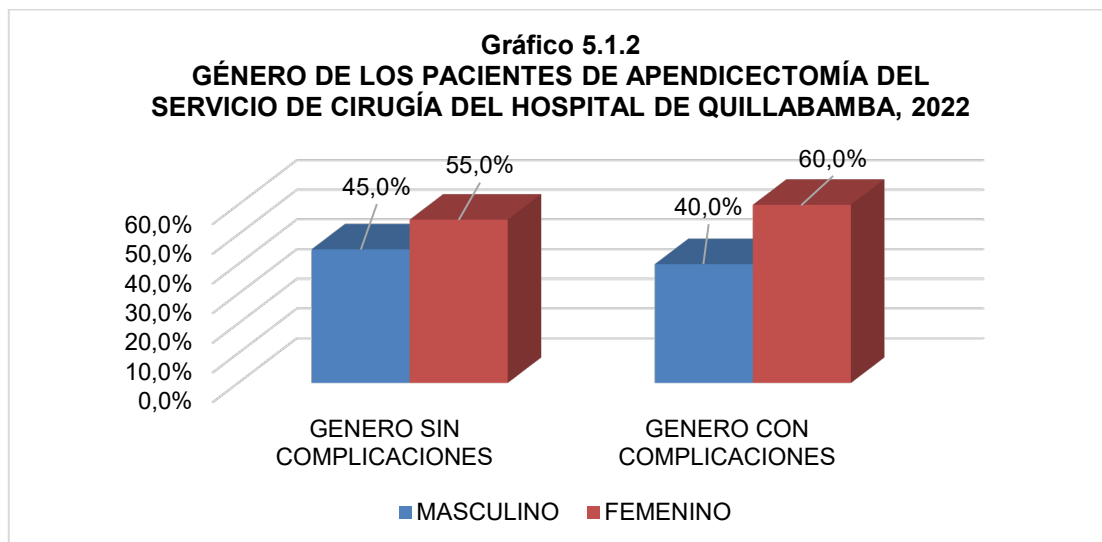
Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

En la presente tabla se puede observar que el grupo etáreo donde el predominio mayor número de casos de apendicectomía sin complicaciones fue el grupo etáreo de 31 a 40 años teniendo 30.0% (n=18). Así mismo el grupo etáreo donde se presentó mayor número de casos de apendicitis con complicaciones fueron entre las edades de 21 a 30 años y 51 a más con un 33.3 % (n=5) casos de cada uno, eso quiere decir que esta enfermedad predomina en el adulto y adulto mayor.

Tabla 5.1.2
GÉNERO DE LOS PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

GÉNERO SIN COMPLICACIONES			GÉNERO CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Masculino	27	45.0	Masculino	6	40.0
Femenino	33	55.0	Femenino	9	60.0
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022.



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

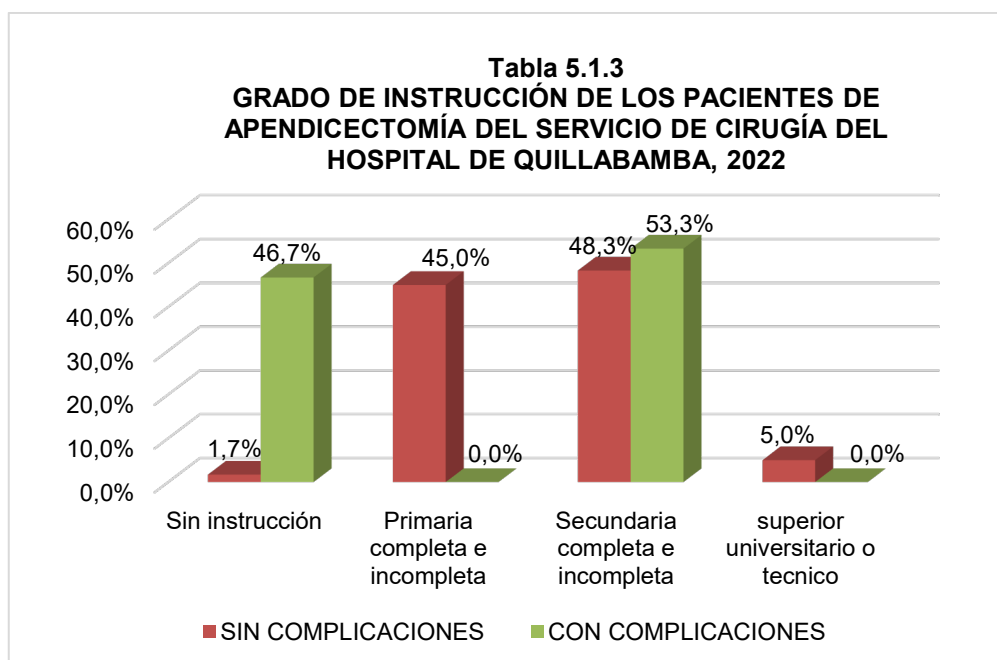
En la presente tabla se puede observar: El género femenino sin complicaciones predomina mayor en un 55% (n=33) casos y el género masculino de 45% (n=27) casos de pacientes postoperados de apendicitis aguda. Cómo también se puede observar apendicitis con complicación, en el cual sigue predominando el género femenino en 60% (n=9) casos y género masculino de 40% (n=6) casos. Esto quiere decir que las mujeres son el género que más vulnerabilidad presentaron ante esta patología que es la apendicitis aguda.

Tabla 5.1.3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

GRADO DE INSTRUCCIÓN SIN COMPLICACIONES			GRADO DE INSTRUCCIÓN CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Sin instrucción	1	1.7	Sin instrucción	7	46.7
Primaria completa e incompleta	27	45.0	Primaria completa e incompleta	0	0
Secundaria completa e incompleta	29	48.3	Secundaria completa e incompleta	8	53.3
Superior universitario o técnico	3	5.0	Superior universitario o técnico	0	0
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

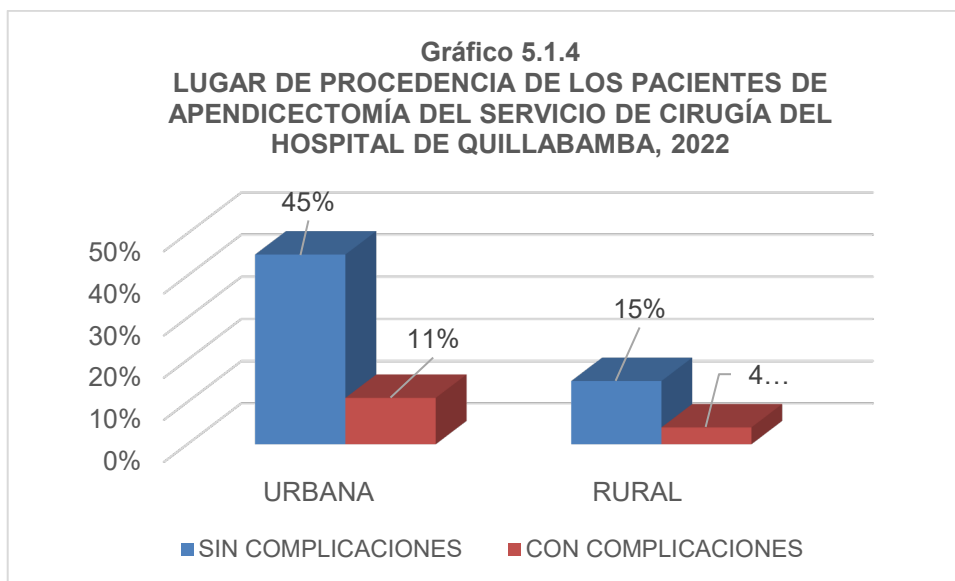
En la siguiente tabla podemos observar que el grado de instrucción que predominó más número de casos de apendicectomía sin complicación es en el Nivel secundario con 48.3% (n=29). Así mismo los casos de apendicectomía complicadas predominan en un 53.3% (n=8). Esto quiere decir que el grado de instrucción más predominante para desarrollar o enfermar por apendicectomía tanto sea sin complicaciones y con complicaciones es en el de Secundaria completa e incompleta.

Tabla 5.1.4

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

LUGAR DE PROCEDENCIA SIN COMPLICACIONES			LUGAR DE PROCEDENCIA CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Urbana	45	75.0	Urbana	11	73.3
Rural	15	25.0	Rural	4	26.7
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

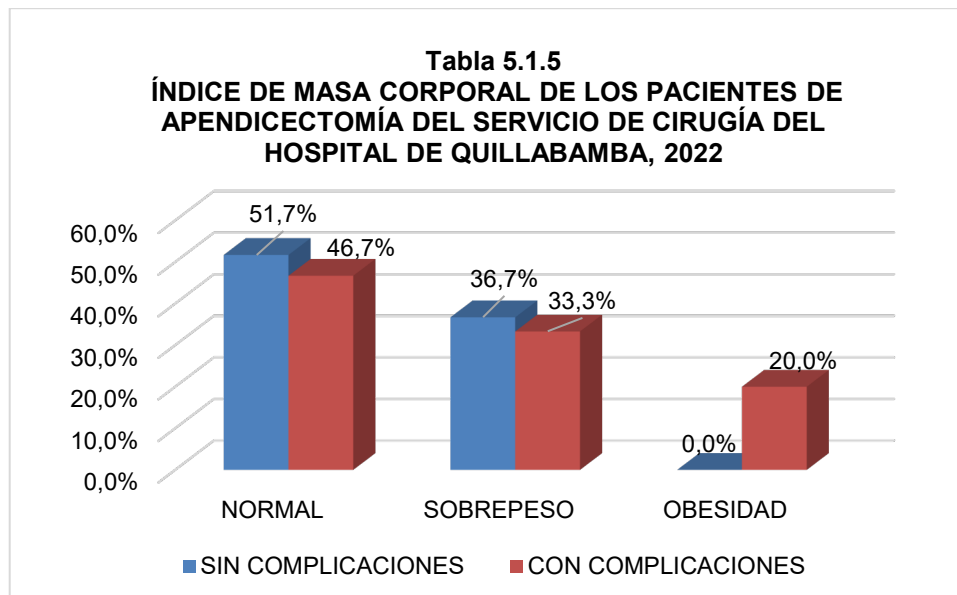
En la presente tabla se puede observar que el Lugar de procedencia donde predominó más casos de apendicectomía sin complicación se dio en la zona Urbana con un 75.0% (n=45). Así mismo los casos de apendicectomía complicadas predominantes es igual en la zona Urbana con un 73.3% (n=11) casos. Esto quiere decir que el Lugar de Procedencia donde se presentan más casos de apendicitis aguda es la zona urbana debido a los malos hábitos de alimentación ya que contamos con todo tipo de alimentos ya sea que contengan químicos, comidas chatarras, artificiales, etc. y los de la zona rural se enferman menos porque ellos llevan un estilo de vida saludable ya que ellos cultivan en la gran mayoría sus propios alimentos y comen sano.

Tabla 5.1.5

ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

ÍNDICE DE MASA CORPORAL SIN COMPLICACIONES			ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
18.5 a 24.9 normal	31	51.7	18.5 a 24.9 normal	7	46.7
25.1 a 29.9 sobrepeso	22	36.7	25.1 a 29.9 sobrepeso	5	33.3
30.0 o superior obesidad	7	11.7	30.0 o superior obesidad	3	20.0
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

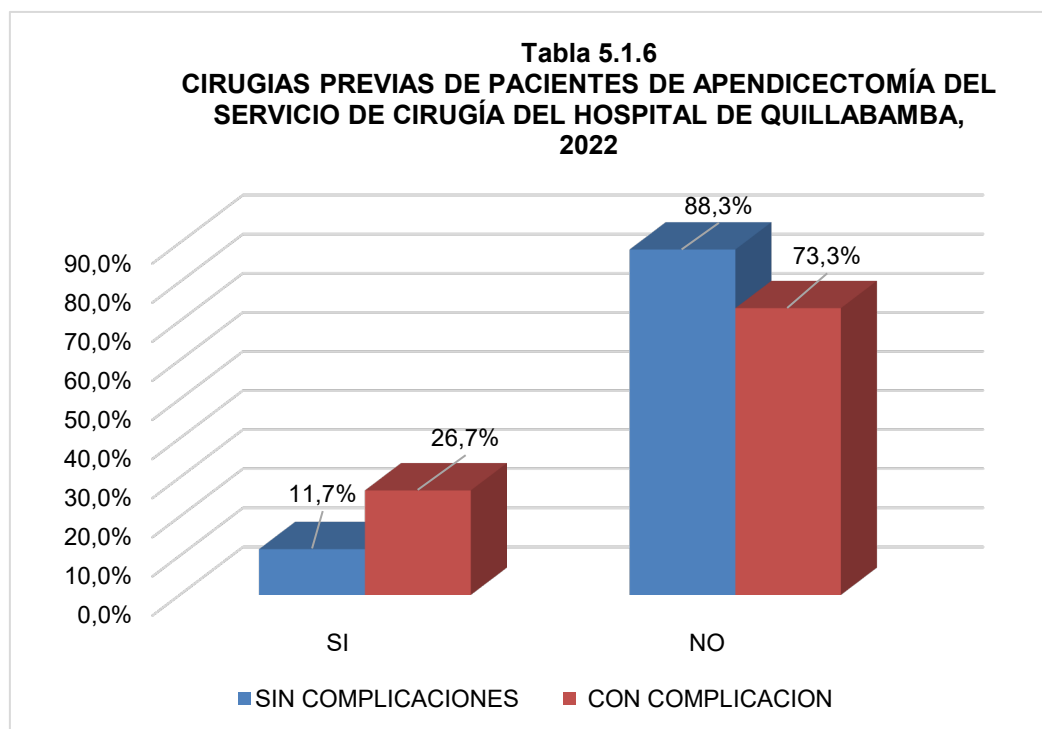
En la tabla se puede observar que el índice de Masa Corporal presenta un predominio de casos de apendicectomía sin complicación en un 51.7% (n=31) casos con IMC normal 18.5 – a 24.9, de igual manera se presenta casos de apendicectomía con complicaciones en un 46.7% (n=7) casos de IMC normal. Esto quiere decir que el IMC no es una condicionante para presentar apendicitis aguda.

Tabla 5.1.6

CIRUGIAS PREVIAS DE PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

CIRUGIAS PREVIAS SIN COMPLICACIONES			CIRUGIAS PREVIAS CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Si	7	11.7	Si	4	26.7
No	53	88.3	No	11	73.3
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

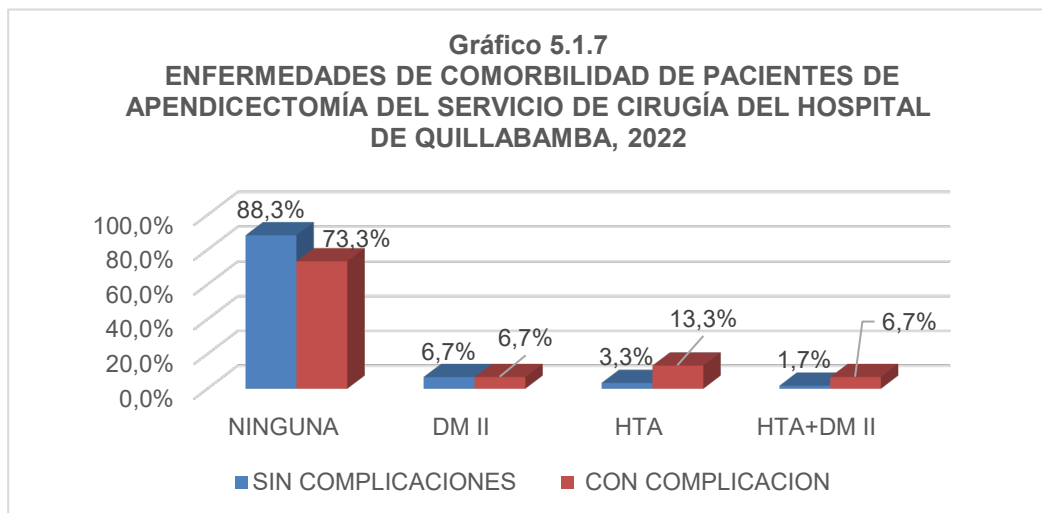
En la tabla se puede observar que los pacientes que tuvieron cirugías previas con apendicectomía sin complicaciones fue un 88.3% (n=53), se presentó un 73.3% (n=11) en pacientes con apendicectomía con complicaciones no presentaron cirugías previas.

Tabla 5.1.7

ENFERMEDADES DE COMORBILIDAD DE PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

ENFERMEDADES DE COMORBILIDAD SIN COMPLICACIONES			ENFERMEDADES DE COMORBILIDAD CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Ninguna	53	88.3	Ninguna	11	73.3
Diabetes mellitus II	4	6.7	Diabetes mellitus II	1	6.7
Hipertensión arterial	2	3.3	Hipertensión arterial	2	13.3
Hipertensión arterial y diabetes mellitus II	1	1.7	Hipertensión arterial y diabetes mellitus II	1	6.7
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

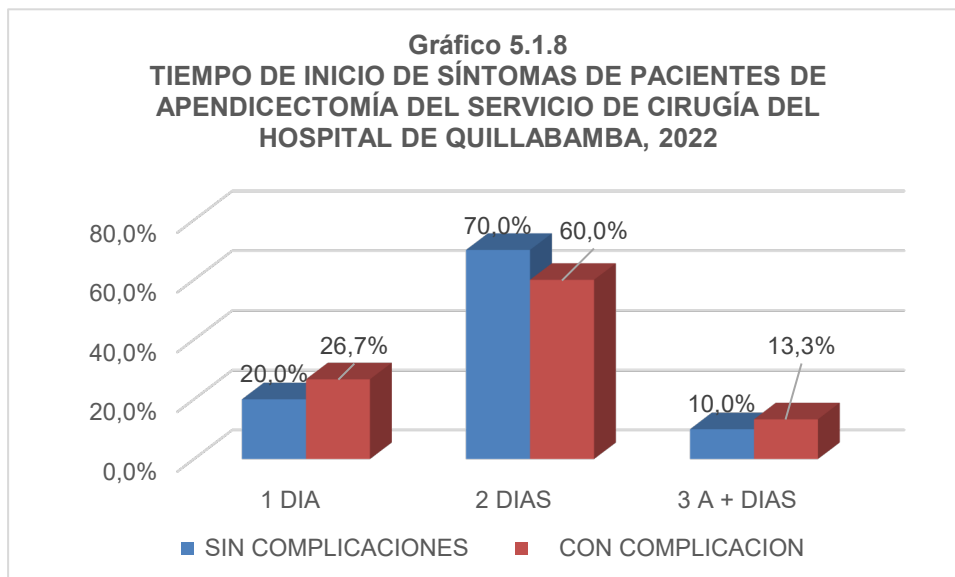
En la tabla se puede observar que las enfermedades de comorbilidades de mayor número de casos de apendicectomía sin complicaciones fueron de ninguna con 88.3% (n=53). En cuando a las apendicectomía complicadas donde se presentó ninguna con 73.3% (n=11). Así mismo se puede acotar que la Diabetes mellitus tipo II se tuvo un 6.7% (n=4) en pacientes con apendicectomía sin complicaciones y el 13.3 % (n=2) con apendicitis complicadas.

Tabla 5.1.8

TIEMPO DE INICIO DE SÍNTOMAS DE PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

TIEMPO DE INICIO DE SINTOMAS SIN COMPLICACIONES			TIEMPO DE INICIO DE SINTOMAS CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
1 día	12	20.0	1 día	4	26.7
2 días	42	70.0	2 días	9	60.0
3 a más días	6	10.0	3 a más días	2	13.3
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

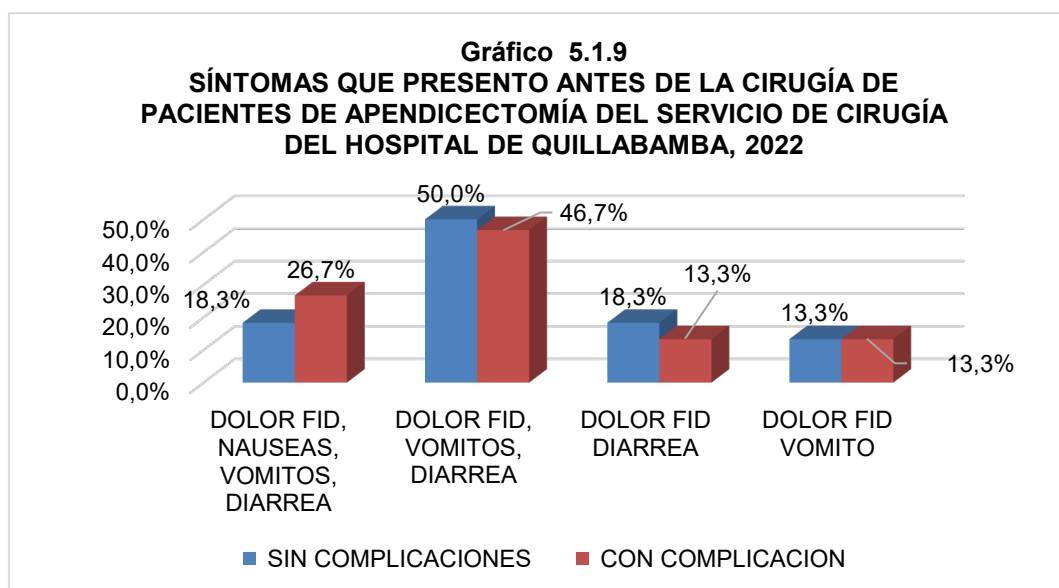
En la siguiente tabla de tiempo de inicio se puede observar que el tiempo de inicio de síntomas en pacientes apendicitis sin complicación donde predominó fue de 2 días de síntomas con mayores casos es el 70.0% (n= 42) y en cuanto a las apendicitis complicadas se tiene que el tiempo de inicio de síntomas donde se tuvo mayor información fue de 2 días con un 60.0% (n=9) casos. Analizando esta información podemos decir que los pacientes acuden con 2 días de inicio de la enfermedad.

Tabla 5.1.9

SÍNTOMAS Y FIEBRE QUE PRESENTO ANTES DE LA CIRUGÍA DE PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

SÍNTOMAS QUE PRESENTO ANTES DE LA CIRUGÍA SIN COMPLICACIONES				SÍNTOMAS QUE PRESENTO ANTES DE LA CIRUGÍA CON COMPLICACIONES			
		Frecuencia	%			Frecuencia	%
Dolor FID, náuseas, vómitos, diarrea	FID,	11	18.3	Dolor FID, náuseas, vómitos, diarrea	FID,	4	26.7
Dolor FID, vómitos, diarrea.	FID,	30	50.0	Dolor FID, vómitos, diarrea.		7	46.7
Dolor FID, diarrea.	FID,	11	18.3	Dolor FID, diarrea.		2	13.3
Dolor FID, vómitos	FID,	8	13.3	Dolor FID, vómitos		2	13.3
Total		60	100.0	Total		15	100.0
		Frecuencia	%			Frecuencia	%
SI T° > 38		3	5.0	SI T° > 38		2	13.3
NO T° < 38		57	95.0	NO T° < 38		13	86.7
Total		60	100.0	Total		15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de Apendicectomía del H.Q, 2022

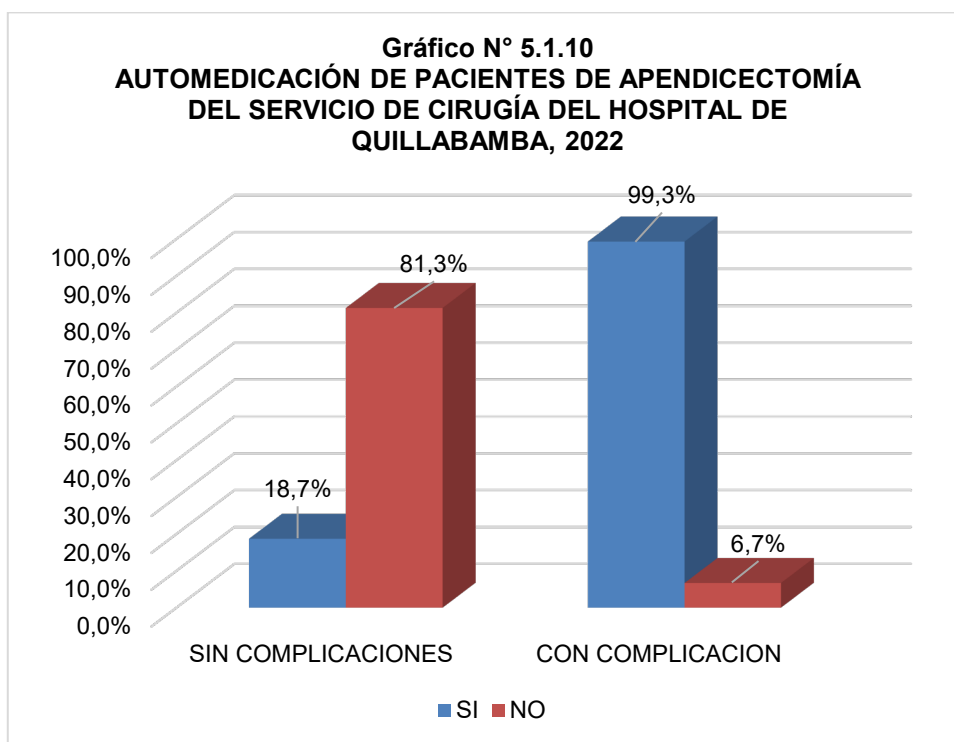
En la siguiente tabla por síntomas que presentaron antes de la cirugía se puede observar que la apendicitis sin complicaciones que tuvo mayor síntomas fue el dolor FID, Vómito, diarrea con un 50.0% (n=30), así mismo la Fiebre con mayor número de casos en pacientes con apendicitis sin complicadas fue un 95.0% (n=57) casos y en los pacientes con apendicitis con complicaciones se tuvo mayor número de síntomas que presento antes de la cirugía (Dolor FID, vómitos, diarrea de casos es un 46.7% (n=7) y presentaron fiebre solo el 13.3% (n=2) casos de apendicitis con complicaciones.

Tabla 5.1.10

AUTOMEDICACIÓN DE PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

AUTOMEDICACIÓN SIN COMPLICACIONES			AUTOMEDICACION CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Si	14	18.7	Si	14	93.3
No	61	81.3	No	1	6.7
Total	75	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

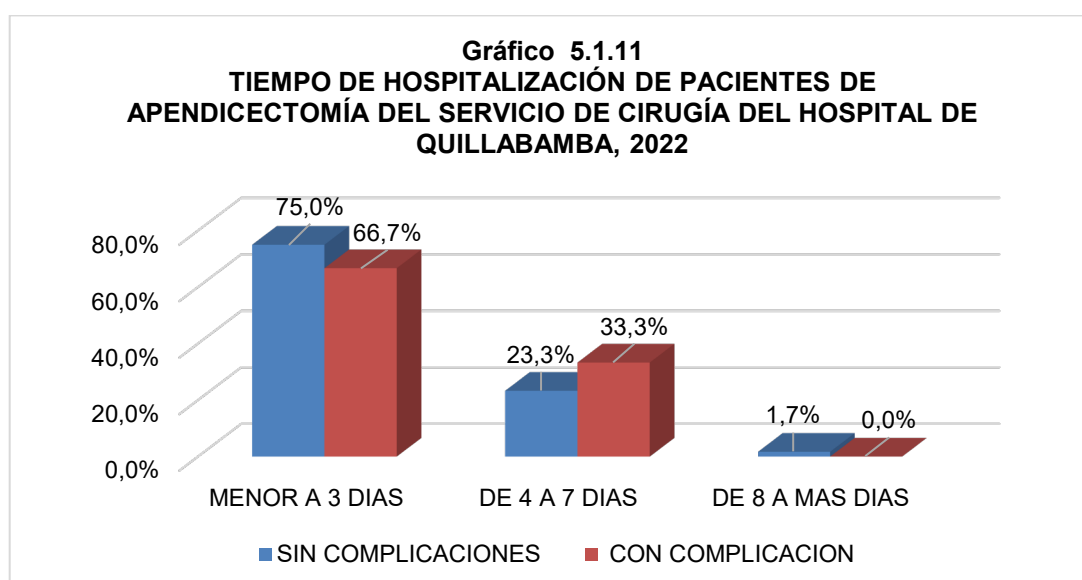
En la siguiente tabla se puede observar que el 81.3% (n=61) casos de apendicectomía sin complicaciones no se automedica y que el 93.3% (n=14) casos de apendicectomía con complicaciones si se automedica.

Tabla 5.1.11

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN SIN COMPLICACIONES			TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Menor a 3 días	45	75.0	Menor a 3 días	10	66.7
De 4 a 7 días	14	23.3	De 4 a 7 días	5	33.3
De 8 a más días	1	1.7	De 8 a más días	0	0
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

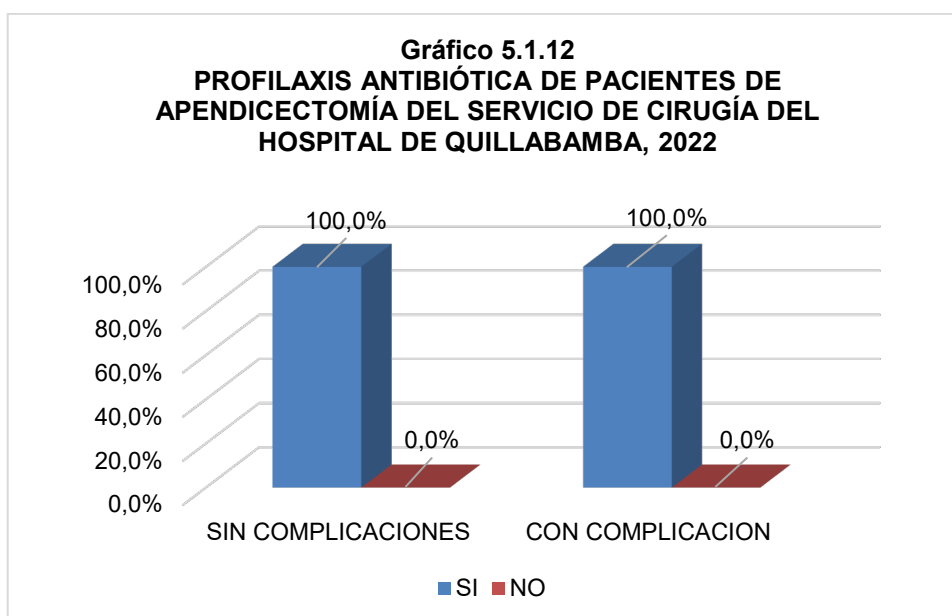
En la siguiente tabla se puede observar que el tiempo de hospitalización en pacientes de apendicectomía sin complicaciones se obtiene el 75.0% (n=45) tuvo mayor tiempo es menor de 3 días y en cuando a la apendicectomía con complicaciones se obtiene el 66.7% (n=10) casos que fueron menor de 3 días.

Tabla 5.1.12

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA DE PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA SIN COMPLICACIONES			PROFILAXIS ANTIBIÓTICA CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Si	60	100.0	Si	15	100.0
No	0	0	No	0	0
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

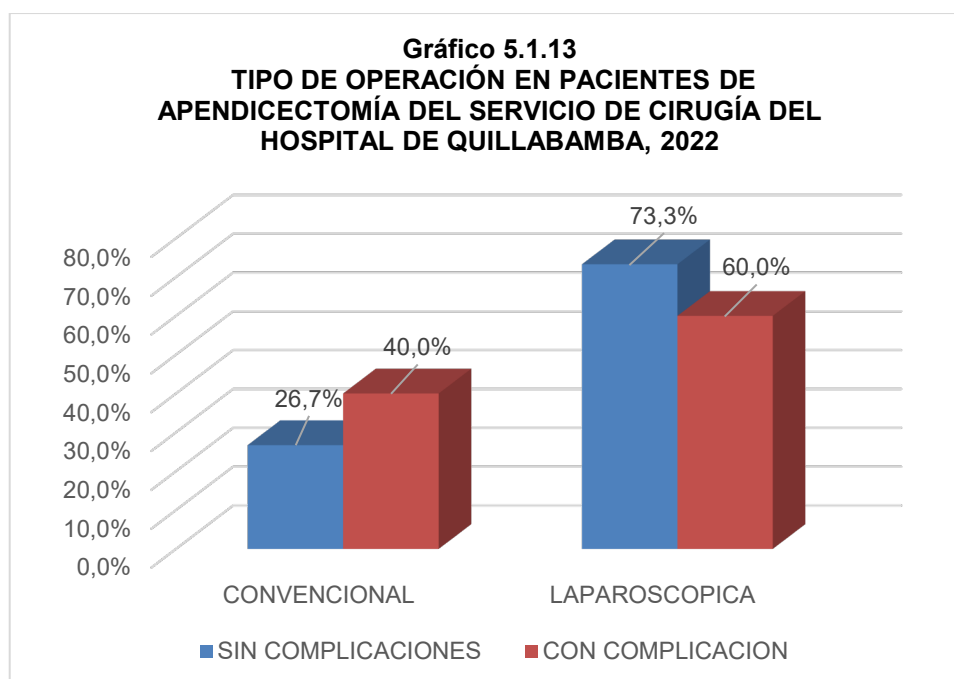
En la siguiente tabla de profilaxis antibiótica se puede observar que SI recibieron profilaxis antibiótica cuando presentaron apendicitis sin complicaciones un 100.0% (n=60) y en cuanto a la apendicitis con complicaciones se tiene que si recibieron profilaxis antibiótica el 100% (n=15).

Tabla 5.1.13

TIPO DE OPERACIÓN EN PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

TIPO DE OPERACIÓN SIN COMPLICACIONES			TIPO DE OPERACIÓN CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Convencional	16	26.7	Convencional	6	40.0
Laparoscópica	44	73.3	Laparoscópica	9	60.0
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q,

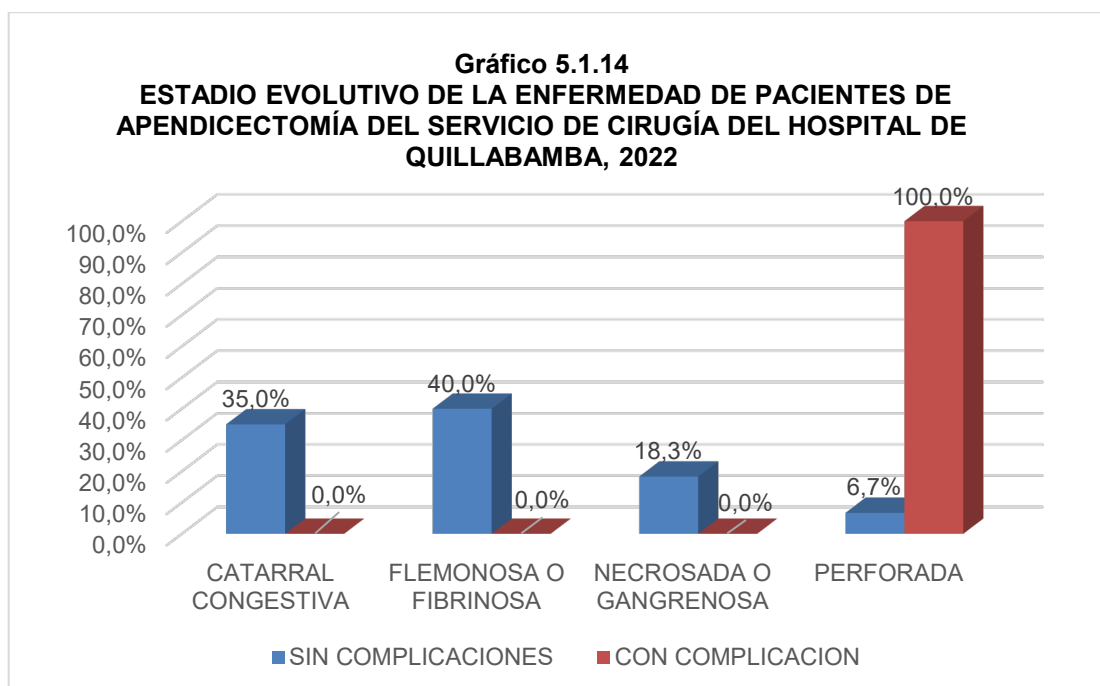
En la siguiente tabla el tipo de operación se puede observar que los pacientes con apendicectomía sin complicaciones el mayor predominio fue laparoscópica con 73.3% (n=44) y en cuando a las apendicectomías con complicaciones predomina también la cirugía laparoscópica con un 60.0% (n=9).

Tabla 5.1.14

ESTADIO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD DE PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

ESTADIO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD SIN COMPLICACIONES				ESTADIO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD CON COMPLICACIONES			
		Frecuencia	%		Frecuencia	%	
Catarral Congestiva	o	21	35.0	Catarral o Congestiva	0	0	
Flemonosa Fibrinosa	o	24	40.0	Flemonosa Fibrinosa	o	0	
Necrosada Gangrenosa	o	11	18.3	Necrosada Gangrenosa	o	0	
Perforada		4	6.7	Perforada	15	100.0	
Total		60	100.0	Total	15	100.0	

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

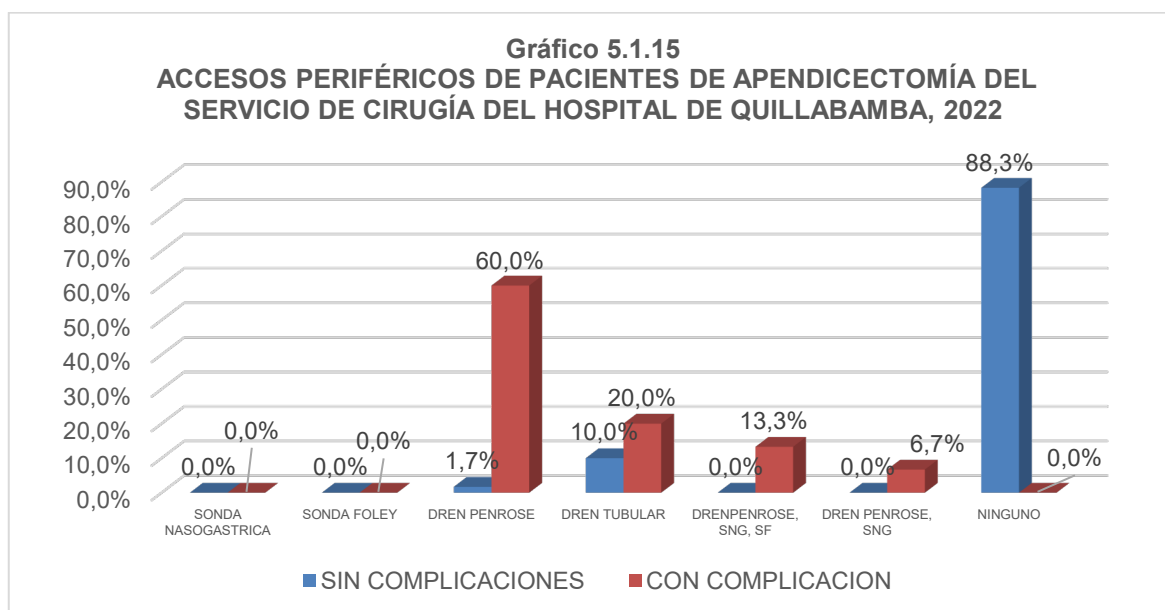
En la siguiente tabla se puede observar que el estadio evolutivo de la enfermedad de los pacientes de apendicectomía sin complicaciones el mayor predominio fue flemonosa o fibrinosa con un 40.0% (n=24) y en la apendicectomía con complicaciones se tiene mayores casos en apendicitis perforada con un 100.0% (n=15).

Tabla 5.1.15

ACCESOS PERIFÉRICOS DE PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

ACCESOS PERIFÉRICOS SIN COMPLICACIONES			ACCESOS PERIFÉRICOS CON COMPLICACIONES		
	Frecuencia	%		Frecuencia	%
Sonda Nasogástrica.	0	0	Sonda Nasogástrica.	0	0
Sonda Foley.	0	0	Sonda Foley.	0	0
Dren Penrose.	1	1.7	Dren Penrose.	9	60.0
Dren Tubular	6	10.0	Dren Tubular	3	20.0
Dren Penrose, SNG;SF.	0	0	Dren Penrose, SNG;SF.	2	13.3
Dren Penrose, SNG	0	0	Dren Penrose, SNG	1	6.7
Ninguno	53	88.3	Ninguno	0	0
Total	60	100.0	Total	15	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

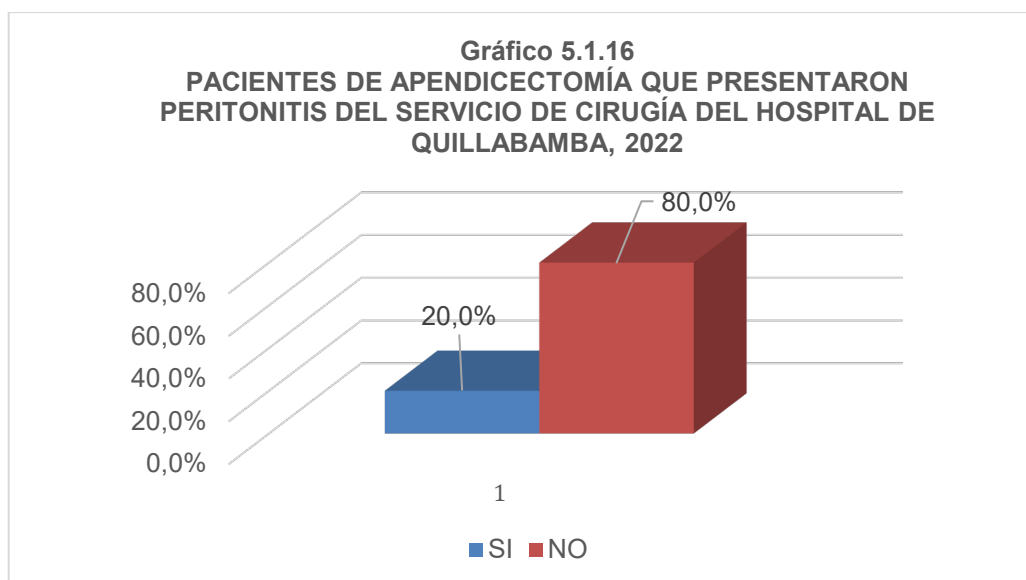
En la siguiente tabla referente a los accesos periféricos de los pacientes de apendicectomía sin complicaciones se encontró un 10.0% (n=6) que portan Dren Tubular y 88.3% (n=53) no portan los accesos periféricos, referente a los pacientes de apendicectomía con complicaciones se puede apreciar que hay un 60.0% (n= 9) de pacientes que portan el Dren Penrose.

Tabla 5.1.16

PACIENTES DE APENDICECTOMÍA QUE PRESENTARON PERITONITIS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

PACIENTES DE APENDICECTOMÍA QUE PRESENTARON PERITONITIS		
	Frecuencia	%
Si	15	20.0
No	60	80.0
Total	75	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

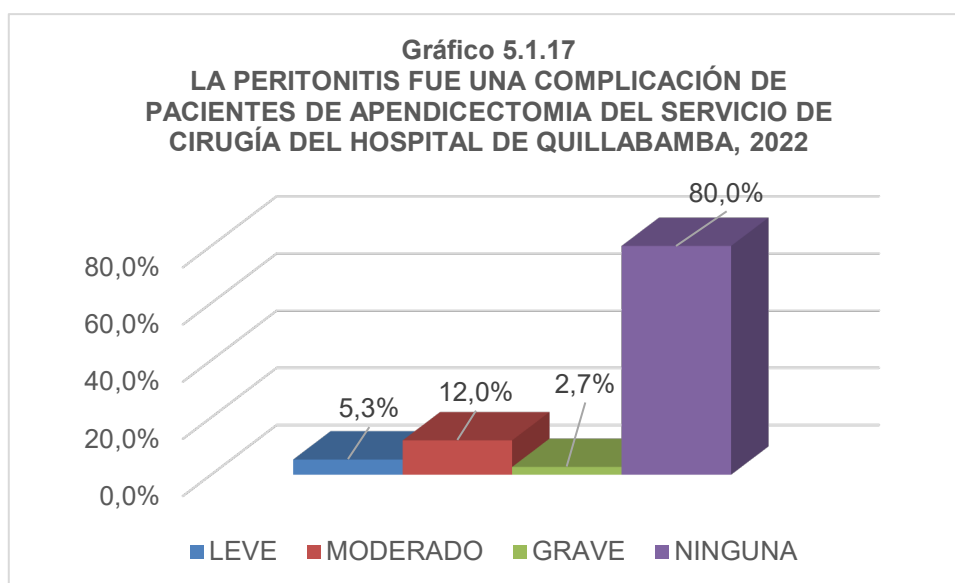
En la siguiente tabla de pacientes de apendicectomía presentaron casos de complicaciones como es la peritonitis con un 20.0% (n=15) de casos y así mismo se evidencia el 80.0% (n=60) casos no presentaron complicaciones.

Tabla 5.1.17

LA PERITONITIS FUE UNA COMPLICACIÓN DE PACIENTES DE APENDICECTOMIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

LA PERITONITIS FUE UNA COMPLICACIÓN		
	Frecuencia	%
Leve	4	5.3
Moderado	9	12.0
Grave	2	2.7
Ninguna	60	80.0
Total	75	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



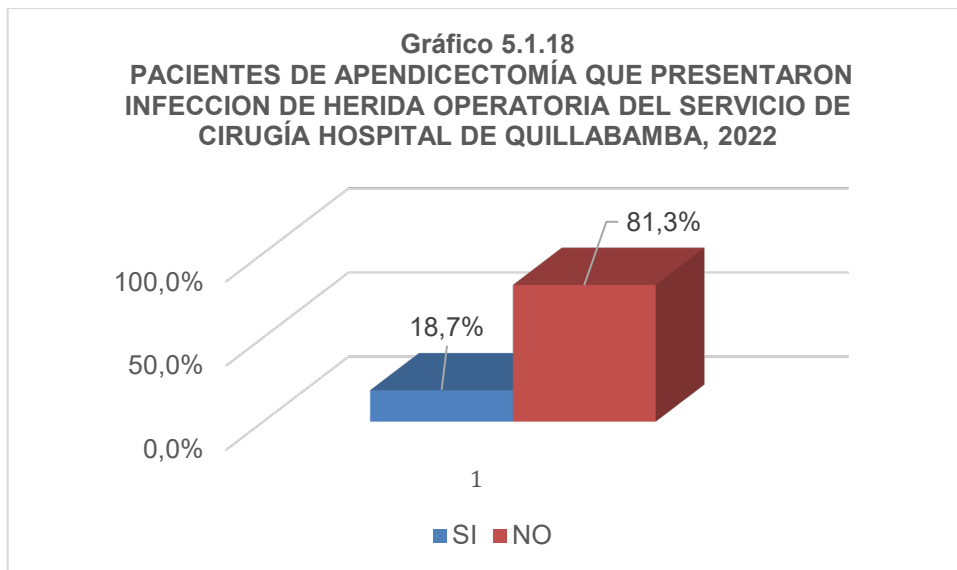
Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

En la siguiente tabla se puede observar que los pacientes de apendicectomía presentaron una complicación: Moderada de 12.0% (n=9), leve 5.3% (n=4) (5.3%) y grave con un 2.7% (n=2).

Tabla 5.1.18
PACIENTES DE APENDICECTOMÍA QUE PRESENTARON INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

PACIENTES DE APENDICECTOMÍA QUE PRESENTARON INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA		
	Frecuencia	%
Si	14	18.7
No	61	81.3
Total	75	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

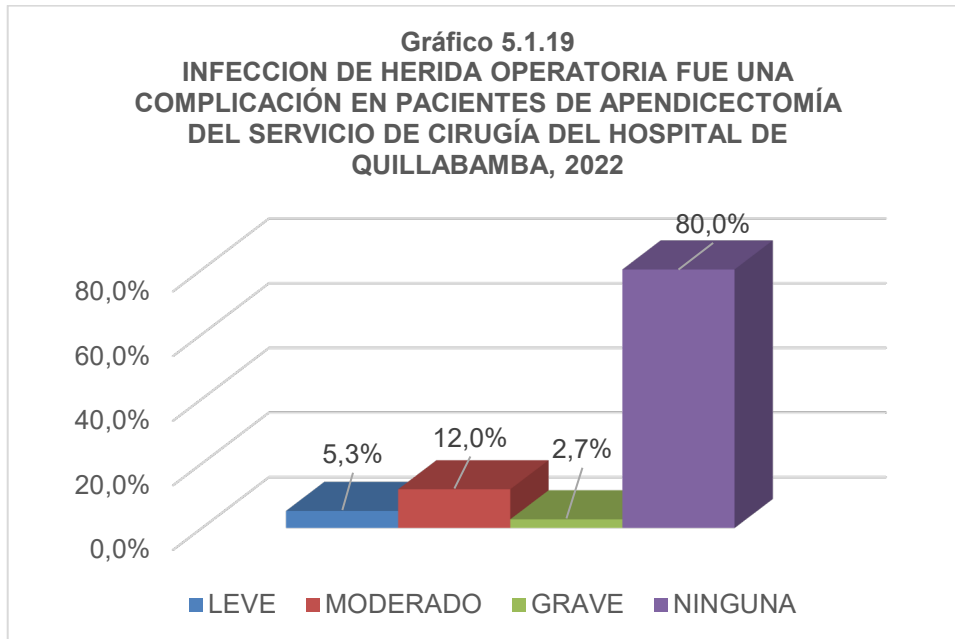
En la siguiente tabla se puede apreciar que el 18.7% (n=14) casos de apendicectomía presentaron infección de herida operatoria y el 81.3% (n=61) casos no presentaron infección de herida operatoria.

Tabla 5.1.19

INFECCION DE HERIDA OPERATORIA FUE UNA COMPLICACIÓN EN PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022.

LA INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA FUE UNA COMPLICACIÓN		
	Frecuencia	%
Leve	4	5.3
Moderado	8	10.7
Grave	2	2.7
Ninguno	61	81.3
Total	75	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



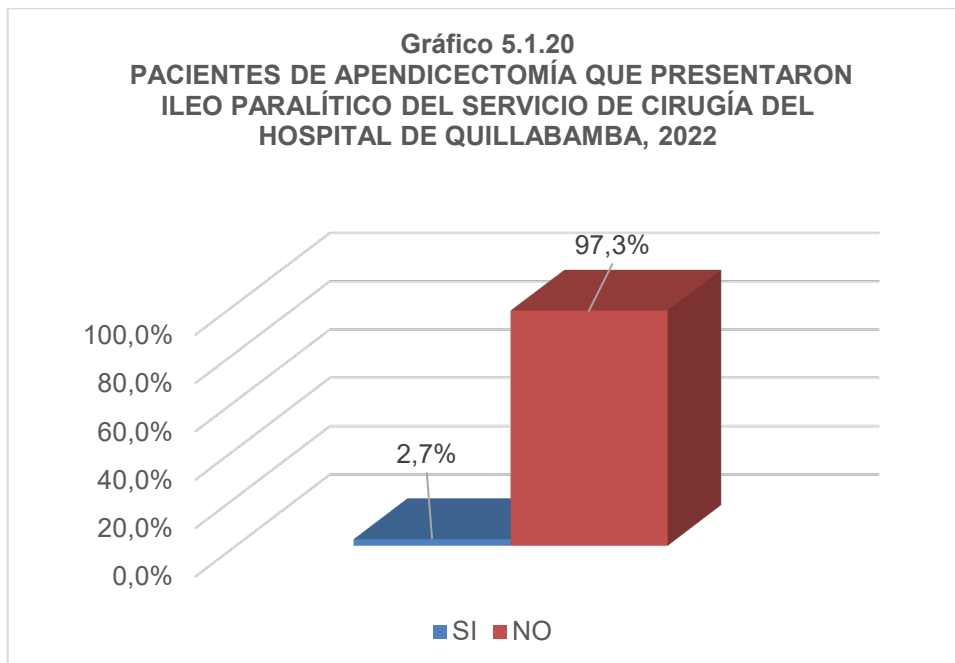
Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

En la siguiente tabla se puede apreciar que los pacientes de apendicectomía que presentaron infección de herida operatoria y que esta es una complicación: Moderado 10.7% (n= 8), leve 5.3% (n=4) y grave 2.7% (n=2).

Tabla 5.1.20
PACIENTES DE APENDICECTOMÍA QUE PRESENTARON ÍLEO PARALÍTICO DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

PACIENTE POSTOPERADO PRESENTO ÍLEO PARALITICO		
	Frecuencia	%
Si	2	2.7
No	73	97.3
Total	75	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

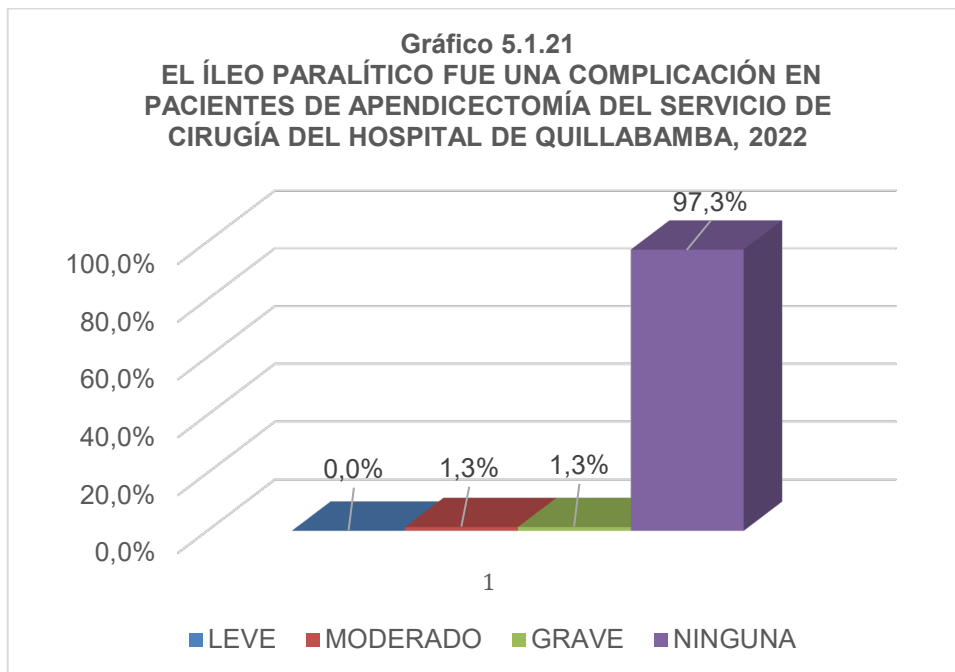
En la siguiente tabla se puede observar que los pacientes de apendicectomía no presentaron Íleo paralítico en un 97.3% (n=73) y un 2.7% (n=2) casos de pacientes que si presentaron Íleo paralitico.

Tabla 5.1.21

EL ÍLEO PARALÍTICO FUE UNA COMPLICACIÓN EN PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

EL ÍLEO PARALÍTICO FUE UNA COMPLICACIÓN		
	Frecuencia	%
Leve	0	0
Moderado	1	1.3
Grave	1	1.3
Ninguno	73	97.3
Total	75	100.0

Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente: Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

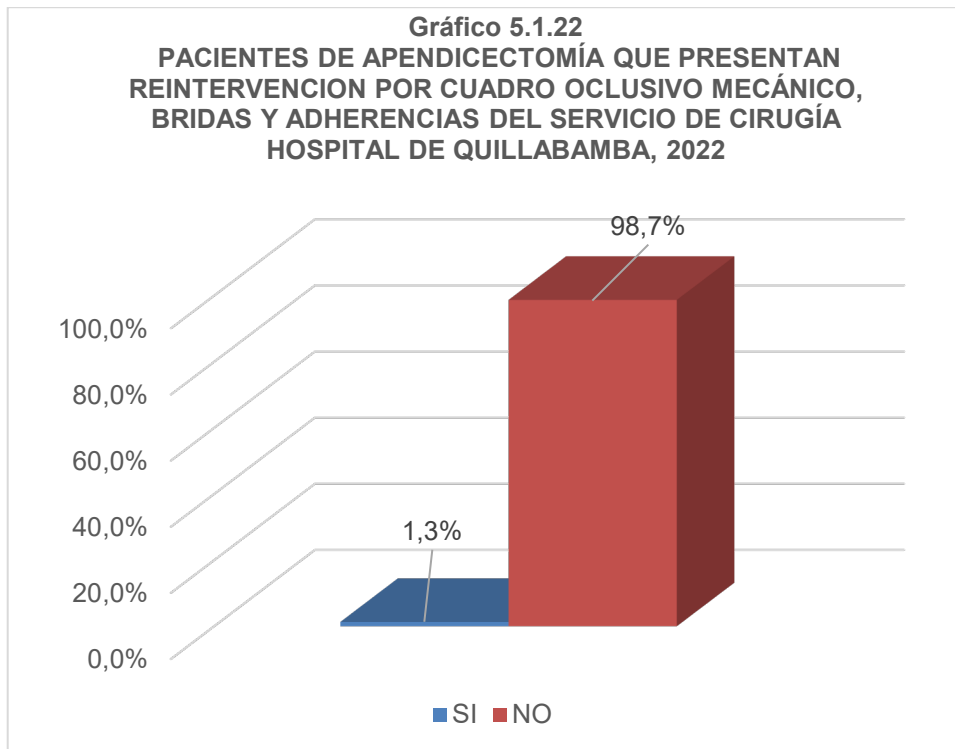
En la siguiente tabla se puede observar que los pacientes de apendicectomía que presentaron complicaciones de Íleo paralítico: Grave con un 1.3% (n=1), moderado 1.3% (n=1), se ha obtenido el 97.3% (n=73) de pacientes postoperados de apendicitis aguda no presentaron Íleo paralítico como complicación.

Tabla 5.1.22

PACIENTES DE APENDICECTOMÍA QUE PRESENTAN REINTERVENCIÓN POR CUADRO OCLUSIVO MECÁNICO, BRIDAS Y ADHERENCIAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

PACIENTES DE APENDICECTOMÍA QUE PRESENTAN REINTERVENCIÓN POR CUADRO OCLUSIVO MECÁNICO, BRIDAS Y ADHERENCIAS FUE UNA COMPLICACIÓN		
	Frecuencia	%
Si	1	1.3
No	74	98.7
Total	75	100.0

Fuente Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

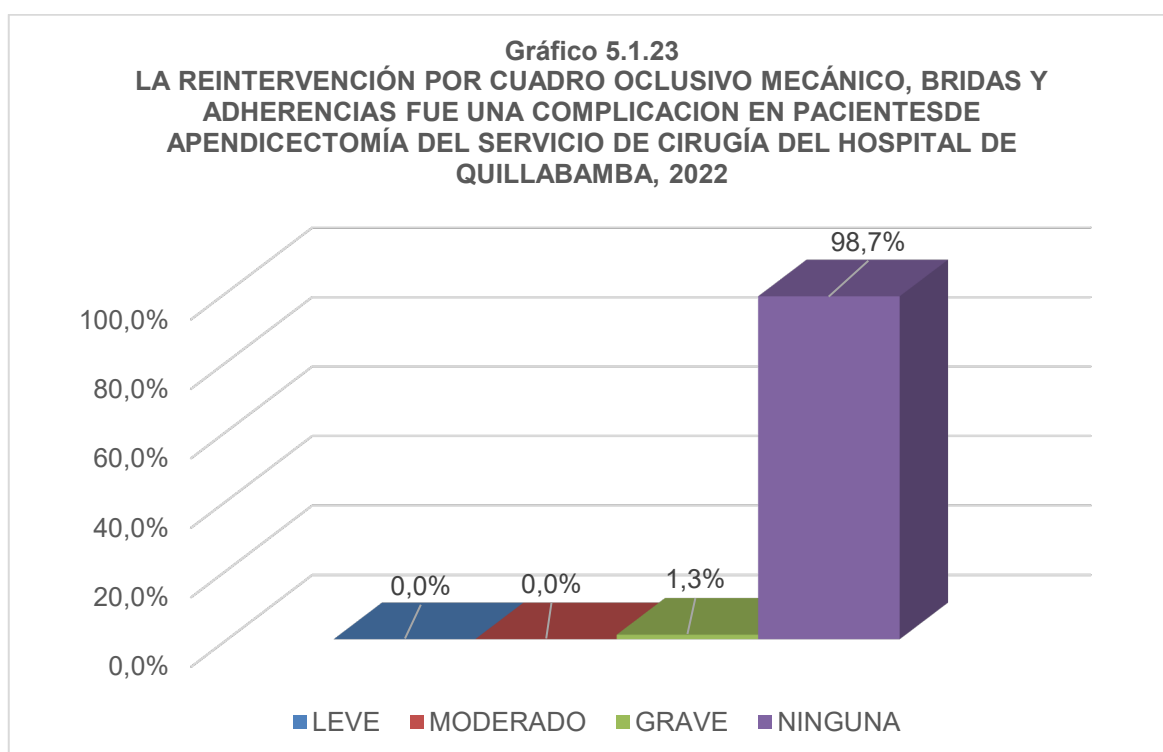
Como podemos observar que los pacientes de apendicectomía presentan un 98.7% (n=74) casos que no fueron Reintervenidos por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias y el 1.3% (n=1) si se presentó un caso 1.3% (n=1).

Tabla 5.1.23

LA REINTERVENCIÓN POR CUADRO OCLUSIVO MECÁNICO, BRIDAS Y ADHERENCIAS FUE UNA COMPLICACION EN PACIENTES DE APENDICECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022

LA REINTERVENCIÓN POR CUADRO OCLUSIVO MECÁNICO, BRIDAS Y ADHERENCIAS FUE UNA COMPLICACIÓN		
	Frecuencia	%
Leve	0	0
Moderado	0	0
Grave	1	1.3
Ninguno	74	98.7
Total	75	100.0

Fuente Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022



Fuente Historias clínicas de pacientes de apendicectomía del H.Q, 2022

Como podemos observar en la siguiente tabla el 98.7% (n=74) casos de pacientes de apendicectomía no presentaron ninguna complicación, el 1.3% (n= 1) presentaron casos de apendicectomía complicada grave y que fue Reintervenido por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias.

5.2 RESULTADOS INFERENCIALES.

El presente trabajo de investigación por ser de naturaleza Descriptiva no tiene resultado Inferenciales.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 CONTRASTACIÓN Y DEMOSTRACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no se planteó la hipótesis.

6.2 CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS SIMILARES

Esta investigación se efectuó a una muestra poblacional de 157 historias clínicas de pacientes mayores de 18 años de apendicectomía en el servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, durante el año 2022, este estudio nos demuestra como resultado sociodemográfico la predominación del género femenino 55.0% (n=33) sin complicaciones y 60.0% (n=9) con complicaciones; referente a la información de la edad se encontró que el 33.3% (n=5) se encuentran entre las edades de 21 – 30 años casos de apendicectomía con complicaciones, referente al grado de instrucción se encuentra 48.3% (n=29) sin complicaciones y 53.3 % (n=8) casos de apendicectomía con complicaciones, referente al lugar de procedencia urbana se tiene 75.0 % (n=45) casos sin complicaciones y 73.3 % (n=11) casos con complicaciones.

En el estudio realizado se encontró el siguiente antecedente de comorbilidad que es la hipertensión arterial que representa el 3.3 % (n=2) sin complicaciones y el 13.3% (n=2) con complicaciones, referente a la complicación postoperatoria presentaron peritonitis en un 20.0% (n=15) de pacientes el cual esta complicación se determinó: Leve 5.3% (n=4), Moderado 12.0% (n=9) y Grave 2.7% (n=2).

En este estudio se presentaron casos de infección de herida operatoria como complicación postoperatoria en un 18.7% (n=14) el cual se determinó: Leve 5.3% (n=4), moderado 10.7% (n=8) y grave 2.7% (n=2).

Se puede contrastar con el siguiente estudio: “Características clínicas de los pacientes apendicectomizados del Hospital Homero Castanier Crespo, Ecuador 2014 – 2015 realizado por Ordoñez y colaboradores: Donde el estudio se realizó con 132 pacientes evaluados, presentaron casos de apendicitis aguda un 53.0% (70) fueron de sexo femenino. (9)

Como también se puede realizar la contrastación con el siguiente estudio de antecedente: “Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes intervenidos por apendicectomía transumbilical en el Hospital Santa Rosa II-2 durante el periodo 2017-2019” Piura – Perú realizado por Chávez y colaboradores: Donde el estudio se realizó 70 pacientes intervenidos por apendicectomía transumbilical, cuyo resultado fue el predominio de mujeres de 61.4%, con edad promedio de 20.3 años, el nivel educativo secundaria y de procedencia urbana fueron los más frecuentes. (12)

Se puede realizar la contratación con el siguiente estudio: “Características sociodemográficas y clínico-quirúrgicas en pacientes con complicaciones post apendicectomía del Hospital Luis Heysen Incháustegui enero 2015 – enero 2020” Lambayeque – Perú realizado por Cotrina y colaboradores: El estudio realizado fue en 365 pacientes apendicectomizados de los cuales desarrollaron complicaciones postoperatorias 13.97 % (n=51), características clínico-quirúrgicas más frecuentes son la comorbilidad de hipertensión arterial 3.92% (n=2), la apendicitis perforada 78.4% (n=40) y la infección de sitio operatorio como complicación 62.7%(n=32). (14)

6.3 RESPONSABILIDADES ETICA DE ACUERDO A LOS REGLAMENTOS VIGENTES

Los autores e Investigadores asumen la total Responsabilidad por los resultados presentados en el trabajo de TESIS, ya que se desarrolló siguiendo en todo momento los principios éticos de la investigación:

Beneficencia: Las personas no fueron expuestas a situaciones o experiencias que pongan en peligro su salud porque se realizó revisando sus Historias clínicas

Confidencialidad: Los datos obtenidos para la elaboración de la tesis se recolectaron de la Historia clínica donde en todo momento se mantendrá en estricta confiabilidad y luego de ser presentado, procesados, se procederá a la eliminación de la Información.

Integridad científica: En el presente trabajo de investigación éticamente está sustentado, además el trabajo ha sido realizado en base a las normativas vigente

de la universidad y considerando los principios de la integridad científica establecidas como son (respeto al autor, veracidad de la información).

VII. CONCLUSIONES

1. Habiéndose realizado el estudio se encontraron aspectos sociodemográficos, nutricional, comorbilidad, sintomatología, estancia hospitalaria y complicaciones de la apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba se logró identificar en cuanto a la perfil sociodemográfico: La edad que predominó fue de 31 a 40 años con un 30.0% (n=18) sin complicaciones, 21 a 30 y 51 a más años con un 33.3% (n=5) casos con complicaciones, el género que predominó fue el femenino en ambos grupos con 55.0% (n=33) sin complicaciones y con un 60.0% (n=9) con complicaciones. El nivel secundario predominó en ambos grupos: Sin complicaciones con 48.3% (n=29) y con complicaciones en un 53.3% (n=8) caso, el lugar de procedencia que predominó en ambos grupos fue el urbano sin complicaciones 75.0% (n=45) y con complicaciones 73.3% (n=11) casos.
2. Los pacientes mayores de 18 años de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba se lograron identificar en cuanto al perfil nutricional predominó el índice de masa corporal que fue normal en ambos grupos con un 51.7% (n=31) sin complicaciones y con complicaciones con un 46.7% (n=7).
3. En los pacientes mayores de 18 años de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba, se logró identificar las comorbilidades el cual predominó la ausencia de las enfermedades de comorbilidad en ambos grupos con un 88.3 % (n=53) sin complicación y 73.3% (n=11) con complicaciones.
4. En los pacientes mayores de 18 años de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba se logró identificar la sintomatología el cual predominó en ambos grupos el tiempo de inicio de los síntomas con 2 días evolución con un 70.0% (n=42) sin complicaciones y 60.0% (n=9) con complicaciones, los síntomas que predominó en ambos grupos fue el dolor en fosa iliaca derecha, vómitos, diarrea 50.0% (n=30) sin complicaciones , 46.7% (n=7) con complicaciones y en ambos grupos predominó la ausencia de temperatura 95.0% (n=57) sin complicaciones

y 86.7% (n=13) con complicaciones. Referente a la automedicación predominó el 81.3% (n=61) casos sin complicaciones que no se automedicaron y el 93.3% (n=14) casos con complicación si presentaron automedicación.

5. En los pacientes mayores de 18 años de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba se logró identificar el factor de estancia hospitalaria el tiempo de hospitalización que predominó en ambos grupos fue: Menor de 3 días con un 75.0 % (n=45) sin complicaciones y de 66.7% (n=10) con complicaciones. Referente a la profilaxis antibiótica ambos grupos si recibieron en un 100% (n=60) sin complicaciones y 100% (n=15) con complicaciones.
6. En los pacientes mayores de 18 años de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba se logró identificar la estancia hospitalaria el cual predominó; el estadio evolutivo de la enfermedad que predominó fue flemonosa con 40.0% (n=24) sin complicaciones y perforada 100.0% (n=15) casos con complicaciones. Dentro de los accesos periféricos el que más predominó fue el Dren tubular 10% (n=6) sin complicaciones y con Dren Penrose 60.0% (n=9) casos con complicaciones.
7. En los pacientes mayores de 18 años de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba se logró identificar las complicaciones de apendicectomía el cual predominó la Peritonitis con un con 20.0% (n=15), la peritonitis fue leve en un 5.3% (n=4), peritonitis moderado 12.0% (n=9) y peritonitis grave con un 2.7% (n=2).

VIII. RECOMENDACIONES

1. Organizar equipos con el personal del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba para la elaboración e implementación de Guías de Enfermería para la atención de los pacientes postoperados de apendicitis aguda no complicada y complicada.
2. Valorar el estado de salud de cada paciente postoperado inmediato y mediato.
3. Mantener la vigilancia de aquellos pacientes de apendicectomía que presentaron mayor tiempo de inicio de síntomas y género femenino antes y después de su intervención quirúrgica.
4. Realizar el monitoreo estricto de aquellos pacientes postoperados de apendicitis complicada, para así evitar las diferentes complicaciones graves que se puedan presentar.
5. Observar las características de la herida quirúrgica de los pacientes de apendicectomía para su respectivo manejo y cuidado.
6. Mantener el cuidado e higiene de los pacientes postoperados de apendicectomía que se encuentran portando accesos periféricos como son el Dren Penrose, Dren tubular.
7. Aplicar las Teorías y modelos de Enfermería y el Proceso de Atención de Enfermería para los pacientes postoperados de apendicectomía del servicio de cirugía del Hospital de Quillabamba.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Hernández J, De León J, Martínez M, Guzmán J, Palomeque A, Cruz N, et al Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. Art. Cirujano general 2019 [Internet]. 2019 [Citado 28 de setiembre 2021]. 41 (1): p. 33 – 38.
Disponible de:
<https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v41n1/1405-0099-cg-41-01-33.pdf>
2. Paz C, Gonzales H, Paz C. Surgical complications in pediatric patients with complicated acute appendicitis in open and laparoscopic surgeries in a national referral center. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 [Citado 17 de junio 2021]. 20 (4): p. 624 - 629.
Disponible de:
<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2951/3414>
3. Salomone D, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World Journal of Emergency Surgery, [Internet]. 2020 [Citado el 18 de noviembre del 2021].15(1): p.1 – 42.
Disponible en:
[https://wjes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-\]00306-3](https://wjes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-]00306-3)
4. Pérez C, Picciochi M, Martin J, Calvache J. Investigación global sobre el perioperatorio quirúrgico un llamado a América Latina.revis. Colombian Journal of Anesthesiology. [Internet]. 2020 [Citado el 29 setiembre 2022].49 (1): p. 100 – 100.
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v49n1/2256-2087-rca-49-01-e100.pdf7>.

5. Olivera Paucar H. Demora De La Apendicitis y Sus Complicaciones en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2021. [Tesis para optar el título] Cusco: Universidad Nacional San Antonio Abad Cusco, 2021 [Citado 2020]. 80 p. Disponible en:
http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5770/253T2021_0097_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Bonilla Robalino C. Complicaciones agudas post apendicectomía en el tratamiento de apendicitis aguda. [Tesis para optar el título]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2020. 46p.
7. Mendoza y colaboradores: (RIOBAMBA – ECUADOR 2019) Tesis titulado: “COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS APENDICECTOMÍA CONVENCIONAL EN EL HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2018 – MAYO 2019”.
8. Cárdenas C. Caracterización de pacientes apendicectomizados en el Hospital Abel Santamaría Cuadrado”.2019; 15 (1): 1990-7990
9. Ordoñez J, Alomia P, Rodas A, Gallegos S, Palomeque J, Vázquez M, et al. (ECUADOR - 2014) Tesis titulado: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES APENDICECTOMIZADOS DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO, ECUADOR 2014 – 2015.
10. Deulofeu B, Rodriguez Z, Cremé E, Reyte G, Pineda J, Caracterización de pacientes operados mediante apendicectomía videolaparoscópica a causa de apendicitis aguda. An Med Interna 2014; 18 (12). p.1661

11. COTRINA MORÁN, CARLOS ENRIQUE (LAMBAYEQUE – PERÚ 2020)
Tesis titulado: “CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON COMPLICACIONES POSTAPENDICECTOMÍA DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI ENERO 2015 – ENERO 2020”.
12. PIMENTEL TINEO ROCIO VIVIANA (LIMA – PERÚ 2019) Tesis titulado:
“COMPLICACIONES EN APENDICECTOMÍA ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES DE 15 A 59 AÑOS CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERIODO 2019”.
13. CHÁVEZ FERNÁNDEZ, PAOLA: (PIURA – PERU 2019) Tesis titulado:
“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE PACIENTES INTERVENIDOS POR APENDICECTOMÍA TRANSUMBILICAL EN EL HOSPITAL SANTA ROSA II-2 DURANTE EL PERIODO 2017-2019.
14. ALVAREZ PEREIRA, ALEXANDER BRANDON JONATHAN (TRUJILLO – PERU 2018) Tesis titulado: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON COMPLICACIONES POST APENDICECTOMÍA HOSPITAL CARLOS MONGE MEDR ANO,2018”.
15. Chocce y colaboradores: (LIMA – PERU 2017) Tesis titulado:
“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA DURANTE EL PERIODO 2015 AL 2017.
16. <https://www.servisalud.com.do/post/las-14-necesidades-de-virginia-henderson> 16

17. https://es.wikipedia.org/wiki/Jean_Watson
18. <https://historia-de-enfermeria8.webnode.mx/personajes-importantes-de-la-enfermeria2/jean-watson/>
19. Roberto Carlos Rebollar González, Javier García Álvarez, Rubén Trejo Téllez. 2018 “Factores asociados a apendicitis complicada en pacientes con apendicitis aguda del hospital nacional Hipólito Unanue Durante. (19)
20. Fallas Gonzales J. Apendicitis Aguda. Medicina Legal de Costa Rica. 2014 Marzo;29(1).20
21. Parisio P. Cirugía. segunda ed. AEC , editor. España: Sociedad Española de Cirugía;2012.21
22. Rebollar R, García J, Trejo R. Apendicitis Aguda. Rev Hosp Jua Mex. 2009 Marzo;IV(76).22
23. Shwartz. Principios de Cirugía. Novena ed. Brunnicardi C, editor. México: Mc Graw Hill;2011. 23
24. Ospina J, Barrera L, Buendia D, García I, Avellaneda F, et al. Características diagnósticas de la apendicitis aguda en el Hospital Regional de Duitama Colombia. 2011; 2 (24): p.159 – 166. 24
25. Bruno VON-MÜHLEN OFMGBNKDL. Evaluación de puntuación air para la apendicitis aguda. abcd Arq Bras Cir Dig. 2015; 3 (28).p.25.
26. Doklestić S, Bajec D, Djukić R, Bumbaširević V, Detanac A, Detanac S, Bračanović M, Karamarković R. Secondary peritonitis - evaluation of 204 cases and literature review. J Med Life. 2014; 7(2): p. 132 - 138.26.

27. <https://www.sages.org/publications/patient-information/informacion-para-el-paciente-apendicectomias-laparoscopicas>.
28. Fallas Gonzales J. Apendicitis Aguda. Medicina Legal de Costa Rica. 2014 Marzo;29(1)
29. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al , eds. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment N°. 43 (Prepared by the University of California at San Francisco – Stanford Evidence – based Practice Center under Contract N°. 290-97-0013 29
30. Roberto Carlos Rebollar González, Javier García Álvarez, Rubén Trejo Téllez. 2018 “Factores asociados a apendicitis complicada en pacientes con apendicitis aguda del hospital nacional Hipólito Unanue Durante. 30
31. Kirkland B, Briggs P, Trivette L, Wilkinson E, Sexton J. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp epidem. 1999; 20 (11):p. 725 - 730. 31.
32. Gyssens IC. Preventing postoperative infections: current treatment recommendations. Drugs. 1999; 57 (2): p.175 -185. 32.
33. Hanssens AD, Osmon DR. The use of prophylactic antimicrobial agents during and after hip arthroplasty. Clin orthop. 1999; 369: p.124 - 138. 33
34. Bratzler DW, Houck PM. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the antional surgical infection prevention project. Clinical Infect Diseases. 2004; 38: p.1706 -1715. 34.

35. Guido L, Da Silva R, Goulart C. Eatresse e coping entre enfermeiros de unidade cirúrgia de hospital universitario. Rev. Rene. 2012; 13 (2): p.428 - 436. 35.
36. Legesse L, Hiko D, Abdella S. Incidence and predictors of surgical site infection en Ethiopia: Prospective cohort. BMC Infect Dis. 2017; 17 (1):p.119 - 123.36.
37. Beyer K, Poetschke C, Partecke L. TRAIL induces neutrophil apoptosis and dampens sepsis – induced organ injury in murine colonascendens stent peritonitis. PLoS One. 2014; 9 (1): p.121-128.37
38. Laurente Coronado Y, Quispe Vera Y: “Cuidados de Enfermería y el Nivel de Satisfacción de los pacientes postoperados de apendicitis aguda en el Servicio de Cirugía Hospital II Carlos Tuppa García Godos Ayacucho 2018” [Trabajo académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2018. 66 p.38
39. González J, Rugel E, Casa P, Bajaña K, Moncada J, Vera B, et al. Complicaciones Postoperatorias en los pacientes sometidos a cirugía de apendicitis aguda. Medicina Interna.2019; 3 (3):p.1191-1213.
40. https://www.google.com/search?q=Que+es+caracterizaci%C3%B3n+en+investigaci%C3%B3n&sa=X&ved=2ahUKEwj_g4HDwfl-AhUGtZUCHSCPAOYQ1QJ6BAhVEAE&biw=1366&bih=657&dpr=1
41. <https://sisweb.reniec.gob.pe/TupaReniec/html/anexo/anexo4.html>
42. <https://brainly.lat/tarea/11594274> 37.-
43. <https://www.questionpro.com/blog/es/cuestionario-de-datos-sociodemograficos-2/>
44. <https://www.academia.org.mx/consultas/consultas-frecuentes/item/tiempo>
45. [https://Género \(minsalud.gov.co\)](https://Género (minsalud.gov.co))
46. <https://sisweb.reniec.gob.pe/TupaReniec/html/anexo/anexo4.html>

47. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000479.htm>
48. https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html
49. <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-comorbilidad>
50. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>
51. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/signo-blumberg>
52. <https://es.wikipedia.org/wiki/Apendicitis>
53. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/incision-mcburney>
54. <https://botplusweb.farmaceuticos.com/Documentos/2015/5/5/84282.pdf>
55. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/appendicitis>
56. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3300/Taller%20sobre%20planificacion%2C%20administracion%20y%20evaluacion%20Glosario.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
57. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-infeccion-herida-quirurgica-prevencion-tratamiento-13110137>.
58. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7->
59. <https://www.bing.com/search?q=La+apendicitis+es+una+inflamaci%C3%B3n+del+ap%C3%A9ndice+vermiforme.+&qs=n&form=QBRE&sp=-1&lq=0&pq=la+apendicitis+es+una+inflamaci%C3%B3n+del+ap%C3%A9ndice+vermiforme.+&sc=0->
60. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001335.htm>
61. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/591GRR.pdf>
62. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033
63. <https://medlineplus.gov/spanish/adhesions.html>
64. <https://www.saludvital.cl/preguntas/como-saber-si-alguien-esta-en-el-hospital/>
65. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000119.htm>

66. <https://enfermeriavirtual.com/pae-deterioro-de-la-integridad-tisular/>
67. <https://www.fundeu.es/recomendacion/restablecer/>
68. https://scielo.php?script=sci_arttext&pid=ecomendacion/restablecer/
69. <https://www.ejemplos.cc/caracterizacion/>
70. <https://brainly.lat/tarea/62097813#>
71. <https://www.gob.mx/salud/articulos/la-temperatura-corporal-normal-oscila-entre-36-5-c-y-37-c#:~:text=La%20temperatura%20corporal%20normal%20oscila%20entre%2036.5%C2%B0C%20y,reacciones%20que%20tiene%20el%20cuerpo%20contra%20alguna%20infecci%C3%B3n>
72. [https://www.riojasalud.es/servicios/farmacia/articulos/riesgos-de-la-automedicacion#:~:text=La%20automedicaci%C3%B3n%20es%20la%20utilizaci%C3%B3n,prescripci%C3%B3n%20o%20supervisi%C3%B3n%20del%20tratamiento\).](https://www.riojasalud.es/servicios/farmacia/articulos/riesgos-de-la-automedicacion#:~:text=La%20automedicaci%C3%B3n%20es%20la%20utilizaci%C3%B3n,prescripci%C3%B3n%20o%20supervisi%C3%B3n%20del%20tratamiento).)
73. <https://secip.com/images/uploads/2020/07/Profilaxis-antibi%C3%B3tica-perioperatoria.pdf>
74. [https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-cirugia-laparoscopica-12567#:~:text=La%20cirug%C3%ADa%20laparosc%C3%B3pica%20\(CL\)%20es,una%20recuperaci%C3%B3n%20postoperatoria%20m%C3%A1s%20r%C3%A1pida.](https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-cirugia-laparoscopica-12567#:~:text=La%20cirug%C3%ADa%20laparosc%C3%B3pica%20(CL)%20es,una%20recuperaci%C3%B3n%20postoperatoria%20m%C3%A1s%20r%C3%A1pida.)
75. <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/areas-de-trabajo/desigualdades/item/796-foro-becker-definiciones-internacionales-de-procedimiento/>
76. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sondas-nasogastrica#:~:text=Sonda%20que%20se%20introduce%20por,extraer%20sustancias%20desde%20el%20est%C3%B3mago.>
77. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm>
78. <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/caring-your-penrose-drain>
79. <https://www.neumomadrid.org/que-es-la-pleura/>

VIII. ANEXOS

ANEXO I : MATRIZ DE CONCISTENCIA

**TITULO: “CARACTERIZACION DE LAS COMPLICACIONES DE LA
APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL DE QUILLABAMBA 2022.”**

PROBLEMA	OBJETIS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cómo se presentan las complicaciones por apendicectomía en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital de Quillabamba 2022?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cómo el perfil sociodemográfico en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022??</p> <p>¿Cómo el perfil nutricional en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?</p> <p>¿Cómo son las comorbilidades en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?</p> <p>¿Cómo son las sintomatologías en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?</p> <p>¿Cómo es el factor de estancia hospitalaria en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?</p> <p>¿Cómo son las complicaciones de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar las complicaciones predominantes de la apendicectomía en pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital de Quillabamba 2022.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS Identificar el perfil sociodemográfico en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.</p> <p>Identificar el perfil nutricional en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.</p> <p>Identificar las comorbilidades en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.</p> <p>Identificar las sintomatologías en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.</p> <p>Identificar el factor de estancia hospitalaria en la complicación de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.</p> <p>Identificar las complicaciones de apendicectomía en los pacientes mayores de 18 años atendidos en el Servicio de Cirugía Hospital de Quillabamba 2022.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p>	<p>COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA.</p>	<p>SOCIO DEMOGRAFICO</p> <p>NUTRICIONAL</p> <p>COMORBILIDAD</p> <p>SINTOMATOLOGIA</p> <p>ESTANCIA HOSPITALARIA</p> <p>COMPLICACIONES</p>	<p>Edad Género Grado de instrucción Lugar de procedencia.</p> <p>Índice de masa corporal</p> <p>Cirugías previas: Enfermedades de Comorbilidad</p> <p>Tiempo de inicio de síntomas Síntomas presentó antes de la cirugía. Fiebre Automedicación.</p> <p>Tiempo de Hospitalización Profilaxis antibiótica</p> <p>Tipo de operación Estadio evolutivo de la enfermedad Accesos periféricos Paciente apendicectomía que presentaron peritonitis: La peritonitis fue una complicación Paciente apendicetomía que presentó Infección de la herida operatoria La Infección de herida operatoria fue una complicación Pacientes de apendicectomía que presentaron Íleo paralítico. El Íleo paralítico fue una complicación. Paciente de apendicetomía presentan fue Reintervención por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias. La reintervención por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias fue una complicación</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: DESCRIPTIVO</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>TRANSVERSAL-RETROSPECTIVO</p> <p>POBLACIÓN: 157 pacientes postoperados de apendicitis aguda mayores de 18 años del servicio de cirugía Hospital de Quillabamba año 2022.</p> <p>TAMAÑO DE MUESTRA Muestra 75 pacientes.</p> <p>TÉCNICA: Análisis Documental</p> <p>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Cuestionario Ficha de recolección de datos.</p>

ANEXO II.- INSTRUMENTO VALIDADO

FICHA DE DATOS PARA MEDIR LA CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2022.

A.- INFORMACION GENERAL O SOCIODEMOGRAFICOS:

1) Edad del paciente:

- A. 18 a 20 años ()
- B. 21 a 30 años ()
- C. 31 a 40 años ()
- D. 41 a 50 años ()
- E. 51 a más años ()

2) Género del paciente:

- A. Masculino ()
- B. Femenino ()

3) Grado de instrucción:

- A. Sin instrucción ()
- B. Primaria completa e incompleta ()
- C. Secundaria completa e incompleta ()
- D. Superior universitario o técnico ()

4) Lugar de procedencia:

- A. Urbana ()
- B. Rural ()

B.- INDICE NUTRICIONAL:

5) Índice de masa corporal:

- A. 18.5 a 24.9 normal ()
- B. 25.1 a 29.9 sobrepeso ()
- C. 30.0 o superior Obesidad ()

C.- ANTECEDENTES DE COMORBILIDAD:

6) Cirugías previas:

- A. Si ()
- B. No ()

7) Enfermedades de Comorbilidad:

- A. Ninguna ()
- B. Diabetes Mellitus II ()
- C. Hipertensión Arterial ()
- D. Cáncer ()
- E. VIH ()
- F. Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus II ()

D.- SINTOMATOLOGIA :

8) Tiempo de inicio de síntomas (días):

- A. 1 días ()
- B. 2días ()
- C. 3 a más días ()

9) Síntomas presentó antes de la cirugía.

- A. Dolor FID, náuseas, vómitos, diarrea ()
- B. Dolor FID, vómitos, diarrea ()
- C. Dolor FID, diarrea ()
- D. Diarrea FID, vómito ()

10) Presento Fiebre:

- A. Si $T^{\circ} > 38$ ()
- B. No $T^{\circ} < 38$ ()

11)Automedicación:

- A. Si ()
- B. No ()

E.- ESTANCIA HOSPITALARIA:

12)Tiempo de hospitalización (días):

- A. Menor a 3 días ()
- B. De 4 a 7 días ()
- C. De 8 a más días ()

13)Recibió profilaxis antibiótica antes de su intervención quirúrgica:

- A. Si ()
- B. No ()

F.- INFORMACION ESPECÍFICA DE LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA.

14)Tipo de operación:

- A. Convencional ()
- B. Laparoscópica ()

15) Estadio Evolutivo de la enfermedad.

- A. Catarral o congestiva ()
- B. Flemonosa o fibrinosa ()
- C. Necrosada o gangrenosa ()
- D. Perforada ()
- E. Plastrón apendicular ()

16) Accesos periféricos.

- A. Sonda Nasogástrica ()
- B. Sonda Foley ()
- C. Dren Penrose ()
- D. Dren tubular ()
- E. Dren Penrose, SNG, SF ()
- F. Dren Penrose, SNG ()
- G. Ninguno ()

17) Pacientes de apendicectomía que presentaron peritonitis.

A. Si ()

B. No ()

18) La peritonitis fue una complicación.

A. Leve ()

B. Moderado ()

C. Grave ()

D. Nnguno ()

19) Pacientes de apendicectomía que presentaron Infección de la herida operatoria.

A. Si ()

B. No ()

20) La infección de herida operatoria fue una complicación.

A. Leve ()

B. Moderado ()

C. Grave ()

D. Ninguno ()

21) Pacientes de apendicectomía que presentaron Íleo paralítico:

A. Si ()

B. No ()

22) El Íleo paralítico fue una complicación.

A. Leve ()

B. Moderado ()

C. Grave ()

D. Ninguno ()

23) Pacientes de apendicectomía que presentaron Reintervención por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias.

A. Si ()

B. No ()

24) La reintervención por cuadro oclusivo mecánico, bridas y adherencias fue una complicación.

A. Leve ()

B. Moderado ()

C. Grave ()

D. Ninguno ()

ANEXO IV BASE DE DATOS:

CARTA DE PRESENTACIÓN

Quillabamba, 20 de SETIEMBRE DEL 2022.

Mg./Dr.(a)

Presente

Asunto: **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS.**

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud, para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos de la Universidad Nacional del Callao, es requisito validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación.

El título de la Tesis es: **“CARACTERIZACION DE LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL DE QUILLABAMBA 2022.”** y siendo imprescindible contar con la aprobación de jueces expertos para aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, por su connotada experiencia en los temas relacionadas a la línea de investigación.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- ✓ Carta de presentación.
- ✓ Matriz de consistencia
- ✓ Matriz de operacionalización de las variables.
- ✓ Ficha de Validación por Jueces Expertos.
- ✓ Instrumento.

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

NOMBRE:
D.N.I:

FICHA DE VALIDEZ POR JUECES EXPERTOS

Estimado (a):

Estimado(a) profesional, usted ha sido invitado(a) a participar en el proceso de validación del instrumento de recolección de datos (IRD) de la tesis: **“CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMÍA EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL DE QUILLABAMBA 2022.”**

Por ello se le alcanza el instrumento y la ficha de validación que servirá para que nos pueda hacer llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento. Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento, criterio requerido para toda investigación. A continuación, se le solicita identificar el ítem y contestar marcando con un aspa (X) en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar sus valiosas sugerencias en la columna de observaciones.

N° DE ÍTEM	COHERENCIA		PERTINENCIA		CLARIDAD		OBSERVACIONES
	El ítem corresponde a alguna dimensión y/o indicador de la variable a medir.		El ítem permite medir lo que pretende el instrumento.		El ítem se comprende, su redacción es adecuada.		
	Si	No	Si	No	Si	No	
1							
2							
3							
4							

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

1) OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE	APLICABLE DESPUÉS DE CORREGIR	NO APLICABLE

2) SUGERENCIAS:

3) DATOS DEL EXPERTO:

Nombres y Apellidos:		Firma:
-------------------------------------	--	---------------

SOCIODEMOGRAFICOS				INDICE NUTRICIONAL	COMORBILIDADES		SINTOMATOLOGIA			
ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10	ITEM 11
EDAD	GÉNERO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	LUGAR DE PROCEDENCIA	IMC	CIRUGIAS PREVIAS	ENFERMEDADES DE COMORBILIDAD	TIEMPO DE INICIO DE SINTOMAS	SINTOMAS QUE PRESENTO ANTES DE LA CIRUGIA	PRESENTO FIBRE	AUTOMEDICACION
5	1	2	1	1	2	3	1	1	2	1
5	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2
3	2	3	1	2	2	1	2	3	2	2
2	2	3	1	2	2	1	2	1	2	2
3	2	3	1	2	2	1	3	2	2	1
3	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2
4	2	2	1	3	1	2	1	2	2	2
2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2
5	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2
4	1	2	2	2	2	1	3	2	2	2
2	2	3	1	2	2	1	2	4	2	1
2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2
5	2	3	1	2	1	2	1	4	2	2
3	2	3	2	3	1	1	3	2	2	2
3	1	3	1	3	2	1	1	2	1	2
5	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2
3	1	3	1	2	2	1	2	2	2	2
2	2	3	1	3	2	1	2	1	2	1
1	1	4	1	1	2	1	2	1	2	2
4	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2
3	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2
5	1	2	1	1	2	1	2	3	2	2
4	1	2	2	2	2	6	2	2	2	1
5	1	2	2	1	2	1	3	3	2	2
3	1	3	1	1	2	1	2	1	2	2
3	1	3	1	1	2	1	2	1	2	2
4	1	3	1	2	2	6	2	3	2	2
3	2	3	1	2	2	3	2	4	2	2
3	2	3	1	2	1	1	2	1	1	1
5	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2
5	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2
5	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1
2	2	2	2	1	2	1	2	4	2	2
4	2	3	1	2	2	1	2	4	2	2
3	2	3	1	1	2	1	2	3	2	2
2	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2
4	2	3	1	2	2	1	2	2	1	2
3	2	4	1	1	2	1	2	2	2	2
2	2	4	1	1	2	1	2	1	2	2
4	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2
3	2	3	1	1	2	1	2	1	2	2
4	2	3	1	2	2	1	2	2	2	2
2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1
5	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2
2	2	3	1	1	2	1	2	4	2	2
5	2	2	2	1	2	1	2	3	2	2
4	1	2	2	2	2	1	3	4	2	2
2	2	3	1	2	2	1	2	3	2	2
2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2
5	2	3	1	2	1	2	1	2	2	2
3	2	3	2	3	1	1	3	2	2	2
3	1	3	1	3	2	1	1	1	1	2
5	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2
3	1	3	1	2	2	1	2	2	2	2
2	2	3	1	3	2	1	2	2	2	2
2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1
5	1	2	1	1	2	3	2	3	2	2
4	1	3	1	1	2	1	2	3	2	2
3	1	2	1	1	2	1	1	4	2	2
4	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2
5	1	2	1	1	2	3	2	2	2	1
4	1	3	1	1	2	1	2	2	2	2
2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2
2	1	2	1	1	2	1	1	3	2	2
3	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2
5	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1
4	1	2	2	2	2	1	3	1	2	2
2	2	3	1	2	2	1	2	4	2	2
2	1	2	2	1	2	1	1	4	2	1
5	2	3	1	2	1	2	1	3	2	1
3	2	3	2	3	1	1	3	3	2	1
3	1	3	1	3	2	1	1	2	1	2
5	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2
3	1	3	1	2	2	1	2	2	2	2
2	2	3	1	3	2	1	2	3	2	2

ESTANCIA HOSPITALARIA		COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS										
ITEM 12	ITEM 13	ITEM 14	ITEM 15	ITEM 16	ITEM 17	ITEM 18	ITEM 19	ITEM 20	ITEM 21	ITEM 22	ITEM 23	ITEM 24
TIEMPO DE HOSPITALIZACION	PROFILAXIS ANTIBIÓTICA	TIPO DE OPERACION	ESTADIO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD	ACCESOS PERIFÉRICOS	PACIENTE POSTOPERADO O PRESENTO PERITONITIS	LA PERITONITIS FUE UNA COMPLICACIÓN	PACIENTE POSTOPERADO PRESENTO INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	LA INFECCION DE HERIDA OPERATORIA FUE UNA COMPLICACIÓN	PACIENTE POSTOPERADO O PRESENTO ÍLEO PARALÍTICO	EL ÍLEO PARALÍTICO FUE UNA COMPLICACIÓN	PACIENTE POSTOPERADO FUE REINTERVENIDO POR CUADRO OCLUSIVO MECÁNICO, BRIDAS Y ADHERENCIAS	LA REINTERVENCION POR CUADRO OCLUSIVO MECÁNICO, BRIDAS Y ADHERENCIAS FUE UNA COMPLICACION
1	1	2	4	3	1	2	1	1	1	0	1	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	1	4	4	1	2	1	1	1	0	1	0
1	1	1	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	2	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	3	4	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	2	4	6	1	1	1	2	1	0	1	0
2	1	1	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	1	3	4	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	1	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	1	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	1	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	4	3	1	2	1	2	1	0	1	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	2	4	5	1	3	1	3	1	2	1	0
1	1	1	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	3	7	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	2	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	1	4	3	1	1	1	1	1	0	1	0
1	1	2	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	4	3	1	2	1	2	1	0	1	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	3	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	1	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	4	3	1	2	1	2	1	0	1	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	3	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	1	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	4	3	1	2	1	2	1	0	1	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	5	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	2	3	7	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	2	4	3	1	1	1	1	1	0	1	0
2	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	2	4	3	1	1	1	1	1	0	1	0
1	1	2	3	4	2	0	2	0	2	0	2	0
2	1	2	5	3	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	1	4	4	1	1	1	2	1	0	1	0
1	1	1	4	4	1	2	1	2	1	0	1	0
2	1	1	4	3	1	2	1	2	1	0	1	0
1	1	1	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	1	5	4	2	0	2	0	2	0	2	0
1	1	2	2	7	2	0	2	0	2	0	2	0