

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE POS APENDICECTOMIZADO DEL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA, PERIODO 2023**

PRESENTADA POR:

SATURNINA SALOME HUANCA GAMARRA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PUNO-PERÚ

2025



Repositorio Institucional ALCIRA by Universidad Privada San Carlos is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



7.3%

SIMILARITY OVERALL

SCANNED ON: 6 JAN 2025, 5:00 PM

Similarity report

Your text is highlighted according to the matched content in the results above.

● IDENTICAL 2.19% ● CHANGED TEXT 5.1%

Report #24353233

SATURNINA SALOME HUANCA GAMARRA // CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE POS APENDICECTOMIZADO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA, PERIODO 2023 RESUMEN La investigación tuvo por objetivo establecer las características del paciente pos apendicectomizado del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023. El método considero el paradigma cuantitativo, de nivel descriptivo, retrospectivo, debido a las consideraciones que se usaron en el acopio de los datos. Entre el periodo de enero a diciembre del 2023, se realizaron 255 apendicectomías, cifra que constituyó la población - muestra, la fuente de datos fueron las historias clínicas de los pacientes pos apendicectomizados, para extraerlos se usó una ficha clínica de comprobada validez y fiabilidad. Los resultados mostraron que las características personales predominantes son: pacientes de sexo masculino (52,5%), cuya edad fluctua entre 30 y 59 años (50,2%), proceden de zona urbana (75,3%); dentro de las características quirúrgicas el apéndice supurado predominó sobre los otros tipo con el 69,0%; las características clínicas que más resaltaron en el grupo de síntomas clásicos de la apendicitis fueron: el dolor en la fosa iliaca derecha (61,2%), náuseas y vómitos (93,7%), sin comorbilidad (90,2%) y no hábitos nocivos (70,6%). Se concluye que los pacientes pos apendicectomizados mayoritariamente son de sexo masculino, adultos, que viven en zona urbana, con apendicitis supurativa. Palabras clave: Apendicitis, características personales,

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
TESIS

**CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE POS APENDICECTOMIZADO DEL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA, PERIODO 2023**

PRESENTADA POR:

SATURNINA SALOME HUANCA GAMARRA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

:



Dra. FIORELA LILIANA ASCENCIO SILLO

PRIMER MIEMBRO

:



Mtra. MARITZA KARINA HERRERA PEREIRA

SEGUNDO MIEMBRO

:



M.Sc. KORINA ASQUI GOMEZ

ASESOR DE TESIS

:



M.Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO

Área: Ciencias Médicas y de Salud

Sub Área: Ciencias de la Salud

Líneas de Investigación: Salud Pública

Puno, 09 de enero del 2025

DEDICATORIA

En honor a mi madre y padre, que desde el cielo me iluminan, son la fuente de inspiración y sabiduría, por haberme formado con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a seguir adelante en los momentos difíciles, sus espíritus y amor continúan guiándome en cada paso de este camino.

A mi hija Angui quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme.

A mi esposo por su apoyo incondicional, esta tesis es un tributo a la colaboración, paciencia y comprensión que me ha brindado a lo largo de este viaje académico, gracias por ser el pilar de fortaleza, este logro es de ambos.

AGRADECIMIENTOS

El principal agradecimiento a Dios quien me guía, por derramar sus bendiciones y me da fortaleza para seguir adelante.

Mi agradecimiento a mi asesora M. Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo y a mis Jurados por haberme encaminado y compartido sus conocimientos durante el proceso de investigación de la tesis, por su compromiso y dedicación.

A la Universidad San Carlos de Puno, al equipo que compone a los docentes, mis agradecimientos por permitir mi formación profesional porque han fomentado en mí el deseo de superación y el triunfo, lo que, ha contribuido a la consecución de este logro hoy.

A la Escuela Profesional de Enfermería por haberme brindado la oportunidad de formar los conocimientos científicos durante la formación profesional.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE GENERAL	3
ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS	7
INDICE DE ANEXOS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO O SOLUCIÓN	12
1.1.1. Problema general	15
1.1.2. Problemas específicos.	15
1.2. ANTECEDENTES	15
1.2.1. A Nivel Internacional	15
1.2.2. A Nivel Nacional	17
1.2.3. A Nivel Regional	20
1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	21
1.3.1. Objetivo general	21
1.3.2. Objetivos específicos	21

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. MARCO TEÓRICO	22
2.1.1. El apéndice.	22

2.1.2. La apendicitis.	23
2.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS APENDICECTOMIZADOS	25
2.2.1. Personales.	25
2.2.2. Quirúrgicas.	26
2.2.3. Clínicas.	27
2.3. MARCO CONCEPTUAL	30

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ZONA DE ESTUDIO	31
3.2. TAMAÑO DE MUESTRA	31
3.2.1. Población	31
3.2.2. Muestra	32
3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS	32
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.4.1. Técnica	32
3.4.2. Instrumento.	32
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
3.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS	36

CAPÍTULO IV

EXPOSICION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PACIENTE POS APENDICECTOMIZADO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2023	37
4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO 2: IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS DEL PACIENTE POS APENDICECTOMIZADO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2023	42
4.3. OBJETIVO ESPECÍFICO 3: IDENTIFICAR CUALES SON LAS	

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE POS APENDICECTOMIZADO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2023	44
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01: Característica personales: Sexo, edad y procedencia de los pacientes pos apendicectomizados del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, periodo enero a diciembre 2023	37
Tabla 02: Característica quirúrgica, según tipo de apéndice, del paciente pos apendicectomizado del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023	42
Tabla 03: Características clínicas: dolor, síntomas, comorbilidad y hábitos, del paciente pos apendicectomizado del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023	45
Tabla 04: Fiabilidad de escala	66
Tabla 05: Fiabilidad del elemento	66

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01: Sexo del paciente pos apendicectomizado	67
Figura 02: Edad del paciente pos apendicectomizado	67
Figura 03: Procedencia del paciente pos apendicectomizado	68
Figura 04: Tipo de apéndice del paciente pos apendicectomizado	68
Figura 05: Dolor abdominal del paciente pos apendicectomizado	69
Figura 06: Síntomas del paciente pos apendicectomizado	69
Figura 07: Comorbilidad del paciente pos apendicectomizado	70
Figura 08: Hábitos del paciente pos apendicectomizado	70

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 01: Matriz de consistencia	62
Anexo 02: Ficha Clínica	63
Anexo 03: Confiabilidad del instrumento	65
Anexo 04: Diagramas	66
Anexo 05: Matriz de datos	70
Anexo 06: Fotos	77

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo establecer las características del paciente pos apendicectomizado del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023. El método considero el paradigma cuantitativo, de nivel descriptivo, retrospectivo, debido a las consideraciones que se usaron en el acopio de los datos. Entre el periodo de enero a diciembre del 2023, se realizaron 255 apendicectomías, cifra que constituyó la población - muestra, la fuente de datos fueron las historias clínicas de los pacientes pos apendicectomizados, para extraerlos se usó una ficha clínica de comprobada validez y fiabilidad. Los resultados mostraron que las características personales predominantes son: pacientes de sexo masculino (52,5%), cuya edad fluctua entre 30 y 59 años (50,2%), proceden de zona urbana (75,3%); dentro de las características quirúrgicas el apéndice supurado predominó sobre los otros tipo con el 69,0%; las características clínicas que más resaltaron en el grupo de síntomas clásicos de la apendicitis fueron: el dolor en la fosa iliaca derecha (61,2%), náuseas y vómitos (93,7%), sin comorbilidad (90,2%) y no hábitos nocivos (70,6%). Se concluye que los pacientes pos apendicectomizados mayoritariamente son de sexo masculino, adultos, que viven en zona urbana, con apendicitis supurativa.

Palabras clave: Apendicitis, Apendicectomizado, Características personales, Características clínicas, Características quirúrgicas.

ABSTRACT

The objective of the research was to establish the characteristics of the post-appendectomy patient at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca 2023. The method considered the quantitative paradigm, at a descriptive, retrospective level, due to the considerations that were used in collecting the data. Between the period from January to December 2023, 255 appendectomies were performed, a figure that constituted the sample. The data source was the medical records of the post-appendectomy patients; a clinical record of proven validity and reliability was used to extract them. The results showed that the predominant personal characteristics are: male patients (52.5%), whose age fluctuates between 30 and 59 years (50.2%9), come from an urban area (75.3%); Among the surgical characteristics, the suppurative appendix predominated over the other types with 69.0%; The clinical characteristics that stood out the most in the group of classic appendicitis symptoms were: pain in the FID (61.2%), nausea and vomiting (93.7%), no comorbidity (90.2%) and no habits. harmful (70.6%). It is concluded that post-appendectomy patients are mostly of the male sex, adults, living in an urban area, with suppurative appendicitis.

Keywords: Appendicitis, Appendectomy, Personal characteristics, Clinical characteristics, Surgical characteristics.

INTRODUCCIÓN

Es innegable que la apendicitis es la patología quirúrgica más común que entraña un alto riesgo de morbimortalidad, sin dejar de lado, las posibles complicaciones de instalación rápida, que conllevan a mayores costes en la atención médica y también mayores costes personales. La apendicitis es un cuadro clínico común, más, su manejo puede no ser del todo eficiente, debido a que pueden mostrarse manifestaciones clínicas específicas, por ello, es vital caracterizar y delimitar aquellas características que coadyuvan en su presentación e incluso en el desarrollo de las complicaciones, por lo que, la información que se aporta es necesaria porque el manejo clínico se base a las evidencias. En este marco, el interés de desarrollar este estudio radicó en profundizar el conocimiento que se tiene hasta ahora acerca de que es lo que caracteriza a las personas que han tenido que ser intervenidas quirúrgicamente dada la patología en curso, y de esta manera poder hacerle frente.

El presente documento se estructuró en base a capítulos, el Capítulo I proporciona un análisis actual del problema y de su impacto a nivel mundial, continental y del país, se incluye los estudios previos como antecedentes y los objetivos propuestos; en el Capítulo II se ha revisado cuidadosamente el marco teórico para asegurar que abarque toda la información sobre la apendicitis y que la investigación tenga el sustento teórico científico exigido, además se desarrolla el marco conceptual; el Capítulo III contempla la metodología de la investigación donde precisamos los puntos ejes de la investigación como el tamaño de muestra, los métodos y técnicas, las técnicas e instrumentos, las variables y su análisis estadístico; el Capítulo IV aborda los resultados, cuya interpretación y discusión se precisa, finalmente se encuentra las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO O SOLUCIÓN

La apendicitis es un problema quirúrgico que se sigue incrementando en el mundo entero, su naturaleza altamente riesgosa la connota como una emergencia cuyo factor de tiempo es decisivo; esta emergencia quirúrgica exhibe una alta incidencia a nivel mundial, algunos estudios indican que la tasa llega de 98.5 a 100/100000/año (1) -siendo esta cifra bastante conservadora- dado que incluso evidencian que la tasa se encuentra en 233/100000/año, por lo que, se le atañe el 50% como causa del abdomen quirúrgico y hasta 2/3 de todas las laparotomías realizadas (2).

En América del Norte, en los Estados Unidos los casos de personas con apendicitis llegan a 310000 al año, de todas 250000 fueron confirmadas y el resto 60000 fueron profilácticas (3), por lo que, es bastante probable que de 5 a 9 de cada 100 habitantes desarrolle un cuadro clínico compatible con apendicitis al largo de su vida (4). En América del Sur, en Ecuador mediante el instituto de censos (Instituto Nacional de Estadística y Censos) se reporta una tasa de incidencia de apendicitis de 22.9/10000/año, que, para el 2020 tuvo 35,546 apendicectomías, lo que, los lleva a considerarla como la segunda causa de morbilidad (5).

En el Perú, la apendicitis figura como la segunda causa de morbilidad a nivel de hospitalización ocupando el 52% de las intervenciones quirúrgicas, así, genera 300000 casos anuales con una tasa de incidencia de 34,87/10000/año. En cuanto a departamentos, en Madre de Dios se observa una incidencia de 22,5%, en Arequipa es

11,1%, en Tumbes es 16,8%, en la Libertad es 8,9%, San Martín es 7,8%, en Cusco es 7,3% (6), en la capital Lima, en el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, se reporta hasta 773 casos anuales de apendicitis (7), más al sur, en Arequipa, en el Hospital Honorio Delgado Espinoza la apendicitis se presenta hasta en 190 casos anuales (8).

En Puno la incidencia llega a una tasa de 27/100 000/año a nivel regional (9); en los dos hospitales más importantes de la región, que atienden esta patología, de acuerdo a las estadísticas del año 2023, se pudo demostrar una alta incidencia, por un lado, el hospital público de Puno tuvo 184 casos en mayores de 18 años a más, por otro lado, el hospital público de Juliaca reportó 255 casos en el mismo segmento de la población, de todas ellas el 99% terminaron en cirugía obligatoria (10).

La apendicitis suele comportarse de una manera particular, aunque, es cosmopolita, tiene ciertas características, y es que, los varones suelen ser los más afectados versus las mujeres, así lo evidencian dos investigadores a nivel internacional, Seow (11) en Malasia y Hernandez (12) en México, quienes presentaron porcentajes de 79.3% vs 20.7% y 60.4% vs 39.6% respectivamente; de igual forma investigadores peruanos evidencian datos muy parecidos, así, Choque (13) en Ica y Rafael, et al. (14) en Lima, indican que del 100%, los varones tuvieron porcentajes de 57.4% y 56,8% correspondientemente. Por añadidura, las probabilidades de padecer apendicitis en algún momento de la vida alcanzan 15.3% en los adultos jóvenes y maduros y 10% para los adultos mayores (15), ahora bien, esto es demostrado por investigadores quienes encontraron que la edad media de los afectados estuvo en 34.9 años (16) y 36.4 años (11), otro indicó que esta afecta en mayor proporción a personas cuya edad está dentro del rango de 10 ay 25 años, rango que incluye a adultos jóvenes (12), más, según dos investigadores los adultos maduros (27-59 años), son los más afectados con 58.9% (13) y 50.9% (14) de toda la muestra.

Por otro lado, la apendicitis tiende a complicarse rápidamente, concomitante a ello tiende a agravarse, lo que puede afectar seriamente la evolución y pronóstico de los pacientes; internacionalmente las complicaciones como características quirúrgicas llega hasta 27.6% (16), en el país Céspedes reporta hasta un 55,3% de apéndice necrosado, la perforada

llega a 13,2% (17), no obstante, Rafael et al indican que el apéndice necrosado solo llega a 8.6% y el perforado a 2,7% (14) esto en Lima ciudad.

El desarrollo de la apendicitis puede ser agresiva, al respecto, está demostrado que el cuadro gastrointestinal es bastante grosero, el cual se caracteriza por dolor migratorio (11,12), el cual llega a niveles intensos hasta en el 99% (13) por lo que se le considera como síntoma cardinal de esta patología quirúrgica (18); es más, este es acompañado por un gran malestar que incluye signos y síntomas como la baja de apetito, las arcadas que pueden llegar a vómitos y el alza térmica (12,16,17, 18,19,20). Más aún, hay otras características clínicas que pueden condicionar un cuadro clínico característico de apendicitis como el tiempo de evolución de la enfermedad y algunas comorbilidades (21,22,23) y hábitos de la persona (24).

En el hospital de Juliaca la apendicitis es una emergencia médica que se presenta todos los días, esta requiere de una pronta intervención ya que la demora puede aumentar la morbilidad y hasta la mortalidad en los pacientes, por tanto, la cantidad de personas comprometidas con un cuadro compatible a apendicitis es numerosa.

Se considera de importancia conocer las características de los pacientes pos apendicetomizados dada la necesidad de predecir que pacientes son más propensos a presentar esta patología y así poder intervenir en ello; es conocido que ciertas características orientan sobre la incidencia y/o la misma génesis de una enfermedad.

Las características personales como el sexo, puede hacer la diferencia entre desarrollar o no una enfermedad en particular, o la edad, que se relaciona con enfermedades que tienen predilección por algunas etapas de la vida, y, la procedencia que puede ser un indicador de las variaciones de la apendicitis; ahora bien, la característica quirúrgica -que se enfoca en el estado del apéndice- es relevante ya que como se conoce, su estado avanzado puede llevar a causar la muerte; en cuanto a las características clínicas, el dolor es un dato absolutamente importante y concordante con la evolución del cuadro clínico, es decir este parámetro puede darnos indicios fiables de la gravedad o no de la patología, que, asociado a los síntomas y al tiempo de la enfermedad pueden llevar a predecir las posibles

complicaciones del pos operado; también se toma en consideración aquellos estados que pueden coadyuvar a consecuencias desagradables en el pos operatorio, como las comorbilidades y los hábitos no saludables de los pacientes.

Por lo analizado tener conocimiento de que caracteriza al paciente que ha experimentado la apendicitis puede mejorar una valoración pronóstica que puede evitar la evolución a complicaciones y además permitiría una mejor atención de salud a este tipo de pacientes.

1.1.1. Problema general

¿Cuáles son las características del paciente post apendicectomizado del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023?

1.1.2. Problemas específicos.

¿Cuáles son las características personales del paciente pos apendicectomizado del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023?

¿Cuáles son las características quirúrgicas del paciente pos apendicectomizado del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023?

¿Cuáles son las características clínicas del paciente pos apendicectomizado del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023?

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. A Nivel Internacional

En Malasia, Seow et al., en el año 2022, establecieron las variables clínicas de la apendicitis. La metodología fue retrospectiva y transeccional. La población fue constituida por 1185 apendicectomizados en un periodo de 6 años. Los resultados a los que arribaron evidencian una edad media de 36,4 años, el predominio del sexo masculino por sobre el femenino de 79,3% vs 20,7%. Referente a la clínica, los síntomas y signos se mantuvieron aproximadamente 1,8 días, de ellos el dolor en abdomen derecho fue el más común, no obstante, también se observó el dolor migratorio, el cual presentó una alta sensibilidad de rebote y defensa. Pudieron concluir que los variables personales y clínicos son importantes para disminuir el riesgo postoperatorio en los apendicectomizados (11)

En México, Hernandez, el año 2020, desarrolló su trabajo de investigación con el objetivo de clasificar las variables de la apendicitis en un hospital general de Atizapán. La investigación fue de tipo analítico, observacional, transeccional y prospectivo. La población y muestra fue la misma y estuvo conformada por 182 pacientes atendidos en el servicio de urgencias quirúrgicas. Dentro de los hallazgos se demuestra que el 60.4% fueron de sexo masculino y 39.6% fueron mujeres, además, el mayor porcentaje de ellos se encontraron en el rango de edad de 10-25 años, indicando que las poblaciones afectadas son adolescentes y adultos jóvenes. La variable clínica más común fue el dolor, más está en su forma migrante y la presentaron 90%, los síntomas digestivos (arcadas y vómitos) también las experimentaron 90%, más, la anorexia solo se presentó en el 18%. La sensibilidad a los signos Mcburney y Von Blumberg estuvo en el 98.6% y 90% respectivamente. Concluye que la forma estandarizada permite guiar el manejo óptimo de la apendicitis (12).

En Irán, Paidipelly y Sangamitra, en el año 2018, buscaron conocer las variables más frecuentes de pacientes apendicectomizados que llevaban a ciertas complicaciones postoperatorias. La ruta metodológica fue descriptiva y retrospectiva de corte transversal. El universo de pacientes con apendicitis fue de 184 pacientes, los cuales también fueron la muestra. Los resultados evidenciaron la presencia de apéndice perforado en el 22%, el resto se encontraba en un estadio no complicado (78%). Los aspectos personales de los que presentaron apéndice complicada fue una edad media de 30 ± 8.3 y 33 ± 10.2 años, con predominancia del sexo masculino. Los signos más frecuentes fueron dolor de tipo migratorio, pérdida de apetito y vómitos. El tiempo de enfermedad estuvo en una media de 4.9 ± 1.6 días en caso de los perforados, más, en los no perforados este fue 2.4 ± 1.8 días. Concluyen que existen variables personales, quirúrgicas y clínicas que son altamente riesgosas y coadyuvan a las complicaciones postoperatorias (19).

En Tailandia, Manhattan y Samphao en el año 2018; buscaron conocer las variables clínicas asociadas a la apendicitis aguda complicada. El método consistió en un diseño no experimental, de nivel correlacional, de corte transversal y tipo retrospectivo. El tamaño muestral fue de 924 pacientes afectados por la apendicitis. Los hallazgos evidenciaron que

entre las variables personales, los 34,9 años fue la media de edad en la muestra, las variables quirúrgicas muestran la predominancia de la apendicitis no complicada con 72,4% y la complicada con 27,6%. Además, la combinación de mayores de 60 años más los síntomas > 12 horas con la falta de apetito, fiebre por encima de 38°C, el malestar general siempre termina en una apendicitis complicada. Concluyen que ciertas variables coadyuvan a la apendicitis complicada (16).

1.2.2. A Nivel Nacional

En Lima, el año 2023, Céspedes et al., se propusieron identificar las características principales en pacientes con apendicitis internados en un hospital de Lima. El método tuvo nivel descriptivo, diseño no experimental, de tipo básico y de corte transversal. La población igual a la muestra contó con 76 pacientes. El instrumento fue una ficha pre diseñada y validada por voces expertas. Los hallazgos muestran que el dolor abarcó toda la muestra (100%), las arcadas se presentaron en el 82,9%, la falta de apetito en el 73,7%. Mc Burney llegó a 98,7%, Blumberg a 84,2% y Rovsing a 52,6% de los pacientes. También se evidencia leucocitosis en el 85,5%. En cuanto a tipo de apendicitis la necrosada fue la predominante con 55,3%, seguida de la flemonosa con 38,2%, luego la congestiva con 14,5% y la perforada con 13,2%. La conclusión fue que las características sugieren un perfil clínico predominante (17).

En Ica, Choque, en el año 2023, desarrolló una investigación por medio de la cual pudo establecer la clínica asociadas a complicaciones de apendicitis en un Hospital público de Ica. La metodología fue cuantitativa, no experimental, transeccional y analítica. La población la constituyeron 845 historias y la muestra fue de 265 historias de post-operados por apendicitis. Dentro de los resultados, en cuanto a las variables personales más relevantes se observa la edad, el 58,9% se ubicó el rango de 27-59 años, lo que significa que los adultos maduros son el grupo poblacional más afectado; también pudo demostrar que los varones son los más afectados en un 57,4%. Dentro de las variables clínicas, la más predominante es el dolor que se encuentra en el 99% de la muestra, en cuanto a la leucocitosis esta se presenta en el 84,5% de la muestra (más de 10000 leucocitos).

Concluye que las variables personales y clínicas son un hecho que puede llevar a complicaciones de la apendicitis (13).

En Lima, Delgado en el 2023, caracterizó al paciente adulto con plastrón apendicular según las variables epidemiológicas y clínicas en el hospital José Casimiro Ulloa, en el periodo 200-2021. Siguió el método cuantitativo, no experimental, retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 100 historias clínicas de pacientes con plastrón apendicular. Los datos se vacían mediante la técnica de recolección documental en una ficha. Dentro de las características epidemiológicas el indicador hábito nocivo arrojó que el consumo de alcohol fue de parte del 35,8% de los pacientes y el 59,3% no presentó ningún hábito nocivo. Concluye que este hábito puede ser un indicador negativo en cuanto al resultado de la cirugía (25).

En Lima, Rafael, Quispe y Pantoja, en el año 2022, se propusieron conocer las variables clínicas, quirúrgicas y anatomopatológicas en pacientes afectados por apendicitis de un hospital de emergencia de Lima. El método fue de tipo analítico, de corte transeccional, retrospectivo y observacional. Los investigadores trabajaron con 222 pacientes como muestra. Los resultados evidenciaron que las variables personales más predominantes fueron ser adultos maduros (30-59 años) y varones con 50.9% y 56.8% respectivamente, más los adultos jóvenes llegaron a 43,2% y los adultos mayores a 5.9%; el sexo femenino tuvo un porcentaje de 43.2%. Las variables quirúrgicas demostraron que el apéndice supurado es predominante con 72.7%, le sigue el congestivo con 15.5%, después el necrosado con 8.6%, luego el normal con 5% y finalmente el perforado con absceso con 2.7%. Concluyen que resalta las variables personales y quirúrgicas en la muestra (14).

Iñigo en el 2019, en Lima, determinó los factores asociados con la apendicitis en adultos de un hospital de Ventanilla en el periodo de 2019. El método usado fue el analítico y retrospectivo. Considero 80 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de apendicitis. La ficha clínica fue el instrumento donde vació los datos. Dentro de sus hallazgos evidencian la condición de comorbilidad de los pacientes con esta enfermedad, así, el 25% presentó esta condición y el 75% no, dentro de estas se evidencio la diabetes y la

hipertensión entre otras. Concluye que la comorbilidad se asocia a un cuadro complicado de apendicitis (26).

Carrillo en el año 2019, en Lima, en su tesis se propuso describir las variables asociadas a apendicitis en adultos de un hospital MINSA. Para lo cual desarrolló un estudio analítico, retrospectivo. Los hallazgos evidencian que el 11,4% presentó comorbilidades y el resto 88,6% no, entre las condiciones de comorbilidad se encontraron a la hipertensión y la diabetes. Concluye que se debe mejorar los conocimientos sobre la apendicitis para hacer frente a los síntomas y prevenir la automedicación (27).

En Lima, el 2019, Haltamirano, realizó su tesis por medio de la cual se propuso identificar las variables que el paciente con apendicitis presenta en un hospital de Cañete. Para ello desarrolló un estudio cuantitativo, observacional, transversal. La muestra con la que trabajo fue conformada por pacientes con apendicitis en número de 110. Recogió información procedente de los documentos clínicos de los mismos. Los hallazgos revelaron que 58.2% presentaron alza térmica y 41.8% no, los signos de Mc Burney+Blumberg+Rovsing fueron positivos en el 74.5% y 25.5% solo presentaron Mc Burney+Blumberg, en cuanto a síntomas digestivos, la anorexia estuvo presente en el 64,5% y no en el 35,5%, las náuseas estuvo presente en el 40.0% y no en el 60.0%, los vómitos estuvieron presente en el 40.0% y no en el 60,0%, la leucocitosis estuvo presente en el 93.6% y no en el 6.4%, el dolor abdominal atípico estuvo presente en el 67.3% y el típico en el 32.7%. Concluye que la apendicitis es una patología compleja que puede llevar a la muerte (20).

Flores y Yachachin, en el año 2019, en Huancayo, desarrollaron el trabajo sobre complicaciones en pacientes apendicectomizados atendidos en una Clínica Privada de Huancayo. Metodológicamente desarrolló una investigación de tipo aplicada, cuantitativa, transversal, observacional y correlacional, la muestra la conformaron 70 documentos clínicos de apendicectomizados. Para la información, realizaron análisis documental. Encontraron que las complicaciones clínicas se presentan en el 20% del total de los pacientes, específicamente el 14.3% de pacientes han tenido Peritonitis y el porcentaje restante otras de orden digestivo. Concluyen que las complicaciones postoperatorias

después de la intervención quirúrgica de apendicectomía es moderadamente frecuente (28)

En Lima, el 2018, Paucar, desarrolló un trabajo de investigación por medio del cual identificó aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con apendicitis de un hospital de la capital. La ruta metodológica que siguió fue la descriptiva, transeccional de carácter observacional. Trabajó con 67 pacientes a quienes aplicó una ficha clínica de recolección de datos. Dentro de sus hallazgos menciona que los pacientes presentan síntomas abdominales en mayor proporción llegando a 100%, los vómitos los tuvieron 47.7%, también presentaron dolor atípico un 55,2% y Blumberg el 62,68%. Concluye que el dolor abdominal es el síntoma cardinal de la apendicitis (18).

Condeña, en el año 2018, en Arequipa, realiza un trabajo con el objetivo de aplicar los cuidados de enfermería en el paciente con apendicitis en el Hospital de Apoyo de Puquio. El método observacional y analítico con aplicación de cuidados de enfermería en caso único. El análisis demuestra que el paciente es varón, adulto maduro (35 años), en este, el cuadro clínico se caracteriza por dolor intenso en región abdominal, tipo cólico a nivel del estómago, la clínica se mantiene desde aproximadamente 15 horas, en este lapso el dolor migra a la fosa iliaca derecha, donde a la palpación profunda da positivo. A la aplicación del cuidado de enfermería el paciente se recupera de manera óptima y es dado de alta. Concluye que el cuidado de enfermería mediante el Proceso de Atención de Enfermería es el método práctico sustentado científicamente que ayuda a obtener resultados favorables en el paciente (29).

1.2.3. A Nivel Regional

Después de realizar una exhaustiva revisión en las diferentes plataformas de producción de trabajos de investigación nacionales y los más importantes portales bibliográficos internacionales, no se ha encontrado investigaciones a nivel local, ya que solo existen aquellos cuya población es pediátrica, no concordando con la presente, cuya población es mayor a 18 años.

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características propias del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar cuales son las características personales del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023

Identificar las características quirúrgicas del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023

Identificar cuales son las características clínicas del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. El apéndice.

a. Definición. El apéndice abdominal es una formación cuya naturaleza histológica es parecida al ciego, sin embargo, su anatomía es única dada su forma, mas, su longitud y su posición son bastante variables, por otro lado, es una estructura que tiende a inflamarse y/o perforarse e incluso infectarse y/o necrosarse, entre las causas de esta condición se ha postulado la obstrucción de la luz apendicular, frecuentemente se debe a la presencia de cuerpos extraños como fecalitos, parásitos o tumores; también se considera las ulceraciones superficiales de la mucosa, sobre las que existe una infestación de bacterias de inicio desde la flora normal; además, del supuesto de las fibras dietéticas, que incrementan la formación de fecalitos debido a lo denso y sólido de su composición; todas las descritas anteriormente son hipótesis bastante atractivas en torno a las causas de la apendicitis (30).

b. Importancia. Aunque se dice que el apéndice cecal no contribuye para nada a la función del organismo humano, esto puede no ser tan cierto, ya que, se ha visto que este órgano vestigial tiene una función de tipo inmunológica, dado la red de vasos linfáticos que alberga; también, es un reservorio microbiano, esto en caso de una despoblación del tracto intestinal debido a diarreas o medicamentos y de esta manera la repoblación futura está asegurada en tiempos de necesidad (31). Mas aun, la biopelícula que recubre el apéndice cecal (por dentro) determina la extracción de nutrientes y energía de los alimentos, por otro lado, y no menos importante, trabaja con la fibra de la cual puede extraer ácidos grasos los

cuales son bastante beneficiosos para las células nerviosas desarrollando así protección a este órgano noble. El apéndice cecal hasta puede ser una pieza clave para una mayor longevidad, esto debido al eje intestino-cerebro donde la conexión entre ambos órganos resultaría esencial referente a la protección de enfermedades neurodegenerativas, más, estos son aportes que aún no tienen el respaldo científico que se quisiera (32).

2.1.2. La apendicitis.

a. Definición. Condición clínica en la que el apéndice se encuentra en un proceso de inflamación, esto como respuesta a una agresión cuyo origen comúnmente está en el interior del organismo; este proceso se caracteriza por que el inicio es inmediato, es decir, se produce en minutos y en algunas horas este puede avanzar a una infección (33).

b. Fisiopatología. Precisamente, esto es lo que ocurre en la apendicitis, ya que, frecuentemente su luz, está bloqueada por una “estructura circular de heces”, respecto a ello, como toda estructura digestiva hueca, el apéndice tiende a contener ciertos residuos fecales, los cuales dado los movimientos peristálticos son eliminados, más cuando esto no sucede de forma consecuente, estos residuos se convierten en un fecaloma o fecalito (34).

c. Patogenia. Esta estructura lógicamente contiene bacterias las que alcanzan en poco tiempo las fibras musculares circulares y longitudinales, además, de los folículos linfoides en la capa submucosa, por otro lado, también afectan el suministro de sangre por parte de las tres arterias importantes la anterior, la posterior y la apendicular (todas con origen en la rama de la arteria mesentérica superior) (35).

d. Etiología. Puede también encontrarse otras estructuras como tumores o hiperplasia folicular linfoide; la masa cualquiera que fuese su origen desencadena la reacción inflamatoria en la pared de la estructura apendicular, que si avanza causa isquemia y posterior perforación, aún más, ya que afecta no solo la estructura como tal sino alcanza a los vasos tanto linfáticos como sanguíneos, lo que lleva a la necrosis inminente (36).

e. El diagnóstico. Históricamente la apendicitis se ha diagnosticado por medio del uso de la valoración clínica, la cual se apoya grandemente en la semiología, los signos y síntomas y los signos clínicos, el uso y/o aplicación de todo en su conjunto es altamente significativo

y/o sensible, ya que, casi el 90% puede diagnosticarse adecuadamente; más, existen casos dudosos en los cuales, se debe ampliar el repertorio de valoración, es así que se puede poner en marcha aquellos procedimientos que se les llama apoyo al diagnóstico, dentro de los cuales tenemos los más resaltantes y son los procedimientos laboratoriales y los procedimientos de imágenes, dentro de esta última la que se hace más común por la alta sensibilidad y menor costo, la tomografía (37). El examen de laboratorio al que se recurre es el conocido como fórmula leucocitaria, más el cardinal de ello son la cantidad de leucocitos y la presencia de las células jóvenes conocidas como neutrófilos, definitivamente los parámetros están de acuerdo a índices normales o basales y cualquier alteración (en este caso elevación) de los mismos es un factor determinante a la hora de enfrentar a la apendicitis, así, con los resultados positivos se puede concluir y llegar a un diagnóstico definitivo, con una mayor precisión y menor margen de error (38). Las imágenes son especialmente ventajosas para descartar apendicitis, mas, no son suficientes sin la experiencia del profesional, clásicamente se ha usado la ecografía como apoyo al diagnóstico, sin embargo últimamente se prefiere imágenes con mayor sensibilidad y especificidad como la tomografía computarizada o mejor aún la resonancia magnética que tienen parámetros de confiabilidad mayores a 90% llegando incluso a 100%, pero, la elección depende del factor económico, dado su alto costo (39).

f. La apendicectomía. Desde que el médico Mc Burney describió el procedimiento médico de la extirpación del apéndice en el año 1894, se ha ido mejorando la técnica de la cirugía, que inicialmente fue practicada como abierta, es decir, con una incisión de por medio, más la laparoscopia se impone en la actualidad; este predominio es lógico, dado las numerosas ventajas que ha logrado desarrollar, como la recuperación precoz, el dolor postoperatorio que frecuentemente se mantiene en niveles leves a moderados con un rápido control analgésico (40). La extirpación del apéndice mediante el manejo quirúrgico, es el tratamiento obligatorio y también definitivo de la apendicitis cualquiera sea su estadio, así, a la apendicectomía como técnica quirúrgica es la más utilizada, destacándose el abordaje transumbilical para la extracción del apéndice (41).

2.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS APENDICECTOMIZADOS

2.2.1. Personales.

A nivel individual ciertos marcadores se consideran determinantes de la apendicitis como condición quirúrgica, por lo que, el sexo, la edad y la procedencia pueden estar ligados a un riesgo mayor de ocurrencia e incluso frecuencia de la apendicitis como daño o enfermedad, esto se fundamenta sobre la ciencia de la semiología, la cual, considera atributos biológicos y demográficos, entre los primeros considera al sexo biológico (varón-mujer), ya que, existen enfermedades que de acuerdo al sexo son más incidentes en un sexo que en el otro, ahora, las enfermedades pueden tener especial predilección por algunas etapas de vida, o, lo que es lo mismo, estas también pueden tener picos elevados de incidencia en algunos periodos de vida que en otros (42).

a. Sexo. Diversos estudios demuestran que la apendicitis afecta mayoritariamente al sexo masculino; Crusellas et al explica que la relación varones: mujeres es de 4:1(43), según Vera y Miñano el porcentaje de varones afectados llega a 54,7% versus el 45,3% de mujeres (44), Zapata demuestra porcentajes de 62,5% versus 37,5%, varones y mujeres respectivamente (45), la razón no está esclarecida, mas, los géneros difieren en varios aspectos y uno de ellos es la longitud del apéndice y la posición anatómica, en este sentido, el apéndice, estructuralmente tubular fusionado y posteromedial al ciego, está a 1.7cm de la válvula ileocecal, los diámetros con los que cuenta son 9 cm de longitud en varones y 8 cm en mujeres, el diámetro transversal llega a 6 mm, siendo el límite inferior de 3mm (35). Es móvil y flexible (en la normalidad) puede adaptar diversas localizaciones, la retrocecal (47%), el pélvico (29.2%), la peri-ileal (16.8%) y la subcecal (6,2%), esta variabilidad de posición es gracias al mesoapéndice y su tamaño variable en relación al apéndice (46). Respecto a esto último, la posición pélvica se observa más en mujeres, además, esta posición generalmente confunde el diagnóstico de apendicitis con las patologías del aparato genital femenino, incluso, esta posición se relaciona con una longitud menor del apéndice en promedio de 6,53 cm, ahora bien, la posición retrocecal es predominante en el varón, más, esto no es determinante para el desarrollo de la

apendicitis, no obstante puede coadyuvar al mismo, como lo pueden hacer otros factores (35).

b. Edad. La apendicitis es una enfermedad que tiene un pico de incidencia alta en la etapa de adulto joven y una incidencia baja en etapas de infantes y adultos mayores, es decir en edades extremas, así, la presentación más frecuente es entre 20 y 30 años y es poco común en personas menores de 2 años y mayores de 60 años; incluso solo llega a una probabilidad del 1% después de los 70 años, en este sentido, la apendicitis es una enfermedad de jóvenes, más la causa no está esclarecida, no obstante, se puede hipotetizar que la longitud apendicular puede estar inmiscuida, ya que, esta es diversa y tiende a aumentar de acuerdo a la edad de la persona llegando a medir hasta 16.4 cm., otro aspecto valorado es el número de folículos linfoides en la capa submucosa, que en edades tempranas llegan hasta 200, esto es importante ya que un número menor puede desencadenar la apendicitis, y esto sucede conforme pasan los años, así, a mayor edad menor número de folículos linfoides (35).

c. Procedencia. Este aspecto demográfico es importante, en el sentido de que, la apendicitis es un cuadro que avanza rápidamente, por lo que, el tiempo desde que este comenzó y la intervención a la misma, tiene que ver con el tiempo que ocupó su traslado, así, una procedencia lejana, habitualmente rural, puede indicar un cuadro agravado con trastornos funcionales y orgánicos (45). Por tanto, la progresión del cuadro sigue un patrón desde la cual se puede llegar a un tipo complicado que incluye perforación, absceso, flemón y posiblemente necrosis y más tarde gangrena. Mas, esto tiene que ver con una serie de condiciones, una de las cuales es el tiempo y evolución que definitivamente complica la patología, así se la cataloga como no avanzada y avanzada (47), en esta última, la mortalidad puede llegar al 3% y la morbilidad hasta un 47% (48).

2.2.2. Quirúrgicas.

a. Estado evolutivo. El **apéndice congestivo** es sinónimo de apéndice inflamado, en la que existe distensión de las fibras musculares tanto circulares como longitudinales, más aún, congestión de los vasos mesentéricos, en consecuencia, existe un aumento de la

presión endoluminal, que, trae consigo una respuesta linfóide con exudado plasmático y de leucocitos, además de la acumulación de moco, así, se observa un apéndice voluminoso (49). Avanzado el tiempo de evolución el apéndice pasa al estadio de **supurado**, en la que los tejidos están realmente eritematosos, engrosados y tumefactos (friables), además, la proliferación bacteriana de la microbiota es inevitable y exponencial con una mezcla de bacterias anaeróbicas y aeróbicas; donde la *Escherichia coli* y los *Bacteroides* spp predominan por sobre los Firmicutes, proteobacterias, Bacteroidetes, Actinobacteria, lo que, hace suponer lo riesgoso que son los anaerobios vs los aerobios y la proporción de 3:1 (31). Se entiende, que el **apéndice perforado**, presenta úlceras, cuya solución de continuidad permite el paso de pus o líquido a la cavidad abdominal, estas úlceras son producto de la lesión causada predominantemente por la *Escherichia coli*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides fragilis* y especies de *Pseudomonas* (50), de esta forma, y específicamente la presencia de *Fusobacterium* spp tienen una relación directa con la gravedad y perforación del apéndice cecal; por otro lado, los *bacteroides fragilis* en general se han visto en más del 70% en **apendicitis necrosada**, condición que agrava el cuadro clínico, de hecho, la necrosis se extiende tanto que llega a gangrenar incluso toda la estructura apendicular y estructuras próximas (49).

Todo este proceso da paso a la temible **peritonitis**, cabe aclarar que, esta es una peritonitis secundaria, dada la incursión bacteriana procedente del foco apendicular; de esta forma, se presentan manifestaciones locales y sistemas que ponen en grave peligro la vida del afectado, ya que, frecuentemente la falla multiorgánica está a la vuelta de la esquina. La liberación de las bacterias es vital, esto es eficaz siguiendo una intervención quirúrgica donde el lavado y posterior drenaje lo que contendrá el avance de la infección grave (sepsis), más, la fórmula antibiótica debe ser precisa si es que realmente se quiere eliminar los estragos de las toxinas bacterianas en tiempo oportuno (51).

2.2.3. Clínicas.

a. Manifestaciones clínicas. Frecuentemente la causa del **dolor**, es el cuadro agudo de la apendicitis, en estos casos este síntoma varía ampliamente tanto en intensidad como en

localización, lo que hace más difícil su manejo; la localización del dolor en general se encuentra en la parte superior del abdomen, esto a consecuencia de la radiación, procedente del cuadrante inferior derecho, transmitida por el plexo solar que irrita el peritoneo parietal desde donde pasa a la médula espinal, es de tipo sordo esencialmente somático, es decir, insidioso y continuo (4), de tal forma, el daño sensitivo se manifiesta hasta el nervio vago periumbilical que se encuentra inervando el peritoneo parietal, por lo que, la irritación de los tejidos puede desencadenar dolor intenso dado los procesos gangrenosos en curso (36). Más, un porcentaje interesante que se da entre 15% a 20% que cursan esta patología, carecen de este síntoma, presuntamente se debe a la posición del apéndice cecal, que se sabe es variado (52). Los **síntomas gastrointestinales**, en general se presentan en las fases iniciales de la apendicitis, debido a que la distensión progresiva de gran magnitud aumenta el peristaltismo, de manera que suele provocar náuseas y vómitos, la naturaleza refleja de estos dos síntomas se explica debido a la irritación de las vías aferentes nerviosas, en especial el nervio vago, así las arcadas y el acto del vómito no tienen que ver con incoordinaciones fisiológicas del cardias, píloro y paredes gástricas, ni el carácter del contenido gástrico ni mucho menos con la poca capacidad del estómago, sino, más bien con la estimulación que lleva aun peristaltismo inadecuado y hasta exagerado o incrementado. Los vómitos en la apendicitis se caracterizan por que tienen un contenido fecaloide de carácter progresivo, que incluso puede ir en aumento en cuanto al volumen y la frecuencia (53). Concomitante a estos síntomas se presenta la disminución del apetito y/o anorexia, que se observa con repugnancia a los alimentos, llegando está incluso a los olores de la comida; más, esta falta de apetito conlleva a deshidratación y signos de lengua saburral y hasta estreñimiento. También, se ha observado la similitud de estas manifestaciones clínicas con lo que se conoce popularmente como “empacho”, precisamente esto está ligado a todos los procesos de inflamación que incluye distensión, edema e infección producto de una apendicitis en curso (54).

b. Comorbilidades. En la actualidad un porcentaje preocupante de personas presentan enfermedades subyacentes que pueden interactuar entre sí agravando el cuadro clínico de la patología primaria; en este sentido, enfermedades como la **hipertensión arterial** puede ser un hallazgo muy preocupante el perioperatorio, dado que a consecuencia de este puede darse la cancelación de la cirugía, o, en el mejor de los casos el aplazamiento, no obstante, también puede condicionar el proceso posoperatorio o de recuperación del paciente, en más, pacientes con presiones mayores a los parámetros límites mantenida (crónicos) pueden tener dañado algunos órganos diana como el corazón, cuyo funcionamiento no puede ser el más adecuado aumentando el riesgo quirúrgico y consecuentemente riesgo quirúrgico también alto (55); en caso de la **diabetes mellitus**, esta puede coadyuvar directamente a ciertas complicaciones postoperatorias, en el caso específico de la cicatrización de tejidos blandos (piel, tejido celular subcutáneo, músculo y mesenterio), este tiende a retrasarse y hasta no completar el proceso de regeneración y remodelación del tejido, ya que esta enfermedad daña los vasos sanguíneos debido a los elevados niveles de glicemia (56). Siguiendo en este razonamiento, la **obesidad** es una enfermedad y además es crónica, en esta se destaca la gran adiposidad que impacta negativamente al endotelio incluido los vasos sanguíneos (capilares), aún más, impacta en el funcionamiento cardiovascular y es bastante afín a la diabetes mellitus y a la hipertensión, en este sentido, esta condición antropométrica suele ser predictor de complicaciones intraoperatorias y también postoperatorias, por lo que, debe considerarse como un factor altamente riesgoso para las intervenciones quirúrgicas y para la recuperación, donde las infecciones de sitio operatorio pueden darse incluso tres veces más que en la población general (57). La saturación de oxígeno es un indicador importante para la cirugía, ya que, este indica la vitalidad celular, del tejido y consecuentemente de los órganos, en este sentido, patologías como el **asma y la tbc pulmonar** pueden ser contraproducentes y hasta riesgosos para una cirugía obligatoria; se sabe que la falta de oxígeno puede condicionar las funciones cardiorrespiratorias, incluso funciones de reparación tisular, por lo que, es importante evaluar y no sobreestimar estas

patologías. Por otro lado, existen complicaciones postoperatorias que tienen que ver con la baja en la saturación de oxígeno, y la más frecuente es la infección de sitio quirúrgico, en especial cuando se trata de cirugías intestinales, por lo que resulta vital mantener saturaciones por encima de 80% durante el perioperatorio, intra y posoperatorio (58).

c. Hábitos no saludables. Las sustancias estimulantes más comúnmente consumidas por la población son el alcohol y el tabaco, ya que, por un lado, estas forman parte del mercado a libre demanda, sin ninguna restricción, más que, los avisos que los mismos portan, siempre y cuando este consumo llegue a instancias de “abuso”; en general ambos productos pueden conllevar a riesgos, sobre todo si estos se convierten en adicciones o solo se desarrolla dependencia. Ahora, los riesgos son altos cuando estas sustancias se asocian a conductas vehementes que pueden ser consideradas como impulsivas, generando accidentes mortales, no obstante, la cronicidad de su uso tiene un impacto negativo en la salud de las personas, causando daños principalmente al cerebro y sus células, al sistema digestivo, principalmente hígado y páncreas, con presencia de síntomas y signos habituales como taquicardia y hasta palpitaciones, náuseas y vómitos, mareos, temblores e incluso vértigo, y, hormigueo. En el contexto, el daño puede abarcar varios órganos, e incluso puede haber una resistencia al mecanismo de la anestesia la cual es imprescindible para realizar una cirugía (59).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Apendicitis. Patología inflamatoria generada por el bloqueo de la luz del apéndice cecal, dentro de la cavidad abdominal.

Características personales. Cualidades individuales objetivas que permite cualificar a la persona desde el aspecto biológico.

Características quirúrgicas. Características que permiten clasificar algunos aspectos específicos de la apendicitis.

Características clínicas. Característica que engloba generalmente los signos y síntomas y otros elementos de una patología específica.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ZONA DE ESTUDIO

El hospital de Juliaca Carlos Monge Medrano, es de Nivel II-2, pertenece a la Red de Salud San Román, es una institución pública que brinda servicios de salud básicos, intermedios y avanzados, en tal sentido, dispone de recursos materiales y personales para tal fin; está ubicado sobre la Avenida Huancané Km 2, como referencia salida a Huancané, la infraestructura es relativamente nueva, más, el desgaste es innegable. La oficina de archivo de historias clínicas forma parte del Área de Admisión del hospital, esta se encuentra ubicada en el primer piso y colinda con la puerta principal, su ubicación es estratégica, para el acceso de los pacientes. En esta oficina se encuentran las historias clínicas de los pacientes, las cuales se guardan y resguardan, dado que estos son documentos legales y porque deben estar disponibles y en las mejores condiciones, para posteriores atenciones.

3.2. TAMAÑO DE MUESTRA

3.2.1. Población

El estudio incluyó todas las historias clínicas de los pacientes pos apendicectomizados que fueron atendidos en el servicio de cirugía general del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, en el periodo de enero a diciembre del 2023 y que en total suman 255.

Criterios de inclusión

- Historia clínica del paciente mayor de edad.
- Historia clínica que contenga todos los datos requeridos
- Historias clínicas pasivas y activas

Criterios de exclusión

- Historia clínica de paciente pediátrico
- Historia clínica extraviada

3.2.2. Muestra

La muestra fue censal, se incluyó la totalidad de la población accesible, debido a que la investigadora seleccionó la unidad de estudio de manera intencional, por lo que, se trabajó con las 255 historias del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, en el periodo de enero a diciembre 2023, que cumplieron con los criterios elegibles.

3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS

El estudio siguió una metodología basada en el enfoque cuantitativo, debido a que los resultados se expresaron en frecuencias y porcentajes; tiene un nivel descriptivo, porque, se evidencio los hechos tal y como ocurren en la realidad; de corte transeccional, ya que los datos pertenecen a un lapso determinado de tiempo y diseño retrospectivo (60).

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

Revisión Documental. Esta permitió el análisis de datos que se encontraron en la historia clínica del paciente y el posterior vaciado de los datos requeridos para recabar información.

3.4.2. Instrumento.

Ficha clínica. Consta de 3 secciones, en la primera se pudo observar las características personales, la segunda está compuesta por las características quirúrgicas y una tercera conformada por las características clínicas (Anexo N° 02).

Validez. La ficha clínica fue diseñada por el investigador Albújar JA (24) en su trabajo de tesis sobre los factores asociados a las complicaciones de la apendicitis aguda en un Hospital Público de la ciudad de Lima, el instrumento que fue sometido a juicio de 3 expertos, de los cuales uno de ellos era estadístico, otro era metodólogo y el tercero era médico especialista en cirugía general, además, todos eran catedráticos de la escuela profesional de Medicina Humana.

El instrumento, una ficha de recolección de datos, fue valorada mediante nueve indicadores por medio de los cuales se concluyó su aplicabilidad.

Investigador	Lugar	Año	Jueces	Valoración
Albújar JA.	Lima	2019	Aquino Dolorier Sara	85%
			Pinto Oblitas Joseph	95%
			Hurtado Guerrero Gilmar	90%

Fuente: Albújar (24).

La ficha clínica, es un instrumento que cumple con los requerimientos de validez demostrado en población peruana (24).

Fiabilidad. Se desarrolló la prueba piloto con el 10% del total de la muestra, es decir, con el análisis y vaciado de datos de 26 historias clínicas pertenecientes a pacientes pos apendicectomizados en el Hospital Regional de Puno en el último trimestre del año 2023. Esto se realizó tomando en consideración que ambos hospitales son similares y atienden a pacientes similares, en este caso afectados por apendicitis.

La fiabilidad se realizó por medio del programa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales v25 usando el paquete estadístico Alfa de Cronbach y cuyo resultado se expone más abajo.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,830	9

El resultado indica que la ficha clínica es fiable, por lo que se puede aplicar

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de Operacionalización	Dimensión	Definición	Indicador	Nivel de Unidad de medición	de Índice	Valor
Características propias del paciente pos apendicectomizado	Nominal	Personal	Componente biológico de la persona.	Sexo	Nominal	M	1 ítem Masculino
						F	Femenino
				Edad	Ordinal	18-29 años	1 ítem Adulto joven
						30-59 años	Adulto maduro
						60 a más años	Adulto mayor
				Procedencia	Nominal	Si	1 ítem Urbana
						No	Rural
						Tipo	Urbano marginal
	Quirúrgico	Presentación	Estadio	Nominal	Tipo	1	Congestiva
	a	patológica de la apendicitis que evidencia su estadio de evolución.	evolutivo			Items	Supurada
							Perforada
							Gangrenosa
							Peritonitis

Clinica	Elementos objetivos, subjetivos y mensurables presente en las personas afectadas con apendicitis	Manifestaciones clínicas	Nominal	Dolor abdominal	1 Items	Localizado en FID
						Irradiada
				Si		A la descompresión
				No	1	
					Items	Fiebre
						Anorexia
				Si		Náuseas y vómitos
				No	1 ítem	
						Obesidad
		Hábitos	Nominal	Si		Hipertensión
				No	1 ítem	Prediabetes
						Alcohol
						Coca
						Ninguno

3.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS

Las fichas pasaron por un filtro para eliminar aquellos que no cuenten con los datos completos, posteriormente se vaciaron a la sabana del programa Microsoft Excel (versión 2018), luego fueron codificados. Una vez realizado lo anterior, se pasaron al Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (versión 25) desde donde se procedió al análisis mediante los estadígrafos descriptivos. Para la presentación se manejaron tablas y figuras de barras.

CAPÍTULO IV

EXPOSICION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PACIENTE POS APENDICECTOMIZADO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2023

Tabla 01: Característica personales: Sexo, edad y procedencia de los pacientes pos apendicectomizados del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, periodo enero a diciembre 2023

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	134	52.5
	Femenino	121	47.5
	Total	255	100.0
Edad	Joven	103	40.4
	Adulto	128	50.2
	Adulto mayor	24	9.4
	Total	255	100.0
Procedencia	Urbana	192	75.3
	Rural	13	5.1
	Urbano marginal	50	19.6
	Total	255	100.0

Fuente: Historias clínicas de los pacientes pos apendicectomizados del Hospital Carlos Monge Medrano

La tabla 1 presenta datos que indican un predominio del sexo masculino en la incidencia de apendicitis, con un 52,5% de los casos registrados en comparación con el 47,5% correspondiente al sexo femenino. Con relación a la edad, la mayoría de los pacientes que se sometieron a una apendicectomía tenían entre 30 a 59 años “adulto” siendo el 50,2% de la población, seguido por el grupo de 18 a 29 años “joven” con el 40,4%, y finalmente por aquellos adultos mayores de 60 años con el 9,4%. Finalmente, según la procedencia, el 75.3% de los pacientes que se sometieron a una apendicectomía procedían de zonas urbanas, un porcentaje significativo 19.6% procedían de zonas urbano-marginales y el 5,1% de la población procedían de zonas rurales.

Discusión: Al realizar un contraste con investigaciones previas a nivel internacional, se observa una tendencia consistente hacia la predominancia del sexo masculino en la incidencia de apendicitis. En Malasia, Seow et al. (2022) encontraron que el 79,3% de los pacientes eran varones frente al 20,7% de mujeres (11). En México, Hernández (2020) demostró que el 60,4% de los casos corresponden a hombres y el 39,6% a mujeres (12), a nivel nacional, se observa esta misma tendencia. En Ica, Choque (2023) demostró que los varones son los más afectados, con un 57,4% de los casos (13). En Lima, Rafael, Quispe y Pantoja (2022) indicaron que el sexo masculino tuvo un porcentaje de 56,8% frente al 43,2% del femenino (14). Condeña (2018), en Arequipa, también reportó una mayor incidencia de apendicitis en hombres (27). Estos hallazgos, tanto a nivel internacional como nacional, sugieren que la apendicitis afecta con mayor frecuencia al sexo masculino, lo que resalta la necesidad de investigar las posibles causas de esta diferencia y las implicaciones para la salud de los hombres.

Si bien las personas de sexo masculino son en las que más cuadros de apendicitis presentan y por ende las que más son intervenidas quirúrgicamente, esto no significa necesariamente que esta enfermedad sea exclusiva de los varones, ya que, la evidencia indica una brecha ligeramente menor con las de sexo femenino; sin embargo, dado el mayor riesgo que conlleva el sexo masculino, se debe de tener consideración este factor, dado que se ha visto que esta condición biológica favorece la obstrucción de esta

estructura anatómica, por lo que, con el fin de reducir las complicaciones que generan mayor morbi mortalidad en varones.

Respecto a la edad, según los fundamentos teóricos, la apendicitis es la causa más importante de intervenciones quirúrgicas en el adulto joven, no obstante, la incidencia es más que discreta en edades extremas, en este sentido, la apendicitis es una enfermedad de jóvenes, más la causa no está esclarecida, no obstante, se puede hipotetizar que la longitud apendicular puede estar inmiscuida, ya que, esta es diversa y tiende a aumentar de acuerdo a la edad de la persona llegando a medir hasta 16.4 cm., otro aspecto valorado es el número de folículos linfoides en la capa submucosa, que en edades tempranas llegan hasta 200, esto es importante ya que un número menor puede desencadenar la apendicitis, y esto sucede conforme pasan los años, así, a mayor edad menor número de folículos linfoides (35).

De esta manera, del análisis se identificó que el adulto cuya edad comprendida entre los 30 a 59 años son los más afectados por la apendicitis y al mismo tiempo son los que han sido intervenidos quirúrgicamente, esto también es evidenciado por diversos estudios llevados cabo a nivel internacional; así, en Malasia, Seow et al., en el año 2022, indicaron que la edad media de estos pacientes fue de 36,4 años, edad que se encuentra dentro del rango establecido para el adulto (11), en la misma línea, en México, Hernandez, el año 2020, encuentro que el mayor porcentaje de los pacientes apendicectomizados se encontraron en el rango de edad de 10-25 años, indicando que las poblaciones afectadas son adolescentes y adultos jóvenes(12) lo que se asemeja a los datos encontrados en la presente investigación, y es que, después de los adultos los adolescentes son los más afectados; en Irán, Paidipelly y Sangamitra, en el año 2018, evidenciaron que los pacientes con apendicitis se encuentran mayoritariamente una media de edad de 30 ± 8.3 y 33 ± 10.2 años (19).

A nivel nacional, los estudios llevados a cabo, apoyan los resultados aquí encontrados, así, en Ica, Choque, en el año 2023, observó que la edad comprendida en el rango de 27 a 59 años obtuvo el 58.9% de la muestra, lo que significa que los adultos maduros son el

grupo poblacional más afectado (13), en Lima, Rafael, Quispe y Pantoja, en el año 2022, indica que los adultos maduros (30-59 años) fueron afectados en el 50.9%, más, los adolescentes llegaron a 43,2% y los adultos mayores a 5.9% (14), Condeña, en el año 2018, en Arequipa, indica que el adulto maduro (35 años) enferma más por apendicitis (27), datos bastante similares con los de esta investigación.

Todo lo mencionado nos permite afirmar que los adultos de 30 a 59 años son los más afectados por la apendicitis, lo que lleva a reflexiones importantes para un individuo de este grupo de edad. Para alguien en este rango de edad, la información puede ser alarmante y motivar a buscar atención médica ante síntomas relacionados, aumentando la conciencia sobre su salud. Aunque se mencionan estadísticas, no se logra abordar las razones detrás de esta predisposición. Es así que un diagnóstico de apendicitis puede interrumpir significativamente la vida de una persona, lo que genera la necesidad de apoyo emocional y físico de amigos y familiares. Toda esta información puede llevar al paciente a cuestionar sus hábitos de vida y considerar cambios para mejorar su salud general y reducir el riesgo de apendicitis. Alentando a la búsqueda de más información sobre la apendicitis, incluyendo métodos de prevención y tratamiento.

Finalmente, respecto a la procedencia, Seow ha encontrado que la accesibilidad demográfica puede influir en la atención médica para la apendicitis, de 1185 pacientes que se sometieron a cirugía por apendicitis en ese estudio, el 83,9% pertenecían a cuatro subgrupos demográficos diferentes. Es crucial considerar estos factores demográficos y geográficos al analizar la atención médica para la apendicitis, ya que pueden tener un impacto significativo en la experiencia del paciente y en la calidad de la atención recibida.

Se conoce que la apendicitis es una patología que evoluciona con mucha rapidez, y es que, en menos de 24 horas el cuadro clínico puede haber pasado por las fases congestiva y supurativa, ingresan a la fase infecciosa, fase que puede ser el inicio de un cuadro séptico, además de causar un daño extenso que de por sí, puede llevar a la muerte inminente, así, la evolución de la apendicitis es significativamente rápida, por lo que, un mayor lapso de tiempo tiende a ser origen de cuadros complicados donde el manejo puede

resultar inefectivo (61). De esta manera, las apendicitis perforadas tiende a presentarse en pacientes con tiempo de evolución mayor de 1 día, cabe mencionar que la perforación consecuentemente eleva la morbimortalidad e incluso a una colostomía permanente, dada la pérdida de tejido intestinal, así, las complicaciones pos quirúrgicas deben ser evitadas por medio de estrategias como el diagnóstico acertado y sobre todo el tratamiento temprano que inicia con la antibioticoterapia de ataque y finaliza con la intervención quirúrgica obligatoria(62).

Al respecto del indicador procedencia, no se ha encontrado estudios previos que lo hayan estudiado, no obstante, este se puede relacionar con el tipo de apéndice, encontrado, ya que, el estado del apéndice da indicios del tiempo de evolución, que tiene que ver también con el tiempo que el paciente demoró hasta la atención y la resolución quirúrgica de la apendicitis. Se puede suponer que la dificultad en el acceso a los servicios de salud que pueden resolver este cuadro clínico quirúrgico es avasallante, dado que, el sistema de salud del país, se maneja por niveles y según donde resida el paciente este puede o no acceder a los diferentes servicios , los cuales a su vez pueden o no resolver la enfermedad, en el caso específico de la apendicitis, esté necesariamente requiere de una atención de nivel complejo, ya que, la resolución es quirúrgica y llevada a cabo por especialistas, todo ello, solo se tiene disponible en las ciudades en las cuales funcionan los hospitales, los cuales tiene centro quirúrgico, así, la procedencia del paciente va a jugar un papel decisivo para la resolución del cuadro clínico.

4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO 2: IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS DEL PACIENTE POS APENDICECTOMIZADO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2023

Tabla 02: Característica quirúrgica, según tipo de apéndice, del paciente pos apendicectomizado del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023

		Frecuencia	Porcentaje
Apéndice	Congestiva	5	2.0
	Supurada	176	69.0
	Perforada	1	0.4
	Gangrenada	51	20.0
	Peritonitis	22	8.6
	Total	255	100.0

Fuente: Historias clínicas de los pacientes pos apendicectomizados

La tabla 2 muestra que la mayoría de los pacientes que se sometieron a una apendicectomía presentaban un apéndice supurado evidenciado por el 69%, seguido por aquellos con apéndice gangrenada con el 20%; además, se observa un porcentaje significativo de casos de peritonitis en el 8,6%. Estos datos sugieren que la apendicitis supurada y gangrenada son las formas más comunes de la enfermedad en esta población, y que la peritonitis es una complicación relativamente frecuente.

Comparando los resultados con los de investigadores que estudiaron el indicador, se encuentra que, son bastante simples con los estudios internacionales de: Manhattan y Samphao en Tailandia que para el año 2018 evidenciaron la variable quirúrgica tipo de apéndice, así, la predominancia de la apendicitis no complicada con 72,4% y la complicada con 27,6% (16) y de Paidi Pelly y Sangamitra, en Irán 2018, quienes evidenciaron la presencia de apéndice no complicado en el 78% el resto se encontraba en un estadio complicado, es decir, el 22% (19). La similitud está denotada porque un apéndice no

complicado se encuentra en la fase eritematosa o supurativa y un apéndice complicado en la fase de necrosis.

Resultados obtenidos por investigadores peruanos apoyan los datos en forma parcial, y es que, Cespedes et al., en Lima, en cuanto al tipo de apendicitis encontró la necrosada como el tipo predominante con 55,3%, seguido de la supurativa con 38,2%, luego la congestiva con 14,5% y la perforada con 13,2%. (17), del mismo modo, Rafael, Quispe y Pantoja, en la misma ciudad, evidenciaron que el apéndice supurado es predominante con 72.7%, le sigue el congestivo con 15.5%, después el necrosado con 8.6%, ciertamente este investigador se acerca más a los datos de esta investigación.

Esta investigación también mostró datos acerca de la peritonitis, y es que, esta es la complicación más frecuente de una apendicitis complicada, al respecto, Flores y Yachachin, en el año 2019, también arrojaron datos sobre esta complicación, encontrando que 14.3% de pacientes que ingresaron por un diagnóstico de apendicitis egresaron con el diagnóstico de peritonitis (26).

Por ello, es importante identificar el tipo de apéndice en el postoperatorio, ya que, de este se desprende la atención que debe recibir el paciente, en el sentido de que, un paciente puede haber presentado un apéndice no complicado por lo que la atención que incluye tratamiento, cuidados de enfermería y otros, puede ser menos complejo, más en un paciente con un apéndice complicado o con consecuencias de una peritonitis generalizada, al atención puede resultar más bien compleja, así, las alternativas de cuidado post operación deben tomarse en consideración con el propósito de recuperar la salud del paciente en el lapso de tiempo más corto.

Este análisis de la apendicitis a través de varios estudios internacionales y locales, resalta algunos hallazgos interesantes que pueden ser muy útiles para la práctica clínica y la salud pública. Es alentador ver que los estudios de Tailandia e Irán muestran una predominancia de apendicitis no complicada, con un 72.4% y un 78% respectivamente. Esto sugiere que, a nivel global, la mayoría de los casos de apendicitis son manejables y tienen un buen pronóstico, lo que es una buena noticia para los pacientes. Así mismo los resultados de los

investigadores peruanos también son significativos. Aunque los estudios mencionan que el tipo predominante de apendicitis en Perú puede ser la necrosada (55.3% según Céspedes), las variaciones en los tipos de apendicitis que se encuentran en diferentes regiones reflejan la diversidad de presentaciones clínicas y la necesidad de un enfoque adaptado al contexto local. Esto es positivo, ya que permite una atención más personalizada a los pacientes. Por otro lado, la identificación de la peritonitis como una complicación frecuente (14.3% en el estudio de Flores y Yachachin) abre la puerta a oportunidades de mejora en la atención pre y postoperatoria. Con esta información, se puede trabajar en estrategias para prevenir complicaciones, lo que puede resultar en mejores resultados para los pacientes. Por último, la diversidad en los tipos de apendicitis y sus complicaciones también puede inspirar a los investigadores a profundizar en los factores que contribuyen a estas variaciones. Esto podría llevar a nuevas estrategias de prevención y tratamiento que beneficien a los pacientes en diferentes poblaciones.

4.3. OBJETIVO ESPECÍFICO 3: IDENTIFICAR CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE POS APENDICECTOMIZADO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2023

Tabla 03: Características clínicas: dolor, síntomas, comorbilidad y hábitos, del paciente pos apendicectomizado del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023

		Frecuencia	Porcentaje
Dolor	FID	156	61.2
	Irradiado	60	23.5
	A la descompresión	39	15.3
	Total	255	100.0
Síntomas	Anorexia	3	1.2
	Náuseas y vómitos	239	93.7
	Fiebre	13	5.1
	Total	255	100.0
Comorbilidad	Ninguna	230	90.2
	Hipertensión	21	8.2
	Pre diabetes	4	1.6
	Total	255	100.0
Hábitos	Ninguno	180	70.6
	Coca	48	18.8
	Alcohol	27	10.6
	Total	255	100.0

Fuente: Historias clínicas de los pacientes pos apendicectomizados

La tabla 3 muestra que la mayoría de los pacientes el 61,2%, que se sometieron a apendicectomía presentaron dolor en la fosa iliaca derecha, como síntoma principal antes de la cirugía, un 23.5% experimentó dolor irradiado y 15.3% dolor a la descompresión, lo que también se considera un signo característico de la apendicitis. Respecto a los síntomas, las náuseas y los vómitos fueron los más frecuentes en el 93,7% de la población, presentándose en un porcentaje considerablemente mayor que la fiebre con el

5,1% y la anorexia en el 1,2%. La inflamación del apéndice puede irritar el tracto gastrointestinal, provocando náuseas, vómitos y una disminución del apetito (anorexia).

Con relación a la comorbilidad, el 90.2% de los pacientes pos apendicectomizados no presentaban comorbilidades; sin embargo, un porcentaje menor pero preocupante de pacientes presentaba hipertensión 8,2% y prediabetes el 1,6%. Finalmente respecto a los hábitos, se evidencia que el 70,6% no tiene ningún hábito nocivo, el 18.8% consume coca y 10.6% alcohol

Discusión: El dolor, es el cuadro agudo de la apendicitis, en estos casos este síntoma varía ampliamente tanto en intensidad como en localización, lo que hace más difícil su manejo; la localización del dolor en general se encuentra en la parte superior del abdomen, esto a consecuencia de la radiación, procedente del cuadrante inferior derecho, transmitida por el plexo solar que irrita el peritoneo parietal desde donde pasa a la médula espinal, es de tipo sordo esencialmente somático, es decir, insidioso y continuo (4), de tal forma, el daño sensitivo se manifiesta hasta el nervio vago periumbilical que se encuentra inervando el peritoneo parietal, por lo que, la irritación de los tejidos puede desencadenar dolor intenso dado los procesos gangrenosos en curso (36). Más, un porcentaje interesante que se da entre 15% a 20% que cursan esta patología, carecen de este síntoma, presuntamente se debe a la posición del apéndice cecal, que se sabe es variado (52).

Seow, (2022) en Malasia encontraron que el dolor en el abdomen derecho era el más común, junto con dolor irradiado y alta sensibilidad de rebote. Hernández (2020) en México reportó que el 90% de los pacientes con apendicitis presentaron dolor, siendo el migratorio el más frecuente. En Irán, Paidipelly y Sangamitra (2018) también identificaron el dolor migratorio como el signo cardinal. Estos resultados respaldan la investigación actual. A nivel nacional, Cespedes et al. (2023) en Lima reportaron que el dolor afectó al 100% de la muestra, mientras que Choque (2023) en Ica encontró un 99%. Altamirano (2019) en Lima observó un 67.3% de dolor abdominal atípico, y Paucar (2018) reportó un 55.2% de pacientes con dolor atípico. Finalmente, Condeña (2018) en Arequipa identificó dolor descompresivo.

El dolor es el síntoma cardinal de las enfermedades y suele ser el primer indicio de que algo está mal. Sin embargo, muchas personas minimizan su importancia y recurren a analgésicos automedicados, lo cual es especialmente peligroso en casos de apendicitis, ya que aunque el dolor se mitiga, la condición sigue avanzando. Esto puede llevar a que los pacientes lleguen en fases graves, requiriendo cirugías de emergencia con complicaciones y pronósticos reservados. En cuanto a la sintomatología, los signos gastrointestinales son característicos debido a la distensión intestinal que provoca un aumento del peristaltismo, generando náuseas y vómitos. Estos síntomas reflejan la irritación del nervio vago. A medida que la apendicitis progresa, los vómitos pueden volverse fecaloides, aumentando en volumen y frecuencia. La pérdida de apetito sugiere un proceso inflamatorio en el intestino, lo que puede llevar a deshidratación y desnutrición, afectando gravemente la salud del paciente(54).

Al comparar los resultados con estudios previos, se evidencian síntomas digestivos. En México, Hernández (2020) reportó que el 90% de los pacientes experimentaron arcadas y vómitos, mientras que la anorexia solo se presentó en el 18%. En Irán, Paidipelly y Sangamitra (2018) también observaron pérdida de apetito y vómitos durante el curso de la enfermedad. Por su parte, en Tailandia, Manhattan y Samphao (2018) encontraron que, además de la pérdida de apetito en pacientes con apendicitis, la fiebre fue elevada, superando los 38°C(16). La mayoría de los estudios nacionales sobre síntomas clínicos concuerdan con la investigación actual. En Lima, Céspedes et al. (2023) reportaron que las arcadas se presentaron en el 82.9% de los pacientes y la falta de apetito en el 73.7%. En la misma ciudad, Haltamirano (2019) encontró que el 58.2% de los pacientes presentaron alza térmica, mientras que el 41.8% no. En cuanto a los síntomas digestivos, la anorexia estuvo presente en el 64.5% y no en el 35.5%, las náuseas en el 40.0% y no en el 60.0%, y los vómitos en el 40.0% y no en el 60.0%. Paucar (2018) también en Lima, mencionó que los pacientes presentaron síntomas abdominales en el 100% de los casos, con un 47.7% reportando vómitos (18).

Los cuadros clínicos intestinales, como la apendicitis, se caracterizan por signos y síntomas gastrointestinales que aumentan en frecuencia e intensidad a medida que la enfermedad progresa. Al sospechar de apendicitis, es crucial considerar las características específicas de las manifestaciones típicas, especialmente las náuseas y los vómitos. Los vómitos en apendicitis suele comenzar con contenido alimenticio y evolucionan hacia contenido fecaloideo en etapas más avanzadas. La fiebre también es un signo distintivo, con una diferencia de un grado entre la temperatura oral y rectal, lo que es exclusivo para el diagnóstico de apendicitis.

El análisis de los síntomas digestivos de la apendicitis muestran tendencias interesantes. Estudios en México, Irán y Tailandia confirman que náuseas, vómitos y pérdida de apetito son síntomas comunes. Estudios en Perú, como el de Céspedes et al. (2023) y Paucar (2018), también respaldan estos hallazgos. La consistencia internacional y nacional en estos síntomas sugiere su importancia para el diagnóstico y manejo de la apendicitis. La presencia de comorbilidades, como la hipertensión arterial, puede complicar el cuadro clínico. La presión arterial elevada puede llevar a la cancelación o aplazamiento de la cirugía, y afectar negativamente el proceso postoperatorio. Los pacientes con hipertensión crónica pueden tener órganos dañados, como el corazón, aumentando el riesgo quirúrgico(55); por otro lado, la glucosa elevada o una diabetes mellitus instalada, puede coadyuvar directamente a ciertas complicaciones postoperatorias, en el caso específico de la cicatrización de tejidos blandos (piel, tejido celular subcutáneo, músculo y mesenterio), este tiende a retrasarse y hasta no completar el proceso de regeneración y remodelación del tejido, ya que esta enfermedad daña los vasos sanguíneos debido a los elevados niveles de glucemia (56). Además, el sobrepeso y la obesidad impactan en el funcionamiento cardiovascular importantísimo para la cirugía y el posoperatorio (57).

Estudios previos sobre comorbilidades en pacientes sometidos a apendicectomía corroboran los hallazgos del presente estudio. Carrillo (2019) en Lima, Perú, encontró una prevalencia de comorbilidades del 11.4%, siendo la hipertensión arterial y la diabetes las más frecuentes. El 88.6% restante de la muestra no presentó comorbilidades. Iñigo (2019),

también en Lima, reportó resultados similares, con un 25% de la muestra presentando comorbilidades y el 75% sin ellas. Estos estudios respaldan la baja prevalencia de comorbilidades observada en la investigación actual, lo que sugiere que la apendicitis aguda no suele estar asociada a un alto número de condiciones médicas preexistentes.

Las condiciones de salud preexistentes, como la diabetes e hipertensión, se han vuelto más comunes y pueden complicar el manejo de la apendicitis. Estas comorbilidades son importantes para la evaluación anestésica y pueden aumentar las complicaciones postoperatorias, como infecciones, alteración de la cicatrización e inmunidad. Un equipo multidisciplinario es esencial para abordar estos casos. Estudios previos, incluyendo el presente, indican una baja prevalencia general de comorbilidades en pacientes con apendicitis aguda. Esto sugiere que la apendicitis aguda, aunque requiere atención inmediata, no suele estar asociada a un gran número de condiciones médicas preexistentes. Es crucial recordar que la presencia de comorbilidades puede influir en la complejidad del tratamiento y la recuperación. Sin embargo, la baja prevalencia observada sugiere que la apendicitis aguda en sí misma no es un factor de riesgo significativo para otras enfermedades crónicas. Conociendo la baja probabilidad de comorbilidades, los esfuerzos se pueden enfocar en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis, sin una preocupación excesiva por la presencia de otras condiciones médicas preexistentes.

Finalmente, la mayoría de los pacientes que se someten a apendicectomía no presentan hábitos nocivos. El alcohol y el tabaco son las sustancias estimulantes más consumidas, ya que están disponibles sin restricciones, aunque se advierten los riesgos del "abuso". Tanto el alcohol como el tabaco pueden conllevar riesgos, especialmente si se convierten en adicciones o se desarrolla dependencia. Estos riesgos se incrementan cuando las sustancias se asocian a comportamientos impulsivos, lo que puede generar accidentes mortales. El uso crónico de estas sustancias tiene un impacto negativo en la salud, causando daños al cerebro, sistema digestivo (hígado y páncreas), y presentando síntomas como taquicardia, náuseas, vómitos, mareos, temblores, vértigo y hormigueo. El

daño puede afectar varios órganos e incluso generar resistencia a la anestesia, esencial para la cirugía(59).

En cuanto a hábitos nocivos, el estudio de Delgado (2023) en Lima reveló un hallazgo significativo: un porcentaje considerable de pacientes (35,8%) tenía como hábito nocivo el consumo de alcohol. Este dato representa un desafío para la atención postoperatoria, ya que el consumo de alcohol puede interferir con la eficacia de los antibióticos, medicamentos esenciales para la recuperación tras una cirugía.

El consumo excesivo de alcohol, aunque sin evidencia directa de relación con la apendicitis, puede influir negativamente en el curso de la enfermedad, la cirugía y la recuperación postoperatoria. El riesgo de complicaciones aumenta en pacientes con este hábito, ya que el alcohol afecta las células inmunológicas y la reparación de tejidos. La educación y concientización de los pacientes son esenciales. Un análisis de hábitos nocivos en pacientes sometidos a apendicectomía muestra que el 70.6% no presenta hábitos nocivos, mientras que el 18.8% consume coca y el 10.6% alcohol. Aunque la mayoría no presenta hábitos perjudiciales, la presencia de estos es preocupante por sus posibles efectos negativos en la anestesia y la recuperación. El consumo de sustancias nocivas antes de la cirugía puede tener consecuencias graves a corto y largo plazo. Los profesionales de la salud deben evaluar estos hábitos y considerar estrategias para abordarlos antes de procedimientos quirúrgicos (53).

CONCLUSIONES

Primera. Las características personales más resaltantes de los pacientes pos apendicectomizados, en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023, fueron: un poco más de la mitad son pacientes de sexo masculino, con 30 a 59 años de edad y la mayoría de ellos proceden de la zona urbana; un poco más de la tercera parte de ellos tienen de 18 a 29 años de edad y casi la quinta parte proceden de zonas urbano marginales.

Segunda: Más de la mitad de los pacientes pos apendicectomizados en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo enero a diciembre de 2023, presentan como característica quirúrgica predominante un apéndice supurado, seguido de gangrenado y 8 de cada 100 presentan peritonitis.

Tercera: Las características clínicas predominantes son: el dolor en la totalidad de pacientes, ubicado en la Fosa Iliaca Derecha y que en algunos casos se irradia a todo el abdomen; la mayoría presenta náuseas y vómitos algunas veces acompañada de fiebre; las comorbilidades más frecuentes son la hipertensión y la prediabetes en 8 y 2 de cada 100 pacientes, respectivamente; la mayoría no posee hábitos nocivos, el 18.8% consume coca y 10.6% consume alcohol.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al equipo de salud del servicio de cirugía general: tener en consideración el sexo masculino, adultos o adulto joven, procedentes de zonas urbanas o urbano marginales; en quienes se sospecha de un cuadro de apendicitis, dado que existe una mayor frecuencia de esta enfermedad en esas personas. Recordar que el dolor localizado o irradiado en el abdomen, acompañado de náuseas, y vómitos, corresponden a una sintomatología común de los pacientes con apendicitis aguda.

Gestionar un programa de capacitación permanente dirigido a profesionales que conforman el equipo de cirugía o emergencia, para que realicen una identificación ágil y oportuna de casos.

Se recomienda a las enfermeras del servicio de cirugía general: La auto actualización de los conocimientos respecto a patologías comunes, como es el caso de apendicitis, considerando las características personales, quirúrgicas y clínicas de los pacientes.

Realizar campañas preventivas de difusión, dirigidas a la población en general, considerando la sintomatología y características personales de los pacientes con apendicitis aguda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Poprom N, et. al. The efficacy of antibiotic treatment versus surgical treatment of uncomplicated acute appendicitis: Systematic review and network metanalysis of randomized controlled trial. The American Journal of Surgery. [Internet] 2019 [Consultado el 12 de mayo del 2024]; 192e200. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30340760/>
2. Méndez MA. Características clínico-epidemiológicas de la infección del sitio operatorio en apendicitis agudas complicadas en pacientes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana. [Tesis de grado] Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019. [Consultado el 12 de mayo de 2024] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/4600>
3. Sohail AH, Hakmi H, Cohen K, Hurwitz JC, Brite J, Cimaroli S, Tsou H, Khalife M, Maurer J, Symer M. Predictors of in-hospital appendiceal perforation in patients with non-perforated acute appendicitis with appendicolithiasis at presentation. BMC Surgery. [internet] 2023 [Consultado el 12 de mayo del 2024];23(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12893-023-02210-4>.
4. Jones MW, López RA, Deppen JG. Appendicitis. StatPearls Publishing [Internet]. 2021 [Consultado el 15 de mayo del 2024];21(2) Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493193
5. Bastidas MH. Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios. Inec [Internet]. 2019 [Consultado el 15 de mayo de 2024];15. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresoshospitalarios/>
6. Olivera H. Demora de la apendicectomía y sus complicaciones en el Hospital Lorena del Cusco, 2020. [Tesis de grado] Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2021. [Consultado el 15 de mayo del 2024] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/5770>
7. MINSA.. Intervenciones quirúrgicas año 2018. [Internet] Área Estadística del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. [Consultado el 15 de mayo del 2024]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/estadistica/informacion-registrada>

8. Mamani M. Cuidados de enfermería al paciente con apendicitis aguda atendido en emergencia de Hospital Honorio Delgado Espinoza Nivel II -1 Arequipa-2019. [Trabajo Académico de segunda especialidad en Emergencias y Desastres] Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2020. [Consultado el 4 de junio de 2024] Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/14708>
9. Mamani L. Factores asociados al retraso en el tratamiento quirúrgico de apendicitis aguda y sus complicaciones postoperatorias en pacientes del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2021. [Tesis de Médico Cirujano] Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2022. [Consultado el 4 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/19053>
10. DIRESA.. Incidencia de la apendicitis. Oficina de estadística e informática; 2023.
11. Seow CS, Chan DKH, Bohari A, Guo JW, Sy LL. Predictors of clinical outcomes in acute appendicitis: A retrospective study. The Medical Journal of Malaysia. [Internet] 2022 [Consultado el 24 de mayo de 2024];77(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35638490/>.
12. Hernández J. Clasificación práctica de la gravedad y manejo médico-quirúrgico de la apendicitis aguda. Cir. gen [Internet]. 2020 dic [Consultado 4 de junio de 2024]; 42(4): 263-273. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/101395>.
13. Choque J. Características clínicas asociadas a complicaciones de apendicitis aguda en el Hospital Santa María del Socorro - Ica, 2020-2022 [Tesis de grado] Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2023. [Consultado el 5 de junio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4755>
14. Rafael M, Quispe K, Pantoja LR. Apendicitis aguda: Concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica en un hospital de emergencias peruano. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2022 jul [Consultado el 16 de abril de 2024];22(3):463-470. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000300463&lng=es.

15. Bom W, Scheijmans J, Salminen P, Boermeester M. Diagnosis of Uncomplicated and Complicated Appendicitis in Adults. *Scand J Surg* [Internet]. 2021 [Consultado el 5 de junio de 2024];110(2):170-9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/14574969211008330>
16. Mahattan S, Samphao S. Clinical Features of Complicated Acute Appendicitis. *J Med Assoc Thai*. 2018;97(8):835-75.
17. Cespedes C, Costa A, Ibáñez AE., Huamanñahui JA. Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda en un hospital de Lima. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2023 [Consultado el 6 de junio de 2024]; 23(2): 180-182. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312023000200180&lng=es
18. Paucar M. Características clínicas y epidemiológicas de la apendicitis aguda en pacientes adultos mayores del Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Tesis de grado]. Lima: Universidad privada San Juan Bautista; 2018. [Consultado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/1777>
19. Paidipelly KK, Sangamitra. Factores de riesgo de apendicitis perforada en una población semirural: un estudio retrospectivo. *Revista Internacional de Cirugía* [Internet]. 2018 [Consultado el 6 de junio de 2024];5(7):2432-6. Disponible en: <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20182488>
20. Haltamirano H. Variables sociodemográficas, clínicas y patológicas intraoperatorias asociados a apendicitis aguda en pacientes adultos mayores del Hospital Rezola de Cañete del 2012 al 2018. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019. [Consultado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1849>
21. Iñigo RE. Factores asociados para apendicitis aguda complicada en pacientes adultos atendidos en el Hospital Ventanilla durante el periodo 2019. [Tesis de grado]. Lima:

- Universidad Privada San Juan Bautista; 2020. [Consultado el 8 de junio de 2024].
Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/2476>
22. Méndez V. Factores de riesgo asociados a apendicitis aguda complicada en pacientes mayores de 14 años en el Hospital Ramón Castilla, 2023. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2024.
 23. Aredo NK. Incidencia y factores asociados a complicaciones inmediatas post apendicectomía convencional en pacientes adultos. [Tesis grado] Trujillo: Universidad Cesar Vallejo; 2023.
 24. Albújar JA. Factores asociados a las complicaciones de la apendicitis aguda en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2017-2018. [Tesis de grado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2019.
 25. Delgado AM. Características epidemiológicas-clínicas y resultados del manejo del plastrón apendicular en pacientes adultos. Hospital de Emergencias José Casimiro ULLOA, 2020-2021. [Tesis de Médico Cirujano] Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/4452>
 26. Iñigo RE. Factores asociados para apendicitis aguda complicada en pacientes adultos atendidos en el hospital Ventanilla 2019. [Tesis de Médico Cirujano] Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/f07304e3-9e42-484f-ab45-64b78fef528/content>
 27. Carrillo AB. Variables asociadas a apendicitis aguda complicada en pacientes adultos en el servicio de emergencia del hospital Daniel A. Carrión, 2017-2018. [Tesis de Médico Cirujano] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1721>
 28. Flores A, Yachachin M. Complicaciones clínicas en relación a los cuidados de enfermería a pacientes apendicectomizados atendidos en la clínica Universidad de Huancayo, 2019. [Tesis de Licenciatura en Enfermería] Huancayo: Universidad Peruana

- Los Andes; 2019. [Consultado el 1 de junio de 2024] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1414>
29. Condeña AE. Cuidado de Enfermería en paciente operado de apendicitis hospital de apoyo Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio–Ayacucho. 2018. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2019. [Consultado el 4 de junio de 2024 de 2024] Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10255>
30. Armas Pérez Bárbaro Agustín, Agramonte Burón Oliverio, Martínez Ferrá Gerardo. Apuntes históricos y fisiopatológicos sobre apendicitis aguda. Rev Cubana Cir [Internet]. 2019 [Consultado el 4 de junio de 2024]; 58(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000100009&lng=es. Epub 30-Jun-2019.
31. Valverde F, Cango L, Yunga A, Casa P. Prevalencia de bacterias en apendicitis aguda complicada y su relación con complicaciones postquirúrgicas. Dom.Cien. 2021; 7(4):173-194.
32. BBC News Mundo. Porque el apéndice no es tan inútil como se pensó durante décadas. 2022. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-61100436>
33. González M, González AAP. La inflamación desde una perspectiva inmunológica: desafío a la Medicina en el siglo XXI. Rev haban cienc méd [Internet]. 2019 feb [Consultado el 4 de junio de 2024]; 18(1): 30-44. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000100030&lng=es.
34. Vargas E, Gonzales W, Rodriguez N. Apendicitis aguda. Educación y Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [Internet] 2022 [Consultado el 8 de junio de 2024]; 10 (20): 70-82. Disponible en: <file:///C:/Users/hp%20plus/Downloads/7573-Manuscrito-51905-1-10-20220512.pdf>
35. Murúa Y, González MA. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev Med UAS. [Internet] 2020 [Consultado el 6 de

- junio de 2024];10(4):222-232. Disponible en:
<https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n4/apendicitisaguda.pdf>.
36. Lancashire JF, Steele M, Parker D, Puhalla H. Introduction of an acute surgical unit: Comparison of performance indicators and outcomes for operative management of acute appendicitis. *World J Surg.* 2019;38(8):1947–53
37. Perera OR. Factores de riesgo para apendicitis aguda complicada a través de un modelo de regresión logística en el Hospital General Zona Norte de Puebla. [Tesis de especialidad en Cirugía General] Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; [Internet] 2019 [Consultado el 6 de junio de 2024] Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12371/14794>
38. Buitrón P, Katirina Y. Índice neutrófilo/linfocito asociado a la apendicitis aguda complicada en los pacientes del servicio de cirugía del Hospital de Baja Complejidad De Vitarte durante el periodo enero-julio 2016. [Tesis de grado] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018. [Consultado el 7 de junio de 2024] Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1206>.
39. Bhangu A, Soreide K, Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet*; 2018;26(38).
40. Ding W, Du Z, Zhou X. Endoscopic retrograde appendicitis therapy for management of acute appendicitis. *Surg Endosc* [Internet]. 2022 [Consultado el 7 de junio de 2024];36(4):2480–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00464-021-08533-8>
41. Becker P, Fichtner S, Schilling D. Clinical management of appendicitis. *Visc Med.* 2018;34(6):453–8.
42. Aguilar MC. Semiología de las principales manifestaciones clínicas. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2020:1-836.
43. Crusellas O, Comas J, Vidal O, Benarroch G. Manejo y tratamiento de la apendicitis aguda. *Ojos Negros*; 2023.
44. Vera R, Miñano CE. Perfil epidemiológico, clínico, quirúrgico y anatomopatológico de pacientes con apendicitis aguda del Hospital regional Docente Las Mercedes y Hospital

- Luis Heysen Inchaustegui. [Tesis de grado] Chiclayo: Universidad San Martín de Porres; 2020.
45. Zapata O. Factores de riesgo asociados con apendicitis aguda complicada en pacientes adultos. Hospital II-2 Tarapoto, enero a diciembre 2019. [Tesis de grado] Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2021.
46. Hernández J, León JL, Martínez MS, Guzmán JD, Palomeque A, Cruz N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. Gen. [Internet]. 2019 [Consultado el 16 de mayo de 2024];41(1):33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es.
47. Almström M, Svensson JF, Svenningsson A, Hagel E, Wester T. Population-based cohort study on the epidemiology of acute appendicitis in children in Sweden. BJS open [Internet]. 2018 [Consultado 16 de mayo de 2024];2(3):142-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29951638/>
48. Torres SRS, Palomar SRB, Uribe STR, Iriarte SMGR. Las distintas caras de la apendicitis aguda. Seram [Internet]. 2022 [Consultado 21 de junio de 2024];1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8888>
49. Torres LM, Álvarez WO, Calderón AP. Apendicitis aguda. Tesla Rev. Cient. [Internet] 2022 [Consultado el 21 de junio de 2024] Disponible en: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/36>
50. Rodríguez Z. Tratamiento de la apendicitis aguda TT - Acute Appendicitis Management. Rev Cuba Cir [Internet] 2019 [Consultado 21 de junio de 2024]; 58(1): e737–e737. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v58n1/1561-2945-cir-58-01-e737.pdf>
51. Rojas RD, Rojas DM, Serrano DC, Reascos LV, Rojas RD. Un abordaje acerca de la peritonitis: revisión actual. Tesla Revista Científica. [Internet] 2022 [Consultado el 21 de junio de 2024]; 2(1):51-62. Disponible en: <https://doi.org/10.55204/trc.v2il.44>
52. Zarate AJ, Raue M, Castro A. Apendicitis aguda. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas. Universidad Finis Terrae. [Internet] 2019. [Consultado el 21 de junio de

2024];1-9.

Disponible

en:

<https://www.medfinis.cl/img/manuales/Apendicitis%20aguda-2019.pdf>

53. Muñoz AJ, et al. ¿Influye el tiempo hasta el inicio de la antibioterapia y la intervención en los resultados de la apendicitis aguda? Cirugía. 2020 (33):65-70.
54. Bohórquez R, Vallarino A, Chen S, Morales L. Correlación Quirúrgico-Histopatológica de Pacientes con Apendicitis Aguda: un Análisis de 75 casos en el Hospital Regional de Veraguas: Dr. Luis Chicho Fábrega. Abril-octubre 2020. Rev Méd Cient [Internet]. 2022 [Consultado el 22 de junio de 2024]; 35(1):1-9. Disponible en: <https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/660>
55. Ramírez O, Garzón V, Ibarra P. Consideraciones perioperatorias en pacientes con hipertensión: el día de su cirugía. Revista Chilena de Anestesia. 2022; 52(1): 17-23
56. Stable Y. Cicatrización de heridas en la diabetes mellitus. Centro Nacional de Investigaciones Científicas. 2023; 19(1): 1698-9465.
57. Añes RJ, Rivas AM, González L, Muñoz D. Obesidad como factor de riesgo para complicaciones postquirúrgicas en la cirugía estética. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2021; 16(5):393-396.
58. Tavares E, Da costa F, Sant'anna R, Leite De Melo R, De Brito V, Alves de Araujo V. Efectividad de la oxigenación suplementaria para prevenir la infección del sitio quirúrgico: revisión sistemática con metaanálisis. REV. Latino-AM. Enfermagem. 2022;30: e3647.
59. Tejada E, Retamoza H, Tejada M, Peña M. Asociación entre el consumo de alcohol y tabaco con la salud mental en estudiantes de enfermería en Sinaloa. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. 2023; 12(23): 1-29.
60. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Editorial: McGraw-hill Interamericana Editores, s.a. México. 2018.
61. Plaza AA, Cherrez JM, Patiño MA, Monar MC. Descripción y análisis de las complicaciones, clínica y tratamiento en paciente con apendicitis aguda. Dom.Cien. 2021; 7(6); 1241-1261.

62. Aguilar D, Licona TS, Osejo JA, Carranza RJ, Molina MA, Alas C. Apendicitis aguda complicada en pacientes pediátricos con antecedentes de “empacho” y manipulación abdominal: Serie de casos. *Andes pediater.* [Internet]. 2021 [Consultado 22 de junio de 2024];92(1):86-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i1.3352>.

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

Problema general	Objetivo general	Variable	Método	Técnica e instrumento
¿Cuáles son las características propias del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023?	Establecer las características propias del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023	Características propias del paciente pos apendicectomizado	Tipo. Cuantitativo Nivel. Descriptivo Corte. Transeccional Diseño. Retrospectivo Población El estudio incluye todas las historias clínicas de los pacientes pos apendicectomizados en el año 2023 los cuales suman 255.	Técnica. Revisión documental Instrumento Ficha clínica.
Problemas específicos	Objetivos específicos.	Dimensiones		
¿Cuáles son las características personales del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023?	Identificar las características personales del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023.	Personal Quirúrgica Clínica	Muestra. 100% de la población, no obstante, debe cumplir con los criterios de elegibilidad.	
¿Cuáles son las características quirúrgicas del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023?	Determinar las características quirúrgicas del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023.			
¿Cuáles son las características clínicas del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023?	Describir las características clínicas del paciente pos apendicectomizado del Hospital Minsa de Juliaca durante el periodo enero a diciembre 2023.			

Anexo 02: Ficha Clínica

FICHA:

DNI:

Características personales

Sexo

Edad años

Procedencia

Características quirúrgicas

Tipo de apéndice cecal

Congestiva

Supurada

Perforada

Gangrenosa

Peritonitis

Características clínicas

Dolor abdominal

Localizada en FID

Irradiación

A la descompresión

Síntomas

Fiebre Cuantificar: 3_ . _ ° C

Anorexia

Náuseas y/o vómitos

Comorbilidades

Ninguna

Hipertensión

Prediabetes

Cuantificar IMC: _____

Hábitos

Alcohol

Coca

Ninguno

Fecha: __/_____/2024

Lugar:

Responsable:

Anexo 03: Confiabilidad del instrumento

Tabla 04: Fiabilidad de escala

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,830	9

Tabla 05: Fiabilidad del elemento

	Estadísticas de total de elemento			
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR001	9,0000	24,320	,112	,846
VAR002	9,2308	22,345	,291	,838
VAR003	9,3846	20,246	,662	,801
VAR004	8,7308	19,005	,335	,867
VAR005	9,6538	18,715	,815	,781
VAR006	9,6538	18,715	,815	,781
VAR007	9,3846	20,246	,662	,801
VAR008	9,6538	18,715	,815	,781
VAR009	9,6154	20,246	,594	,807

Anexo 04: Diagramas

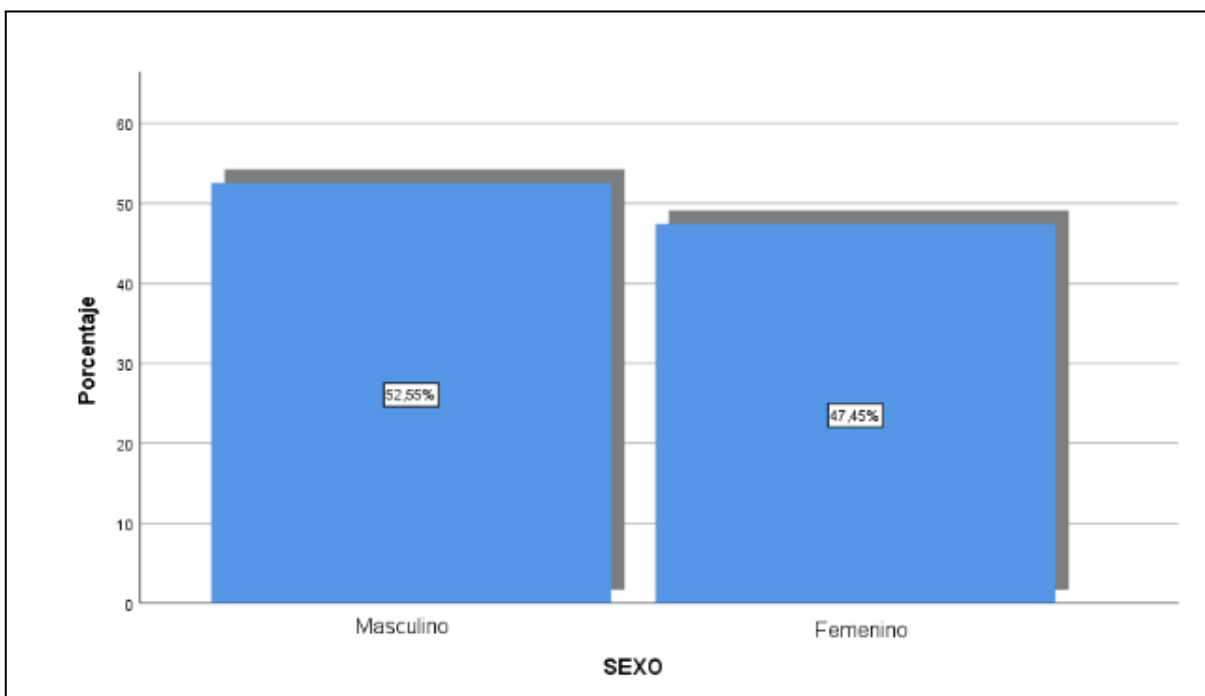


Figura 01: Sexo del paciente pos apendicectomizado

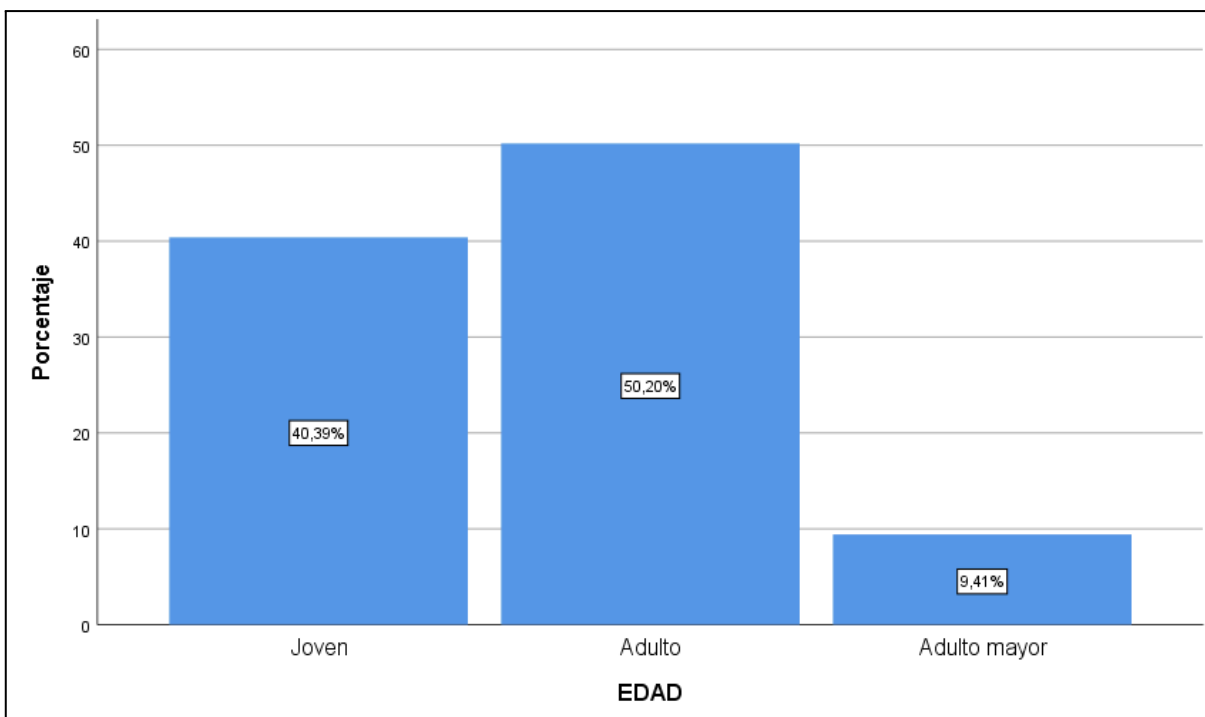


Figura 02: Edad del paciente pos apendicectomizado

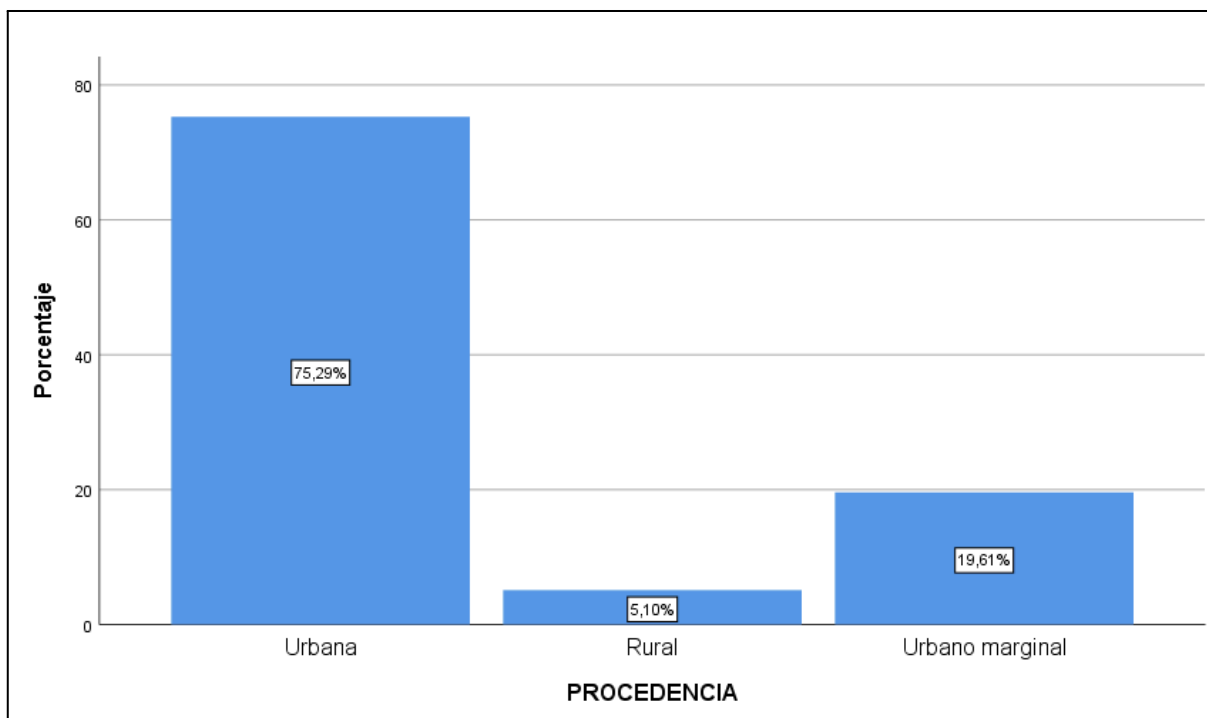


Figura 03: Procedencia del paciente pos apendicectomizado

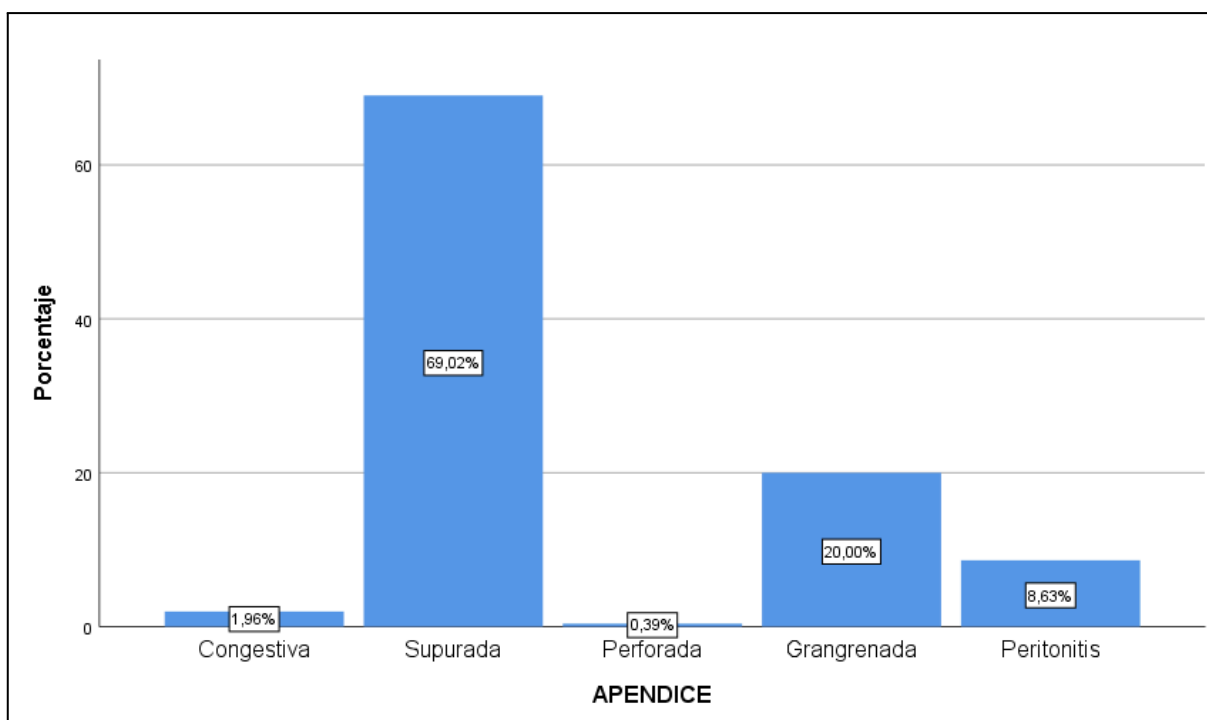


Figura 04: Tipo de apéndice del paciente pos apendicectomizado

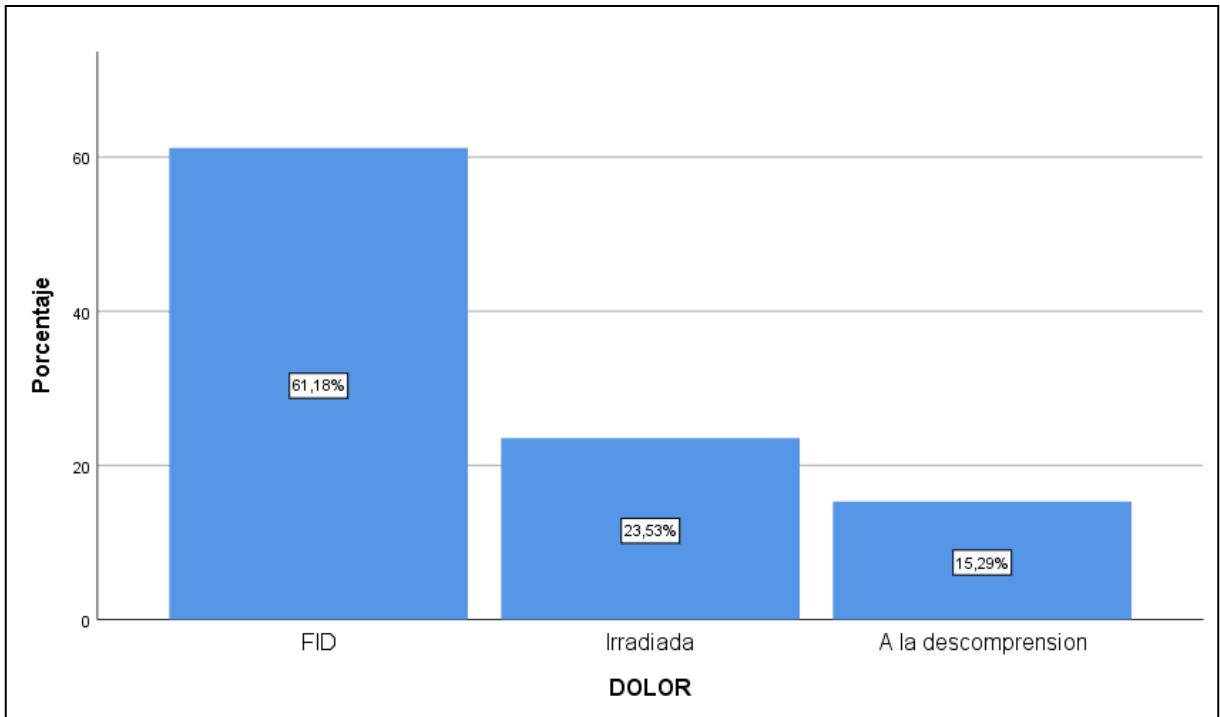


Figura 05: Dolor abdominal del paciente pos apendicectomizado

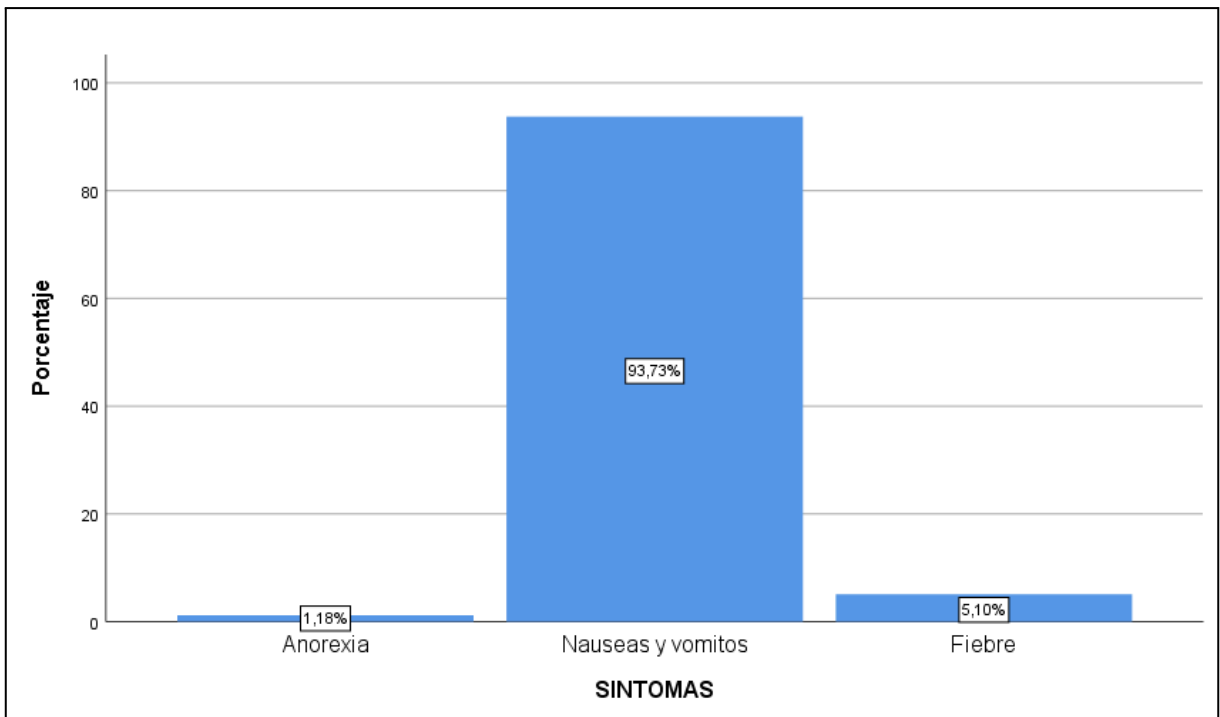


Figura 06: Síntomas del paciente pos apendicectomizado

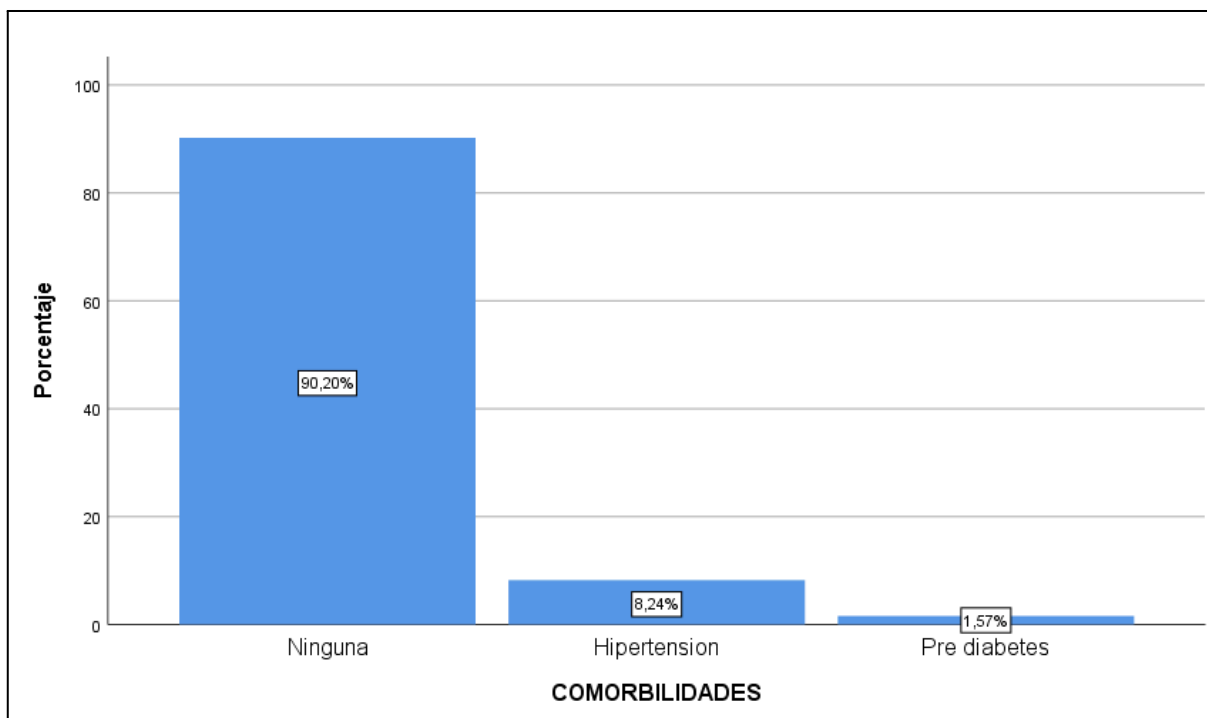


Figura 07: Comorbilidad del paciente pos apendicectomizado

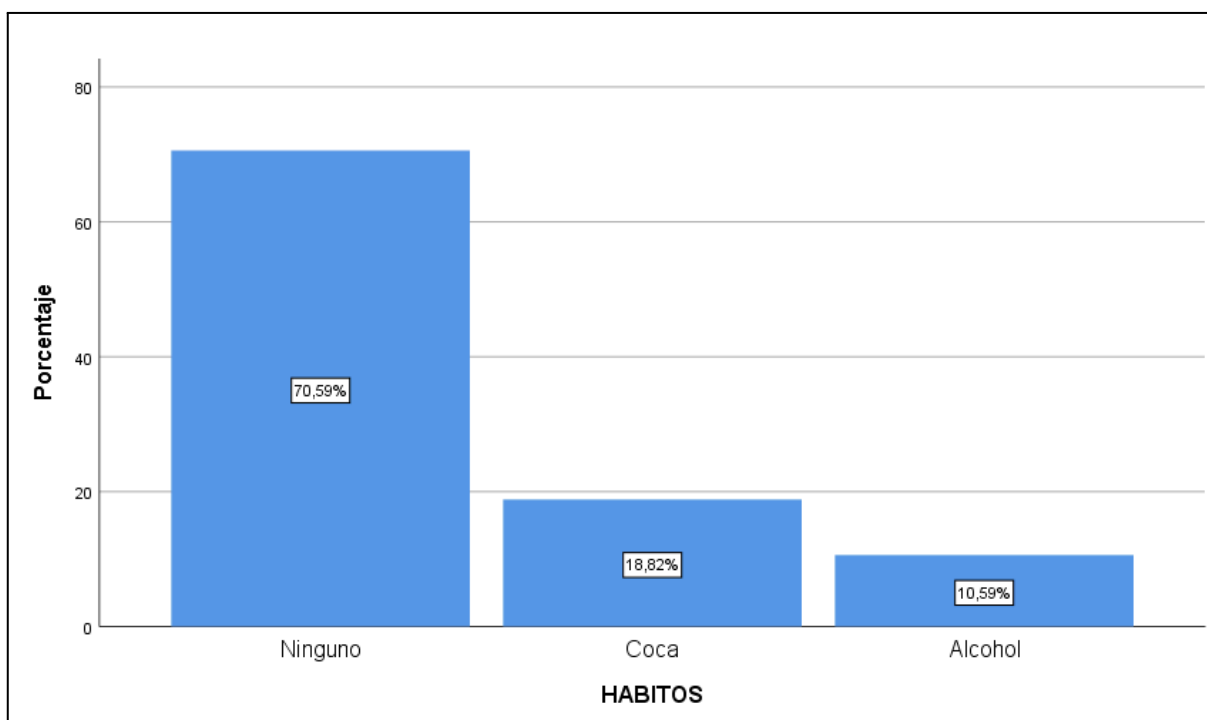


Figura 08: Hábitos del paciente pos apendicectomizado

Anexo 05: Matriz de datos

N°	SEXO	EDAD	PROC	APÉNDICE	DOLOR ABDOMINAL	SÍNTOMAS	CO MORBILIDADES	HÁBITOS
1	M	29	C.PLARO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
2	F	80	ACORA	PERFORADA	FID	FIEBRE	NINGUNA	COCA
3	M	18	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
4	F	42	HUANCANE	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN	FIEBRE	PREDIABETES	ALCOHOL
5	F	18	JULIACA	PERITONITIS	FID A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
6	M	26	JULIACA	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	ALCOHOL
7	M	20	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	ALCOHOL
8	F	19	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
9	M	48	JULIACA	PERITONITIS	FID	NÁUSEAS, VÓMITOS	PREDIABETES	ALCOHOL
10	F	27	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	ALCOHOL
11	M	23	JULIACA	SUPURADA	FID	FIEBRE	NINGUNA	ALCOHOL
12	M	25	JULIACA	SUPURADA	FID A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	PREDIABETES	ALCOHOL
13	M	43	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	ALCOHOL
14	M	18	JULIACA	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
15	M	26	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
16	F	57	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	OBESIDAD	NINGUNA
17	F	38	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
18	M	32	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
19	M	27	JULIACA	SUPURADA	FID A LA	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
20	M	43	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	FIEBRE	NINGUNA	NINGUNA
21	F	76	JULIACA	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN	FIEBRE	HIPERTENSIÓN	NINGUNA
22	M	22	CABANILLAS	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
23	F	39	MELGAR	SUPURADA	FID	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	COCA
24	M	55	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	HIPERTENSIÓN	NINGUNA
25	F	47	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
26	M	29	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
27	M	45	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
28	M	31	JULIACA	SUPURADA	FID A LA	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
29	M	19	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
30	M	38	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS	HIPERTENSIÓN	COCA
31	M	34	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
32	M	65	MELGAR	CONGESTIVA	DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
33	M	72	JULIACA	PERITONITIS	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	HIPERTENSIÓN	ALCOHOL
34	M	42	HUANCANE	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	ALCOHOL
35	M	27	PUTINA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
36	F	32	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	COCA
37	F	24	JULIACA	CONGESTIVA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA

38	M	26	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
39	M	29	HUANCANE	PERITONITIS	IRRADIACIÓN	VÓMITOS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
40	M	18	PUTINA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN A LA	VÓMITOS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
41	F	47	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	VÓMITOS	HIPERTENSIÓN	COCA
42	M	58	LIMA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS	HIPERTENSIÓN	ALCOHOL
43	F	25	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
44	F	39	PUTINA PUNCO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
45	F	46	HUANCANE	SUPURADA	FID	FIEBRE NÁUSEAS,	HIPERTENSIÓN	NINGUNA
46	M	57	HUANCANE	SUPURADA	FID	VÓMITOS	HIPERTENSIÓN	ALCOHOL
47	F	21	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
48	M	32	SANDIA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
49	F	30	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
50	M	29	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
51	F	28	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
52	M	29	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
53	F	43	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	ANOREXIA	NINGUNA	NINGUNA
54	M	29	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
55	M	29	VILQUECHICO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
56	F	18	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
57	F	31	HUANCANE	SUPURADA	FID	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
58	F	26	ACORA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
59	F	34	JULIACA	SUPURADA	FID	VÓMITOS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
60	M	65	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	VÓMITOS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
61	M	24	MUÑANI	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
62	F	21	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN A LA	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
63	M	32	JULIACA	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
64	M	19	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
65	M	50	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	ALCOHOL
66	F	18	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
67	M	26	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	VÓMITOS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
68	F	53	JULIACA	GANGRENOSA	FID	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
69	M	34	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
70	M	41	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	ALCOHOL
71	F	33	AZANGARO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
72	M	39	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN A LA	NÁUSEAS NÁUSEAS,	HIPERTENSIÓN	COCA
73	F	59	ORURILLO	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	ALCOHOL
74	M	25	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
75	M	26	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
76	M	42	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
77	M	32	TARAPOTO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA

78	M	21	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
79	F	19	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
80	M	58	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	HIPERTENSIÓN	ALCOHOL/COC A
81	F	27	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
82	M	48	HUANCANE	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
83	M	21	JULIACA	GANGRENOSA	A LA DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS, NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
84	M	19	JULIACA	GANGRENOSA	FID	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
85	M	52	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
86	M	30	TARACO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	HIPERTENSIÓN	NINGUNA
87	M	29	JULIACA	SUPURADA	FID	ANOREXIA	NINGUNA	ALCOHOL
88	M	55	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
89	F	38	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	HIPERTENSIÓN	ALCOHOL
90	M	29	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
91	F	55	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
92	M	38	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS FIEBRE,	NINGUNA	NINGUNA
93	M	30	CABANA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
94	F	57	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	ALCOHOL
95	M	34	JULIACA	GANGRENOSA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
96	F	31	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
97	M	29	PUNO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
98	F	80	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
99	F	32	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	ALCOHOL
100	F	18	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	ALCOHOL
101	M	18	JULIACA	GANGRENOSA	A LA DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
102	F	28	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
103	F	31	JULIACA	GANGRENOSA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
104	M	68	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	ALCOHOL
105	F	43	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
106	M	44	PUCARA	PERITONITIS	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	COCA
107	M	35	PUTINA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
108	M	57	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
109	M	18	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
110	F	19	JULIACA	PERITONITIS	FID	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
111	M	26	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
112	M	18	SANDIA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
113	F	34	PUNO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
114	F	33	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
115	M	24	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
116	F	36	JULIACA	GANGRENOSA	A LA DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
117	M	24	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
118	M	46	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	ALCOHOL

119	M	18	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
120	M	37	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
121	F	47	CABANILLAS	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	COCA
122	F	32	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
123	F	67	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
124	M	52	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
125	F	20	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
126	F	86	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
127	M	41	JULIACA	PERITONITIS	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
128	M	20	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN A LA	NÁUSEAS, NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
129	F	86	AZANGARO	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	COCA
130	F	37	LAMPA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
131	M	39	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
132	F	40	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
133	F	62	JULIACA	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
134	M	22	HUANCANE	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
135	F	18	JULIACA	PERITONITIS	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
136	F	40	ANANEA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
137	M	48	JULIACA	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS, NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
138	F	19	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
139	F	31	HUANCANE	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN A LA	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
140	F	40	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS, NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	ALCOHOL
141	F	29	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
142	M	41	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	HIPERTENSIÓN	NINGUNA
143	F	26	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
144	F	22	JULIACA	CONGESTIVA	IRRADIACIÓN A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
145	M	36	JULIACA	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
146	F	18	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
147	M	41	SAN MIGUEL	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
148	M	55	SAN MIGUEL	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
149	F	43	CALAPUJA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	FIEBRE NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	COCA
150	F	36	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS, VÓMITOS	HIPERTENSIÓN	COCA
151	F	21	JULIACA	SUPURADA	FID	FIEBRE	NINGUNA	NINGUNA
152	M	44	PUNO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
153	F	26	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
154	F	55	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
155	F	50	JULIACA	CONGESTIVA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	HIPERTENSIÓN	COCA
156	F	21	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
157	M	22	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
158	M	47	SAN MIGUEL	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
159	M	71	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA

160	M	51	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
161	F	22	JULIACA	SUPURADA	FID	ANOREXIA	NINGUNA	NINGUNA
162	F	37	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
163	F	19	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
164	M	31	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
165	M	42	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
166	F	26	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
167	F	23	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
168	M	28	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
169	F	57	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
170	M	22	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	FIEBRE	NINGUNA	NINGUNA
171	M	36	AZANGARO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
172	F	19	HUANCANE	SUPURADA	IRRADIACIÓN	FIEBRE	NINGUNA	NINGUNA
173	M	33	SAN MIGUEL	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
174	M	48	JULIACA	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
175	F	58	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
176	M	59	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
177	M	33	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN	FIEBRE	NINGUNA	NINGUNA
178	M	64	SAN MIGUEL	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	ALCOHOL
179	F	20	AZANGARO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
180	M	58	CARACOTO	SUPURADA	IRRADIACIÓN A LA	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
181	M	41	TARACO	PERITONITIS	DESCOMPRESIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	COCA
182	F	31	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
183	M	29	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
184	F	20	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
185	F	45	LAMPA	SUPURADA	IRRADIACIÓN A LA	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	COCA
186	F	35	JULIACA	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
187	M	56	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
188	F	18	JULIACA	GANGRENOSA	FID	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
189	M	26	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
190	F	52	HUANCANE	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
191	F	38	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
192	M	21	PUNO	GANGRENOSA	DESCOMPRESIÓN A LA	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
193	F	56	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
194	F	26	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
195	M	24	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	FIEBRE, NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
196	F	40	PUNO	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
197	F	40	SAN MIGUEL	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
198	F	37	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
199	M	65	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
200	M	77	SAN MIGUEL	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	HIPERTENSIÓN	COCA

201	M	27	HUANCANE	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
202	F	67	JULIACA	SUPURADA	FID	VÓMITOS	HIPERTENSIÓN	COCA
203	M	49	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
204	F	22	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
205	M	34	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
206	M	18	SAN MIGUEL	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
207	M	57	HUANCANE	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
208	F	22	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
209	F	31	JULIACA	SUPURADA	FID	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
210	M	63	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
211	F	38	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
212	M	35	JULIACA	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
213	F	45	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
214	F	19	HUANCANE	CONGESTIVA	A LA DESCOMPRESIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
215	F	34	SAN MIGUEL	GANGRENOSA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
216	F	22	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
217	F	23	SAN MIGUEL	SUPURADA	FID	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
218	F	40	JULIACA	SUPURADA	FID	VÓMITOS	HIPERTENSIÓN	NINGUNA
219	M	50	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
220	F	45	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	NINGUNA
221	M	28	JULIACA	GANGRENOSA	A LA DESCOMPRESIÓN	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
222	F	26	MELGAR	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
223	M	18	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
224	F	19	SAN MIGUEL	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
225	F	20	HUANCANE	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
226	M	35	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
227	M	30	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
228	F	31	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
229	F	39	SAN MIGUEL	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS NÁUSEAS,	NINGUNA	COCA
230	M	60	LAMPA	SUPURADA	FID	VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
231	F	46	PUTINA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
232	F	41	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
233	M	47	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	ALCOHOL
234	M	21	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
235	M	25	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
236	M	42	SAN MIGUEL	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	HIPERTENSIÓN	NINGUNA
237	F	19	HUANCANE	GANGRENOSA	A LA DESCOMPRESIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
238	F	81	SANDIA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	HIPERTENSIÓN	COCA
239	M	33	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
240	F	20	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
241	F	18	HUANCANE	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
242	F	27	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA

243	M	65	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
244	F	22	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
245	F	50	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
246	F	41	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
247	M	18	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
248	F	63	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
249	M	78	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS, VÓMITOS	HIPERTENSIÓN	ALCOHOL
250	F	49	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
251	F	65	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
252	M	68	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA
253	M	25	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS, VÓMITOS	NINGUNA	NINGUNA
254	M	31	JULIACA	SUPURADA	FID	NÁUSEAS	NINGUNA	NINGUNA
255	M	63	JULIACA	SUPURADA	IRRADIACIÓN	NÁUSEAS	NINGUNA	COCA

Anexo 06: Fotos

Foto 1. La investigadora en el área de archivo de historias clínicas



Foto 2. La investigadora empezando la jornada de vaciado de datos



Foto 3. La investigadora seleccionando las historias clínicas



Foto 4. La investigadora con la primera muestra de historias clínicas



Foto 5. La investigadora vaciando los datos a la ficha clínica

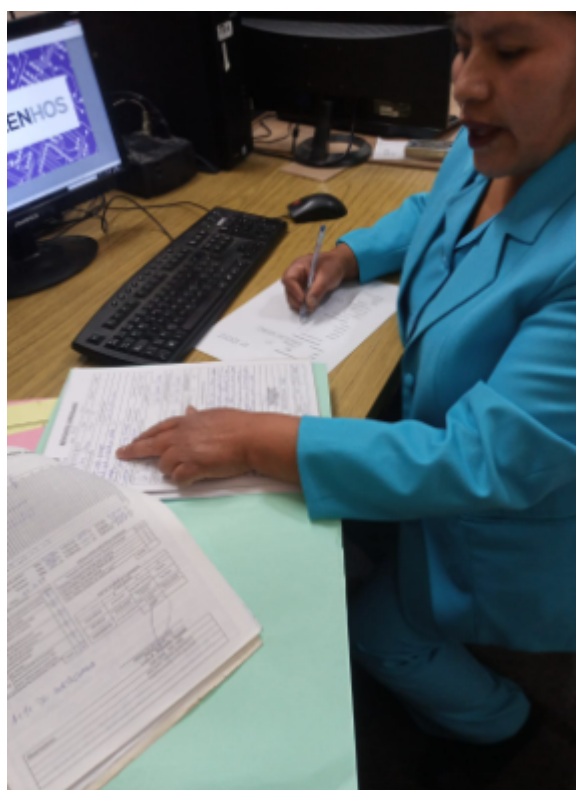


Foto 6. La investigadora mostrando la ficha clínica llenada

