



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



### **Atribución 4.0 Internacional**

Esta licencia permite que otros distribuyan, mezclen, adapten y construyan sobre su trabajo, incluso comercialmente, siempre que le reconozcan la creación original. Esta es la licencia más complaciente que se ofrece. Recomendado para la máxima difusión y uso de materiales con licencia.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

**CONSTANCIA**

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**Factores de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025**

Presentado por:

**FALCONI CORTEZ OSCAR MARCELO**

**ESTUDIANTE** del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **2%** por el cual se otorga el calificativo de:

**APROBADO**, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

**Observaciones:** Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 05 de marzo del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC**

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"  
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
"DANIEL ALCIDES CARRIÓN"



**Factores de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes  
tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el  
2022 al 2025**

**Línea de investigación**

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

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

**AUTOR:**

FALCONI CORTEZ OSCAR MARCELO

**ASESOR:**

DR. ALMEIDA GALINDO JOSE SANTIAGO

**ICA – PERÚ**

**2026**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, por guiar mi camino, brindarme fortaleza y permitirme culminar una etapa tan importante en mi vida profesional.

A mis padres, por su amor incondicional, sus enseñanzas y el esfuerzo constante que realizaron para que pudiera alcanzar mis metas. Gracias por ser mi ejemplo y mi mayor inspiración.

A mi pareja, por su amor, apoyo y comprensión durante todo este proceso, por acompañarme en cada momento y motivarme a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

A mi hijo que viene en camino, quien desde ahora se convierte en una de mis mayores motivaciones para seguir creciendo y esforzándome cada día más.

A mi abuela, por su cariño, sabiduría y por ser un ejemplo de amor y fortaleza.

A mis padrinos, por su cariño, sus consejos y el apoyo brindado a lo largo de mi vida.

Finalmente, a mi familia y a todas las personas que me acompañaron y creyeron en mí durante este importante camino.

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más profundo agradecimiento a Dios, por brindarme la vida, la fortaleza y la sabiduría necesarias para culminar satisfactoriamente esta importante etapa de mi formación profesional.

A mi asesor de tesis, por su valiosa orientación académica, dedicación y constante apoyo durante el desarrollo de la presente investigación. Sus conocimientos, experiencia y recomendaciones fueron fundamentales para la realización y culminación de este trabajo.

A las autoridades y docentes de la universidad, quienes a lo largo de mi formación profesional compartieron sus conocimientos, contribuyendo significativamente a mi desarrollo académico, científico y humano.

Asimismo, expreso mi agradecimiento a la institución de salud y al personal que colaboró en la ejecución de este estudio, por su disposición, apoyo y facilidades brindadas para la realización de la presente investigación.

De manera especial, agradezco a mis padres y a mi familia, por su amor incondicional, apoyo permanente y por ser el pilar fundamental que me motivó a perseverar en el logro de mis metas.

A mi pareja, por su comprensión, paciencia y constante apoyo durante este proceso académico.

A mi hijo que está por nacer, quien desde ahora se convierte en una de mis mayores motivaciones para seguir creciendo personal y profesionalmente.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron al desarrollo y culminación de esta investigación.

## INDICE

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| DEDICATORIA                     | 2  |
| AGRADECIMIENTO                  | 3  |
| ÍNDICE                          | 4  |
| ÍNDICE DE TABLAS                | 5  |
| ÍNDICE DE FIGURAS               | 6  |
| RESUMEN                         | 7  |
| ABSTRACT                        | 8  |
| CUERPO DEL INFORME FINAL        |    |
| <br>                            |    |
| I. INTRODUCCIÓN                 | 9  |
| II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA     | 27 |
| III. RESULTADOS                 | 30 |
| IV. DISCUSIÓN                   | 41 |
| V. CONCLUSIONES                 | 46 |
| VI. RECOMENDACIONES             | 47 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 48 |
| VIII. ANEXOS                    | 52 |

## Índice de tablas

|                                                                                                                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Edad asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                            | 30 |
| Tabla 2. Sexo asociado al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                            | 31 |
| Tabla 3. Procedencia asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                     | 32 |
| Tabla 4. Grado de instrucción asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                            | 33 |
| Tabla 5. Diabetes mellitus asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                               | 34 |
| Tabla 6. Exceso de peso asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                  | 35 |
| Tabla 7. Estreñimiento asociado al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                   | 36 |
| Tabla 8. VIH/SIDA asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                        | 37 |
| Tabla 9. Consumo de tabaco asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                               | 38 |
| Tabla 10. Consumo de alcohol asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                             | 39 |
| Tabla 11. Regresión logística de los factores de riesgo demográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025 | 40 |

## Índice de figuras

|                                                                                                                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Edad asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                            | 30 |
| Figura 2. Sexo asociado al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                            | 31 |
| Figura 3. Procedencia asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                     | 32 |
| Figura 4. Grado de instrucción asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                            | 33 |
| Figura 5. Diabetes mellitus asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                               | 34 |
| Figura 6. Exceso de peso asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                  | 35 |
| Figura 7. Estreñimiento asociado al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                   | 36 |
| Figura 8. VIH/SIDA asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                                        | 37 |
| Figura 9. Consumo de tabaco asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                               | 38 |
| Figura 10. Consumo de alcohol asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025                                                                             | 39 |
| Figura 11. Regresión logística de los factores de riesgo demográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025 | 40 |

## Resumen

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025. **Metodología.** Investigación de tipo observacional, transversal, retrospectivo y analítico, de nivel relacional, con diseño de casos y controles. En 96 casos (Paciente adulto mayor de 14 años que presente absceso perineal) con 192 controles (Paciente adulto mayor de 14 años que no presente absceso perineal). Datos obtenidos desde las historias clínicas y tratadas en el programa estadístico SPSS v29. Los factores que se encuentran independientemente asociadas al absceso perianal son: Edad 41 a 65 años  $p= 0,000$  ORa= 4,240 (IC95%: 2,171-8,282), Sexo masculino  $p= 0,028$  ORa= 2,119 (IC95%: 1,082-4,149), Tener grado de instrucción primaria o secundaria  $p= 0,001$  ORa= 3,162 (IC95%: 1,593-6,278), Tener diabetes mellitus 2  $p= 0,001$  ORa= 4,750 (IC95%: 1,826-12,354) el Exceso de peso  $p=0,000$  ORa= 2,930 (IC95%: 1,604-5,354), el estreñimiento  $p= 0,013$  ORa= 2,210 (IC95%: 1,185-4,123), tener VIH/SIDA  $p= 0,020$  ORa= 12,130 (IC95%: 1,492-98,601), Consumo de tabaco  $p= 0,007$  ORa= 3,005 (IC95%: 1,343-6,724), Consumo de alcohol  $p= 0,003$  ORa= 3,164 (IC95%: 1,485-6,738). La procedencia no mostró asociación significativa  $p= 0,521$ . **Conclusiones:** Los factores de riesgo demográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos están asociados al absceso perianal, mientras que la procedencia no demostró asociación estadística.

**Palabras clave:** Factores. Riesgo, asociados, absceso perianal.

## Abstract

**Objective:** To determine the risk factors associated with perianal abscess in patients treated at the Hospital Santa María del Socorro between 2022 and 2025. **Methodology:** This was an observational, cross-sectional, retrospective, and analytical study with a relational level and a case-control design. The study included 96 cases (patients older than 14 years presenting with perineal abscess) and 192 controls (patients older than 14 years without perineal abscess). Data were obtained from medical records and analyzed using the statistical software SPSS v29. The factors independently associated with perianal abscess were: Age 41–65 years ( $p = 0.000$ ; adjusted OR = 4.240; 95% CI: 2.171–8.282) Male sex ( $p = 0.028$ ; adjusted OR = 2.119; 95% CI: 1.082–4.149) Primary or secondary education level ( $p = 0.001$ ; adjusted OR = 3.162; 95% CI: 1.593–6.278) Type 2 diabetes mellitus ( $p = 0.001$ ; adjusted OR = 4.750; 95% CI: 1.826–12.354) Overweight ( $p = 0.000$ ; adjusted OR = 2.930; 95% CI: 1.604–5.354) Constipation ( $p = 0.013$ ; adjusted OR = 2.210; 95% CI: 1.185–4.123) HIV/AIDS ( $p = 0.020$ ; adjusted OR = 12.130; 95% CI: 1.492–98.601) Tobacco use ( $p = 0.007$ ; adjusted OR = 3.005; 95% CI: 1.343–6.724) Alcohol consumption ( $p = 0.003$ ; adjusted OR = 3.164; 95% CI: 1.485–6.738) Place of origin did not show a statistically significant association ( $p = 0.521$ ). **Conclusions:** Demographic and epidemiological risk factors, as well as harmful habits, are associated with perianal abscess, whereas place of origin did not demonstrate a statistically significant association.

**Keywords:** Factors; risk; associated; perianal abscess.

## I. INTRODUCCIÓN

### **Planteamiento del problema**

Los abscesos rectales intramurales constituyen una entidad clínica poco frecuente, con una prevalencia que oscila entre el 2% y el 5%. Este tipo de absceso se observa principalmente en adultos jóvenes, existiendo una relación de dos varones por cada mujer afectada. En Estados Unidos, se calcula que anualmente ocurren alrededor de 100,000 casos de infecciones anorrectales. Tanto los abscesos anales como las fístulas suelen diagnosticarse hacia los 40 años de edad, aunque el rango de aparición abarca desde los 20 hasta los 60 años<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista etiológico, los abscesos anorrectales se clasifican como primarios cuando derivan de un origen criptoglandular, mientras que se consideran secundarios si están asociados a patologías subyacentes, tales como la enfermedad de Crohn, tuberculosis, antecedentes de traumatismos, intervenciones quirúrgicas anorrectales previas, neoplasias malignas del canal anal o rectal, exposición a radioterapia, linfomas, leucemias, entre otros factores<sup>2</sup>.

En cuanto a la presentación clínica, el absceso anal suele manifestarse como un síndrome doloroso en la región anal, caracterizado por una progresión gradual y un aumento de la intensidad del dolor en el transcurso de pocos días<sup>3</sup>.

En Europa, la incidencia del absceso perianal se sitúa entre 8,6 y 10 casos anuales por cada 100,000 habitantes, observándose una clara prevalencia en el sexo masculino, con una relación aproximada de 1,8 a 2 hombres por cada mujer afectada<sup>4</sup>.

Por otro lado, se estima que más del 30% de quienes padecen enfermedad de Crohn desarrollarán complicaciones perianales a lo largo de su evolución clínica. La gran mayoría de los abscesos perianales—alrededor del 95%—tienen su origen en la obstrucción y posterior infección de las glándulas anales; no obstante, existen causas adicionales, entre las que se incluyen la enfermedad de Crohn, antecedentes de traumatismos, intervenciones quirúrgicas previas en la región y procesos tumorales. Entre los principales factores que incrementan el riesgo de desarrollar esta condición se encuentran el sexo masculino, el sobrepeso u obesidad y el consumo de tabaco<sup>5</sup>.

En lo que respecta a Ecuador, la fístula anorrectal se identifica como una de las patologías anales más frecuentes, afectando a 2 de cada 10,000 personas en la población general<sup>6</sup>.

En el contexto mexicano, se ha reportado que entre el 30% y el 50% de los casos de absceso perianal evolucionan finalmente hacia la formación de una fístula anal. Tanto el absceso anal como la fístula suelen manifestarse alrededor de los 40 años de edad, con un rango de aparición comprendido entre los 20 y los 60 años. Además, los varones presentan el doble de probabilidad de desarrollar estas patologías en comparación con las mujeres<sup>7</sup>.

En Costa Rica, se observa que más del 90% de las fístulas anorrectales tienen su origen en un absceso criptoglandular, el cual propicia la formación de trayectos fistulosos a través de la supuración y la alteración anatómica de los tejidos implicados. La fístula puede permanecer como una condición crónica o, en ciertos casos, evolucionar hacia un absceso perianal. La edad típica al momento del primer diagnóstico es de 40 años, y existe una fuerte asociación con el sexo masculino como factor predisponente. Asimismo, se ha documentado que el tabaquismo incrementa la probabilidad de desarrollar fístulas anorrectales<sup>8</sup>.

En el Perú, las afecciones anales representan la principal indicación de intervención quirúrgica en personas que viven con VIH, llegando a presentarse en hasta un 34% de los pacientes. En el 90% de estos episodios, la causa está relacionada con la obstrucción no especificada de las criptas glandulares del recto y del ano, lo que favorece la infección subsiguiente; adicionalmente, factores como el trauma local y la inflamación crónica pueden contribuir a su aparición<sup>9</sup>.

Debido a que se trata de una enfermedad poco estudiada y con grandes repercusiones en la salud de los enfermos que incluso pueden complicarse con gangrenas extensas de larga evolución es que desarrollaremos esta investigación enfocando nuestro objetivo en los factores de riesgo que se asocian a esta patología.

## **Antecedentes de la investigación**

### **Antecedente internacional**

Dong S<sup>10</sup>. En 2023 se llevó a cabo una investigación centrada en identificar los factores que inciden en el desenlace posquirúrgico de los abscesos perianales. El objetivo principal fue analizar de qué manera las características clínicas, así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos implementados, repercutían en la aparición de recurrencias tras la cirugía y en el desarrollo de fístulas anales. Para ello, se recolectaron y analizaron datos clínicos provenientes de 394 individuos con diagnóstico de absceso perianal. Los hallazgos, obtenidos a través de modelos de regresión logística tanto univariada como multivariada, demostraron que la magnitud de la cavidad abscesual constituía un determinante relevante para la recurrencia posoperatoria (OR = 2,544, IC 95%: 1,087-5,954, p = 0,031). Asimismo, la técnica quirúrgica aplicada emergió como otro factor significativo (OR = 2,180, IC 95%: 1,091-4,357, p = 0,027). En síntesis, el estudio concluyó que una evaluación preoperatoria exhaustiva de la extensión del absceso, así como la selección precisa de la estrategia quirúrgica destinada a tratar la infección glandular implicada, resultan esenciales para disminuir la tasa de recurrencias tras la intervención.

Wei P<sup>11</sup>. Un estudio de cohorte poblacional llevado a cabo en 2023 exploró la posible asociación entre la aparición de abscesos perianales y un incremento en el riesgo de desarrollar

diabetes mellitus tipo 2. El propósito principal de esta investigación fue determinar si la presencia de un absceso perianal podría interpretarse como un estado prediabético o representar una manifestación inicial de la enfermedad. Para abordar esta cuestión, se utilizaron registros provenientes de la Base de Datos Longitudinal del Seguro Médico de 2000, incluyendo información clínica de 1,419 adultos diagnosticados con absceso perianal. A fin de conformar los grupos de comparación y de estudio, se seleccionaron aleatoriamente 7,095 participantes. En cuanto a los resultados, se observó una incidencia de diabetes de 1,87 por cada 100 personas-año (IC 95%: 1,74-2,01). La proporción de individuos diagnosticados con absceso perianal fue de 3,00 (IC 95%: 2,60-3,43), frente a 1,65 (IC 95%: 1,52-1,79) reportada en el grupo de control. Mediante un análisis de riesgos proporcionales de Cox estratificado, se identificó que quienes presentaban un absceso perianal tenían una probabilidad significativamente mayor de recibir un diagnóstico de diabetes en comparación con los sujetos del grupo control durante un periodo de seguimiento de cinco años (índice de riesgo = 1,80, IC 95%: 1,50-2,16,  $p < 0,001$ ). En definitiva, estos resultados ponen de manifiesto que los individuos con antecedentes de absceso perianal enfrentan un riesgo incrementado de desarrollar diabetes tipo 2 dentro de los cinco años posteriores al diagnóstico del absceso.

Bauta Desdin JL<sup>12</sup>. Incisión y drenaje de abscesos anorrectales en el Hospital General de Sabya, Arabia Saudita, 2022. Objetivo: El propósito de este estudio fue examinar la trayectoria clínica de los pacientes y los resultados obtenidos tras la intervención quirúrgica en casos de abscesos anorrectales. Metodología: Se diseñó una serie de casos observacional que incluyó a 118 pacientes diagnosticados con absceso anorrectal, todos ellos tratados en el Hospital General de Sabya, Arabia Saudita. Resultados: Se observó una clara predominancia masculina, representando los varones el 66,1% de los casos, mientras que el rango de edad de mayor frecuencia correspondió a los 21-30 años (35,5%). La localización más habitual de los abscesos fue la región perianal, con una incidencia del 75,4%. Entre las comorbilidades identificadas, destacaron la obesidad (22,0%) y la diabetes mellitus (17,7%) como las más prevalentes. *Escherichia coli* fue el patógeno más comúnmente aislado en las muestras obtenidas (81,3%). La recurrencia con posterior formación de fístula anal se documentó en el 14,4% de los pacientes; el resto evolucionó de manera satisfactoria y fue dado de alta sin complicaciones adicionales. Conclusión: El reconocimiento precoz y la intervención quirúrgica oportuna en los abscesos anorrectales favorecen desenlaces clínicos positivos y contribuyen a reducir la aparición de complicaciones que podrían requerir tratamientos quirúrgicos adicionales.

Sarofim M<sup>13</sup>. Una revisión publicada en 2022, titulada “Una perspectiva desde un estudiante sobre el manejo y la recurrencia del absceso perianal”, tuvo como finalidad analizar las estrategias terapéuticas empleadas en la actualidad para abordar los abscesos perianales, así

como determinar los factores que predicen la aparición de fístulas y la recurrencia de la patología. Para ello, se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con episodios agudos, valorando variables demográficas, parámetros clínicos y datos de laboratorio. Los hallazgos evidenciaron que la edad media de los afectados era de 43 años, predominando el sexo masculino en el 73% de los casos. Se detectó una tasa de recurrencia del 31%, referida a la formación de fístulas o abscesos que requirieron intervenciones quirúrgicas adicionales. En cuanto a las comorbilidades, aproximadamente un tercio de los pacientes presentaba condiciones como enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes o procesos malignos, las cuales incrementaron de manera significativa el riesgo de recurrencia ( $p = 0,01$ ). En síntesis, se concluyó que la presencia de fiebre, diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal o diabetes eleva la probabilidad de que los pacientes experimenten episodios recurrentes de absceso o desarrollen fístulas tras el drenaje inicial.

Adamo, K. et al<sup>14</sup>. Riesgo de absceso perianal en diabetes tipo 1 y tipo 2 y el efecto de un mal control glucémico (2021). Propósito: Este estudio se propuso determinar si la falta de un control óptimo de los niveles de glucosa sanguínea incrementa la probabilidad de aparición de abscesos perianales. Métodos: Se emplearon análisis estadísticos univariados y multivariados para valorar la influencia de variables como el tipo de diabetes, la hemoglobina glucosilada (HbA1c), el índice de masa corporal (IMC) y diversas complicaciones vinculadas a la diabetes, considerando estos factores como independientes dentro de los modelos de riesgo. Hallazgos: Ajustando los resultados por HbA1c, edad y sexo, se observó que las personas diagnosticadas con diabetes tipo 1 exhibían una menor predisposición a desarrollar absceso perianal que aquellas con diabetes tipo 2 (OR: 0,65; IC 95%: 0,57-0,73). Asimismo, se identificó que los pacientes diabéticos cuyo IMC superaba el umbral de 25 presentaban un riesgo significativamente mayor de desarrollar abscesos perianales en comparación con quienes mantenían un IMC inferior, aumentando este riesgo de manera proporcional al incremento del IMC, con un OR de 1,3. Además, se constató una asociación positiva entre los valores elevados de HbA1c y la incidencia de abscesos perianales. Conclusión: Un control deficiente de la glucemia emerge como un factor determinante que incrementa el riesgo de desarrollar absceso perianal.

### **Antecedente nacional**

Fiestas Córdova, J<sup>15</sup>. Absceso perianal y gangrena de Fournier: experiencia en el tratamiento. Experiencia en el Hospital de Santa Rosa en Piura en el año 2020. Hospital II-2. Propósito: El objetivo principal de este estudio fue analizar la experiencia clínica adquirida en el manejo de pacientes diagnosticados con gangrena de Fournier. Método: Se diseñó una investigación de tipo observacional, descriptiva, transversal y retrospectiva, en la que se revisaron los registros médicos de 28 individuos tratados por esta patología. Hallazgos: Al momento de la

presentación, el 75% de los casos se encontraba asociado a la presencia de abscesos anorrectales o de origen genitourinario. En cuanto a la sintomatología predominante, el 71,4% de los pacientes refirió dolor perianal y el 78,6% presentó fiebre. Se identificó eritema en la región perineal en el 67,9% y edema escrotal o vulvar en el 57,1% de los casos analizados. Por otra parte, se constató que el 57% de los pacientes con diagnóstico de gangrena de Fournier tenía antecedentes de diabetes mellitus. Conclusión: En esta serie de 28 casos, en su mayoría hombres mayores de 60 años, el foco infeccioso predominante fue de origen anorrectal y genitourinario. Los síntomas principales incluyeron fiebre, dolor localizado en la región perianal, así como edema y eritema genital. Destaca la alta frecuencia de diabetes mellitus como comorbilidad asociada en esta población.

Regalado Altamirano, J<sup>16</sup>. Antecedentes y comorbilidades vinculadas al absceso perineal complicado con Gangrena de Fournier en pacientes del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2021. Objetivo: El propósito fundamental de esta investigación consistió en determinar qué antecedentes personales y comorbilidades se asocian de manera significativa con la aparición de gangrena de Fournier. Material y métodos: El estudio adoptó un diseño observacional, retrospectivo y analítico, estructurado bajo un enfoque de casos y controles. La población evaluada abarcó 308 personas, distribuidas en 77 casos confirmados y 231 controles. Resultados: El análisis multivariado evidenció que la diabetes mellitus (OR: 6,17; IC 95%: 3,11-12,26; p=0,000), la obesidad (OR: 2,73; IC 95%: 1,02-7,29; p=0,045) y la presencia de enfermedad urogenital (OR: 7,07; IC 95%: 2,38-20,98; p=0,000) fueron los factores que mostraron la mayor asociación con el desarrollo de gangrena de Fournier. Además, se identificó que el sexo femenino representó un factor protector frente a esta condición (OR: 0,20; IC 95%: 0,10-0,42; p=0,000). Conclusión: El análisis permitió establecer que patologías como la diabetes mellitus, la obesidad, las cardiopatías, la inmunosupresión y las enfermedades urogenitales se encuentran significativamente relacionadas con la aparición de gangrena de Fournier; en contraste, pertenecer al sexo femenino reduce el riesgo de desarrollar esta afección.

Scarsi Mejía, V<sup>17</sup>. Relaciones sexuales ano receptivas como factor de riesgo asociado al desarrollo de absceso anorrectal en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital de Ventanilla (2023). Objetivo: El propósito de este trabajo fue investigar la relación existente entre la práctica de relaciones sexuales ano receptivas y la aparición de abscesos anorrectales en individuos con VIH/SIDA. Se ha identificado que tanto hombres heterosexuales como homosexuales que viven con VIH/SIDA tienden a involucrarse con mayor frecuencia en prácticas de sexo ano receptivo, lo que constituye un factor relevante que incrementa la morbilidad al favorecer la aparición de enfermedades perianales, como el absceso perianal. En este contexto, las patologías anales representan la indicación quirúrgica más habitual en esta

población, llegando a requerir intervención hasta en un 34% de los pacientes. Resultados: Se estableció que el 90% de los abscesos anorrectales tienen su origen en la obstrucción inespecífica de las criptas glandulares situadas en el recto y el ano, seguida de infección subsecuente, así como por traumas o procesos inflamatorios crónicos. El estado de inmunosupresión característico de los pacientes con VIH/SIDA incrementa la propensión a que la infección se disemine, ya sea a nivel local o sistémico. Además, la práctica reiterada de sexo ano receptivo puede facilitar la generación de microtraumatismos y una inflamación rectal persistente, contribuyendo así al desarrollo de abscesos. Conclusión: Se ha observado un aumento en las readmisiones hospitalarias por absceso perianal entre pacientes con infección por VIH durante los dos primeros años tras el diagnóstico, así como una mayor incidencia de gangrena de Fournier y sepsis cuyo origen se sitúa en la región perianal.

Mendoza C<sup>18</sup>. Durante el año 2019, se desarrolló una investigación en el Servicio de Cirugía General del Hospital Santa Rosa de Piura, cuyo objetivo fue caracterizar la patología anorrectal benigna en la población atendida. Se empleó un enfoque observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, incluyendo a todos los pacientes diagnosticados con lesiones anorrectales benignas. Tras la exclusión de tres historias clínicas incompletas, la muestra definitiva estuvo compuesta por 81 casos. Los resultados indicaron que la edad promedio de los pacientes fue de  $34,43 \pm 19,56$  años, con un rango etario comprendido entre 9 y 97 años. La distribución por sexo mostró un leve predominio masculino (55,6%), mientras que la mayoría de los pacientes procedían de áreas rurales (56,8%). En cuanto a la sintomatología, el dolor fue el motivo de consulta más frecuente (87%), seguido por el sangrado (77%), el prurito (45%), la secreción (38%) y la presencia de tumor en región glútea (12%). En relación con la etiología, las hemorroides constituyeron la patología más prevalente (46,9%), seguidas de fisuras anales (21%), fístulas perianales (19,8%) y abscesos perianales (12,3%). En síntesis, las principales características sociodemográficas halladas en esta serie fueron una edad media de  $34,43 \pm 19,56$  años, un leve predominio del sexo masculino y una mayor frecuencia de origen rural.

### **Locales**

Espino Elias, F<sup>19</sup>. Epidemiología, tratamiento y evolución de los pacientes con absceso perianal tratados en el Hospital Regional de Ica 2021 al 2023. El propósito de este estudio fue analizar los componentes epidemiológicos, las estrategias terapéuticas aplicadas y la evolución clínica de los pacientes diagnosticados con absceso perianal. Metodología: Se diseñó una investigación observacional, transversal, retrospectiva y descriptiva, enfocada en una cohorte de 191 pacientes con diagnóstico de absceso perineal. Resultados: Se observó que la mayor incidencia de abscesos perineales se presentó en el grupo etario de 40 a 59 años (55,5%), seguido por el segmento de 60 años o más (31,9%) y, en menor medida, entre quienes tenían entre 20 y 39

años (12,6%). La mayoría de los casos correspondió a varones (90,6%). En cuanto al nivel educativo, el 49,7% de los pacientes tenía instrucción secundaria, el 34,6% contaba con estudios superiores y el 15,7% presentaba educación primaria. Respecto al estado nutricional, el 12% de la muestra era obesa, el 46,1% tenía sobrepeso y el 41,9% se encontraba dentro del rango de peso normal; adicionalmente, el 19,4% padecía diabetes mellitus tipo 2. Al analizar el tratamiento recibido, el 48,2% de los pacientes se encontraba en fase de flemón, el 39,3% en etapa de absceso y el 12,6% experimentó drenaje espontáneo. La debridación quirúrgica se utilizó como principal técnica en el 77,5% de los casos, mientras que la colostomía se realizó en el 22,5%. El tiempo quirúrgico fue inferior a una hora en el 68,6% de las intervenciones. En cuanto a la evolución clínica, un 30,4% de los pacientes desarrolló gangrena de Fournier y en el 40,3% se produjo fistula perineal. La estancia hospitalaria fue prolongada, ya que el 66% de los casos requirió una hospitalización de siete días o más. Conclusión: El perfil típico de los pacientes con absceso perianal atendidos en este centro se caracteriza por edades comprendidas entre 40 y 59 años, predominio masculino, bajo nivel educativo, alta frecuencia de sobrepeso y presencia frecuente de diabetes. El drenaje quirúrgico fue la intervención más común, y una proporción considerable de pacientes evolucionó hacia complicaciones como gangrena de Fournier o fístula perineal, requiriendo en muchos casos estancias hospitalarias extendidas.

### **Marco teórico**

Un absceso perianal es una colección localizada de pus en los tejidos que rodean el ano, resultado de una infección aguda de las glándulas anales criptoglandulares. Estas glándulas, ubicadas en el canal anal, se obstruyen y permiten la proliferación bacteriana (principalmente flora intestinal mixta como *Escherichia coli*, *Bacteroides* spp. y *Staphylococcus aureus*), formando una cavidad supurativa dolorosa. Es la manifestación aguda más común de la enfermedad anal séptica y su principal complicación es la formación de una fístula anal (30-50% de los casos)<sup>20</sup>.

Epidemiología: Afecta aproximadamente a 1-2 de cada 10,000 personas anualmente. Representa una de las afecciones anorrectales más comunes que requieren intervención quirúrgica de urgencia. Es 2-3 veces más frecuente en hombres que en mujeres. Presenta una distribución bimodal, con picos en la tercera y quinta décadas de la vida. No existe una predilección étnica clara<sup>20</sup>.

La inflamación de las glándulas criptoglobulares es responsable de aproximadamente el 90% de los casos idiopáticos de abscesos perianales. Estas lesiones se localizan predominantemente en la región posterior y en el espacio interesfintérico, coincidiendo con la ubicación anatómica de las glándulas anales. En el Reino Unido, la incidencia anual de absceso perianal se calcula entre 14,000 y 20,000 casos, cifra que se traduce en alrededor de 12,500 intervenciones quirúrgicas realizadas anualmente por el NHS. Sin embargo, es posible que la incidencia verdadera sea aún

mayor, ya que numerosos pacientes en la comunidad son tratados exclusivamente con antibióticos, lo que puede dar lugar a la resolución espontánea o a la supuración espontánea de algunos abscesos<sup>21</sup>.

Por otra parte, los abscesos perianales afectan al doble de hombres en comparación con mujeres, siendo la edad promedio de aparición cercana a los 40 años para ambos géneros. Entre los factores de riesgo identificados para el desarrollo de este tipo de abscesos destacan la presencia de enfermedades inflamatorias intestinales, la infección por VIH y el hábito tabáquico. En cuanto a la manifestación clínica, la hinchazón perianal —que puede observarse en hasta un 60% de los casos— y la variante isquiorrectal constituyen las presentaciones más frecuentes<sup>21</sup>.

La **fisiopatología** del absceso perianal es un proceso dinámico que va más allá de la simple "infección de una glándula". Representa la culminación de una falla en los mecanismos de defensa locales, desencadenada por una obstrucción anatómica y perpetuada por la respuesta inflamatoria del huésped. Su comprensión es esencial para predecir su comportamiento, guiar su tratamiento y anticipar su principal complicación: la fístula anal.

El Modelo Clásico Criptoglandular y la Secuencia Infecciosa. La teoría predominante, propuesta por Parks en 1961, sostiene que la gran mayoría de los abscesos perianales idiopáticos se originan en una infección de las glándulas anales criptoglandulares. Esta secuencia se desarrolla en una serie de pasos críticos<sup>22</sup>:

Obstrucción del Conducto Glandular (El Evento Inicial):

Las glándulas de Hermann y Desfosses (6-10 en promedio) desembocan en las criptas anales, a nivel de la línea dentada. Su conducto atraviesa la capa interna del esfínter anal para terminar en el espacio interestintérico.

El conducto puede obstruirse por material fecal impactado, detritus celulares o edema inflamatorio secundario a microtraumatismos (diarrea, estreñimiento, paso de heces duras). Esta obstrucción crea un espacio cerrado<sup>22</sup>.

Estasis y Proliferación Bacteriana (La Incubación): Con el drenaje impedido, la secreción glandular normal se acumula. Este medio rico en nutrientes se convierte en un caldo de cultivo ideal para la flora bacteriana mixta que asciende desde el recto o que ya coloniza la glándula. Predominan bacterias aerobias (*Escherichia coli*, *Streptococcus* spp.) y anaerobias (*Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus*)<sup>23</sup>.

Invasión y Propagación a Través de Planos Anatómicos (La Invasión):

La proliferación bacteriana supera las defensas inmunológicas locales (principalmente inmunoglobulina A secretora en la mucosa). La infección, confinada inicialmente en la glándula, genera enzimas proteolíticas y factores de virulencia que le permiten:

Perforar la pared del conducto glandular.

Diseminarse a lo largo de los planos de menor resistencia anatómica del espacio perianal. La dirección de esta diseminación determina el tipo de absceso:

Hacia abajo → Absceso subcutáneo o marginal (el más superficial).

Lateralmente, a través del esfínter anal externo → Absceso isquiorrectal (el más común).

Hacia arriba, en el espacio interestintérico → Absceso interestintérico.

Hacia arriba, por encima del elevador del ano → Absceso supraelevador o pelvirrectal (el más raro y complejo)<sup>23</sup>.

Formación del Absceso y Respuesta Inflamatoria Sistémica (La Consolidación):

El sistema inmunológico monta una respuesta masiva. Los neutrófilos migran al sitio, fagocitan bacterias y liberan enzimas líticas, contribuyendo a la liquefacción del tejido y la formación de pus. El organismo intenta delimitar la infección formando una pared de granulación (piogénica). Sin embargo, la presión intra-abscesal aumenta rápidamente debido al pus atrapado en un espacio fascial no distensible, causando el dolor intenso y pulsátil característico. Si la carga bacteriana es alta o la contención falla, pueden desencadenarse bacteriemia y respuesta inflamatoria sistémica (SIRS/sepsis)<sup>24</sup>.

Abscesos isquiorrectales: Dentro del espectro de abscesos anorrectales, los isquiorrectales representan la segunda variante en frecuencia, superados únicamente por los abscesos perianales. Estos se distinguen por el desarrollo de una región endurecida y enrojecida en la zona inferior de las nalgas, característica que suele acompañarse de un dolor intenso. No obstante, la intensidad del dolor puede oscilar e incluso, en ciertas ocasiones, estar ausente. En comparación con los abscesos perianales, la presencia de fiebre y leucocitosis es más habitual en este tipo de abscesos<sup>25</sup>.

Para determinar con precisión el punto óptimo de drenaje, la aspiración con aguja fina constituye un recurso diagnóstico valioso. Como pauta general para todos los abscesos localizados en el margen anal, se aconseja realizar la incisión lo más próxima posible al ano, con el objetivo de limitar la formación de cicatrices, facilitar el manejo de eventuales fístulas y acortar la duración del tratamiento. Las estrategias empleadas para el drenaje no difieren significativamente de las aplicadas a otros tipos de abscesos; sin embargo, el avance de la infección suele requerir el uso de anestesia general o local conforme el proceso se disemina<sup>25</sup>.

Cuando se desarrolla una acumulación purulenta entre el esfínter anal externo y el músculo elevador del ano, justo en la línea media posterior, el proceso diagnóstico puede tornarse complejo. Esta dificultad surge porque estos abscesos, por lo general, no presentan signos externos evidentes; el paciente, en consecuencia, suele experimentar dolor agudo y fiebre, aunque la imposibilidad de realizar una exploración rectal efectiva puede inducir a diagnósticos erróneos, como confundir el cuadro con una fisura anal<sup>26</sup>.

No obstante, la evolución desfavorable del paciente y la aparición de fiebre persistente suelen ayudar a despejar la incertidumbre, y una punción efectuada en el rafe anococcígeo permite obtener material purulento que confirma el diagnóstico. Dentro de este grupo destaca una forma particular, el absceso isquiorrectal en herradura, cuya gestión terapéutica resulta especialmente

compleja. El abordaje de esta variante suele requerir anestesia ya sea local o general y, para prevenir recurrencias, se recomienda la colocación de un taponamiento durante 48 horas<sup>26</sup>.

Entre los esfínteres: Esta forma de absceso también se origina en las criptas, pero la infección se propaga en sentido ascendente, atravesando la superficie interesfintérica en lugar de diseminarse por la submucosa. Por lo general, no se observan manifestaciones externas evidentes, siendo el dolor el síntoma predominante, mientras que la fiebre es infrecuente<sup>27</sup>.

Mediante la palpación rectal es posible identificar una colección purulenta adosada a la pared rectal. Tanto la anoscopia como la proctoscopia pueden resultar poco concluyentes en el diagnóstico. Por este motivo, el tratamiento se realiza intrarrectalmente, eliminando tanto el absceso como la cripta afectada. Para controlar el sangrado, las heridas se suturan parcialmente, pero se dejan abiertas en su mayor parte<sup>27</sup>.

Los abscesos que ascienden hacia el espacio supraelevador constituyen menos del 5% de los abscesos anorrectales. No solo pueden originarse por la extensión de un absceso interesfintérico que progresa desde las criptas infectadas, sino también presentarse como consecuencia de patologías pélvicas subyacentes, como la enfermedad de Crohn, afecciones inflamatorias pélvicas o diverticulitis del colon. Entre los síntomas más comunes figuran el dolor, fiebre y la presencia de leucocitosis<sup>28</sup>.

La comprensión detallada de los mecanismos patogénicos resulta fundamental para seleccionar el tratamiento más adecuado. Si el absceso surge a raíz de una enfermedad pélvica, el drenaje debe realizarse a través de la vagina o el recto; de lo contrario, se incrementa el riesgo de formación de una fístula extraesfintérica. Además, el manejo debe contemplar el tratamiento simultáneo de la patología pélvica subyacente. En contraste, si el material purulento proviene del área rectal, el drenaje debe dirigirse hacia el exterior<sup>28</sup>.

#### Limitaciones del Modelo Lineal y Factores Modificadores Críticos

Si bien el modelo criptoglandular es elegante y explica la mayoría de los casos, una visión crítica revela sus simplificaciones y la influencia determinante de factores del huésped.

Enfermedad de Crohn: La fisiopatología es inmunomediada, no obstructiva. Una úlcera aftoide en el canal anal sirve como puerta de entrada, desencadenando una respuesta inflamatoria granulomatosa transmural que necrosa tejido y forma abscesos, muchas veces de localización compleja (supraelevador) y con poco pus ("absceso estéril")<sup>29</sup>.

Infecciones de Piel y Faneros: Foliculitis, hidrosadenitis supurativa o un quiste pilonidal infectado pueden simular o extenderse a un absceso perianal, siguiendo planos cutáneos/subcutáneos.

Trauma Directo o Procedimientos Iatrogénicos: Inyecciones hemorroidales, biopsias o cirugías anales previas pueden introducir bacterias directamente.

Diseminación Hematógena o Linfática: Extremadamente rara, pero posible en pacientes inmunodeprimidos<sup>29</sup>.

El Huésped como Actor Determinante: El Triángulo Analítico Aplicado:

Nivel Biológico/Inmunológico:

Diabetes Mellitus: La hiperglucemia deteriora la función de los neutrófilos (quimiotaxis, fagocitosis) y favorece la isquemia microvascular, facilitando la propagación infecciosa y retrasando la curación.

Inmunosupresión (VIH, quimioterapia): Disminuye el recuento de linfocitos CD4+, altera la inmunidad celular y debilita la capacidad de formar una granulación efectiva, llevando a infecciones más agresivas y atípicas (p. ej., por *Mycobacterium* u hongos)<sup>30</sup>.

El estreñimiento crónico genera un trauma repetitivo por el paso de heces duras, favoreciendo la obstrucción criptoglandular. La mala higiene anal puede aumentar la carga bacteriana local.

El estrés psicosocial crónico, a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, puede modular negativamente la respuesta inflamatoria y retrasar la reparación tisular<sup>31</sup>.

Una dieta occidental baja en fibra es un factor subyacente clave para el estreñimiento, actuando como un determinante social distante pero potente de la patología perianal<sup>31</sup>.

La fisiopatología no es un evento, sino un proceso en evolución dentro de un huésped específico. La síntesis integra las lecciones de la Tesis y la Antítesis<sup>31</sup>:

El absceso perianal idiopático debe entenderse como la manifestación aguda de una fístula anal en formación. La infección criptoglandular crea un tracto (fístula) que busca drenar hacia el exterior; si encuentra resistencia, se acumula y forma el absceso. Por tanto, la cirugía de urgencia debe buscar no solo drenar, sino identificar y, si es seguro, erradicar el tracto interno para prevenir la cronicidad<sup>31</sup>.

En el Absceso Idiopático: La técnica quirúrgica ideal (drenaje + fistulotomía primaria en casos seleccionados) se deriva directamente de comprender la anatomía de la propagación. La localización del absceso dicta el abordaje para evitar daño al esfínter.

En el Absceso por Enfermedad de Crohn: El manejo es predominantemente médico (antibióticos, terapia biológica anti-TNF $\alpha$ ) porque la base fisiopatológica es la inflamación desregulada, no la sepsis localizada. La cirugía es mínima y de rescate (colocación de sedales), ya las disecciones agresivas pueden crear heridas que no cicatrizan.

Conexiones Transdisciplinarias: La comprensión de las citoquinas proinflamatorias (TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6) que median la destrucción tisular en el absceso ha sido crucial para el desarrollo de terapias biológicas en la enfermedad de Crohn perianal.

Con Microbiología: El estudio del microbioma perianal y la resistencia antibiótica está redefiniendo el uso de antimicrobianos profilácticos o coadyuvantes.

Con Medicina de Precisión: Identificar marcadores genéticos o inmunológicos que predispongan a formas agresivas o recurrentes podría permitir estrategias preventivas personalizadas<sup>32</sup>.

**Clínica**

La sintomatología del absceso perianal está dominada por el dolor inflamatorio agudo y los signos locales de infección, cuya intensidad y características pueden orientar sobre su profundidad anatómica. El cuadro clásico se presenta con dolor perianal constante, progresivo y pulsátil, que empeora de forma dramática con la sedestación, la defecación o la tos. Este dolor suele ser el síntoma inicial y principal motivo de consulta<sup>33</sup>.

A la inspección, se encuentra una tumefacción (hinchazón) roja, brillante, tensa y caliente en la región anal, que es exquisitamente dolorosa a la palpación (signo de la "masa palpable dolorosa"). En abscesos superficiales (subcutáneos), esta tumefacción es evidente y bien delimitada. Con frecuencia, se asocia fiebre (38-39°C) y malestar general (astenia, escalofríos), signos de la respuesta sistémica a la infección. Otros síntomas incluyen tenesmo (sensación de evacuación incompleta) o dolor referido a la región sacra o glútea, y en algunos casos, dificultad o dolor al orinar (disuria) por espasmo reflejo de la musculatura del piso pélvico<sup>33</sup>.

La presentación clínica no es uniforme y puede ser engañosamente sutil o atípica, lo que conduce a diagnósticos tardíos y complicaciones. La localización profunda del absceso modifica radicalmente la sintomatología:

Un absceso isquiorrectal profundo puede presentar dolor sordo y sensación de pesadez en la pelvis, con mínimos cambios cutáneos visibles (lo que se conoce como "absceso frío"), ya que la infección se expande en un espacio laxo y no tensa la piel inicialmente<sup>34</sup>.

Un absceso supraelevador (pelvirrectal) es el más insidioso; el dolor es profundo, mal localizado en el recto o la pelvis baja, y puede simular una prostatitis, una cistitis o incluso una apendicitis. Predominan los síntomas constitucionales (fiebre alta, escalofríos) sobre los locales. Además, factores del huésped enmascaran los síntomas<sup>34</sup>:

En pacientes diabéticos o inmunodeprimidos, la respuesta inflamatoria puede estar atenuada. El dolor y la fiebre pueden ser menores de lo esperado, mientras que la infección progresa de forma silenciosa hacia la necrosis tisular extensa (fasciitis necrotizante) o la sepsis.

En enfermedad de Crohn, el absceso puede formarse sobre una fístula preexistente y crónica. El dolor puede ser menos agudo y más crónico, y el paciente puede atribuirlo erróneamente a un brote de su enfermedad de base, retrasando la búsqueda de atención específica<sup>34</sup>.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de un absceso perianal es fundamentalmente clínico, basado en una anamnesis dirigida y un meticuloso examen físico, que suele ser suficiente para indicar el drenaje quirúrgico de urgencia. La inspección revela la tumefacción eritematosa, tensa y caliente. La palpación confirma la zona de mayor dolor y fluctuación (sensación de líquido bajo presión). El tacto rectal (TR) es obligatorio y crítico; permite evaluar la induración y el dolor a nivel del canal anal, identificar una posible masa profunda en la pared rectal (sugestiva de absceso interestintérico o supraelevador) y descartar otras patologías. En casos seleccionados, la anoscopia puede ayudar a visualizar una cripta edematosa o pus saliendo por un orificio interno,

guiando la búsqueda del origen criptoglandular. El diagnóstico se corrobora en el acto quirúrgico al evacuar pus<sup>35</sup>.

Aunque la clínica es reina, el diagnóstico enfrenta varios escollos que pueden llevar a errores. El principal es la dificultad para evaluar la extensión real y la localización precisa, especialmente en abscesos profundos (isquiorrectales, supraelevadores) donde los hallazgos externos son mínimos. Un TR doloroso pero no concluyente no debe descartar el diagnóstico. Aquí, los estudios de imagen pasan de ser complementarios a esenciales:

Ecografía Endoanal/Transperineal: Es la extensión del examen físico. Identifica la colección líquida, su tamaño, relación con el esfínter anal y puede mostrar el trayecto fistuloso asociado. Su limitación es que depende del operador y es dolorosa en contexto agudo<sup>36</sup>.

Resonancia Magnética (RM) Pélvica: Es el patrón oro para la evaluación preoperatoria de abscesos complejos, recurrentes o en enfermedad de Crohn. Delinea con precisión milimétrica la anatomía de la colección, los trayectos fistulosos y su relación con los planos del esfínter, siendo crucial para planificar una cirugía radical y evitar daño iatrogénico<sup>36</sup>.

El diagnóstico diferencial es clave para no pasar por alto condiciones que simulan un absceso pero requieren manejo distinto, como una trombosis hemorroidal externa (nódulo púrpura bien definido, sin fiebre), un quiste pilonidal infectado (ubicado en la línea media sacrocoxígea), o un tumor anorrectal ulcerado e infectado. En todos los casos, la historia clínica completa debe buscar activamente factores de riesgo como diabetes, enfermedad de Crohn o inmunosupresión, que modifican la presentación y el abordaje<sup>37</sup>.

El procedimiento terapéutico convencional para el manejo del absceso anorrectal, basado en la incisión y drenaje, suele ser eficaz para resolver la fase aguda del cuadro; sin embargo, en muchos casos, no aborda de manera integral los mecanismos fisiopatológicos subyacentes. Entre un 30% y un 50% de estos abscesos evolucionan posteriormente a fístula anal, debido a que el drenaje quirúrgico externo, si bien evacua el contenido purulento, no erradica ni el trayecto interno primario (correspondiente a la glándula infectada que origina la patología) ni el conducto fistuloso secundario que resulta de la extensión de la infección. Cuando la intervención se limita únicamente a drenar el pus acumulado, el trayecto fistuloso que enlaza la cripta de origen con la cavidad abscesificada permanece intacto, lo que expone al paciente a una elevada probabilidad de recurrencia<sup>38</sup>.

### **Evolución**

La evolución de un absceso perianal no es un destino único, sino una bifurcación crítica cuyo camino depende casi por completo de una variable: la oportunidad y calidad de la intervención médica. Mientras que un manejo precoz y adecuado conduce a una resolución favorable, la demora o el tratamiento inadecuado desencadena una cascada de complicaciones que pueden ir desde la cronicidad local hasta la amenaza vital. Comprender ambos escenarios es fundamental para apreciar la urgencia de esta patología<sup>39</sup>.

La evolución esperada y favorable con un diagnóstico y tratamiento quirúrgico correctos es relativamente rápida y resolutive. Tras el drenaje quirúrgico de urgencia (incisión y evacuación del pus), se produce un alivio dramático e inmediato del dolor pulsátil. En los días siguientes, la cavidad abscesada, ahora vacía y con drenaje adecuado, comienza un proceso de granulación secundaria: el tejido de granulación sano rellena el espacio desde la base, mientras la herida cierra por segunda intención. Con cuidados locales (curaciones, baños de asiento), la herida suele cerrarse por completo en un período de 2 a 6 semanas, dependiendo del tamaño y profundidad inicial del absceso. El pronóstico a corto plazo es excelente en términos de resolución de la infección aguda, y la mayoría de los pacientes reanudan sus actividades normales en pocos días. Esta es la trayectoria que se persigue y que justifica la intervención temprana<sup>40</sup>.

Sin embargo, esta narrativa lineal de "drenaje-curación" es engañosamente simple y pasa por alto la complejidad del verdadero punto de inflexión evolutivo. La evolución natural no tratada, o tratada de forma incompleta, sigue una lógica de progresión anatómica y sistémica mucho más sombría. La colección de pus, confinada en un espacio fascial no distensible, genera una presión creciente que busca vías de escape. Puede extenderse contiguamente a través de los planos de la pelvis, transformando un absceso isquiorrectal en uno supraelevador o pelvirrectal, mucho más complejo<sup>41</sup>.

Si la contención local falla, la infección puede diseminarse por el tejido celular subcutáneo de forma explosiva, causando una celulitis necrotizante perianal y perineal (Síndrome de Fournier), una urgencia quirúrgica devastadora con alta mortalidad. La invasión bacteriana al torrente sanguíneo desencadena bacteriemia y sepsis, con riesgo de fallo multiorgánico. Pero incluso evitando estas complicaciones catastróficas, la evolución más común y problemática del absceso drenado de forma simple es hacia la cronicidad<sup>41</sup>.

Hasta en el 50% de los casos, el tracto infeccioso primario (la glándula criptoglandular obstruida) no se erradica con el solo drenaje externo. Persiste como un camino epitelizado que conecta el canal anal (orificio interno) con la piel (orificio externo de la antigua cavidad abscesada), formando una fístula anal. Esta convierte una condición aguda en un problema crónico de drenaje intermitente de pus, dolor recurrente, y necesidad de una segunda cirugía más compleja (fistulotomía) que conlleva riesgo de incontinencia. Los factores que potencian esta evolución desfavorable operan en múltiples niveles: a nivel biológico, la diabetes o la inmunosupresión deterioran la capacidad de contención y cicatrización; a nivel conductual, el temor o el estigma pueden retrasar la consulta; y a nivel socio-estructural, las barreras de acceso a servicios quirúrgicos de urgencia extienden el tiempo de evolución no tratada<sup>42</sup>.

La síntesis de estas dos trayectorias antagónicas revela que la verdadera "evolución" del absceso perianal no es un proceso pasivo, sino un diálogo entre la agresividad de la infección y la eficacia de la respuesta médica. El desenlace óptimo no se logra simplemente con un drenaje,

sino con un manejo quirúrgico inteligente que, en el mismo acto de urgencia, intente identificar y erradicar el tracto fistuloso incipiente cuando sea anatómicamente seguro (fistulotomía primaria), para cortar de raíz el camino hacia la cronicidad<sup>43</sup>.

Esto requiere una evaluación preoperatoria precisa (a veces con ecografía) y un cirujano experimentado. Las alternativas descartadas, como el tratamiento únicamente antibiótico o la espera expectante, son inviables porque los antibióticos no penetran en la cavidad abscesada avascular y la demora inevitablemente conduce a una de las complicaciones antes descritas. La única opción viable es el drenaje quirúrgico; la elección crucial es si será un drenaje simple o uno dirigido a la fístula<sup>43</sup>.

Esta comprensión tiene conexiones transdisciplinarias profundas. Con la historia de la medicina, el absceso perianal ilustra el tránsito de una condición antes mortal (por sepsis) a una manejable, gracias al desarrollo de la cirugía y los antibióticos. Con la sociología de la salud, muestra cómo el estigma asociado a las patologías anorrectales actúa como un determinante social de salud que empeora los desenlaces al retrasar la búsqueda de atención. Y con la microbiología moderna, la evolución hacia infecciones más agresivas se ve influenciada por el perfil de resistencia bacteriana, exigiendo un uso juicioso de los antimicrobianos<sup>44</sup>.

En conclusión, la evolución del absceso perianal es una encrucijada. Un camino, pavimentado por la intervención quirúrgica temprana y completa, conduce a la curación. El otro, resultado de la demora o la intervención insuficiente, lleva a la morbilidad crónica o a la catástrofe aguda. La responsabilidad clínica yace no solo en reconocer la urgencia, sino en ejecutar un tratamiento que persiga la solución definitiva y no meramente temporal<sup>44</sup>.

## **Formulación del problema**

### **Problema general**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025?

### **Problemas específicos**

¿Cuáles son los factores de riesgo demográficos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025?

¿Cuáles son los factores de riesgo epidemiológicos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025?

¿Cuáles son los hábitos nocivos de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025?

## **Justificación e importancia de la investigación**

### **Justificación.**

Aunque el tratamiento inicial de un absceso perianal (incisión y drenaje) es claro, su tendencia a la recurrencia y a la formación de fístulas en un alto porcentaje de pacientes (hasta un 40-50%) representa un desafío clínico y una carga considerable para los sistemas de salud. La identificación de los factores de riesgo modificables y no modificables en nuestra población es un paso crucial para optimizar el manejo, estratificar el riesgo y desarrollar estrategias preventivas.

**Justificación Metodológica.** La elección del diseño de investigación y los métodos propuestos es la forma más adecuada y rigurosa de responder a la pregunta de investigación. Un diseño de casos y controles es altamente eficiente para estudiar una enfermedad con una incidencia relativamente baja y para analizar múltiples factores de riesgo de forma simultánea. Permite comparar un grupo de pacientes que desarrollaron absceso perianal (casos) con un grupo que no lo hizo (controles), identificando las características que difieren significativamente entre ellos.

**Justificación Teórica.** Esta investigación busca llenar un vacío en el conocimiento y profundizar en la comprensión de la fisiopatología del absceso perianal. La teoría más aceptada postula que la mayoría de los abscesos se originan por la obstrucción e infección de las glándulas anales (teoría criptoglandular). Sin embargo, no todos los individuos desarrollan esta patología, lo que sugiere que ciertos factores sistémicos o locales actúan como catalizadores. Este estudio permitirá explorar cómo factores como la diabetes o la inmunosupresión interactúan con esta base anatómica, aportando evidencia que puede fortalecer la teoría existente.

**Justificación Práctica.** Los resultados de esta investigación tendrán aplicaciones directas y tangibles en la práctica clínica diaria, beneficiando tanto a pacientes como a profesionales de la salud. Conocer los factores de riesgo permitirá al cirujano, desde la primera consulta en urgencias, identificar a aquellos pacientes con mayor probabilidad de desarrollar complicaciones. Esto es crucial para un manejo y seguimiento diferenciado.

**Justificación Social.** El impacto de esta investigación trasciende el ámbito clínico y académico, generando un beneficio social medible. El absceso perianal y sus secuelas (dolor crónico, drenaje, múltiples cirugías por fístula) tienen un impacto devastador en la calidad de vida de los pacientes, afectando su bienestar físico, emocional, laboral y social. Al reducir la tasa de recurrencia y complicaciones, este estudio contribuirá directamente a disminuir el sufrimiento en nuestra comunidad.

### **Viabilidad**

Fue viable técnicamente porque se contó con casos tratados en un número suficiente para tener resultados concretos, además de tener la asesoría metodológica y científica de docentes de la

universidad que supervisaron el correcto proceso del estudio. Esta investigación no contó con presupuesto externo por lo que fue autofinanciado.

## **Objetivos**

### **Objetivo general.**

Determinar los factores de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

### **Objetivos específicos**

Identificar los factores de riesgo demográficos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

Identificar los factores de riesgo epidemiológicos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

Identificar los hábitos nocivos de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

## **Hipótesis y variables de la investigación**

### **Hipótesis**

#### **Hipótesis general**

Ha. Los factores de riesgo demográficos, epidemiológicos y hábito nocivos están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

#### **Hipótesis específicas**

Ha. Los factores de riesgo demográficos están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

Ha. Los factores de riesgo epidemiológicos están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

Ha. Los hábitos nocivos de riesgo están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

## **Variables**

### **Dependiente**

Absceso perineal

### **Independientes**

Factores de riesgo demográficos

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Grado de instrucción

Factores de riesgo epidemiológicos

- Diabetes mellitus
- Exceso de peso
- Estreñimiento
- VIH/SIDA

Hábitos nocivos

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol

## II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

**Tipo.** Este trabajo fue categorizado como un estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico. La naturaleza observacional se debe a que no se ejerció ninguna manipulación o intervención sobre las variables estudiadas. Se considera transversal, ya que la información recolectada correspondió a un único momento temporal, sin seguimiento posterior. La calificación de retrospectivo obedece a que los datos analizados provienen de registros históricos ya existentes. Finalmente, se definió como analítico porque el abordaje metodológico contempló la exploración de la relación entre dos variables durante el proceso de análisis.

**Nivel:** Relacional

**Enfoque.** Cuantitativa

**Diseño.** Casos y controles

**Población.** Pacientes que presentaron absceso perianal entre los años 2022 al 2025 que son 112 casos.

**Tamaño de muestra.**

Se aplica la fórmula para estudios de casos y controles.

$$n = \frac{\left[ z_{1-\alpha/2} \sqrt{c+1} \sqrt{p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

$p_1$ = Expuesto en los casos 18,18%<sup>16</sup>

$p_2$ =Expuestos en los controles 6,49%<sup>16</sup>

$c$ = 2

$p$ = 0,12335

$Z_{\alpha/2}$ = 1,95

$Z_{\beta}$ = 0,84

$n$ = 96 casos con 192 controles

**Muestreo:** Los pacientes serán seleccionados según cumplan con los criterios de inclusión por lo tanto será un muestreo no probabilístico.

### Criterios de selección en los casos

Paciente adulto mayor de 14 años que presente absceso perineal

Paciente que tenga historia con los datos completos para el desarrollo del estudio.

### Criterios de selección en los controles

Paciente adulto mayor de 14 años que no presente absceso perineal

Paciente que tenga historia con los datos completos para el desarrollo del estudio.

### **Criterios de exclusión en ambos casos**

Paciente con cáncer colorrectal  
Paciente con operaciones en región perineal  
Paciente con tuberculosis intestinal  
Paciente con enfermedad de Crohn

### **Técnica de recolección de datos**

Los datos se obtuvieron desde las historias clínicas por lo que la técnica fue la documental, estas historias clínicas se obtuvieron previo permiso de las autoridades del hospital Santa María del Socorro.

### **Instrumento**

Se trata de una ficha de recolección de dato elaborado por el investigador y sustentado en la literatura, según los indicadores de cada variable.

### **Procesamiento de datos.**

Los datos se procesaron en el Programa Estadístico (SPSS v29): Se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences, versión 29, una herramienta estándar para el análisis de datos en ciencias de la salud. Indica un enfoque cuantitativo y sistemático.

Presentación de Resultados (Tablas de doble entrada): Los hallazgos se organizaron en tablas de contingencia que cruzan dos variables categóricas. Por ejemplo, una tabla que muestre la frecuencia de exposición a un factor de riesgo (ej. "tabaquismo": Sí/No) entre dos grupos de resultado (ej. "enfermedad": Casos/Controles).

Análisis de Diferencias (Chi-cuadrado, 95% confianza): Para determinar si la asociación observada en las tablas es estadísticamente significativa (es decir, improbable de deberse solo al azar), se aplicará la prueba de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ). El nivel de confianza del 95% (equivalente a un valor  $p < 0.05$ ) es el umbral convencional para rechazar la hipótesis nula de no asociación.

Medidas de Asociación (OR cruda y ajustada): Se cuantificó la fuerza de la asociación mediante el Odds Ratio (OR). La OR cruda mide la asociación bruta entre la exposición y el desenlace. La OR ajustada, obtenida típicamente mediante regresión logística, controla el efecto de otras variables que podrían actuar como factores de confusión, ofreciendo una estimación más depurada y cercana al efecto real.

El investigador planea comparar proporciones entre grupos usando  $\chi^2$  y cuantificar el riesgo mediante OR, controlando posibles factores confusores. Esto es adecuado para identificar factores asociados a un desenlace dicotómico.

## **Ética**

Para el desarrollo de este estudio se cumplió de manera estricta con los siguientes principios.

No Maleficencia ("Primum non nocere"): Se traduce como la obligación de no causar daño. En este contexto, se aplica específicamente a la protección de los datos sensibles contenidos en las historias clínicas. El compromiso es manipular la información de manera que no se altere, pierda o utilice de forma que perjudique al paciente.

Beneficencia: Se entiende como la obligación de actuar en pro del bienestar. Aquí, el "bien" se proyecta hacia la colectividad. El estudio se justifica éticamente porque sus resultados pretenden generar nuevo conocimiento ("utilidad para la ciencia") que, en última instancia, debe traducirse en un beneficio social (mejores tratamientos, políticas de salud, comprensión de enfermedades).

Justicia: En el estudio habrá equidad en la distribución de cargas y beneficios. Se dio igual trato a todos los participantes, evitando discriminación en el proceso de investigación, y se preservó la confidencialidad mediante la anonimización (sustituyendo datos identificadores por un código numérico). Esto protege a los participantes de riesgos psicosociales y legales.

### III. RESULTADOS

#### RESULTADOS

Tabla 1. Edad asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| Edad         | Absceso perianal |         | Total  |                                                                   |
|--------------|------------------|---------|--------|-------------------------------------------------------------------|
|              | Caso             | Control |        |                                                                   |
| 41 a 65 años | 78               | 102     | 180    | Chi <sup>2</sup> =21,7<br>p= < 0,01<br>OR= 3,8<br>(IC95%:2,1-6,8) |
|              | 81,3%            | 53,1%   | 62,5%  |                                                                   |
| 15 a 40 años | 18               | 90      | 108    |                                                                   |
|              | 18,8%            | 46,9%   | 37,5%  |                                                                   |
| Total        | 96               | 192     | 288    |                                                                   |
|              | 100,0%           | 100,0%  | 100,0% |                                                                   |

Fuente: El autor

En el grupo de 41–65 años, el 81,3% correspondió a casos y el 53,1% a controles. Existe una asociación estadísticamente significativa entre tener 41–65 años y presentar absceso perianal ( $\chi^2=21,7$ ;  $p<0,01$ ). Los individuos en este grupo etario tienen aproximadamente 3,8 veces mayor odds de presentar la patología en comparación con el grupo de 15–40 años (IC95%: 2,1–6,8).

Figura 1. Edad asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

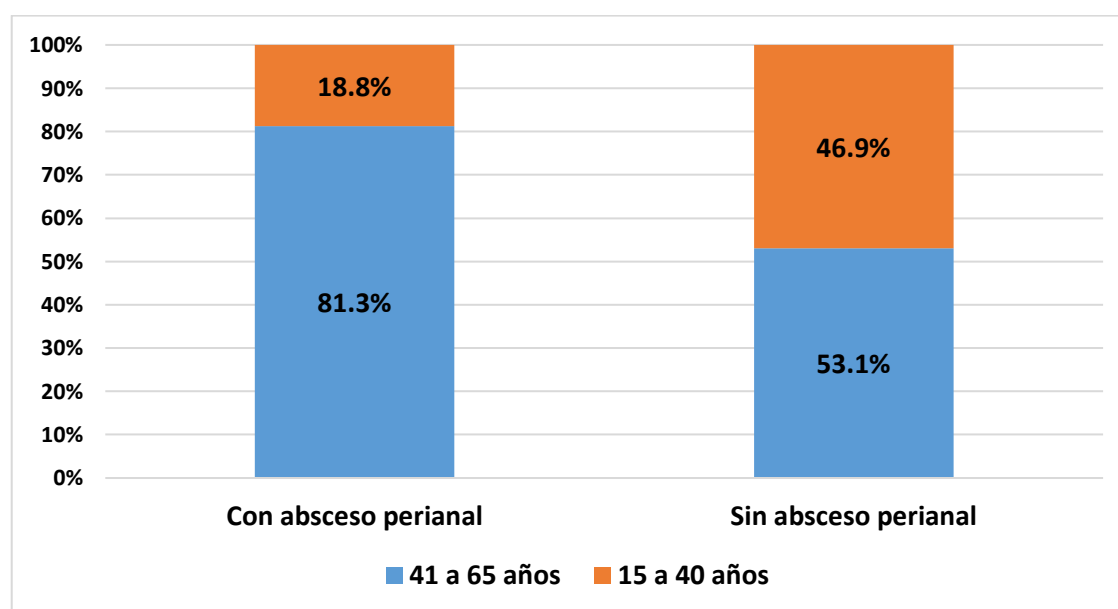


Tabla 2. Sexo asociado al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| Sexo      | Absceso perianal |         | Total  |                                   |
|-----------|------------------|---------|--------|-----------------------------------|
|           | Caso             | Control |        |                                   |
| Masculino | 76               | 123     | 199    | Chi <sup>2</sup> =6,8<br>p= 0,009 |
|           | 79,2%            | 64,1%   | 69,1%  |                                   |
| Femenino  | 20               | 69      | 89     | OR= 2,1<br>(IC95%:1,2-3,7)        |
|           | 20,8%            | 35,9%   | 30,9%  |                                   |
| Total     | 96               | 192     | 288    |                                   |
|           | 100,0%           | 100,0%  | 100,0% |                                   |

Fuente: El autor

El 79,2% de los casos correspondió al sexo masculino y en los controles, el 64,1% fueron varones. Existe una asociación estadísticamente significativa entre sexo masculino y absceso perianal ( $\chi^2=6,8$ ;  $p=0,009$ ). Los varones presentan aproximadamente el doble de odds de desarrollar la enfermedad en comparación con las mujeres (OR=2,1; IC95%: 1,2–3,7).

Figura 2. Sexo asociado al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

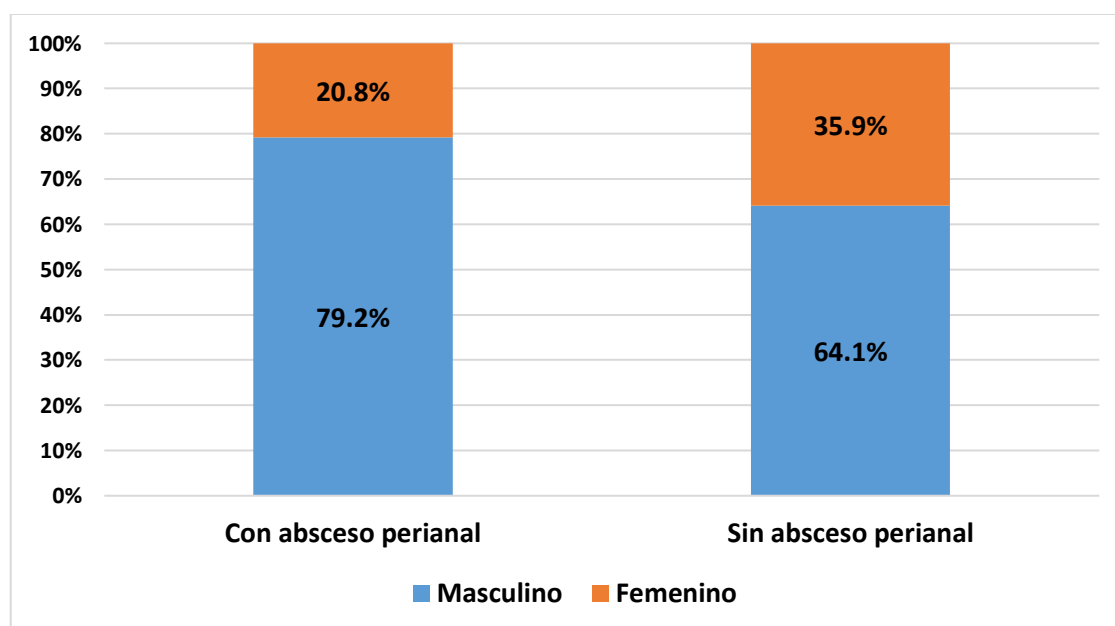


Tabla 3. Procedencia asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| Procedencia     | Absceso perianal |         | Total  |                        |
|-----------------|------------------|---------|--------|------------------------|
|                 | Caso             | Control |        |                        |
|                 | 53               | 96      | 149    | Chi <sup>2</sup> =0,69 |
| Ica distrito    | 55,2%            | 50,0%   | 51,7%  | p= 0,40                |
|                 | 43               | 96      | 139    | OR= 1,2                |
| Otros distritos | 44,8%            | 50,0%   | 48,3%  | (IC95%:0,75-2,0)       |
|                 | 96               | 192     | 288    |                        |
| Total           | 100,0%           | 100,0%  | 100,0% |                        |

Fuente: El autor

El 55,2% de los casos procedía de Ica distrito. En los controles, el 50,0% provenía de Ica distrito. La distribución porcentual entre casos y controles es relativamente similar. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre procedencia y absceso perianal ( $\chi^2=0,69$ ;  $p=0,40$ ). Aunque el OR fue 1,2, el intervalo de confianza incluye la unidad (IC95%: 0,75–2,0), por lo que no se evidencia efecto significativo.

Figura 3. Procedencia asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

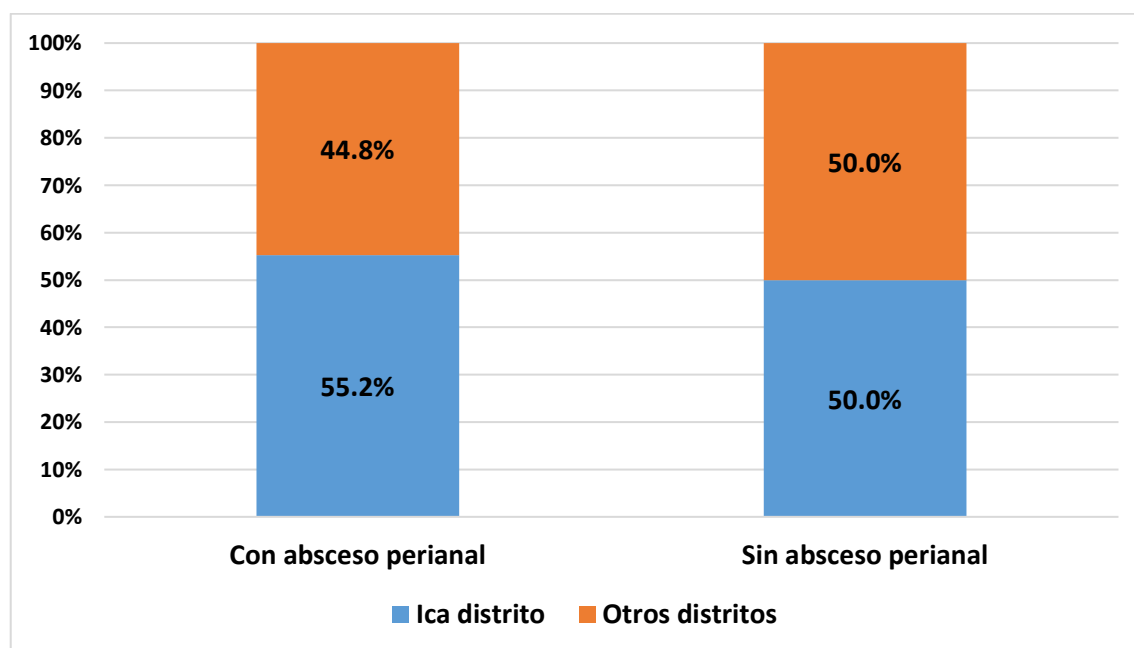


Tabla 4. Grado de instrucción asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| Grado de instrucción  | Absceso perianal |         | Total  |                        |
|-----------------------|------------------|---------|--------|------------------------|
|                       | Caso             | Control |        |                        |
|                       | 78               | 113     | 191    | Chi <sup>2</sup> =14,4 |
| Primaria o secundaria | 81,3%            | 58,9%   | 66,3%  | p= < 0,01              |
|                       | 18               | 79      | 97     | OR= 3,0                |
| Superior              | 18,8%            | 41,1%   | 33,7%  | (IC95%:1,7-5,4)        |
|                       | 96               | 192     | 288    |                        |
| Total                 | 100,0%           | 100,0%  | 100,0% |                        |

Fuente: El autor

El 81,3% de los casos tenía instrucción primaria o secundaria. En los controles, este grupo representó el 58,9%. Existe una asociación estadísticamente significativa entre menor grado de instrucción y absceso perianal ( $\chi^2=14,4$ ;  $p<0,01$ ). Los individuos con educación primaria o secundaria presentan aproximadamente 3 veces mayor odds de presentar la enfermedad en comparación con quienes tienen educación superior (OR=3,0; IC95%: 1,7–5,4).

Figura 4. Grado de instrucción asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

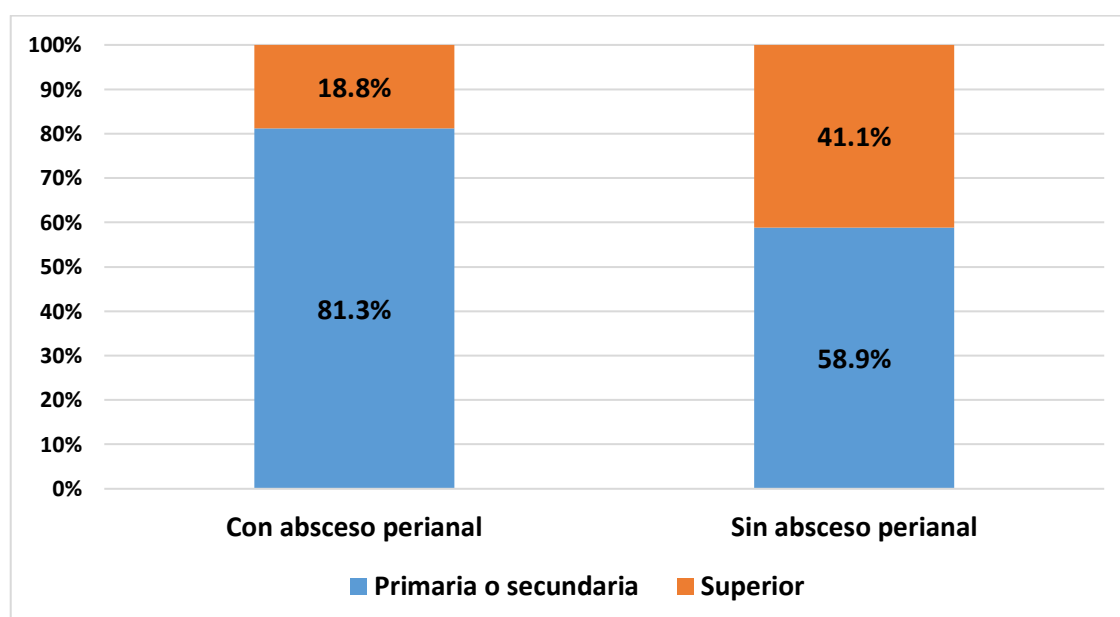


Tabla 5. Diabetes mellitus asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| Diabetes mellitus2 | Absceso perianal |         | Total  |                        |
|--------------------|------------------|---------|--------|------------------------|
|                    | Caso             | Control |        |                        |
|                    | 18               | 11      | 29     | Chi <sup>2</sup> =11,9 |
| Si DM2             | 18,8%            | 5,7%    | 10,1%  | p= 0,001               |
|                    | 78               | 181     | 259    | OR= 3,8                |
| No DM2             | 81,3%            | 94,3%   | 89,9%  | (IC95%:1,7-8,4)        |
|                    | 96               | 192     | 288    |                        |
| Total              | 100,0%           | 100,0%  | 100,0% |                        |

Fuente: El autor

El 18,8% de los casos presentaba DM2. Solo el 5,7% de los controles tenía DM2. La mayoría de participantes no tenía DM2 (89,9%). Existe una asociación estadísticamente significativa entre diabetes mellitus tipo 2 y absceso perianal ( $\chi^2=11,9$ ;  $p=0,001$ ). Los pacientes con DM2 presentan aproximadamente 3,8 veces mayor odds de desarrollar la enfermedad en comparación con los no diabéticos (OR=3,8; IC95%: 1,7–8,4).

Figura 5. Diabetes mellitus asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

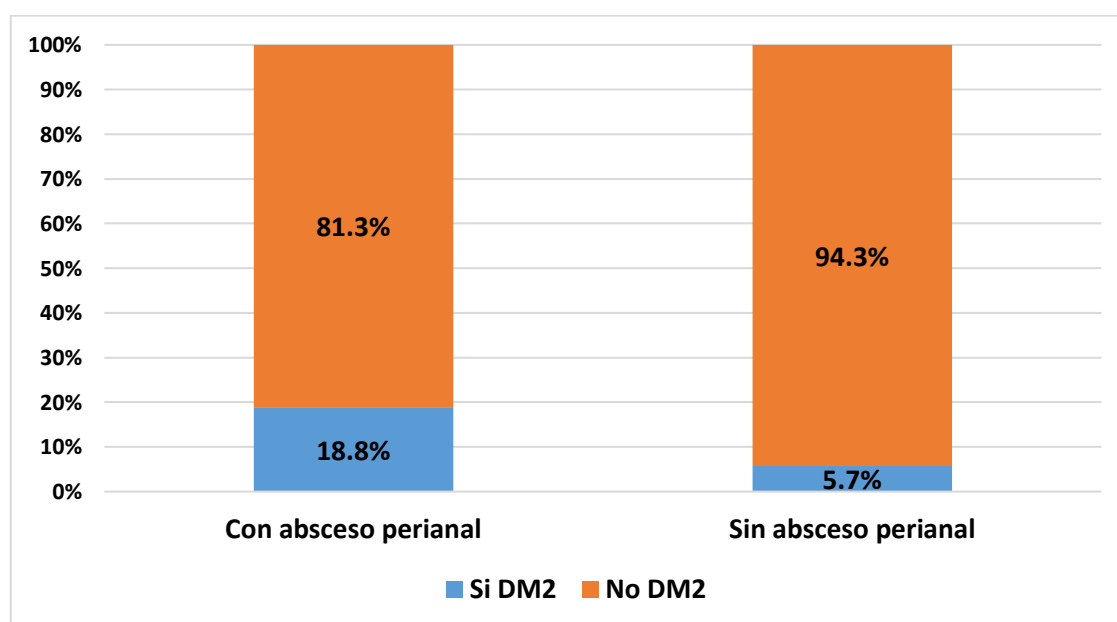


Tabla 6. Exceso de peso asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| Exceso de peso | Absceso perianal |         | Total  |                        |
|----------------|------------------|---------|--------|------------------------|
|                | Caso             | Control |        |                        |
|                | 47               | 57      | 104    | Chi <sup>2</sup> =10,3 |
| IMC $\geq 25$  | 49,0%            | 29,7%   | 36,1%  | p= 0,001               |
|                | 49               | 135     | 184    | OR= 2,3                |
| IMC 18,5-24,9  | 51,0%            | 70,3%   | 63,9%  | (IC95%:1,4-3,7)        |
|                | 96               | 192     | 288    |                        |
| Total          | 100,0%           | 100,0%  | 100,0% |                        |

Fuente: El autor

El 49,0% de los casos presentó IMC  $\geq 25$ . En los controles, el 29,7% presentó IMC  $\geq 25$ . El exceso de peso fue más frecuente en el grupo con absceso perianal. Existe una asociación estadísticamente significativa entre exceso de peso (IMC  $\geq 25$ ) y absceso perianal ( $\chi^2=10,3$ ; p=0,001). Los individuos con IMC elevado presentan aproximadamente 2,3 veces mayor odds de desarrollar la enfermedad en comparación con aquellos con IMC normal (OR=2,3; IC95%: 1,4–3,7).

Figura 6. Exceso de peso asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

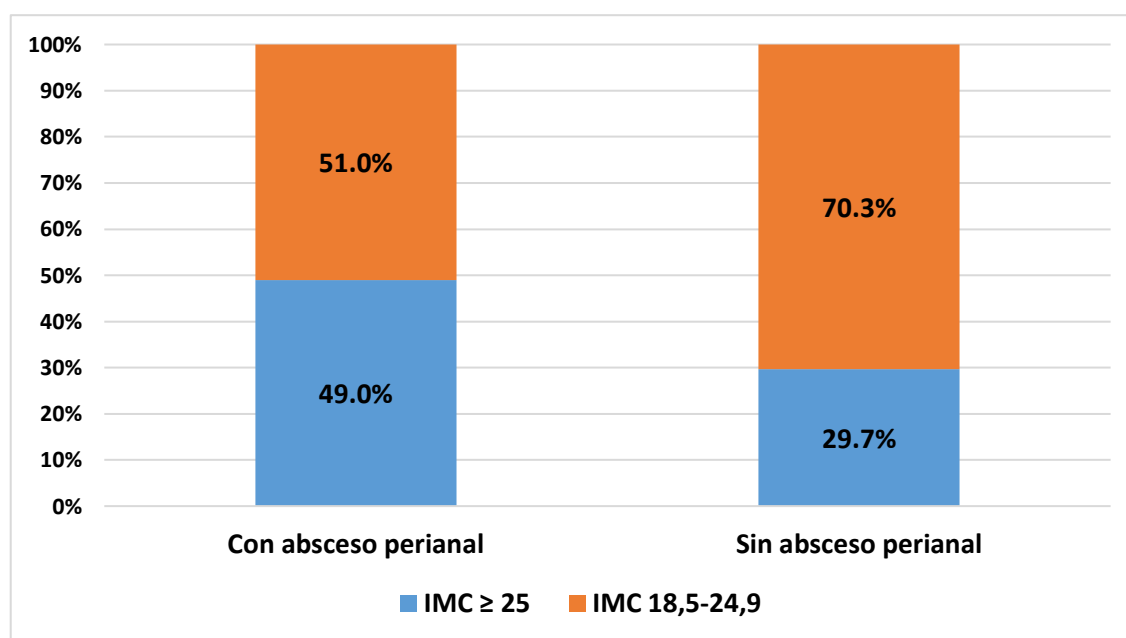


Tabla 7. Estreñimiento asociado al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| Estreñimiento | Absceso perianal |         | Total  |                        |
|---------------|------------------|---------|--------|------------------------|
|               | Caso             | Control |        |                        |
|               | 39               | 51      | 90     | Chi <sup>2</sup> =5,89 |
| Si estreñado  | 40,6%            | 26,6%   | 31,3%  | p= 0,015               |
|               | 57               | 141     | 198    | OR= 1,9                |
| No estreñado  | 59,4%            | 73,4%   | 68,8%  | (IC95%:1,1-3,1)        |
|               | 96               | 192     | 288    |                        |
| Total         | 100,0%           | 100,0%  | 100,0% |                        |

Fuente: El autor

El 40,6% de los casos presentó estreñimiento. En los controles, el 26,6% reportó estreñimiento. La frecuencia de estreñimiento es mayor en el grupo con absceso perianal. Existe una asociación estadísticamente significativa entre estreñimiento y absceso perianal ( $\chi^2=5,89$ ;  $p=0,015$ ). Los individuos con estreñimiento presentan aproximadamente 1,9 veces mayor odds de desarrollar la enfermedad en comparación con quienes no presentan este antecedente (OR=1,9; IC95%: 1,1–3,1).

Figura 7. Estreñimiento asociado al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

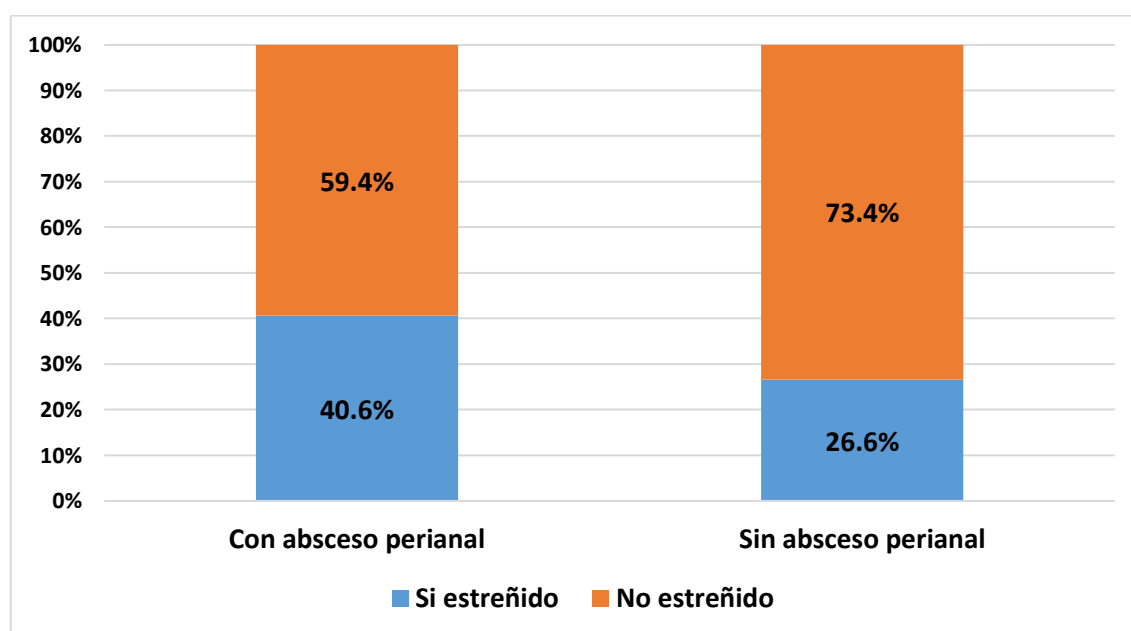


Tabla 8. VIH/SIDA asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| VIH/SIDA    | Absceso perianal |         | Total  |                                    |
|-------------|------------------|---------|--------|------------------------------------|
|             | Caso             | Control |        |                                    |
|             | 5                | 2       | 7      | Chi <sup>2</sup> <sub>f</sub> =4,7 |
| Si VIH/SIDA | 5,2%             | 1,0%    | 2,4%   | p= 0,03                            |
|             | 91               | 190     | 281    | OR= 5,2                            |
| No VIH/SIDA | 94,8%            | 99,0%   | 97,6%  | (IC95%:1,1-27,4)                   |
|             | 96               | 192     | 288    |                                    |
| Total       | 100,0%           | 100,0%  | 100,0% |                                    |

Fuente: El autor

El 5,2% de los casos tenía VIH/SIDA. Solo el 1,0% de los controles presentó VIH/SIDA. Aunque los números absolutos son pequeños, proporcionalmente la frecuencia es mayor en los casos. Existe una asociación estadísticamente significativa entre VIH/SIDA y absceso perianal ( $\chi^2_{\text{fisher}}=5,89$ ;  $p=0,03$ ). Los pacientes con VIH/SIDA presentan aproximadamente 5,2 veces mayor odds de desarrollar la enfermedad (OR=5,2; IC95%: 1,1–27,4).

Figura 8. VIH/SIDA asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

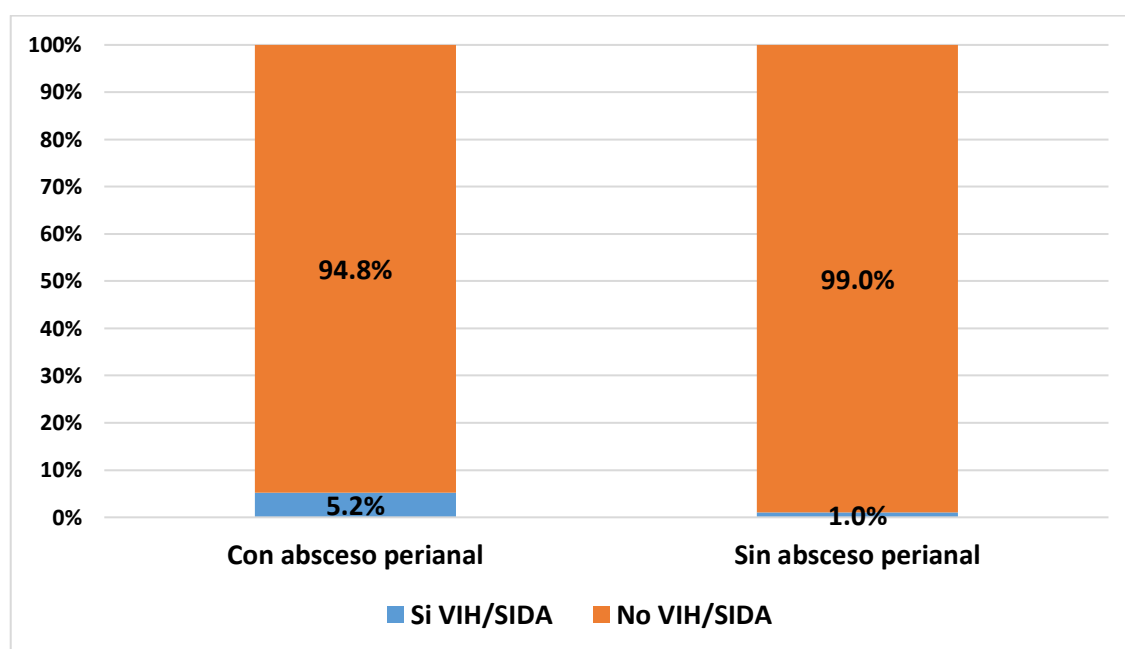


Tabla 9. Consumo de tabaco asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| Tabaco            | Absceso perianal |         | Total  |                       |
|-------------------|------------------|---------|--------|-----------------------|
|                   | Caso             | Control |        |                       |
|                   | 22               | 23      | 45     | Chi <sup>2</sup> =5,8 |
| Si consume tabaco | 22,9%            | 12,0%   | 15,6%  | p= 0,016              |
|                   | 74               | 169     | 243    | OR= 2,2               |
| No consume tabaco | 77,1%            | 88,0%   | 84,4%  | (IC95%:1,1-4,1)       |
|                   | 96               | 192     | 288    |                       |
| Total             | 100,0%           | 100,0%  | 100,0% |                       |

Fuente: El autor

El 22,9% de los casos consumía tabaco. En los controles, el 12,0% consumía tabaco. Según el resultado, el consumo de tabaco es más frecuente en el grupo con absceso perianal. Existe una asociación estadísticamente significativa entre consumo de tabaco y absceso perianal ( $\chi^2=5,8$ ; p=0,016). Los fumadores presentan aproximadamente 2,2 veces mayor odds de desarrollar la enfermedad en comparación con los no fumadores (OR=2,2; IC95%: 1,1–4,1).

Figura 9. Consumo de tabaco asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

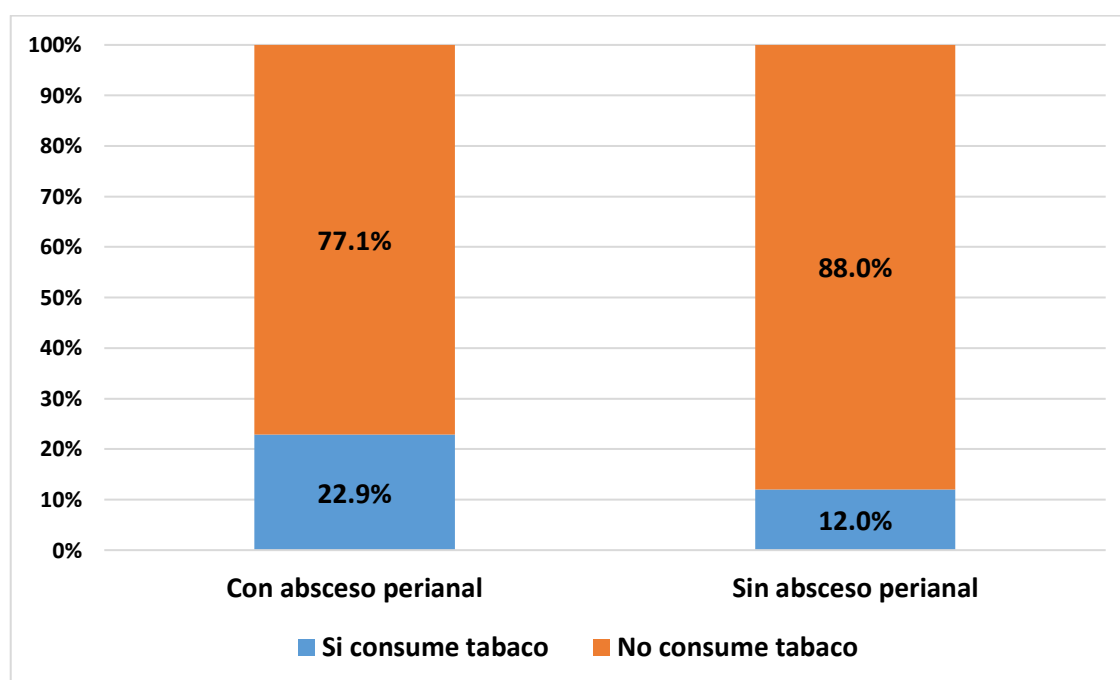


Tabla 10. Consumo de alcohol asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| Alcohol            | Absceso perianal |         | Total  |                        |
|--------------------|------------------|---------|--------|------------------------|
|                    | Caso             | Control |        |                        |
|                    | 26               | 22      | 48     | Chi <sup>2</sup> =11,3 |
| Si consume alcohol | 27,1%            | 11,5%   | 16,7%  | p= 0,001               |
|                    | 70               | 170     | 240    | OR= 2,8                |
| No consume alcohol | 72,9%            | 88,5%   | 83,3%  | (IC95%:1,5-5,4)        |
|                    | 96               | 192     | 288    |                        |
| Total              | 100,0%           | 100,0%  | 100,0% |                        |

Fuente: El autor

El 27,1% de los casos consumía alcohol. En los controles, el 11,5% consumía alcohol. Se observa una mayor proporción de consumo de alcohol en el grupo con absceso perianal. Existe una asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y absceso perianal ( $\chi^2=11,3$ ;  $p=0,001$ ). Los individuos que consumen alcohol presentan aproximadamente 2,8 veces mayor odds de desarrollar la enfermedad en comparación con los no consumidores (OR=2,8; IC95%: 1,5–5,4).

Figura 10. Consumo de alcohol asociada al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

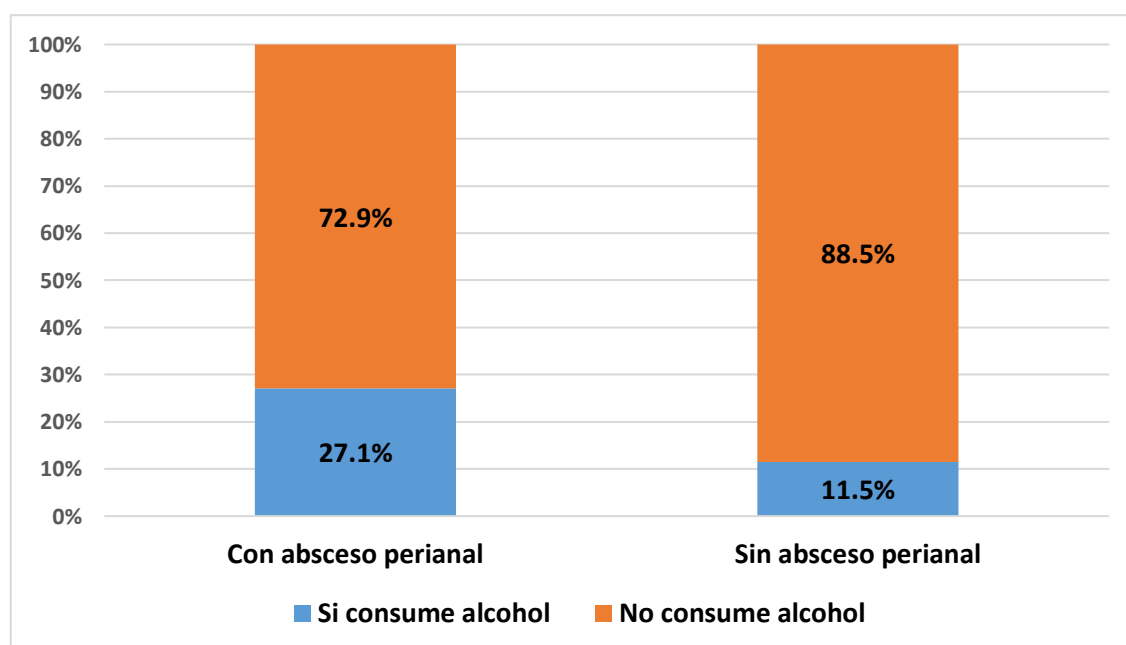


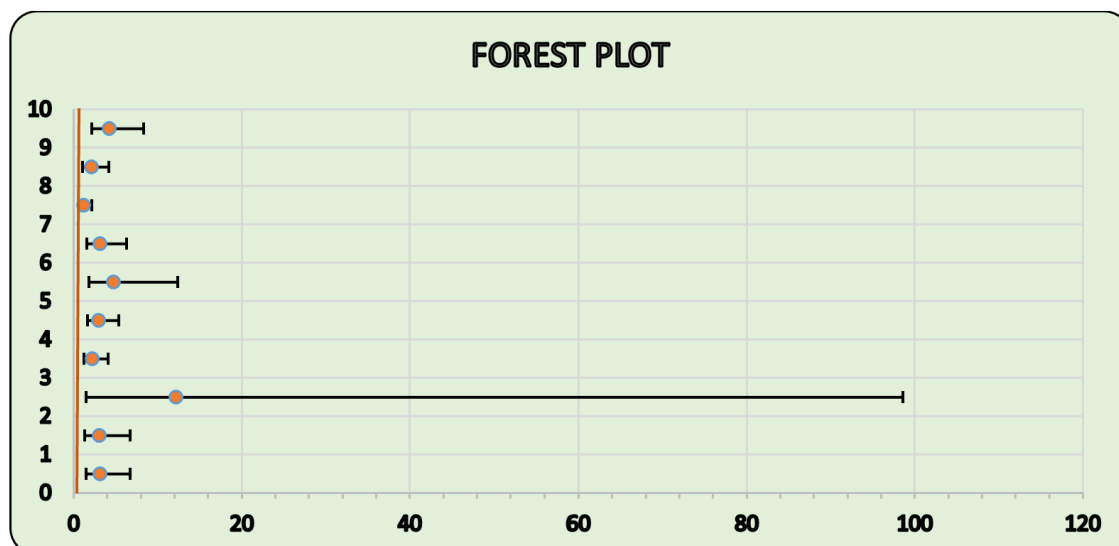
Tabla 11. Regresión logística de los factores de riesgo demográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

| Variable              | Wald   | Sig.  | ORa    | IC95% ORa |          |
|-----------------------|--------|-------|--------|-----------|----------|
|                       |        |       |        | Inferior  | Superior |
| Edad 41 a 65 años     | 17,889 | 0,000 | 4,240  | 2,171     | 8,282    |
| Sexo masculino        | 4,801  | 0,028 | 2,119  | 1,082     | 4,149    |
| Procedencia           | ,412   | 0,521 | 1,211  | 0,674     | 2,176    |
| Primaria o secundaria | 10,825 | 0,001 | 3,162  | 1,593     | 6,278    |
| Diabetes mellitus 2   | 10,209 | 0,001 | 4,750  | 1,826     | 12,354   |
| Exceso de peso        | 12,227 | 0,000 | 2,930  | 1,604     | 5,354    |
| Estreñimiento         | 6,219  | 0,013 | 2,210  | 1,185     | 4,123    |
| VIHSIDA               | 5,449  | 0,020 | 12,130 | 1,492     | 98,601   |
| Consumo de tabaco     | 7,173  | 0,007 | 3,005  | 1,343     | 6,724    |
| Consumo de alcohol    | 8,916  | 0,003 | 3,164  | 1,485     | 6,738    |

Fuente: El autor

Los factores que se encuentran independientemente asociadas al absceso perianal son: Edad 41 a 65 años  $p= 0,000$  ORa= 4,240 (IC95%: 2,171-8,282), Sexo masculino  $p= 0,028$  ORa= 2,119 (IC95%: 1,082-4,149), Tener grado de instrucción primaria o secundaria  $p= 0,001$  ORa= 3,162 (IC95%: 1,593-6,278), Tener diabetes mellitus 2  $p= 0,001$  ORa= 4,750 (IC95%: 1,826-12,354) el Exceso de peso  $p=0,000$  ORa= 2,930 (IC95%: 1,604-5,354), el estreñimiento  $p= 0,013$  ORa= 2,210 (IC95%: 1,185-4,123), tener VIHSIDA  $p= 0,020$  ORa= 12,130 (IC95%: 1,492-98,601), Consumo de tabaco  $p= 0,007$  ORa= 3,005 (IC95%: 1,343-6,724), Consumo de alcohol  $p= 0,003$  ORa= 3,164 (IC95%: 1,485-6,738). La procedencia no mostró asociación significativa  $p= 0,521$ .

Figura 11. Regresión logística de los factores de riesgo demográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos asociados al absceso perianal



#### IV. DISCUSIÓN

Los pacientes de 41 a 65 años tienen 4,24 veces más probabilidad de presentar el desenlace (retinopatía diabética) en comparación con el grupo de referencia, independientemente de otras variables incluidas en el modelo. El valor de  $p$  altamente significativo y el intervalo de confianza que no cruza el 1 indican una asociación estadísticamente sólida. Esta asociación se puede explicar por qué a mayor tiempo de exposición a hiperglucemia crónica a una edad entre 41 y 65 años, muchos pacientes ya presentan varios años de evolución de la diabetes mellitus. Por ello, el grupo 41–65 años puede representar el período donde el daño acumulado alcanza suficiente magnitud para manifestarse clínicamente. El ORa indica que la edad en ese rango es un factor independiente, es decir, el efecto persiste aun ajustando por otras variables. El IC95% (2,171–8,282) indica precisión razonable y una asociación fuerte.  $p = 0,000$  confirma significancia estadística, por lo indicado la retinopatía diabética en pacientes de avanzada edad se debe a exposición prolongada a hiperglucemia, daño microvascular acumulativo, mayor carga de comorbilidades cardiovasculares, en conjunto, estos mecanismos explican el incremento de más de cuatro veces en el riesgo observado en este estudio. Sarofim<sup>13</sup> demuestra que la media de edad de los pacientes con absceso perianal era de 43 años que están en el rango establecido en el estudio como también es la conclusión del estudio de Espino<sup>19</sup> en Ica.

Los resultados indican que los hombres tienen aproximadamente 2,1 veces mayor probabilidad de presentar absceso perianal en comparación con las mujeres, independientemente de otras variables incluidas en el modelo. El intervalo de confianza no incluye el valor 1 y el valor de  $p$  es menor a 0,05, lo que confirma una asociación estadísticamente significativa. El absceso perianal es una infección aguda que se origina generalmente en las glándulas anales (criptoglandulares), secundario a obstrucción glandular, proliferación bacteriana e inflamación supurativa. La mayor frecuencia en el sexo masculino puede explicarse por varios mecanismos: Los hombres presentan mayor cantidad de tejido glandular y mayor profundidad de criptas anales en promedio. La región perianal masculina tiende a tener mayor densidad de vello y glándulas sebáceas, lo que puede favorecer microtraumatismos e infecciones locales. La configuración anatómica femenina incluye estructuras como la vagina, que modifica la distribución y drenaje anatómico del espacio perineal, lo que podría influir en patrones distintos de infección. Bauta<sup>12</sup> en Arabia Saudita observó una clara predominancia masculina, representando los varones el 66,1% de los casos siendo concordante con los hallazgos de la investigación, que también es la conclusión de la investigación de Sarofim<sup>13</sup>, del mismo modo Mendoza<sup>18</sup> en Piura concluye que la distribución por sexo mostró un leve predominio masculino (55,6%).

Se determinó que, las personas con nivel educativo primario o secundario tienen aproximadamente 3,16 veces mayor probabilidad de presentar absceso perianal en comparación con el grupo de mayor nivel educativo (grupo de referencia), independientemente de otras variables incluidas en el modelo. El intervalo de confianza no incluye el valor 1 y el valor de p confirma una asociación estadísticamente significativa. Aunque el nivel educativo no es un factor biológico directo, actúa como determinante social de la salud, influyendo en condiciones que favorecen los mecanismos fisiopatológicos de la infección, debido a un menor conocimiento sobre higiene perianal adecuada, con mayor exposición a condiciones sanitarias inadecuadas, con mayor carga bacteriana local, y colonización persistente de criptas anales. Esto facilita la progresión desde inflamación local hacia formación de colección purulenta. Espino<sup>19</sup> en Ica demuestra que los abscesos perianales son más frecuentes en sujetos de bajo nivel educativo con lo que se confirma los hallazgos de la investigación.

Respecto a la diabetes mellitus, los resultados indican que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan aproximadamente 4,75 veces mayor probabilidad de desarrollar absceso perianal en comparación con quienes no tienen diabetes, independientemente de otras variables incluidas en el modelo. La diabetes mellitus tipo 2 es un estado de hiperglucemia crónica asociado a resistencia a la insulina y disfunción metabólica sistémica. Este contexto genera múltiples alteraciones que favorecen la aparición y progresión del absceso perianal. La hiperglucemia sostenida produce: Disminución de la quimiotaxis neutrofílica, alteración en la fagocitosis, reducción en la actividad bactericida, disminución de la función de macrófagos, esto compromete la inmunidad innata, facilitando la progresión de infecciones locales hacia colecciones purulentas profundas. En la región perianal, la microangiopatía reduce la oxigenación y la llegada de células inmunes, lo que dificulta el control temprano de la infección y favorece la necrosis tisular y la formación de abscesos, además que la hiperglucemia aumenta la disponibilidad de sustrato energético para bacterias, favorecen el crecimiento de microorganismos anaerobios. Este entorno metabólico facilita la proliferación bacteriana dentro de las glándulas anales obstruidas, en este sentido la investigación de Wei<sup>11</sup> menciona que la diabetes mellitus es un condicionante para que puedan ocurrir los abscesos perianales, que también es corroborada en el estudio de Bauta<sup>12</sup> en Arabia Saudita que menciona una asociación significativa de diabetes mellitus y mayor probabilidad de tener absceso perianal, y muchos de los pacientes termina desarrollando gangrena de Fournier la que es más prevalente en los pacientes diabéticos como concluye Fiestas<sup>15</sup> en su estudio en el Hospital Santa Rosa de Piura, incluso el estudio Regalado<sup>16</sup> en Lima determina una magnitud de riesgo de 6,17 veces más en pacientes diabéticos.

Del mismo modo se demostró que los pacientes con exceso de peso presentan aproximadamente 2,9 veces mayor probabilidad de desarrollar absceso perianal en comparación con aquellos con peso normal, independientemente de otras variables incluidas en el modelo. El intervalo de confianza no incluye el valor 1 y el valor de p confirma una asociación estadísticamente significativa y sólida. El absceso perianal se origina principalmente por la obstrucción e infección de las glándulas anales (teoría criptoglandular). El exceso de peso favorece varios mecanismos fisiopatológicos que incrementan la susceptibilidad a esta infección, con el exceso de peso aumenta la producción de citocinas proinflamatorias (TNF- $\alpha$ , IL-6), este estado inflamatorio altera la respuesta inmune local, favoreciendo la progresión de una infección inicial hacia una colección purulenta, existe una disminución en la función de neutrófilos, esto facilita que la obstrucción glandular evolucione hacia absceso en lugar de resolverse en fases tempranas, en estos pacientes existe mayor profundidad del pliegue interglúteo, lo que aumenta la fricción cutánea, se incrementa la humedad local, lo que favorece la maceración de la piel. Estas condiciones crean un microambiente propicio para proliferación bacteriana y microtraumatismos que pueden facilitar la infección de las glándulas anales. Adamo<sup>14</sup> manifiesta que los pacientes diabéticos cuyo IMC superaba el umbral de 25 presentaban un riesgo significativamente mayor de desarrollar abscesos perianales coincidiendo con los resultados de la investigación, incluso el estudio Regalado<sup>16</sup> en Lima determina una magnitud de riesgo de 2,73 veces más en pacientes obesos.

Los pacientes con estreñimiento presentan aproximadamente 2,21 veces mayor probabilidad de desarrollar absceso perianal en comparación con quienes no lo presentan, independientemente de otras variables incluidas en el modelo. El intervalo de confianza no cruza el valor 1 y el valor de p confirma significancia estadística. El estreñimiento actúa como un factor predisponente a través de varios mecanismos locales mecánicos e inflamatorios, cuando las heces son más duras y voluminosas se requiere mayor esfuerzo defecatorio (maniobra de Valsalva), se incrementa la presión intrarrectal y anal, este aumento de presión puede favorecer la obstrucción de las criptas anales, lo que impide el drenaje adecuado de las glándulas anales y facilita la acumulación de secreciones. El paso de heces duras produce: Fisuras microscópicas, erosiones de la mucosa, inflamación local, estas microlesiones permiten la entrada de bacterias desde la luz rectal hacia los conductos glandulares, iniciando el proceso infeccioso, además la retención prolongada de heces aumenta la concentración bacteriana local, favorece la proliferación de flora anaerobia, incrementa el contacto bacteriano con la mucosa anal, esto eleva la probabilidad de infección cuando existe obstrucción glandular. Al respecto Mendoza<sup>18</sup> en Piura concluye que las fisuras anales (21%), fístulas perianales (19,8%) y abscesos perianales (12,3%) están relacionadas con el estreñimiento.

Los pacientes con VIH/SIDA presentan aproximadamente 12 veces mayor probabilidad de desarrollar absceso perianal en comparación con quienes no tienen esta condición, independientemente de otras variables incluidas en el modelo. El valor de p confirma significancia estadística, y aunque el intervalo de confianza es amplio (lo que sugiere posible tamaño muestral reducido), no incluye el valor 1, por lo que la asociación es estadísticamente significativa y de gran magnitud. La VIH/SIDA es una enfermedad caracterizada por inmunosupresión progresiva, principalmente por disminución de linfocitos CD4+. Esta alteración inmunológica favorece múltiples infecciones oportunistas, incluyendo el absceso perianal. El VIH produce: Disminución de linfocitos T CD4+, alteración en la activación de macrófagos, disminución de la respuesta inmune mediada por células, reducción de la coordinación de la respuesta inflamatoria. En pacientes inmunosuprimidos, esta defensa es insuficiente, permitiendo la progresión rápida de infecciones. En personas con VIH es más frecuente: Proctitis infecciosa, úlceras anales, infecciones bacterianas recurrentes, infecciones por gérmenes oportunistas. Estas lesiones alteran la integridad mucosa y facilitan la invasión bacteriana hacia las glándulas anales. Además, en esta población pueden coexistir: Mayor frecuencia de microtrauma anal, coinfecciones de transmisión sexual. Estos factores potencian el riesgo infeccioso. Esta asociación es definida en el estudio de Scarsi<sup>17</sup> en Lima que indica la asociación entre infección por VIH y la presencia de SIDA con una mayor probabilidad de desarrollare abscesos perianales incluso de formas mas severas.

Los pacientes fumadores presentan aproximadamente 3 veces mayor probabilidad de desarrollar absceso perianal en comparación con los no fumadores, independientemente de otras variables incluidas en el modelo. El intervalo de confianza no cruza el valor 1 y el valor de p confirma una asociación estadísticamente significativa. El absceso perianal se origina por obstrucción e infección de las glándulas anales (teoría criptoglandular). El consumo de tabaco favorece este proceso mediante múltiples mecanismos vasculares, inmunológicos e inflamatorios. La nicotina produce vasoconstricción periférica, disminución del flujo sanguíneo tisular, reducción del aporte de oxígeno en la región perianal, esto genera hipoxia local, lo que disminuye la llegada de células inmunes, favorece la proliferación de bacterias anaerobias. El tabaquismo se asocia con disminución de la quimiotaxis neutrofílica, alteración de la fagocitosis, disminución de la actividad de células T, aumento de estrés oxidativo. Esto compromete la inmunidad innata y adaptativa, facilitando que una infección inicial evolucione hacia absceso, además el tabaquismo afecta, síntesis de colágeno, proliferación fibroblástica y la angiogénesis. Esto favorece la progresión de infecciones locales y aumenta la probabilidad de formación de colecciones purulentas en lugar de resolución espontánea.

De la misma manera los pacientes con consumo de alcohol presentan aproximadamente 3,16 veces mayor probabilidad de desarrollar absceso perianal en comparación con quienes no consumen alcohol, independientemente de otras variables del modelo. El intervalo de confianza no incluye el valor 1 y el valor de p confirma significancia estadística. El absceso perianal se origina por obstrucción e infección de las glándulas anales. El consumo de alcohol favorece este proceso a través de múltiples mecanismos inmunológicos, metabólicos y tisulares. El consumo crónico de alcohol produce, disminución de la función de neutrófilos, alteración de la fagocitosis, disminución de la actividad de macrófagos, reducción de la respuesta inmune celular. Esto compromete la capacidad del organismo para controlar infecciones locales tempranas, favoreciendo la progresión hacia colección purulenta.

En contraste, la procedencia  $p = 0,521$  no mostró asociación significativa, lo que indica que el origen geográfico no se relacionó de forma independiente con el desarrollo del absceso perianal. Las diferencias en condiciones ambientales o culturales no fueron determinantes tras el ajuste multivariado. Sin embargo, Mendoza<sup>18</sup> en Piura concluye que la mayoría de los pacientes procedían de áreas rurales (56,8%), atribuido a hábitos de higiene y alimentarios prevalentes en estas zonas. El tratamiento de estos pacientes va desde observación con terapia antibiótica hasta la quirúrgica incluso practicando colostomía para evitar contaminación fecal de la herida sin embargo, como menciona Dong en su estudio la evaluación preoperatoria debe ser exhaustiva así como la selección precisa de la estrategia quirúrgica destinada a tratar la infección glandular implicada, resultan esenciales para disminuir la tasa de recurrencias tras la intervención.

## V. CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo demográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025
- Los factores de riesgo demográficos Edad de 41 a 65 años, sexo masculino, bajo grado de instrucción están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025, sin embargo, la procedencia no está asociado al absceso perianal.
- Los factores de riesgo epidemiológicos tener diabetes mellitus tipo 2, exceso de peso, estreñimiento o VIH/SIDA están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025
- Los hábitos nocivos consumir tabaco o alcohol están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

## VI. RECOMENDACIONES

- Desarrollar intervenciones educativas diferenciadas considerando la asociación con bajo grado de instrucción, se recomienda diseñar material educativo accesible (lenguaje sencillo, material gráfico) sobre: Higiene perianal, signos de alarma e importancia de acudir tempranamente a atención médica. Reforzar la adherencia al tratamiento antirretroviral y el monitoreo clínico continuo para reducir la susceptibilidad a infecciones anorectales.
- Priorizar la identificación precoz de absceso perianal en pacientes con mayor riesgo (varones entre 41 y 65 años, con bajo grado de instrucción), mediante evaluación clínica sistemática en consulta externa y emergencia.
- Fortalecer programas de prevención y control de enfermedades crónicas, dado que la diabetes mellitus tipo 2 y el exceso de peso se asocian significativamente con absceso perianal, se recomienda reforzar estrategias de manejo integral del sobrepeso y obesidad. Debido a su asociación con absceso perianal, se recomienda incluir evaluación sistemática del tránsito intestinal en consultas de rutina y fomentar medidas preventivas (hidratación, actividad física, fibra dietética).
- Promover intervenciones orientadas a: Reducción del consumo de tabaco, disminución del consumo de alcohol, con promoción de dieta rica en fibra para prevención del estreñimiento.

## VII. Referencias bibliográficas.

- 1.- Polyzou E, Gavatha M, Papageorgiou D, Mulita F, Akinosoglou K. Abscesos perianales [Internet]. Enfermedades del recto y el ano: una guía concisa. IntechOpen; 2025. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1010035>
- 2.- Solanas Gracia L. Absceso anorrectal y fístula anal. Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol. 4, Nº. 3, 2023. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8908609>
- 3.- Moreira, A. (2024). Patología anal en el consultorio: un enfoque sindrómico para el diagnóstico. Acta Gastroenterológica Latinoamericana, 54(3), 223–230. <https://doi.org/10.52787/agl.v54i3.429>
- 4.- Guevara-Montero M. Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio Rev Mex Patol Clin Med Lab. 2025; Volumen 72, Número 1
- 5.- Miranda-Bautista J. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la enfermedad fistulizante perianal Protocolo diagnóstico y terapéutico de la enfermedad fistulizante perianal. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado Volumen 14, Número 8 ,abril de 2024, páginas 461-467. <https://doi.org/10.1016/j.med.2024.04.018>
- 6.- Romero-Cuevas L. Fistula Anorrectal sin Antecedentes de Absceso Anal: Reporte de un Caso 2025. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9(4), 4043-4051. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i4.19044](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.19044)
- 7.- Arroniz, Miguel Ángel Carrasco, Aracely Cruz Palacios, and Juan Antonio Villanueva Herrero. "Abscesos y fístulas anorrectales." Principales procedimientos quirúrgicos CMG 6 6 (2023): 75.
- 8.- Viquez Redondo, K. Fístula anal: características y tratamiento 2024. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 7(3), 15–20. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i3.498> (Original work published 13 de septiembre de 2023)
- 9.- Scarsi Mejía, V. Relaciones sexuales ano receptivas como factor de riesgo asociado al desarrollo de absceso anorrectal en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital de Ventanilla en los años 2018-2020. URI <https://hdl.handle.net/20.500.14138/7133>
- 10.- Dong S, Chen B, Zhang J. Estudio sobre los factores que influyen en el pronóstico después de la cirugía de absceso perianal. BMC Gastroenterol. 27 de septiembre de 2023;23(1):334. doi: 10.1186/s12876-023-02959-1. PMID: 37759161; PMCID: PMC10537581.
- 11.- Wei PL, Keller JJ, Kuo LJ, Lin HC. Mayor riesgo de diabetes después de un absceso perianal: un estudio de seguimiento poblacional. Int J Enfermedad colorrectal. Febrero de 2023; 28 (2): 235-40. doi: 10.1007/s00384-012-1519-2.
- 12.- Bauta Desdin JL, Carrasco Cruz LE, Bauta Cruz JP, Pérez Pupo A. Incisión y drenaje de abscesos anorrectales en el hospital general de Sabya, Arabia Saudita. CCM [Internet]. 12 de

- mayo de 2022 [citado 18 de octubre de 2025];26(2). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3888>
- 13.- Sarofim M, Ooi K. Revisión del manejo y la recurrencia del absceso perianal: lecciones desde la perspectiva del alumno. ANZ J Surg. 2022 julio;92(7-8):1781-1783. doi: 10.1111/ans.17750.
- 14.- Adamo, K., Gunnarsson, U., Eeg-Olofsson, K. et al. Riesgo de desarrollar absceso perianal en diabetes tipo 1 y tipo 2 y el impacto de un control glucémico deficiente. Int J Colorectal Dis 36 , 999–1005 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03818-1>
- 15.- Fiestas Córdova, J. Experiencia en el manejo de la Gangrena de Fournier en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura 2020. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/41243>
- 16.- Regalado Altamirano, J. Antecedentes y comorbilidades asociados a Gangrena de Fournier en pacientes del Hospital Daniel Alcides Carrión 2021. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/4140>.
- 17.- Scarsi Mejía, V. Relaciones sexuales ano receptivas como factor de riesgo asociado al desarrollo de absceso anorrectal en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital de Ventanilla (2023) URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/7133>
- 18.- Mendoza Olaya, C. Patología anorrectal benigna en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa de Piura (2020). URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/41467>
- 19.- Espino Elias, F. Epidemiología, tratamiento y evolución de los pacientes con absceso perianal tratados en el Hospital Regional de Ica 2021 al 2023. URI <https://hdl.handle.net/20.500.13028/5935>
- 20.- Villanueva Herrero J. Abscesos y fístulas anorrectales Septiembre de 2023. Clínicas de Gastroenterología de México (pp.75-100). [https://www.researchgate.net/publication/373947192\\_Abscesos\\_y\\_fistulas\\_anorrectales](https://www.researchgate.net/publication/373947192_Abscesos_y_fistulas_anorrectales)
- 21.- Hasan SK. Clinical and microbiological aspect of perianal abscess in adults: An experience of 75 patients. Bangladesh Med. Coll J 2022; 27(1): 7-10
- 22.- Church, JM (2025). ¿Cuál es su comprensión de la fisiopatología de la sepsis anal criptoglandular? ¿Por qué algunos pacientes presentan infecciones anales (abscesos y fístulas) y otros no? En: 105 Preguntas Clínicas en Cirugía Colorrectal. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-99251-3\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-031-99251-3_18)
- 23.- Włodarczyk M, Włodarczyk J, Sobolewska-Włodarczyk A, Trzeciński R, Dziki Ł, Fichna J. Conceptos actuales en la patogénesis de la fístula perianal criptoglandular. Revista de investigación médica internacional . 2021;49(2). doi: 10.1177/0300060520986669
- 24.- Mina Sarofim, B. Revisión del manejo y la recurrencia del absceso perianal: lecciones desde la perspectiva de un médico en formación. Revista ANZ de Cirugía Volumen 92, Número 7-8 págs. 1781-1783. <https://doi.org/10.1111/ans.17750>

- 25.- Abbasi B, Hacker E, Ghaffar U, Hakam N, Li KD, Alazzawi S, et al. Revisitando la gangrena de Fournier: Una perspectiva epidemiológica contemporánea frente a la celulitis perineal. *Urology Practice* [Internet]. 1 de enero de 2025 [citado el 4 de diciembre de 2025];12(1):158–66. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/UPJ.0000000000000724>
- 26.- Selvaggi L. Chapter 120 Anorectal abscesses. General Surgery Unit, Department of Surgery, A. O. Annunziata, Cosenza, Italy
- 27.- Devi, J., Ballard, DH, Aswani-Omprakash, T. et al. Enfermedad de Crohn fistulizante perianal: Perspectivas actuales sobre diagnóstico, seguimiento y tratamiento, con especial atención a las terapias emergentes. *Indian J Gastroenterol* 43 , 48–63 (2024). <https://doi.org/10.1007/s12664-024-01524-2>
- 28.- Zhu, H., Pan, J. Desentrañando la relación entre la enfermedad inflamatoria intestinal y el absceso perianal: perspectivas de un estudio de aleatorización mendeliana bidireccional y multivariable. *BMC Gastroenterol* 25 , 538 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12876-025-04137-x>
- 29.- Adil E. Capítulo 68. enfermedades anorrectales. Libro de texto de gastroenterología de Yamada, séptima edición. <https://doi.org/10.1002/9781119600206.ch68>
- 30.- Meng, F., Yu, T., Xie, M. et al. Microbiota de heridas posoperatorias en pacientes diabéticos con absceso perianal: un estudio de secuenciación del gen ARNr 16s. *BMC Microbiol* 25 , 756 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12866-025-04459-6>
- 31.- Vilchez, V., Lightner, AL (2025). Absceso y fístula perianal. En: Hoffman, M., Hull, TL, Bochner, BH (eds.). *Complicaciones mayores de la cirugía pélvica femenina*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-66772-5\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-031-66772-5_20)
- 32.- Hasan ZAIY, Mohamed B, AlSayegh R, AlMarzooq R. Incidence of anal fistula after pyogenic perianal abscess drainage in Kingdom of Bahrain. *Ann Coloproctol*. 2023 Feb;39(1):27-31. doi: 10.3393/ac.2020.00962.0137. Epub 2021 Aug 9. PMID: 34376025; PMCID: PMC10009068.
- 33.- van Oostendorp JY, Dekker L, van Dieren S, et al. Antibiotic Treatment following surgical drainage of perianal abscess (ATLAS): protocol for a multicentre, doubleblind, placebo-controlled, randomised trial. *BMJ Open* 2022;12:e067970. doi:10.1136/bmjopen-2022-067970
- 34.- Han S, Su W, Fan K, Xu Z, Xu H, Wang M, Li L, Shen W. 2025. Características de la composición bacteriana del absceso perianal y origen de los microbios infecciosos . *PeerJ* 13 : e18855 <https://doi.org/10.7717/peerj.18855>
- 35.- Altam A. Viabilidad del uso de la ecografía transperineal como prueba diagnóstica en abscesos y fístulas perianales en entornos de recursos limitados: un estudio retrospectivo. *Revista de Medicina de Emergencia, Trauma y Cuidados Agudos* Volumen 2023, Número 2. DOI: <https://doi.org/10.5339/jemtac.2023.24>
- 36.- Ramírez Pedraza N. Fístula y absceso perianal: Una guía de imágenes para principiantes. *RG • Volumen 42 Número 7*. <https://doi.org/10.1148/rg.210142>

- 37.- Li J. Pelvic CT as a First-line Imaging Tool for Diagnosis of Perianal Abscess: A Single-center Retrospective Study. Research Square. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4621204/v1>
- 38.- Ding W, Sun YR, Wu ZJ. Tratamiento del absceso y la fístula perianal en lactantes y niños pequeños: Desde la etiología básica hasta las características clínicas. *The American Surgeon* TM . 2020;87(6):927-932. doi: 10.1177/0003134820954829
- 39.- Adamo, K., Gunnarsson, U., Eeg-Olofsson, K. et al. Riesgo de desarrollar absceso perianal en diabetes tipo 1 y tipo 2 y el impacto de un control glucémico deficiente. *Int J Colorectal Dis* 36 , 999–1005 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03818-1>
- 40.- Garber, B., Glauser, J. Actualización sobre infecciones perianales. *Curr Emerg Hosp Med Rep* 13,12(2025). <https://doi.org/10.1007/s40138-025-00317-x>
- 41.- Nasasra, A. et al. El tratamiento antibiótico no influye en la formación de fístulas anales ni en la recurrencia del absceso perianal tras la incisión y el drenaje del absceso perianal criptogénico: un estudio prospectivo aleatorizado y simple ciego. *Enfermedades del Colon y el Recto* 67(8):p 1072-1076, agosto de 2024. | DOI: 10.1097/DCR.0000000000003334
- 42.- Sørensen, KM, Möller, S. y Qvist, N. Tratamiento con aspiración con aguja vs. incisión del absceso perianal simple agudo: estudio aleatorizado y controlado. *Int J Colorectal Dis* 36 , 581–588 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00384-021-03845-6>
- 43.- Cierzniakowska K. Anal abscesses and fistulas: patient-centred care. *LECZENIE RAN* 2023; 20 (4): 142–149. DOI: 10.60075/lr.v20i4.52
- 44.- Dong, S., Chen, B. y Zhang, J. Estudio sobre los factores que influyen en el pronóstico tras la cirugía de absceso perianal. *BMC Gastroenterol* 23 , 334 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12876-023-02959-1>

## 2.8 Anexos

### 2.8.1. Matriz de consistencia

| Problema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Objetivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hipótesis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Operacionalización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Método                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Variable                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>Problema general</b><br/>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025?</p> <p><b>Problemas específicos</b><br/>¿Cuáles son los factores de riesgo demográficos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo epidemiológicos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025?</p> | <p><b>Objetivo general</b><br/>Determinar los factores de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025</p> <p><b>Objetivos específicos</b><br/>Identificar los factores de riesgo demográficos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025</p> <p>Identificar los factores de riesgo epidemiológicos asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025</p> | <p><b>Hipótesis general</b><br/>Ha. Los factores de riesgo demográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025</p> <p><b>Hipótesis específicas</b><br/>Ha. Los factores de riesgo demográficos están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025</p> <p>Ha. Los factores de riesgo epidemiológicos están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025</p> <p>Ha. Los hábitos nocivos de</p> | <p><b>Variable Dependiente</b><br/>Absceso perineal</p> <p><b>Variables Independientes</b><br/>Factores de riesgo demográficos<br/>Edad<br/>Sexo<br/>Procedencia<br/>Grado de instrucción</p> <p>Factores de riesgo epidemiológicos<br/>Diabetes mellitus<br/>Exceso de peso<br/>Estreñimiento<br/>VIH/SIDA</p> <p>Hábitos nocivos<br/>Consumo de tabaco<br/>Consumo de alcohol</p> | <p><b>Tipo.</b> Observacional, retrospectiva analítica y transversal</p> <p><b>Nivel.</b> Relaciona</p> <p><b>Diseño.</b> Casos y controles</p> <p><b>Población.</b> Pacientes que presentaron absceso perianal entre los años 2022 al 2025 que son 112 casos.</p> <p><b>Muestra</b> n= 96 casos con 192 controles</p> <p><b>La técnica:</b> Documental</p> <p><b>Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos.</p> <p><b>Procesamiento de datos.</b><br/>Los datos serán procesados utilizando el software estadístico SPSS versión 29. se aplicará la prueba de Chi-cuadrado (<math>\chi^2</math>). El nivel de confianza del 95%. Medidas de Asociación (OR cruda y ajustada): Se cuantificará la fuerza de la asociación mediante el Odds Ratio (OR).</p> |

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                      |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| ¿Cuáles son los hábitos nocivos de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025? | Identificar los hábitos nocivos de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025 | riesgo están asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025 |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

### 2.8.2. Operacionalización de variables

| Variable                                        | Definición Conceptual                                                                                                                                                                                     | Definición Operacional                                                                                                                                                                                                                               | Indicadores                             | Categoría                          | Instru-<br>mento  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| <b>Variable dependiente</b><br>Absceso perineal | Infección aguda y localizada que forma una colección de pus en los tejidos que rodean el canal anal, como resultado de la obstrucción e infección de las glándulas criptoglandulares de la línea dentada. | Diagnóstico clínico-quirúrgico confirmado. Paciente que presenta dolor perianal agudo, tumefacción, eritema y/o fluctuación, con o sin fiebre, que requiere drenaje quirúrgico de urgencia y en el que la evacuación de pus confirma el diagnóstico. | Criterio clínico<br>Criterio quirúrgico | Presente<br>Ausente                | Ficha de<br>datos |
| <b>Variables independientes</b><br>Edad         | Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo, considerado un factor demográfico básico y un posible factor de confusión o modificador de efecto.                                               | Edad calculada en años cumplidos al momento del diagnóstico del absceso (o al momento de la inclusión en el estudio para los controles).                                                                                                             | Años                                    | 15 a 40 años<br>41 a 65 años       |                   |
| Sexo                                            | Característica biológica que distingue entre hombres y mujeres, basada en diferencias cromosómicas, gonadales y anatómicas.                                                                               | Variable categórica dicotómica registrada según el sexo asignado al nacer, en su historia clínica                                                                                                                                                    | Sexo                                    | Masculino<br>Femenino              |                   |
| Procedencia                                     | Lugar geográfico de residencia habitual del individuo, que puede asociarse a diferencias en acceso a salud, estilos de vida o factores ambientales.                                                       | Variable categórica nominal. Se registrará según el distrito o departamento de residencia consignado en la historia clínica.                                                                                                                         | Lugar                                   | Ica distritos<br>Otros distritos   |                   |
| Grado de instrucción                            | Nivel máximo de estudios formales alcanzado y aprobado por una persona, considerado un indicador de capital cultural y socioeconómico.                                                                    | Variable categórica ordinal. Se categorizará según el sistema educativo peruano indicado en la historia clínica                                                                                                                                      | Grado                                   | Primaria<br>Secundaria<br>Superior |                   |
| Diabetes mellitus                               | Enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia), que altera la función inmunológica y la cicatrización.                                             | Diagnóstico médico previo de Diabetes Mellitus tipo 1 o 2, documentado en la historia clínica, y/o hallazgo de hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\geq 6.5\%$ al momento del ingreso                                                                   | Antecedente                             | Si<br>No                           |                   |

|                    |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                           |  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------|--|
| Exceso de peso     | Condición en la que el peso corporal es superior a lo considerado saludable para una estatura dada, comúnmente evaluado mediante el Índice de Masa Corporal (IMC).     | Variable categórica basada en el IMC (peso[kg]/talla[m] <sup>2</sup> ) calculado con mediciones al ingreso.                                                                                                                                                                                                                    | IMC           | IMC 18,5-24,9<br>IMC ≥ 25 |  |
| Estreñimiento      | Trastorno funcional caracterizado por la dificultad para defecar, evacuaciones infrecuentes o sensación de evacuación incompleta.                                      | Sí si el paciente refiere, en el mes previo al diagnóstico, dos o más de los siguientes (Criterios de Roma IV adaptados): 1) Esfuerzo defecatorio en >25% de las deposiciones, 2) Heces grumosas o duras (tipos 1-2 de Bristol) en >25%, 3) Sensación de evacuación incompleta en >25%, 4) Menos de 3 deposiciones por semana. | Estreñimiento | Si<br>No                  |  |
| VIH/SIDA           | Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, que puede conducir al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), caracterizado por inmunosupresión severa. | Diagnóstico médico previo de infección por VIH, documentado en la historia clínica                                                                                                                                                                                                                                             | VIH/SIDA      | Si<br>No                  |  |
| Consumo de tabaco  | Hábito de fumar productos derivados del tabaco, un factor de riesgo sistémico que afecta la microcirculación y la cicatrización.                                       | Registrado en los antecedentes nocivos de la historia clínica                                                                                                                                                                                                                                                                  | Consumo       | Si<br>No                  |  |
| Consumo de alcohol | Ingesta de bebidas alcohólicas. El consumo de riesgo o nocivo.                                                                                                         | Registrado en los antecedentes nocivos de la historia clínica                                                                                                                                                                                                                                                                  | Consumo       | Si<br>No                  |  |

### 2.8.3. Instrumentos de recolección de información



#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Factores de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa  
María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025**

**1.- Ficha N° \_\_\_\_\_**

**2. Absceso perineal**

Presente

Ausente

**3. Edad**

15 a 40 años

41 a 65 años

**4. Sexo**

Masculino

Femenino

**5. Procedencia**

Ica distritos

Otros distritos

**6. Grado de instrucción**

Primaria

Secundaria

Superior

**7. Diabetes mellitus**

Si

No

**8. Exceso de peso**

IMC 18,5- 24,9

IMC  $\geq$  25

**9. Estreñimiento**

Si

No

**10. VIH/SIDA**

Si

No

**11. Consumo de tabaco**

Si

No

**12. Consumo de alcohol**

Si

No

## 2.8.4. Base de datos del estudio

| ID | ABSCES<br>O | EDAD<br>15 a 40<br>años<br>41 a 65 | SEXO          | PROCEDENCI<br>A | GRADO<br>INSTR        | GI<br>DICOTOMIC<br>O | DM | EXCES<br>O DE<br>PESO<br>IMC | ESTREÑIMIENT<br>O | VIH/SID<br>A | TABAC<br>O | ALCOHO<br>L |
|----|-------------|------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------------|----------------------|----|------------------------------|-------------------|--------------|------------|-------------|
| 1  | Control     | 15 a 40 años                       | Femenino      | Ica distrito    | Superior              | Superior             | No | 18,5-24,9                    | No                | No           | Si         | No          |
| 2  | Caso        | 41 a 65 años                       | Femenino      | Ica distrito    | Secundari<br>a        | Primaria o sec.      | No | IMC 25 a<br>más              | Si                | No           | Si         | No          |
| 3  | Control     | 15 a 40 años                       | Femenino      | Ica distrito    | Superior              | Superior             | No | IMC 18,5-24,9                | No                | No           | Si         | No          |
| 4  | Control     | 15 a 40 años                       | Femenino      | Otros distritos | Superior              | Superior             | No | IMC 18,5-24,9                | No                | No           | No         | No          |
| 5  | Caso        | 41 a 65 años                       | Masculin<br>o | Otros distritos | Secundari<br>a        | Primaria o sec.      | No | IMC 25 a<br>más              | No                | No           | Si         | Si          |
| 6  | Control     | 15 a 40 años                       | Femenino      | Otros distritos | Primaria<br>Secundari | Primaria o sec.      | No | IMC 25 a<br>más              | Si                | No           | No         | No          |
| 7  | Control     | 41 a 65 años                       | Femenino      | Otros distritos | a                     | Primaria o sec.      | No | IMC 25 a<br>más              | No                | No           | No         | No          |
| 8  | Control     | 15 a 40 años                       | Femenino      | Ica distrito    | Primaria              | Primaria o sec.      | No | IMC 18,5-24,9                | Si                | No           | No         | Si          |
| 9  | Caso        | 41 a 65 años                       | Masculin<br>o | Ica distrito    | Superior              | Superior             | No | IMC 25 a<br>más              | No                | No           | No         | No          |
| 10 | Control     | 15 a 40 años                       | Masculin<br>o | Otros distritos | Superior              | Superior             | No | IMC 18,5-24,9                | No                | No           | No         | Si          |
| 11 | Caso        | 41 a 65 años                       | Masculin<br>o | Otros distritos | Superior              | Superior             | No | IMC 25 a<br>más              | Si                | No           | No         | No          |
| 12 | Control     | 15 a 40 años                       | Masculin<br>o | Ica distrito    | Secundari<br>a        | Primaria o sec.      | No | IMC 18,5-24,9                | Si                | No           | No         | No          |
| 13 | Control     | 15 a 40 años                       | Masculin<br>o | Otros distritos | Secundari<br>a        | Primaria o sec.      | No | IMC 18,5-24,9                | No                | No           | No         | No          |
| 14 | Control     | 15 a 40 años                       | Masculin<br>o | Otros distritos | Superior              | Superior             | No | IMC 18,5-24,9                | No                | No           | No         | No          |
| 15 | Control     | 15 a 40 años                       | Masculin<br>o | Ica distrito    | Secundari<br>a        | Primaria o sec.      | No | IMC 18,5-24,9                | No                | No           | No         | No          |
| 16 | Control     | 41 a 65 años                       | Femenino      | Ica distrito    | Secundari<br>a        | Primaria o sec.      | No | IMC 18,5-24,9                | Si                | No           | Si         | No          |

|    |         |              |          |                 |           |                 |    |               |    |    |    |    |
|----|---------|--------------|----------|-----------------|-----------|-----------------|----|---------------|----|----|----|----|
| 17 | Control | 41 a 65 años | Femenino | Otros distritos | Primaria  | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | Si |
| 18 | Control | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Superior  | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | Si |
| 19 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Secundari | Primaria o sec. | Si | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | Si |
| 20 | Control | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Primaria  | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | Si | No | No | No |
| 21 | Control | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Primaria  | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | Si |
| 22 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Secundari | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 23 | Control | 15 a 40 años | Masculin | Ica distrito    | Superior  | Superior        | Si | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 24 | Control | 15 a 40 años | Masculin | Otros distritos | Superior  | Superior        | No | IMC 25 a más  | Si | No | Si | No |
| 25 | Control | 15 a 40 años | Masculin | Otros distritos | Superior  | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | Si | No |
| 26 | Control | 15 a 40 años | Masculin | Otros distritos | Secundari | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 27 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin | Ica distrito    | Secundari | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 28 | Control | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Superior  | Superior        | Si | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 29 | Control | 15 a 40 años | Femenino | Ica distrito    | Superior  | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 30 | Caso    | 41 a 65 años | Femenino | Otros distritos | Primaria  | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | Si | No |
| 31 | Caso    | 41 a 65 años | Femenino | Otros distritos | Superior  | Superior        | Si | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | Si |
| 32 | Control | 41 a 65 años | Masculin | Ica distrito    | Secundari | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 33 | Control | 41 a 65 años | Femenino | Otros distritos | Secundari | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | Si |
| 34 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin | Ica distrito    | Secundari | Primaria o sec. | Si | IMC 25 a más  | No | No | No | Si |

|    |         |              |           |                 |            |                 |    |               |    |    |    |    |
|----|---------|--------------|-----------|-----------------|------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|----|
| 35 | Caso    | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 36 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | Si | No |
| 37 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | Si | No | No |
| 38 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 39 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 40 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | Si |
| 41 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | a          | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | Si | No |
| 42 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 43 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | Si | Si |
| 44 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | Si |
| 45 | Caso    | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 46 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | Si | IMC 18,5-24,9 | Si | No | Si | No |
| 47 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | a          | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 48 | Caso    | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 49 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 50 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | Si | No |
| 51 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | Si | No | No | No |
| 52 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | a          | Primaria o sec. | Si | IMC 25 a más  | No | No | No | No |

|    |         |              |            |                 |                    |                 |    |               |    |    |    |
|----|---------|--------------|------------|-----------------|--------------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|
| 53 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Otros distritos | Superior           | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 54 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin o | Otros distritos | Primaria Secundari | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 55 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Otros distritos | a                  | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 56 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Secundari a        | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | Si |
| 57 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Ica distrito    | Superior           | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 58 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Secundari a        | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 59 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior           | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No |
| 60 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Ica distrito    | Secundari a        | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | Si |
| 61 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior           | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 62 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior           | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 63 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Secundari a        | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No |
| 64 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Ica distrito    | Primaria           | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 65 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Otros distritos | Secundari a        | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No |
| 66 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior           | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 67 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior           | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | Si |
| 68 | Control | 15 a 40 años | Femenino   | Otros distritos | Secundari a        | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 69 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Primaria           | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No |
| 70 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Primaria           | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | Si |

|    |         |              |           |                 |            |                 |    |               |    |    |    |    |
|----|---------|--------------|-----------|-----------------|------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|----|
| 71 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 72 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 73 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 74 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 75 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 76 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 77 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 78 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | Si |
| 79 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 80 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Superior   | Superior        | Si | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 81 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | Si | Si |
| 82 | Caso    | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 83 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 84 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | Si | IMC 18,5-24,9 | Si | No | Si | Si |
| 85 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 86 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | Si | No | No | No |
| 87 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | Si | No |
| 88 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |

|     |         |              |           |                 |            |                 |    |              |    |    |    |    |
|-----|---------|--------------|-----------|-----------------|------------|-----------------|----|--------------|----|----|----|----|
| 89  | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más | No | No | No | No |
| 90  | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | 18,5-24,9    | No | Si | No | No |
| 91  | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9    | No | No | No | No |
| 92  | Caso    | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC          |    |    |    |    |
| 93  | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9    | Si | No | No | No |
| 94  | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más | No | No | No | No |
| 95  | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más | Si | No | No | No |
| 96  | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | 18,5-24,9    | No | No | No | No |
| 97  | Caso    | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC          |    |    |    |    |
| 98  | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9    | No | Si | No | No |
| 99  | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC          |    |    |    |    |
| 100 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9    | No | No | Si | No |
| 101 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC          |    |    |    |    |
| 102 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | Si | 18,5-24,9    | Si | No | No | No |
| 103 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más | No | No | No | Si |
| 104 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | 18,5-24,9    | No | No | No | No |
| 105 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC          |    |    |    |    |
| 106 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9    | Si | No | No | No |
|     |         |              |           |                 |            |                 |    | IMC 25 a más | No | No | No | No |

|     |         |              |           |                 |            |                 |    |               |    |    |    |    |
|-----|---------|--------------|-----------|-----------------|------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|----|
| 107 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 108 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 109 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | Si |
| 110 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 111 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 112 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | Si | No | No | No |
| 113 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 114 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 115 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 116 | Caso    | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | Si |
| 117 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 118 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 119 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | Si | No | No |
| 120 | Caso    | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | Si | No | No |
| 121 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | Si | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 122 | Caso    | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 123 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 124 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |

|     |         |              |           |                 |            |                 |    |               |    |    |    |    |
|-----|---------|--------------|-----------|-----------------|------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|----|
| 125 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 126 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 127 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | Si | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 128 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | Si | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 129 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 130 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | Si | IMC 25 a más  | Si | No | No | No |
| 131 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 132 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | Si | IMC 18,5-24,9 | No | Si | No | No |
| 133 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 134 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 135 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | Si | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 136 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | Si | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 137 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 138 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | Si |
| 139 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 140 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | Si | No | No | Si |
| 141 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 142 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |

|     |         |              |           |                 |            |                 |    |               |    |    |    |    |
|-----|---------|--------------|-----------|-----------------|------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|----|
| 143 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | Si | No |
| 144 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | Si | 18,5-24,9 IMC | Si | No | Si | No |
| 145 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 146 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 147 | Caso    | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | Si |
| 148 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC | Si | No | No | No |
| 149 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | Si | No | No | No |
| 150 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC | Si | No | No | No |
| 151 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 152 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC | No | No | No | No |
| 153 | Caso    | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | Si | Si | Si |
| 154 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC | Si | No | No | No |
| 155 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 156 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 157 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 158 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 159 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | Si | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 160 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | Si |

|     |         |              |           |                 |                     |                 |    |               |    |    |    |    |
|-----|---------|--------------|-----------|-----------------|---------------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|----|
| 161 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior Secundaria | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 162 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | a                   | Primaria o sec. | Si | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 163 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria            | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 164 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | Si | No | No | No |
| 165 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | a                   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 166 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 167 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | Si | No | No | Si |
| 168 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 169 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Superior            | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 170 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Superior            | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 171 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Superior            | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 172 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior            | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | Si | No |
| 173 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Superior            | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 174 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 175 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 176 | Caso    | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | Si | No |
| 177 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 178 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | Si | No |

|     |         |              |            |                 |             |                 |    |               |    |    |    |    |
|-----|---------|--------------|------------|-----------------|-------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|----|
| 179 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Ica distrito    | Secundari a | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 180 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Otros distritos | Secundari a | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | Si | No |
| 181 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior    | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 182 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Otros distritos | Superior    | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 183 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Ica distrito    | Secundari a | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 184 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Otros distritos | Secundari a | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 185 | Caso    | 15 a 40 años | Masculin o | Ica distrito    | Primaria    | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 186 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin o | Otros distritos | Secundari a | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | Si | No | Si | No |
| 187 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Otros distritos | Superior    | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | Si | No |
| 188 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior    | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | Si | No |
| 189 | Caso    | 15 a 40 años | Masculin o | Otros distritos | Secundari a | Primaria o sec. | Si | IMC 25 a más  | No | No | No | Si |
| 190 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Otros distritos | Superior    | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 191 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Secundari a | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 192 | Caso    | 15 a 40 años | Masculin o | Otros distritos | Secundari a | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | Si |
| 193 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior    | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 194 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior    | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | Si |
| 195 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Ica distrito    | Primaria    | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 196 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Ica distrito    | Primaria    | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |

|     |         |              |           |                 |                     |                 |    |                    |    |    |    |    |
|-----|---------|--------------|-----------|-----------------|---------------------|-----------------|----|--------------------|----|----|----|----|
| 197 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria          | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más       | No | No | No | No |
| 198 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria Secundaria | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC      | No | No | No | No |
| 199 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Secundaria          | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC 25 a | Si | No | No | No |
| 200 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Secundaria          | Primaria o sec. | No | más IMC 25 a       | No | No | No | No |
| 201 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria Secundaria | Primaria o sec. | No | más IMC            | No | No | No | No |
| 202 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria          | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC 25 a | No | No | No | No |
| 203 | Caso    | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Superior            | Superior        | No | más IMC 25 a       | No | No | Si | No |
| 204 | Caso    | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Primaria            | Primaria o sec. | No | más IMC 25 a       | Si | No | No | No |
| 205 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Superior            | Superior        | No | más IMC            | Si | No | No | Si |
| 206 | Caso    | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria Secundaria | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC      | No | No | Si | No |
| 207 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Secundaria          | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC      | No | No | Si | No |
| 208 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria          | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC      | No | No | No | No |
| 209 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria          | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC      | No | No | No | No |
| 210 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No | 18,5-24,9 IMC      | No | No | No | No |
| 211 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior            | Superior        | No | 18,5-24,9 IMC      | No | No | No | No |
| 212 | Caso    | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Superior Secundaria | Superior        | Si | 18,5-24,9 IMC 25 a | Si | No | Si | No |
| 213 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria          | Primaria o sec. | No | más IMC 25 a       | Si | No | No | Si |
| 214 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No | más IMC 25 a       | No | No | No | No |

|     |         |              |           |                 |                     |                 |           |              |    |    |    |    |
|-----|---------|--------------|-----------|-----------------|---------------------|-----------------|-----------|--------------|----|----|----|----|
| 215 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior Secundaria | Superior        | No        | IMC 25 a más | No | No | No | No |
| 216 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria o sec.     | No              | 18,5-24,9 | Si           | No | No | No | No |
| 217 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No        | 18,5-24,9    | Si | No | No | No |
| 218 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Primaria o sec.     | No              | 18,5-24,9 | No           | No | No | No | No |
| 219 | Caso    | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Primaria            | Primaria o sec. | No        | 18,5-24,9    | Si | No | No | No |
| 220 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria            | Primaria o sec. | No        | IMC 25 a más | No | No | No | No |
| 221 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior            | Superior        | No        | 18,5-24,9    | No | No | Si | No |
| 222 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria            | Primaria o sec. | No        | IMC 25 a más | Si | No | No | No |
| 223 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Primaria            | Primaria o sec. | No        | 18,5-24,9    | Si | No | No | Si |
| 224 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Secundaria          | Primaria o sec. | No        | 18,5-24,9    | No | No | Si | No |
| 225 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Primaria o sec.     | No              | 18,5-24,9 | No           | No | No | No | No |
| 226 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Primaria            | Primaria o sec. | No        | 18,5-24,9    | No | No | No | No |
| 227 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior            | Superior        | No        | IMC 25 a más | Si | No | No | Si |
| 228 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Primaria            | Primaria o sec. | No        | 18,5-24,9    | No | No | Si | No |
| 229 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria            | Primaria o sec. | No        | IMC 25 a más | Si | No | No | No |
| 230 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior            | Superior        | No        | IMC 25 a más | No | No | No | No |
| 231 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Secundaria          | Primaria o sec. | No        | 18,5-24,9    | No | No | No | No |
| 232 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Primaria o sec.     | No              | 18,5-24,9 | Si           | No | No | No | Si |

|     |         |              |          |                 |            |                 |    |               |    |    |    |    |
|-----|---------|--------------|----------|-----------------|------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|----|
| 233 | Control | 15 a 40 años | Femenino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 234 | Control | 41 a 65 años | Masculin | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 235 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 236 | Caso    | 41 a 65 años | Femenino | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | Si | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 237 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 238 | Caso    | 15 a 40 años | Masculin | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | Si |
| 239 | Control | 15 a 40 años | Masculin | Ica distrito    | Primaria   | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 240 | Control | 15 a 40 años | Femenino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | Si |
| 241 | Caso    | 15 a 40 años | Femenino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 242 | Control | 41 a 65 años | Femenino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | Si | IMC 25 a más  | Si | No | No | No |
| 243 | Control | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 244 | Control | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Superior   | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 245 | Caso    | 15 a 40 años | Masculin | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | Si |
| 246 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | Si | No |
| 247 | Caso    | 15 a 40 años | Masculin | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | Si |
| 248 | Control | 41 a 65 años | Masculin | Otros distritos | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 249 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin | Ica distrito    | Secundaria | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | Si | No | No | No |
| 250 | Caso    | años         | Femenino | Ica distrito    | Superior   | Superior        | Si | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |

|     |         |              |            |                 |                      |                 |    |               |    |    |    |    |
|-----|---------|--------------|------------|-----------------|----------------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|----|
| 251 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Otros distritos | Secundari a          | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 252 | Caso    | 15 a 40 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior Secundari a | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 253 | Caso    | 41 a 65 años | Femenino   | Ica distrito    | a                    | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | Si |
| 254 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Otros distritos | Superior Secundari a | Superior        | Si | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 255 | Caso    | 41 a 65 años | Masculin o | Otros distritos | a                    | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | Si | No | Si | No |
| 256 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Ica distrito    | Superior             | Superior        | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 257 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Ica distrito    | Primaria Secundari a | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | Si |
| 258 | Caso    | 41 a 65 años | Femenino   | Otros distritos | a                    | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | Si | No |
| 259 | Caso    | 41 a 65 años | Femenino   | Ica distrito    | Primaria             | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 260 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Ica distrito    | Superior Secundari a | Superior        | No | IMC 25 a más  | Si | No | Si | No |
| 261 | Control | 41 a 65 años | Femenino   | Otros distritos | a                    | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 262 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Ica distrito    | Primaria Secundari a | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No | No |
| 263 | Caso    | 15 a 40 años | Masculin o | Ica distrito    | a                    | Primaria o sec. | Si | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 264 | Control | 15 a 40 años | Femenino   | Otros distritos | Primaria             | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | Si |
| 265 | Control | 15 a 40 años | Femenino   | Otros distritos | Superior             | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No | No |
| 266 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Otros distritos | Primaria             | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |
| 267 | Control | 41 a 65 años | Masculin o | Otros distritos | Primaria Secundari a | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | Si | No | No | No |
| 268 | Control | 15 a 40 años | Masculin o | Otros distritos | a                    | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No | No |

|     |         |              |           |                 |                    |                 |    |               |    |    |    |
|-----|---------|--------------|-----------|-----------------|--------------------|-----------------|----|---------------|----|----|----|
| 269 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Superior Secundari | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 270 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | a                  | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | Si |
| 271 | Caso    | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | a                  | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No |
| 272 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | a                  | Primaria o sec. | Si | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 273 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | a                  | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | Si |
| 274 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | Primaria           | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 275 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria Secundari | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 276 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | a                  | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | Si |
| 277 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | a                  | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | Si | No | No |
| 278 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Ica distrito    | Superior           | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 279 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Ica distrito    | Superior           | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 280 | Control | 41 a 65 años | Femenino  | Otros distritos | Superior           | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 281 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Primaria           | Primaria o sec. | No | IMC 18,5-24,9 | No | Si | No |
| 282 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Otros distritos | Superior Secundari | Superior        | No | IMC 18,5-24,9 | No | No | No |
| 283 | Caso    | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | a                  | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | Si |
| 284 | Control | 15 a 40 años | Femenino  | Otros distritos | Primaria Secundari | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | No | No | No |
| 285 | Control | 41 a 65 años | Masculino | Ica distrito    | a                  | Primaria o sec. | Si | IMC 18,5-24,9 | No | Si | No |
| 286 | Control | 15 a 40 años | Masculino | Otros distritos | Primaria           | Primaria o sec. | No | IMC 25 a más  | Si | No | No |

|     |         |                 |               |              |                |                 |    |                 |    |    |    |    |
|-----|---------|-----------------|---------------|--------------|----------------|-----------------|----|-----------------|----|----|----|----|
| 287 | Caso    | 41 a 65<br>años | Femenino      | Ica distrito | Primaria       | Primaria o sec. | No | IMC 25 a<br>más | Si | No | No | No |
| 288 | Control | 41 a 65<br>años | Masculin<br>o | Ica distrito | Secundari<br>a | Primaria o sec. | No | IMC 25 a<br>más | Si | No | Si | No |

## TÍTULO

### Factores de riesgo asociados al absceso perianal en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica entre el 2022 al 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: .....
- 1.2 Cargo e institución donde labora: .....
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento:

### Informe de Opinión de Experto

#### ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

| INDICADORES     | CRITERIOS                                                      | Deficiente<br>00 – 20% | Regular<br>21 -40% | Buena<br>41 -60% | Muy Buena<br>61 -80% | Excelente<br>81 -100% |
|-----------------|----------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|------------------|----------------------|-----------------------|
| CLARIDAD        | Esta formulado con un lenguaje claro.                          |                        |                    |                  |                      |                       |
| OBJETIVIDAD     | No presenta sesgo ni induce respuestas                         |                        |                    |                  |                      |                       |
| ACTUALIDAD      | Está de acuerdo a los avances la teoría                        |                        |                    |                  |                      |                       |
| ORGANIZACIÓN    | Existe una organización lógica y coherente de los ítems.       |                        |                    |                  |                      |                       |
| SUFICIENCIA     | Comprende aspectos en calidad y cantidad.                      |                        |                    |                  |                      |                       |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables |                        |                    |                  |                      |                       |
| CONSISTENCIA    | Basados en aspectos teóricos y científicos.                    |                        |                    |                  |                      |                       |
| COHERENCIA      | Entre los índices e indicadores.                               |                        |                    |                  |                      |                       |
| METODOLOGÍA     | La estrategia responde al propósito de la investigación        |                        |                    |                  |                      |                       |

#### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

.....

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Ica, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2026

\_\_\_\_\_  
Firma del Experto