



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/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:

**Perfil de riesgo de los pacientes con abscesos
intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el
Hospital Regional de Ica 2021 al 2025.**

Presentado por:

QUISPE CHAVEZ MARIA

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, 23 de marzo del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. Jorge Luis Chaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Facultad de Medicina Humana
“Daniel Alcides Carrión”



TESIS

**Perfil de riesgo de los pacientes con abscesos
intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el
Hospital Regional de Ica 2021 al 2025.**

Línea de investigación

Salud pública y conservación del medio ambiente.

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

MARIA QUISPE CHAVEZ

ASESOR:

DR. CACERES BELLIDO FERMIN

ICA – PERÚ

2026

DEDICATORIA

A Dios, por guiar mis pasos, darme fortaleza en los momentos difíciles y bendecirme con la oportunidad de alcanzar esta meta. Sin su luz y sabiduría, nada de esto habría sido posible.

A mis padres, Martín y Mariluz, por ser mi mayor inspiración y el pilar fundamental de mi vida. Gracias por su amor incondicional, por cada sacrificio y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Este logro también es suyo.

A mis hermanos, por su apoyo constante, su cariño y por acompañarme en cada etapa de este camino.

A mis amigos, por su ánimo, comprensión y por hacer de esta experiencia un recorrido más llevadero y significativo.

Con profundo amor y gratitud, les dedico este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento al personal médico y administrativo, así como al Departamento de Cirugía del Hospital Regional de Ica, por su valioso apoyo, disposición y colaboración durante el desarrollo de la presente investigación. Su profesionalismo, experiencia y compromiso con la salud fueron fundamentales para la culminación de este trabajo.

De manera especial, agradezco a mi asesor, el Dr. Cáceres Bellido Fermín, por su orientación constante, paciencia, conocimientos y dedicación brindados a lo largo de este proceso. Su guía académica y su exigencia profesional contribuyeron significativamente a mi formación y al logro de esta meta.

A todos ellos, mi profundo reconocimiento y gratitud.

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE	4
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CUERPO DEL INFORME FINAL	
INTRODUCCIÓN	9
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	27
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	51

Índice de tablas

N°	Tabla	Pág
Tabla 1	Edad de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	29
Tabla 2	Sexo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	30
Tabla 3	Dolor en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	31
Tabla 4	Fiebre en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	32
Tabla 5	Leucocitosis en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	33
Tabla 6	Informe ecográfico de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	34
Tabla 7	Estadio del apéndice de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	35
Tabla 8	Técnica quirúrgica de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	36
Tabla 9	Tiempo operatorio de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	37
Tabla 10	Tiempo de hospitalización de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	38
Tabla 11	Tipo de tratamiento de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	39

Índice de figuras

N°	Figura	Pág
Figura 1	Edad de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	29
Figura 2	Sexo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	30
Figura 3	Dolor en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	31
Figura 4	Fiebre en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	32
Figura 5	Leucocitosis en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	33
Figura 6	Informe ecográfico de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	34
Figura 7	Estadio del apéndice de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	35
Figura 8	Técnica quirúrgica de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	36
Figura 9	Tiempo operatorio de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	37
Figura 10	Tiempo de hospitalización de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	38
Figura 11	Tipo de tratamiento de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	39

Resumen

Objetivo. Identificar el perfil de riesgo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025.

Metodología. Estudio de tipo no experimental, transversal, retrospectiva y descriptiva, de enfoque cuantitativo, en una población de 182 casos de abscesos intraabdominales de donde se extrajo una muestra representativa de 124 casos.

Resultados. La edad media fue de 40,42 años y la mediana de 40 años, la moda fue 17 años. Menos de 15 años tuvieron el 8,1%, de 15–19 años el 21,8%, de 20–59 años el 38,7% y de 60 años a más el 31,5%, en relación con el sexo, fueron Masculinos el (65,3%) de pacientes y Femenino el (34,7%) de pacientes. El dolor se presentó en el 92,7% de pacientes en la fosa iliaca derecha, la fiebre estuvo presente en 91,9% de pacientes, la leucocitosis $> 10,000$ células/mm³ fue en 90,3% de pacientes, la ecografía informo de colección intraabdominal en el 98,4% de casos. El estadio del apéndice en la operación que generó el absceso intrabdominal fue congestivo en el (5,6%), flemonosa en (19,4%), gangrenada en (47,6%) y perforada en el (27,4%) de casos, el 100% de pacientes que necesitaron intervención quirúrgica éste fue por técnica abierta, con un tiempo operatorio menor a 90 minutos en la mayoría de los casos. El tiempo de hospitalización fue menor a 7 días en el (40,3%), de 7 a 14 días en (31,5%), de 15 a 30 días en (21,8%) y mayor de 30 días en el (6,5%) de pacientes, el tratamiento quirúrgico fue necesario en 16 pacientes (12,9%), mientras que el tratamiento conservador fue en 108 pacientes (87,1%).

Conclusión: Perfil del paciente post operado de apendicitis aguda que desarrolla absceso intraabdominal es, adulto joven a adulto medio, de sexo masculino, con dolor abdominal persistente o recurrente y fiebre, además de leucocitosis con ecografía abdominal con evidencia de colección intraabdominal en la gran mayoría de pacientes, principalmente operado en estadio gangrenado.

Palabras clave. Perfil, pacientes, abscesos, intraabdominales, posoperados, apendicitis aguda.

Abstract

Objective. To identify the risk profile of patients with intra-abdominal abscesses following surgery for acute appendicitis at the Regional Hospital of Ica from 2021 to 2025. **Methodology.** A non-experimental, cross-sectional, retrospective, and descriptive study with a quantitative approach was conducted in a population of 182 cases of intra-abdominal abscesses, from which a representative sample of 124 cases was obtained. **Results.** The mean age was 40.42 years, the median was 40 years, and the mode was 17 years. Patients younger than 15 years accounted for 8.1%, those aged 15–19 years for 21.8%, those aged 20–59 years for 38.7%, and those aged 60 years and older for 31.5%. Regarding sex distribution, 65.3% of patients were male and 34.7% were female. Pain in the right iliac fossa was present in 92.7% of patients, fever in 91.9%, and leukocytosis $>10,000$ cells/mm³ in 90.3%. Ultrasound reported intra-abdominal collection in 98.4% of cases. The stage of the appendix at the time of surgery that led to the intra-abdominal abscess was congestive in 5.6%, phlegmonous in 19.4%, gangrenous in 47.6%, and perforated in 27.4% of cases. All patients (100%) who required surgical intervention underwent an open technique, with an operative time of less than 90 minutes in the majority of cases. Length of hospital stay was less than 7 days in 40.3% of patients, 7–14 days in 31.5%, 15–30 days in 21.8%, and more than 30 days in 6.5%. Surgical treatment was required in 16 patients (12.9%), while conservative treatment was implemented in 108 patients (87.1%). **Conclusion.** The profile of the postoperative acute appendicitis patient who develops an intra-abdominal abscess corresponds to a young to middle-aged adult, predominantly male, presenting with persistent or recurrent abdominal pain and fever, along with leukocytosis and ultrasound evidence of intra-abdominal collection in the vast majority of cases, most commonly operated on at the gangrenous stage.

Keywords: Profile, patients, intra-abdominal abscesses, postoperative, acute appendicitis.

I. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Los abscesos intraabdominales corresponden a acumulaciones delimitadas de material purulento e inflamatorio, donde suelen coexistir diversas especies bacterianas tanto anaerobias como integrantes habituales de la microbiota. Este tipo de abscesos se identifican por presentar un área central necrótica que contiene leucocitos junto con tejido afectado. Entre los factores etiológicos predominantes para el desarrollo de abscesos intraabdominales se encuentran antecedentes de traumatismos, intervenciones quirúrgicas abdominales en tiempos recientes y episodios de perforación del tracto gastrointestinal¹.

Se ha documentado que la formación de abscesos intraabdominales representa entre el 2% y el 30% de las complicaciones derivadas de una apendicectomía. Esta variabilidad en la incidencia se relaciona con la presencia de diversos factores que aumentan la probabilidad de desarrollar dicha complicación. Como consecuencia, algunos trabajos de investigación han centrado su atención en identificar cuáles son los elementos predictivos asociados a la aparición de colecciones intraabdominales, con el propósito de orientar una intervención clínica apropiada en los pacientes que presentan estas condiciones predisponentes².

Las complicaciones posteriores a la cirugía se presentan en aproximadamente el 5% de los pacientes que han padecido una apendicitis aguda no complicada, cifra que se eleva a más del 30% en aquellos casos de apendicitis aguda complicada. Entre las adversidades más frecuentes tras una apendicectomía se encuentran la infección en el sitio quirúrgico, la formación de colecciones intraabdominales, la aparición de fístulas cecales, la pyleflebitis y la obstrucción intestinal³.

En el marco descrito, la incidencia de apendicitis aguda muestra su mayor prevalencia durante los años comprendidos entre la segunda y tercera décadas de existencia; en este grupo etario, se observa una proporción hombre:mujer de 1.3:1. Por otra parte, alrededor del 20% de los pacientes presentan un cuadro clínico correspondiente a apendicitis perforada, condición que ocasiona un marcado aumento tanto en la morbilidad como en la mortalidad asociadas al padecimiento. Este riesgo se acentúa considerablemente en adultos con más de 75 años, pues entre quienes superan los 85 años la tasa de mortalidad puede llegar a situarse en un 11%⁴.

En el contexto español, la incidencia de absceso intraabdominal fue del 5,2%. Se identificaron como factores de riesgo principales las formas avanzadas de apendicitis, las cuales incrementaron la probabilidad de desarrollar este tipo de complicación en aproximadamente seis veces; adicionalmente, el sexo masculino se asoció a un aumento del riesgo de alrededor de 2,5 veces⁵. Por otro lado, investigaciones llevadas a cabo en Egipto revelaron que la frecuencia de abscesos intraabdominales posoperatorios no difirió de manera significativa entre los pacientes intervenidos mediante apendicectomía laparoscópica (12,5%) y aquellos sometidos a cirugía

convencional (15%). No obstante, se observó que el grupo de pacientes que no recibió drenaje posquirúrgico presentó una duración de hospitalización notablemente más corta en comparación con quienes sí contaron con drenaje, lo que sugiere un impacto positivo de la omisión de este procedimiento en el tiempo de recuperación postoperatoria⁶.

En Uruguay, la proporción de abscesos residuales corresponde al 3,28% del total de casos, sin que se hayan identificado diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de abordaje quirúrgico empleados. Es relevante destacar que la mayoría de estos abscesos pueden resolverse satisfactoriamente utilizando únicamente tratamiento antibiótico⁷.

Por su parte, datos provenientes de Perú indican que el método quirúrgico empleado para la apendicectomía no incide de manera significativa en la frecuencia de abscesos residuales, ya sea en cuadros de apendicitis no complicada o complicada⁸. Los síntomas más habituales asociados a esta complicación incluyen dolor abdominal, fiebre, náuseas y vómitos. Entre las complicaciones que pueden surgir en el contexto intraabdominal se encuentra la formación de abscesos, los cuales pueden localizarse tanto entre asas intestinales como en la región subdiafragmática, este tipo de colección purulenta típicamente cursa con un cuadro febril que persiste y presenta elevaciones intermitentes de la temperatura. Frente a esta situación clínica, se considera más conveniente proceder al drenaje del absceso empleando una vía extraperitoneal, en lugar de limitarse a modificar esquemas antibióticos a la espera de una posible respuesta terapéutica⁹.

Un estudio llevado a cabo en la región de Ica identificó que, entre los factores preoperatorios, la obesidad, el sobrepeso y la hipertensión arterial se asociaron significativamente con un mayor riesgo de desarrollar absceso intraabdominal tras la apendicectomía. Este hallazgo resalta el papel determinante que desempeña la presencia de comorbilidades como elemento predisponente en la formación de colecciones intraabdominales en pacientes sometidos a este procedimiento quirúrgico, subrayando la necesidad de una evaluación cuidadosa de los antecedentes clínicos en la planificación y manejo del postoperatorio¹⁰.

Según el planteamiento esta complicación de la apendicetomía puede ser prevenible tomando las medidas asépticas y un tratamiento oportuno por lo que se desarrolló esta investigación que esta enfocada en determinar el perfil del paciente que está en riesgo de desarrollar absceso intraabdominal en el posoperatorio por apendicitis aguda.

Antecedentes de la investigación

Internacionales

Según Zamaray B. En 2023, se realizó una investigación orientada a determinar la frecuencia de abscesos intraabdominales posteriores a apendicectomía laparoscópica frente a la técnica abierta en el contexto de apendicitis complicada. Se reconoce que los pacientes diagnosticados con apendicitis complicada presentan un riesgo incrementado de desarrollar absceso intraabdominal

tras la intervención quirúrgica, en comparación con quienes presentan la forma no complicada. El propósito central del estudio fue comparar la incidencia de este tipo de complicación entre ambos enfoques quirúrgicos en casos de apendicitis complicada. Para ello, se optó por un diseño de cohorte retrospectiva. Se evaluaron 900 pacientes sometidos a apendicectomía por apendicitis complicada; de este grupo, la mayor proporción fue tratada mediante abordaje laparoscópico (78%, n = 705). La tasa de aparición de abscesos intraabdominales en el posoperatorio fue idéntica para ambos grupos quirúrgicos, situándose en 12.3%. El análisis estadístico no reveló diferencias significativas entre la apendicectomía laparoscópica y la abierta respecto a la incidencia de abscesos intraabdominales posteriores a la cirugía (odds ratio 1.11, IC 95% [0.67-1.84], p = 0.681). En conclusión, no se encontraron diferencias estadísticamente relevantes en la formación de abscesos intraabdominales al comparar ambos tipos de intervención quirúrgica¹¹.

Según Aravind C. En 2022, un hospital universitario terciario en la India llevó a cabo un análisis retrospectivo hospitalario con el objetivo de identificar las complicaciones postoperatorias predominantes asociadas a la apendicitis pediátrica complicada. Los resultados evidenciaron que el 30.4% de los pacientes experimentó alguna complicación tras la intervención quirúrgica, destacando una tasa de abscesos intraabdominales del 13.48%. Tanto la apendicectomía laparoscópica como la abierta presentaron tasas de complicaciones comparables, aunque la diferencia observada careció de significancia estadística. Se registró una mayor incidencia de abscesos apendiculares en el caso de apéndices ubicados en posición posterior. Asimismo, la aparición de abscesos intraabdominales fue más frecuente después de apendicectomía abierta, en presencia de peritonitis generalizada, apéndice retroileal, y perforaciones localizadas en la base o zona proximal del apéndice. En contraste, complicaciones como rebordes y adherencias vinculadas a obstrucción intestinal se observaron con mayor frecuencia en procedimientos laparoscópicos, asociándose particularmente a abscesos apendiculares y perforaciones basales o proximales. Como conclusión, la apendicitis complicada en la población pediátrica exhibe una elevada tasa de complicaciones postoperatorias, siendo los abscesos intraabdominales una de las más graves, con una incidencia del 13.48%¹².

Según Mulita F. En 2021, se llevó a cabo un análisis retrospectivo enfocado en comparar la frecuencia de formación de abscesos intraabdominales tras apendicectomía laparoscópica (AL) y abierta (OA) en casos de apendicitis tanto complicada como no complicada. Se reconoce que el absceso intraabdominal posoperatorio (PIAA) afecta a un rango que oscila entre el 3% y el 25% de quienes se someten a este procedimiento, con un riesgo considerablemente mayor cuando se trata de apendicitis complicada. El propósito central del estudio fue valorar la aparición de abscesos intraperitoneales después de la realización de AL y OA, prestando especial atención a los casos con mayor complejidad. La metodología implementada fue un diseño retrospectivo

cuantitativo. Durante el período bajo análisis, se efectuaron 1,809 apendicectomías en la institución participante, distribuyéndose en 939 intervenciones por vía laparoscópica y 850 mediante cirugía abierta; además, se documentaron 20 conversiones de técnica. Los resultados mostraron que la tasa de abscesos intraabdominales posquirúrgicos fue muy similar entre AL (3.73%, 35/939) y OA (3.41%, 29/850), sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$). Al centrarse en los pacientes con apendicitis complicada, la incidencia fue comparable en ambos grupos: 5.19% (11/212) para AL y 7.07% (14/198) para OA, nuevamente sin alcanzar significación estadística ($p > 0.05$). En síntesis, los hallazgos de este análisis retrospectivo indican que la modalidad quirúrgica empleada para la apendicectomía no ejerce un efecto determinante en la incidencia de abscesos intraperitoneales, tanto en apendicitis complicada como en la no complicada¹³.

Según Tartaglia S. En 2024, se realizó en la India un estudio retrospectivo cuyo objetivo principal fue analizar las causas subyacentes, la sintomatología, los abordajes terapéuticos y las complicaciones asociadas a las masas localizadas en la fosa ilíaca derecha en el contexto institucional. La investigación incluyó a todos los pacientes identificados con masa en la fosa ilíaca derecha a partir de su presentación clínica inicial. Los hallazgos revelaron que este tipo de masas era más prevalente entre personas provenientes de niveles socioeconómicos bajos, predominando como síntoma el dolor abdominal. Dentro de las etiologías, las afecciones del apéndice resultaron especialmente frecuentes, evidenciándose masas apendiculares en el 32.5% y abscesos apendiculares en el 60% de los casos. La apendicitis aguda, por su parte, se estableció como la causa más habitual, representando el 27.5% de las masas diagnosticadas en la fosa ilíaca derecha. En cuanto a las complicaciones, la aparición de abscesos intraabdominales posteriores a la apendicectomía fue identificada como una complicación que puede afectar hasta al 27.5% de los pacientes¹⁴.

Nacionales

Zuñe J. En Trujillo, durante 2024, se llevó a cabo un estudio observacional y analítico de cohorte retrospectiva enfocado en determinar la frecuencia de abscesos residuales en pacientes con apendicitis aguda complicada sometidos a intervención quirúrgica, comparando el abordaje mínimamente invasivo (laparoscópico) con el no mínimamente invasivo (abierto). La población estudiada comprendió 925 pacientes. Los hallazgos indicaron que la incidencia de abscesos residuales fue mayor en el grupo que recibió tratamiento laparoscópico, alcanzando el 12.1%, mientras que en quienes se sometieron a cirugía abierta la frecuencia fue del 7.3%. El odds ratio fue de 0.153, con un valor p de 0.059, lo que sugiere una significancia estadística marginal. Aunque esta diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa, los datos sugieren una posible tendencia hacia un riesgo incrementado de abscesos residuales asociados a la laparoscopia. Se

concluyó que tanto la modalidad quirúrgica empleada como el uso de drenajes son elementos determinantes en la aparición de dicha complicación. A partir de estos resultados, se recomienda mejorar las técnicas laparoscópicas y establecer un control postoperatorio estricto para disminuir la incidencia de estas complicaciones¹⁵.

Según Araujo L. En 2023, se desarrolló un estudio de cohorte observacional cuyo objetivo fue analizar el impacto que tiene el retraso hospitalario en la realización de apendicectomía sobre el riesgo de complicaciones postoperatorias en adultos (18 años o más) diagnosticados con apendicitis aguda complicada. La muestra incluyó 182 pacientes en el grupo con más de 8 horas de demora y una cantidad igual en el grupo intervenido antes de las 8 horas. Los resultados demostraron que la incidencia total de complicaciones postoperatorias fue sustancialmente superior en el grupo sometido a mayor retraso (15.38%) en comparación con aquellos operados con menor demora (3.85%), presentando un riesgo relativo (RR) de 1.71 (IC 95%: [1.40-2.09]). Al detallar las complicaciones específicas, se observó que la tasa de infección del sitio quirúrgico fue de 7.69% en el grupo con más demora frente a 1.65% en el grupo control (RR: 1.70; IC 95%: [1.33-2.17]), mientras que la aparición de abscesos intraabdominales fue del 8.24% frente al 1.65% (RR: 1.73; IC 95%: [1.37-2.18]). Asimismo, la necesidad de reintervención quirúrgica alcanzó el 10.99% en pacientes con mayor retraso, en contraste con el 3.85% en el otro grupo (RR: 1.54; IC 95%: [1.20-1.98]). En conclusión, los datos ponen de manifiesto que postergar la intervención quirúrgica por más de 8 horas incrementa de manera significativa la incidencia de complicaciones postoperatorias en el contexto de apendicitis aguda complicada, subrayando la importancia de una pronta resolución quirúrgica¹⁶.

Según Cubas F. En 2024, se llevó a cabo en Trujillo un estudio observacional y analítico de casos y controles retrospectivo, cuyo propósito fue determinar si la obesidad representa un factor de riesgo para la aparición de abscesos residuales en el posoperatorio de pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda. La investigación incluyó a 145 pacientes que desarrollaron abscesos residuales (casos) y a 145 que no presentaron esta complicación (controles), todos seleccionados conforme a criterios de inclusión específicos. Los resultados evidenciaron que la presencia de hipertensión arterial duplicaba el riesgo de absceso residual (OR: 2.12; IC 95% 1.12-2.65, $p=0.001$), mientras que el diagnóstico de diabetes incrementaba dicho riesgo casi cinco veces (OR: 4.79; IC 95% 2.23-10.33, $p=0.001$). En lo referente a la obesidad, los individuos con obesidad grado I presentaron una probabilidad 1.87 veces mayor de desarrollar absceso residual (OR: 1.87; IC 95% 1.19-3.93, $p=0.002$), y aquellos con obesidad grado II mostraron un riesgo más de cuatro veces superior respecto a los no obesos (OR: 4.12; IC 95% 1.76-9.82, $p=0.015$). En conclusión, se determinó que la obesidad, particularmente en los grados

I y II, se asocia de manera significativa con una mayor incidencia de abscesos residuales en pacientes intervenidos por apendicitis aguda mediante la vía laparoscópica¹⁷.

Según Rojas J. En Trujillo, durante 2023, se efectuó un estudio retrospectivo y observacional dirigido a determinar si la presencia de gangrena en la base apendicular constituye un factor que predispone a complicaciones intraabdominales en pacientes sometidos a cirugía por apendicitis aguda. El análisis contempló una cohorte de 360 personas con diagnóstico confirmado de apendicitis aguda, divididas equitativamente entre quienes presentaron lesiones en la base del apéndice (180 casos) y aquellos sin dicha afectación (180 casos). Los resultados pusieron de manifiesto que el 18.33% de los individuos con daño en la base apendicular experimentó complicaciones posoperatorias, cifra superior al 10.56% registrado en el grupo sin lesiones; esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.034$), con un odds ratio de 1.33 [1.05-1.69]. Al analizar la incidencia de abscesos intraabdominales, se observó que fue más elevada en el grupo con base apendicular comprometida (4.44%) frente al grupo de comparación (2.78%). En síntesis, se concluye que la gangrena en la base del apéndice incrementa el riesgo de complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias en el contexto de apendicitis aguda¹⁸.

Según Ruiz L. En 2021, en el Hospital Cayetano Heredia de Piura, se llevó a cabo un estudio de casos y controles cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de abscesos intraabdominales tras una apendicectomía laparoscópica. Para este análisis se seleccionaron 54 pacientes que desarrollaron absceso intraabdominal (casos) y 100 pacientes sin dicha complicación (controles). Entre los principales factores asociados al riesgo, se detectó la presencia de hipertensión arterial en el 39% de los casos, diabetes en el 19% y obesidad en el 14%. Asimismo, la duración de la intervención quirúrgica presentó una distribución relevante: el 41% de los casos tuvieron un tiempo quirúrgico inferior a 82 minutos, mientras que el 59% superó ese umbral. El análisis por género reveló que el 69% de los pacientes con absceso intraabdominal eran hombres y el 31% mujeres, observándose una mayor incidencia en el grupo de edad entre 45 y 60 años (21%). Los resultados estadísticos indicaron que el género masculino está vinculado a un mayor riesgo de absceso intraabdominal, con un odds ratio de 2.3 (IC 95%: 1.15-2.87). Además, la aparición de complicaciones fue más frecuente en quienes fueron sometidos a apendicectomía abierta, con un odds ratio de 2.9 (IC 95%: 1.45-2.87). Entre las comorbilidades más relevantes, la hipertensión arterial mostró un odds ratio de 2 (IC 95%: 1.1-2.5) y la obesidad de 2.4 (IC 95%: 1.2-3.0). En síntesis, se concluye que el género masculino, la hipertensión y la obesidad se destacan como factores de riesgo para la aparición de abscesos intraabdominales tras la apendicectomía, y que la cirugía abierta incrementa la prevalencia de estas complicaciones¹⁹.

Según Caffo K. Durante 2023, en la ciudad de Trujillo, se realizó un estudio enfocado en identificar los factores de riesgo que se asocian a la aparición de complicaciones postoperatorias, incluyendo abscesos intraabdominales, en pacientes intervenidos por apendicitis aguda. La investigación incluyó a 163 personas que recibieron tratamiento quirúrgico. Entre los hallazgos más relevantes, se estableció que la edad avanzada, la existencia de enfermedades crónicas de larga evolución, el incremento en los niveles de proteína C reactiva y la elección de la técnica abierta para la apendicectomía se vinculan directamente con un mayor riesgo de complicaciones tras la cirugía. El análisis estadístico demostró que tanto la morbilidad prolongada como las complicaciones postoperatorias se presentaron en menor proporción durante la fase de recuperación, sin embargo, la asociación estadística resultó significativa (IC 95%: 1.680 [0.997-2.890]; prueba de Pearson = 12.702; $p < 0.001$) en el grupo de pacientes postoperados por apendicitis aguda. En conclusión, tanto la persistencia de la enfermedad antes de la intervención como la elevación de la proteína C reactiva emergen como factores relevantes que incrementan la probabilidad de eventos adversos en el posoperatorio de apendicitis aguda²⁰.

Locales

No se encontraron estudios similares.

Marco teórico

La apendicitis aguda constituye una de las principales emergencias quirúrgicas a escala global. El abordaje de la apendicitis simple puede realizarse tanto mediante apendicectomía como a través del uso de antibióticos. Diversas investigaciones han señalado que el tratamiento antibiótico podría aportar ciertos beneficios, entre los que destacan la disminución en la aparición de complicaciones, una reducción en el tiempo total de hospitalización y un menor requerimiento de incapacidad laboral. No obstante, optar por la intervención quirúrgica parece incrementar la probabilidad de éxito terapéutico, dado que administrar únicamente antibióticos se asocia con tasas más elevadas de recurrencia y con la posibilidad futura de requerir cirugía²¹.

En un análisis multivariante de una investigación evidenció asociaciones entre dos factores y la formación postoperatoria de abscesos intraabdominales, estas fueron: perforación del apéndice (OR = 4,763; intervalo de confianza al 95%: 1,827–12,414; $p = 0,001$) así como duración del procedimiento quirúrgico (OR = 1,024; intervalo al 95%: 1,002–1,046; $p = 0,029$)²².

Entre las causas que conducen a un nuevo ingreso hospitalario, destaca como la más habitual el desarrollo de abscesos intraabdominales posteriores a una intervención, fenómeno que además conlleva implicaciones económicas relevantes para los sistemas sanitarios²³.

El desarrollo de un absceso intraabdominal posoperatorio constituye una de las complicaciones más severas y con riesgo significativo para la vida del paciente, esta entidad clínica se manifiesta por la formación confinada de pus dentro del espacio peritoneal, fenómeno que suele derivarse de

fenómenos como contaminación bacteriana o manejo inadecuado de áreas infecciosas durante la cirugía inicial. La frecuencia con la que se produce un absceso intraabdominal posoperatorio depende considerablemente tanto del tipo de cirugía realizada como del estado basal del individuo y las condiciones presentes durante el acto operatorio; así, los rangos reportados en extensas cohortes quirúrgicas fluctúan entre 1 % y 10 %. Por otra parte, los datos epidemiológicos sugieren que alrededor del 70 % de estos abscesos surgen tras procedimientos quirúrgicos previos²⁴.

Tanto los abscesos localizados en el espacio intraabdominal como aquellos situados en el retroperitoneo pueden surgir adyacentes a zonas infectadas por ejemplo: apendicitis o diverticulitis, así como consecuencia tanto de contaminación interna o externa relacionada con procedimientos postoperatorios o colangiopancreatografías; también pueden originarse tras cuadros de peritonitis generalizada o mediante diseminación hematógena. Por otra parte, aunque menos frecuentemente observadas, algunas lesiones pertenecientes al aparato genital pueden estar implicadas en el desarrollo de AIA. Contar con un conocimiento detallado sobre la anatomía regional abdominal y del retroperitoneo resulta esencial para anticipar cuáles son los espacios anatómicos donde es más probable que se extienda este tipo particular de absceso¹.

Un absceso intraabdominal se define como la presencia localizada de material purulento en la cavidad abdominal, envuelto por una cápsula compuesta de tejido inflamatorio. Este tipo de colección suele originarse a partir de infecciones bacterianas del sistema gastrointestinal, traumatismos en el abdomen, episodios de apendicitis o diverticulitis, patologías inflamatorias intestinales crónicas, intervenciones quirúrgicas abdominales previas y otras etiologías adicionales. Los signos y síntomas asociados habitualmente comprenden dolor en la región abdominal, fiebre persistente y manifestaciones gastrointestinales como náuseas acompañadas de vómitos. La prevalencia de los abscesos intraabdominales tiende a incrementarse en individuos mayores de 50 años, así como en sujetos que presentan algún grado de inmunodeficiencia²⁵.

Investigaciones indican que, pacientes que desarrollaron abscesos intraabdominales, en aquellos que acudieron al hospital después de transcurridas 48 horas resultó notablemente superior en comparación con el grupo sin abscesos (94,7 % frente a 30,1 %, $p < 0,001$). Se identificó una relación estrecha entre la aparición de apendicitis perforada y la existencia de apendicolitos con el desarrollo posterior de abscesos intraabdominales. Por otro lado, tanto los procedimientos quirúrgicos cuya duración excedió los 60 minutos como la utilización de drenajes fueron hallazgos que se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes afectados por estos abscesos. Además, este subgrupo experimentó un incremento tanto en el tiempo total de hospitalización como en las incidencias registradas de infección de la herida quirúrgica y casos de sepsis²⁶.

A medida que ha aumentado la longevidad poblacional y se han elevado las tasas tanto de enfermedades crónico-degenerativas (como inmunosupresión secundaria a patologías diversas, desnutrición crónica o diabetes mellitus) como las indicaciones para cirugías laparoscópicas modernas; paralelamente se ha observado un crecimiento proporcional en la incidencia reportada

para abscesos intraabdominales: desde un 3.8% documentado tras procedimientos laparoscópicos sobre apéndice hasta cifras próximas al 15% posterior a resecciones abiertas colónicas. Frente a este panorama epidemiológico cambiante, el abordaje mediante drenaje percutáneo ha emergido como una alternativa terapéutica con perfil seguro y eficacia demostrada; además se considera actualmente opción preferente para numerosos casos debido al impacto favorable sobre reducción significativa tanto en morbilidad asociada como en duración promedio del ingreso hospitalario y costos globales implicados. No sólo representa un método efectivo para evacuar estas colecciones sépticas; adicionalmente posibilita recuperar material biológico útil para cultivos microbiológicos específicos y análisis detallados del exudado purulento—circunstancia que permite ajustar el tratamiento antimicrobiano según sensibilidad identificada y orientar mejor la terapia individualizada correspondiente²⁷.

Apendicitis aguda definición y epidemiología

El apéndice se caracteriza morfológicamente por presentar una forma alargada y angosta, con trayectorias que pueden orientarse ascendentemente por detrás del ciego, desplazarse lateralmente hacia la izquierda detrás del íleon y el mesenterio, o descender en dirección medial hacia la cavidad pélvica. Su longitud habitual varía entre 1 y 9 pulgadas. Esta estructura está unida a través del mesenterio y está formada por tres estratos diferenciados: la capa serosa externa, la submucosa y la mucosa. El término “apendicitis” tiene su origen etimológico en el latín, resultado de unir los vocablos apéndice e -itis, designando así específicamente la inflamación de este órgano. Durante la década de 1540 se introdujo la denominación “apéndice” para referirse a una prolongación o extensión estrecha de un órgano interno. La incidencia máxima de apendicitis suele ubicarse en personas con edades comprendidas entre los 10 y los 20 años; en cuanto a distribución por sexo, se observa una razón hombre-mujer de 1,4:1. Las estimaciones para Estados Unidos indican que el riesgo acumulado a lo largo de toda la vida es del 8,6 % en hombres y del 6,7 % para las mujeres²⁸.

En cuanto al proceso fisiopatológico principal responsable de desencadenar apendicitis aguda, éste corresponde a la obstrucción luminal del apéndice; esta alteración puede originarse tanto por causas benignas (tales como hiperplasia linfoide o acumulación fecal impactada) como malignas²⁹.

Tradicionalmente se ha sostenido que dicha obstrucción constituía el factor primario detonante junto con el crecimiento linfoide especialmente frecuente en pacientes jóvenes; sin embargo, planteamientos contemporáneos sugieren también un papel relevante para elementos genéticos, ambientales e infecciosos en el desarrollo inicial de esta entidad clínica³⁰.

Diagnóstico Clínico. Para establecer el diagnóstico de apendicitis aguda, es esencial integrar la anamnesis y la exploración física con los resultados de estudios de laboratorio y técnicas de imagen. Entre las manifestaciones clínicas más típicas figuran un dolor inicial poco definido en

la región periumbilical, pérdida del apetito, episodios intermitentes de náuseas o vómitos, desplazamiento posterior del dolor hacia el cuadrante inferior derecho y elevación ligera de la temperatura corporal. Aproximadamente el 90% de quienes presentan este conjunto sintomático reciben un diagnóstico confirmado de apendicitis aguda. En lo que respecta a los estudios por imágenes, en particular la tomografía computarizada (TC), ciertos signos radiológicos resultan determinantes para pronosticar el desenlace terapéutico; tal es el caso de una dilatación apendicular igual o superior a 7 mm o la identificación de apendicolitos depósitos fecales localizados dentro del lumen apendicular circunstancias que señalan a individuos con mayor probabilidad de experimentar fracaso si se opta inicialmente por tratamiento antibiótico. Además, hallazgos como la existencia simultánea de apendicolitos, efecto masa y expansión del diámetro apendicular por encima de 13 mm en TC se correlacionan con un riesgo incrementado (alrededor del 40%) de no lograr éxito terapéutico utilizando antibióticos como estrategia primaria³¹.

En años recientes, múltiples esquemas de puntuación han sido diseñados con el propósito de facilitar a los profesionales médicos la valoración de pacientes en quienes se sospecha una apendicitis. Entre los más empleados, destaca el sistema ALVARADO introducido originalmente en 1986, que ha alcanzado una amplia aceptación para el diagnóstico de apendicitis aguda (AA). Este método incorpora ocho elementos: seis correspondientes a hallazgos clínicos y dos vinculados a resultados laboratoriales. Dichos parámetros incluyen sensibilidad localizada en el cuadrante inferior derecho, migración del dolor, hipertermia, presencia de náuseas o vómitos, anorexia, dolor provocado por rebote, leucocitosis y desviación a la izquierda del recuento leucocitario. Aunque este sistema carece de especificidad absoluta para confirmar la AA, determinadas cifras orientan al clínico sobre la probabilidad diagnóstica: un puntaje entre 4 y 5 sugiere compatibilidad con AA; valores entre 7 y 8 reflejan una alta probabilidad diagnóstica; mientras que alcanzar entre 9 y 10 puntos indica con fuerza una apendicitis aguda muy probable. Por otra parte, el sistema RIPASA representa una herramienta más novedosa que amplía los criterios considerados en comparación con Alvarado mediante la inclusión de seis factores adicionales relacionados tanto con aspectos personales como clínicos del paciente: edad, género biológico, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, defensa muscular voluntaria o involuntaria detectada al examen físico, signo positivo de Rovsing y resultado negativo en el análisis urinario. En este contexto evaluativo particular, se interpreta como indicativo positivo para apendicitis un puntaje RIPASA superior a 7.5³².

El dolor abdominal inicial que experimenta un paciente suele manifestarse como cólico periumbilical o epigástrico; posteriormente —en aproximadamente la mitad o hasta un 60% dicho dolor migra hacia la región inferior derecha conforme progresa la inflamación local. Esta localización refleja el compromiso del peritoneo parietal e incrementa su intensidad progresivamente durante las primeras veinticuatro horas desde su inicio. Además del síntoma álgido característico pueden presentarse náuseas frecuentes acompañadas por vómitos repetidos;

igualmente es común observar disminución marcada del apetito así como alteraciones en el tránsito intestinal tales como estreñimiento o episodios diarreicos ocasionales. Cuando se trata de un apéndice situado anteriormente respecto al ciego suele identificarse fácilmente por una dolencia intensa delimitada al cuadrante inferior derecho; por contraste si existe retroposición cecal predomina un malestar sordo localizado principalmente en áreas lumbares bajas. La extensión inflamatoria hacia estructuras vecinas puede desencadenar molestias urinarias (disuria), sensación urgente para orinar o incluso tenesmo rectal secundario. Es imprescindible registrar los signos vitales antes del abordaje físico directo pese a ser inespecíficos ya que permiten identificar fiebre igual o menor a 38°C además de evidenciar frecuentemente taquicardia y ocasionalmente taquipnea asociada al proceso inflamatorio subyacente³³.

Laboratorio. El recuento de leucocitos, definido como valores iguales o superiores a 10 000 células/ μ L tiene una sensibilidad de 0,85. Por su parte, el recuento absoluto de neutrófilos (RAN), considerado con umbrales a partir de 7500 células/ μ L según cinco estudios distintos, tiene una sensibilidad reportada en 0,90. La combinación de los criterios de recuento leucocitario elevado o proteína C reactiva aumentada (PCR $\geq$ 10 mg/L) la sensibilidad es de 0,97 la utilización conjunta del conteo leucocitario (WCC $\geq$ 10 000 células/ μ L) junto con PCR elevada ($\geq$ 50 mg/L), la especificidad es de 0,91 hasta 0,95³⁴.

Imágenes. El ultrasonido abdominal constituye una técnica diagnóstica que permite examinar tanto la morfología como el funcionamiento de los órganos situados en la cavidad abdominal, sin requerir exposición a radiación ionizante ni procedimientos invasivos; tales características confieren a este estudio un perfil favorable en términos de seguridad y no invasividad. En cuanto al abordaje diagnóstico de la apendicitis, la ecografía abdominal se emplea recurrentemente con el propósito de valorar el estado del apéndice; mediante este recurso es posible descartar o confirmar otras etiologías del dolor abdominal, así como determinar la posición anatómica y las dimensiones del apéndice³⁵.

Por otro lado, en relación con los métodos empleados para confirmar la presencia de apendicitis aguda, la tomografía computarizada referida por Saldaña se reconoce como el método diagnóstico por excelencia o estándar de oro, esta modalidad exhibe una sensibilidad que oscila entre 83% y 98%. Si bien también se recurre al ultrasonido como herramienta radiológica alternativa en este contexto clínico, su desempeño tanto en términos de sensibilidad como especificidad resulta inferior si se compara directamente con el obtenido mediante tomografía computarizada³⁶.

Complicaciones: El desarrollo de abscesos intraabdominales tras la apendicectomía constituye una de las complicaciones más relevantes asociadas a este procedimiento. Se ha observado que las infecciones postoperatorias tienden a manifestarse principalmente en pacientes cuyo apéndice presenta características gangrenosas o perforación; además, existe una marcada tendencia en este grupo a desarrollar abscesos intraabdominales, dado que la mitad de los casos de absceso intraabdominal coincidieron con diagnósticos de apéndice gangrenoso. En cuanto al perfil

comparativo entre técnicas quirúrgicas, aunque la intervención laparoscópica reduce considerablemente la probabilidad de infecciones en el sitio operatorio disminuyéndolas entre un 40% y un 70% respecto a la cirugía abierta, se ha determinado que la posibilidad de aparición de absceso abdominal tras la técnica mínimamente invasiva llega a duplicar al riesgo asociado con la modalidad abierta. No obstante, cabe subrayar que esta incidencia oscila entre el 1% y el 2,1%, cifra que no alcanza relevancia estadística suficiente para considerarse un riesgo significativo³⁷.

Colección intraabdominal. La identificación y el inicio temprano de la terapia en casos de abscesos intraabdominales resultan fundamentales para evitar tasas elevadas tanto de complicaciones graves como de desenlaces fatales. En ausencia de intervención, estas colecciones purulentas pueden desembocar en alteraciones sistémicas importantes, enlentecimiento del proceso de recuperación e incluso en eventos severos tales como sepsis o fallo multiorgánico. Por otro lado, los progresos recientes en métodos diagnósticos por imágenes y en procedimientos de drenaje mínimamente invasivos han potenciado significativamente la eficacia con la que puede detectarse y tratarse esta condición, cualquier proceso patológico capaz de generar un absceso abdominal demanda una detección e intervención inmediatas si se pretende evitar consecuencias adversas significativas³⁸.

En este sentido una acumulación purulenta localizada en el espacio retroperitoneal define al absceso retroperitoneal, una condición infecciosa de carácter severo que representa una amenaza significativa para la supervivencia del paciente si no se realiza un drenaje a tiempo. El proceso diagnóstico basado únicamente en manifestaciones clínicas suele ser complejo y solo se logra identificar en menos de la mitad de los casos con ubicación perirrenal, ya que los síntomas pueden oscilar desde la ausencia total de molestias hasta el desarrollo de un shock séptico; por tanto, los signos clínicos presentados no necesariamente corresponden con la magnitud real del proceso infeccioso. En cuanto a estudios laboratoriales, típicamente se observa leucocitosis en los análisis sanguíneos mientras que los resultados del examen urinario pueden permanecer normales aun ante patologías genitourinarias asociadas. Se ha documentado que las tasas más elevadas de presentación del absceso retroperitoneal corresponden a individuos cuyas edades fluctúan entre 30 y 60 años o bien a pacientes inmunocomprometidos; también aparece con frecuencia como consecuencia secundaria tras intervenciones quirúrgicas sobre órganos situados dentro del espacio retroperitoneal—como ocurre tras apendicitis complicadas. La mayoría de estos cuadros infecciosos involucra múltiples especies bacterianas (polimicrobiana), destacándose *Escherichia coli* y *Peptostreptococcus* como microorganismos predominantes implicados en su origen etiológico³⁹.

Factores de riesgo

En una cohorte de 143 individuos, se identificó que 13 de ellos presentaron absceso intraperitoneal, lo cual representa un 9,1% del total analizado. Se detectó una correlación positiva, aunque débil entre la presencia de leucocitos preoperatorios elevados y la probabilidad de

aparición de absceso intraperitoneal secundario a apendicitis aguda; esta relación estuvo cuantificada mediante el coeficiente de correlación de Spearman, que arrojó un valor de 0,174 junto con un p-valor igual a 0,038. Respecto al momento en que se diagnosticó dicha complicación, la mediana correspondió al noveno día posterior a la intervención quirúrgica (la media fue de 7,9 días y el rango osciló entre 2 y 17 días)⁴⁰.

En un estudio, se consignó que veintitrés individuos, lo que representa un 5,4% del total analizado, presentaron absceso intraabdominal como complicación posterior a la intervención quirúrgica, se detectaron incrementos significativos tanto en las concentraciones basales de proteína C reactiva ($p < 0,05$) como en la incidencia de perforaciones apendiculares ($p = 0,0005$), los niveles aumentados de proteína C reactiva medidos al momento del ingreso podrían servir como indicador temprano tanto del riesgo posquirúrgico de formación de abscesos intraabdominales como de la eventual indicación ulterior de dicho procedimiento tras una apendicectomía⁴¹.

Almirón menciona la implementación del drenaje abdominal como una opción para monitorizar y tratar de evitar la aparición de abscesos intraabdominales. En el caso específico de la apendicitis complicada, las probabilidades de experimentar eventos adversos tras la cirugía aumentan; entre estas complicaciones destacan tanto los abscesos intraperitoneales como las infecciones en el sitio quirúrgico, pues ambas figuran entre las causas más frecuentes de morbilidad posoperatoria, aquellos pacientes que desarrollan estas condiciones (ya sea un absceso intraperitoneal o una infección de herida) pueden presentar fiebre, dolor en la parte baja del abdomen, alteraciones constitucionales generales y cambios en el tránsito intestinal tales como diarrea o constipación⁴². En lo referente a la apendicitis perforada, su curso suele estar relacionado con una mayor incidencia posterior de formación de abscesos dentro del peritoneo después del procedimiento quirúrgico, existe la hipótesis de que instalar un drenaje intraperitoneal al practicar una apendicectomía contribuiría a disminuir el riesgo mencionado; sin embargo, según los datos recogidos en un estudio comparativo no se observaron diferencias significativas en cuanto a la aparición posoperatoria de absceso intraperitoneal entre los grupos sometidos y no sometidos a drenaje (6,5 % frente a 5,4 %, $p = 0,707$)⁴³.

El empleo del drenaje mediante catéter pigtail, realizado bajo control ecográfico, constituye una modalidad mínimamente invasiva utilizada en el tratamiento de abscesos apendiculares y se caracteriza por la ausencia de complicaciones adicionales asociadas a la técnica. La tasa de existos es de (88,4%). En contraste, los abscesos con compartimentación múltiple (multiloculados) presentaron una problemática relevante: estos pacientes requirieron intervenciones repetidas debido a que fue necesario realizar varias punciones para alcanzar el vaciamiento integral del absceso. Sumado a esto, surgió una dificultad complementaria vinculada al manejo del dolor intraoperatorio; dado que todo el proceso se llevó a cabo empleando únicamente anestesia local, garantizar una analgesia óptima resultó especialmente desafiante en este subgrupo⁴⁴.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el perfil de riesgo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?

Problemas específicos

¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?

¿Cuáles son las características intraoperatorias de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?

¿Cuáles son las características terapéuticas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?

Justificación e importancia de la investigación

Justificación.

Justificación Metodológica. La presente investigación se justifica metodológicamente por la necesidad de crear una base de datos estandarizada y un perfil epidemiológico local sobre una complicación postquirúrgica de alta morbilidad. La base de datos consolidada se convertirá en un recurso metodológico invaluable para el servicio de Cirugía, permitiendo la auditoría de la calidad de la atención, la evaluación de la efectividad de los protocolos de manejo de la apendicitis complicada y la monitorización de las tasas de complicaciones a lo largo del tiempo.

Justificación Teórica. La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más común en el mundo, y su tratamiento estándar, la apendicectomía, es uno de los procedimientos más seguros y efectivos. Sin embargo, una proporción de pacientes desarrolla complicaciones postoperatorias, siendo el absceso intraabdominal una de las más graves. Este estudio se justifica teóricamente porque busca construir un modelo de conocimiento al caracterizar exhaustivamente el perfil de los pacientes que desarrollan abscesos, con ciertos hallazgos intraoperatorios que tienen un mayor peso predictivo para la formación de abscesos.

Justificación Práctica. Los hallazgos de este estudio tendrán una aplicación directa e inmediata en la práctica clínica del cirujano general, el objetivo principal es pasar de un manejo reactivo del absceso (diagnosticarlo y tratarlo cuando ya se ha formado) a un enfoque proactivo y preventivo. Los pacientes identificados como de alto riesgo podrán ser sometidos a una vigilancia más estrecha en el postoperatorio, un manejo proactivo y una detección temprana del absceso pueden disminuir la necesidad de reintervenciones quirúrgicas, acortar la estancia hospitalaria y reducir la morbilidad general.

Justificación Social. Aunque la apendicectomía es común, el desarrollo de un absceso intraabdominal transforma una patología de recuperación rápida en una enfermedad grave, prolongada y costosa, con un impacto social significativo. El objetivo final es reducir la incidencia de una complicación grave, mejorando la seguridad de uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados, en beneficio de los pacientes.

Importancia.

Desarrollar este estudio permitirá evaluar la calidad de los procedimientos quirúrgicos además de conocer el perfil del paciente en riesgo de tener absceso intraabdominal con lo que los cirujanos puedan tomar medidas preventivas que mejoren la calidad de la cirugía desde una intervención temprana hasta una cirugía eficaz.

Objetivos

Objetivo general.

Identificar el perfil de riesgo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Objetivos específicos

Determinar las características demográficas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Determinar las características clínicas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Determinar las características intraoperatorias de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Determinar las características terapéuticas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis

No aplica

Variables

Variable de estudio

Abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda

Variables de caracterización

Características demográficas

Edad

Sexo

Características clínicas

Dolor

Fiebre

Leucocitosis

Informe ecográfico

Características intraoperatorias

Estadio del apéndice

Técnica quirúrgica

Tiempo operatorio

Características terapéuticas

Tiempo de hospitalización

Tipo de tratamiento

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo. Investigación descriptiva por tratarse de una investigación que evaluó a los pacientes que desarrollaron absceso intrabdominal después de la cirugía apendicular, es retrospectiva por tomar datos del pasado, transversal pues la medición de las variables se hizo en una sola vez, y es no experimental porque los datos se obtuvieron sin que haya intervención en ellas.

Nivel: Descriptivo

Enfoque. Cuantitativo

Diseño. No experimental retrospectivo.

Población. La población está conformada por todos los pacientes operados de apendicitis aguda entre los años 2021 al 2025 que desarrollaron abscesos residuales que son 182 casos.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Paciente operado de apendicetomía que desarrolla absceso residual intraabdominal

Paciente que tenga su historia clínica con la información necesaria para el estudio.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Paciente posoperado de neoplasia de apéndice

Paciente con enfermedades inmunológicas como SIDA.

Paciente en tratamiento con corticoides

Tamaño de muestra

Fórmula para proporciones con población conocida

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N-1)d^2 + Z^2PQ}$$
$$n = \frac{182(1,96)^2(0,5)(0,5)}{(181)(0,05)^2 + (1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

N= Población= 182 pacientes

P= Proporción que incrementa el tamaño de muestra= 0,5

Q= 1-p= 0,5

d= Especificidad: 0,05

n= 124 casos

Muestreo.

Para seleccionar la muestra a estudiar se realizó mediante muestreo probabilístico, al azar simple entre los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Marco muestra.

Es la base de datos en las que se encuentran registrados los pacientes posoperado de apendicitis aguda que presentaron absceso residual

Unidad de muestreo.

Paciente operado de apendicitis aguda que desarrolla absceso residual determinado por imágenes y cuadro clínico.

Unidad de información.

Registro clínico del paciente con absceso intraabdominal posoperado de apendicitis aguda

La técnica.

La técnica para la obtención de datos fue el análisis documental, en las que se revisaron las historias clínicas de los participantes de manera estricta a fin de obtener la información más clara que evidencie la realidad.

Instrumento.

Es una ficha de recolección de datos elaborado por el autor en base al sustento de la literatura que contiene los indicadores de cada variable.

Procesamiento de datos.

Los datos obtenidos desde las historias clínicas fueron trasladados a una ficha de datos personal, de donde se pasó al programa estadístico SPSS v29 de manera codificada, para extraer los resultados que se presentarán en tablas descriptivas con estadísticos descriptivo como son los valores absolutos y porcentuales así mismo la media moda y mediana para las variables numéricas, con 95% de confianza.

Ética.

El estudio se realizó en las historias clínicas de los pacientes por lo que no existe probabilidad de daño físico no psicológico a los participantes (NO maleficencia) además este estudio se desarrolló con fines científicos en beneficio de la población (Beneficencia) tratando a todos por igual (Justicia) y cuidado el anonimato de los pacientes para ello se les identificó con un número (Anonimato). Estos principios se encuentran estipulados en el Reporte Belmont y en las Normas de Helsinki.

III. RESULTADOS

RESULTADOS

Tabla 1. Edad de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Edad				
Media=40,42 años	Mediana=40 años	Moda=17 años	Mínimo= 5	Máximo=72
Categoría	Frecuencia		Porcentaje	
< 15 años	10		8,1%	
15 a 19 años	27		21,8%	
20 a 59 años	48		38,7%	
60 a más años	39		31,5%	
Total	124		100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La edad media fue de 40,42 años y la mediana de 40 años, lo que evidencia una distribución relativamente simétrica en torno a la cuarta década de vida. La moda fue 17 años. El rango etario fue amplio, con un mínimo de 5 años y un máximo de 72 años, lo que demuestra que esta complicación puede presentarse tanto en población pediátrica como en adultos mayores. En cuanto a la distribución por categorías: < 15 años: 10 pacientes (8,1%) 15–19 años: 27 pacientes (21,8%), 20–59 años: 48 pacientes (38,7%), ≥ 60 años: 39 pacientes (31,5%). El grupo de 20 a 59 años representó la mayor proporción de casos (38,7%), seguido del grupo de 60 años a más (31,5%). En conjunto, los adultos (≥ 20 años) constituyeron el 70,2% de los casos, lo que sugiere una mayor carga de esta complicación en población adulta.

Figura 1. Edad de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

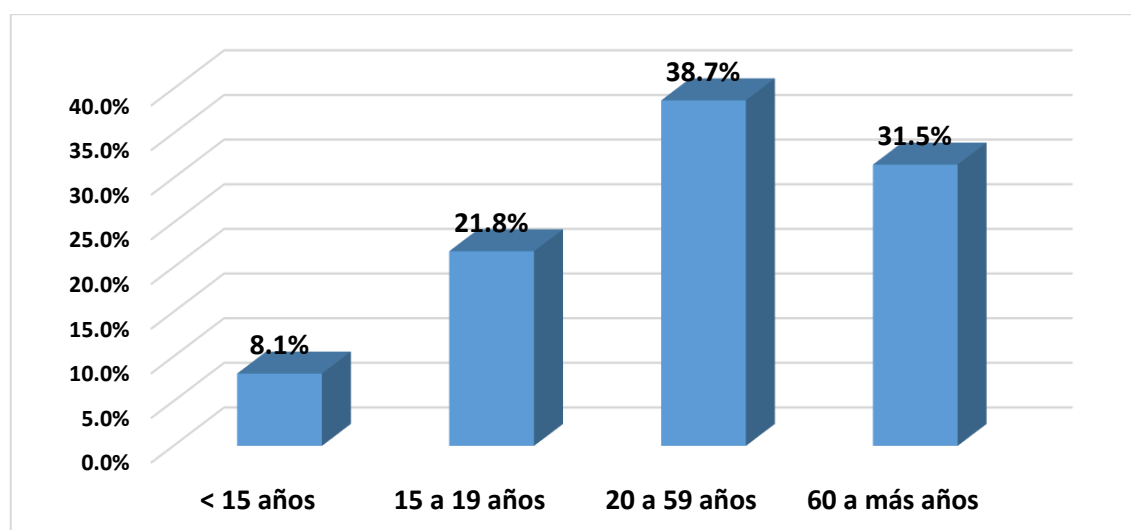


Tabla 2. Sexo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	81	65,3%
Femenino	43	34,7%
Total	124	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En relación con el sexo, fueron Masculinos el (65,3%) de pacientes y Femenino: 43 pacientes (34,7%). Se evidencia un claro predominio del sexo masculino, con una proporción aproximadamente 2:1 respecto al sexo femenino. Esto indica que cerca de dos tercios de los casos de absceso intraabdominal posoperatorio ocurrieron en varones.

Figura 2. Sexo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

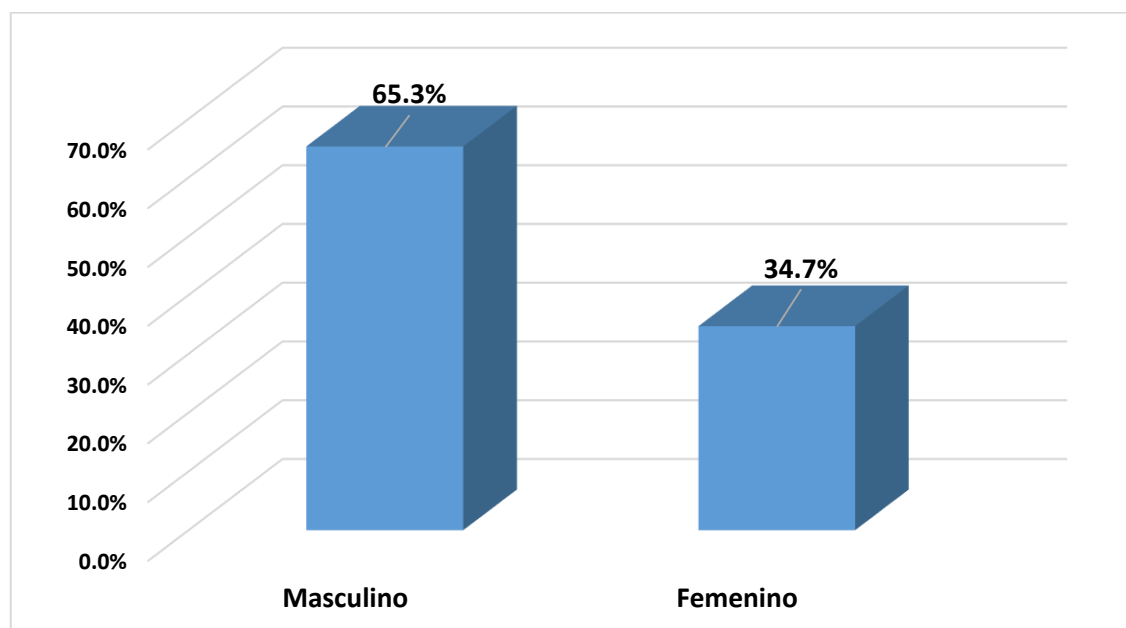


Tabla 3. Dolor en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Si Dolor	115	92,7%
No Dolor	9	7,3%
Total	124	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que el dolor se presentó en el (92,7%) de pacientes y No presentó dolor: 9 pacientes (7,3%). La gran mayoría de los pacientes (más del 90%) manifestó dolor como síntoma clínico al momento del diagnóstico del absceso intraabdominal, lo que confirma que el dolor es el signo cardinal en esta complicación posoperatoria.

Figura 3. Dolor en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

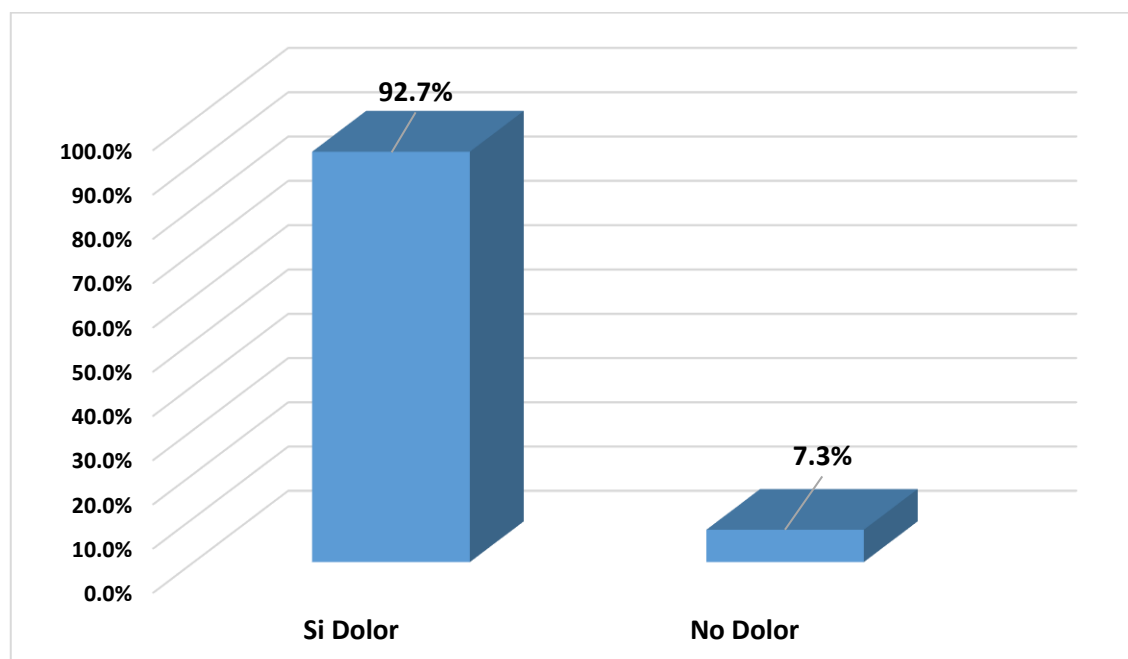


Tabla 4. Fiebre en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Fiebre	Frecuencia	Porcentaje
Con fiebre	114	91,9%
No fiebre	10	8,1%
Total	124	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Los resultados evidencian que la fiebre se presentó en 114 pacientes (91,9%), mientras que no hubo fiebre en 10 pacientes (8,1%). La gran mayoría de los pacientes presentó fiebre como manifestación clínica al momento del diagnóstico, lo que confirma su alta frecuencia como signo asociado a infección intraabdominal posoperatoria.

Figura 4. Fiebre en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

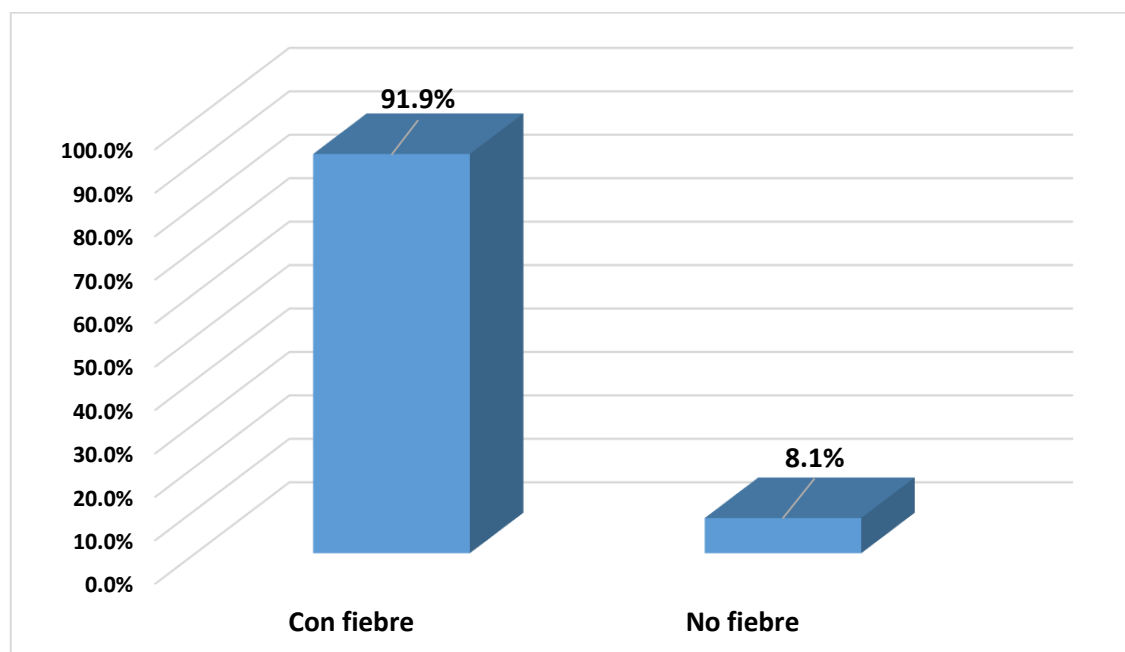


Tabla 5. Leucocitosis en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Leucocitos	Frecuencia	Porcentaje
> 10,000 células/mm ³	112	90,3%
< o = 10,000 células/mm ³	12	9,7%
Total	124	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Se observa que el recuento de leucocitos > 10 000 células/mm³ se presentó en 112 pacientes (90,3%) y ≤ 10 000 células/mm³ en 12 pacientes (9,7%). Los resultados indican que la gran mayoría de los pacientes presentó leucocitosis, lo que indica una respuesta inflamatoria sistémica activa en el contexto de infección intraabdominal.

Figura 5. Leucocitosis en los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

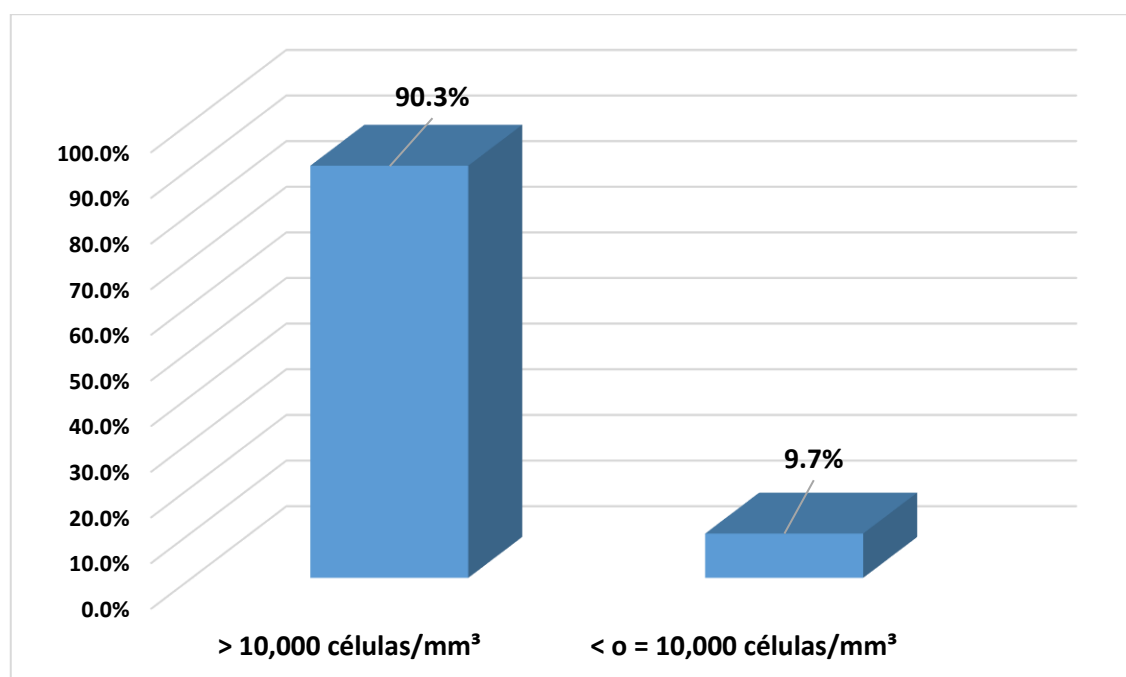


Tabla 6. Informe ecográfico de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Informe ecográfico	Frecuencia	Porcentaje
Con colección	122	98,4%
Sin colección	2	1,6%
Total	124	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que la ecografía informó colección intraabdominal en 122 pacientes (98,4%) y no detectó colección en 2 pacientes (1,6%). Se evidencia que prácticamente la totalidad de los pacientes presentó colección intraabdominal en el estudio ecográfico, lo que confirma la alta concordancia entre la sospecha clínica y el hallazgo por imagen.

Figura 6. Informe ecográfico de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

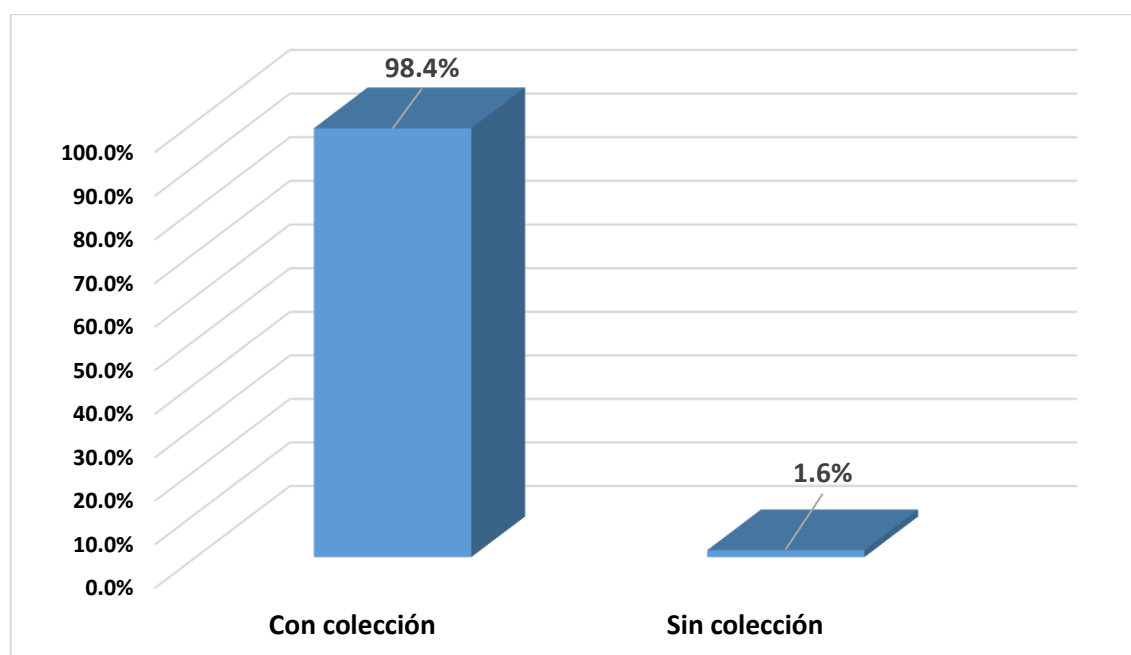


Tabla 7. Estadio del apéndice de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Estadio del apéndice	Frecuencia	Porcentaje
Congestivo	7	5,6%
Flemonosa	24	19,4%
Gangrenada	59	47,6%
Perforada	34	27,4%
Total	124	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El estadio del apéndice en la operación que generó el absceso intrabdominal fue congestivo: 7 casos (5,6%), flemonosa: 24 casos (19,4%), gangrenada: 59 casos (47,6%), perforada: 34 casos (27,4%), se observa un claro predominio de estadios avanzados (gangrenada y perforada), que en conjunto representan el 75% de los casos.

Figura 7. Estadio del apéndice de los pacientes con abscesos intraabdominales posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

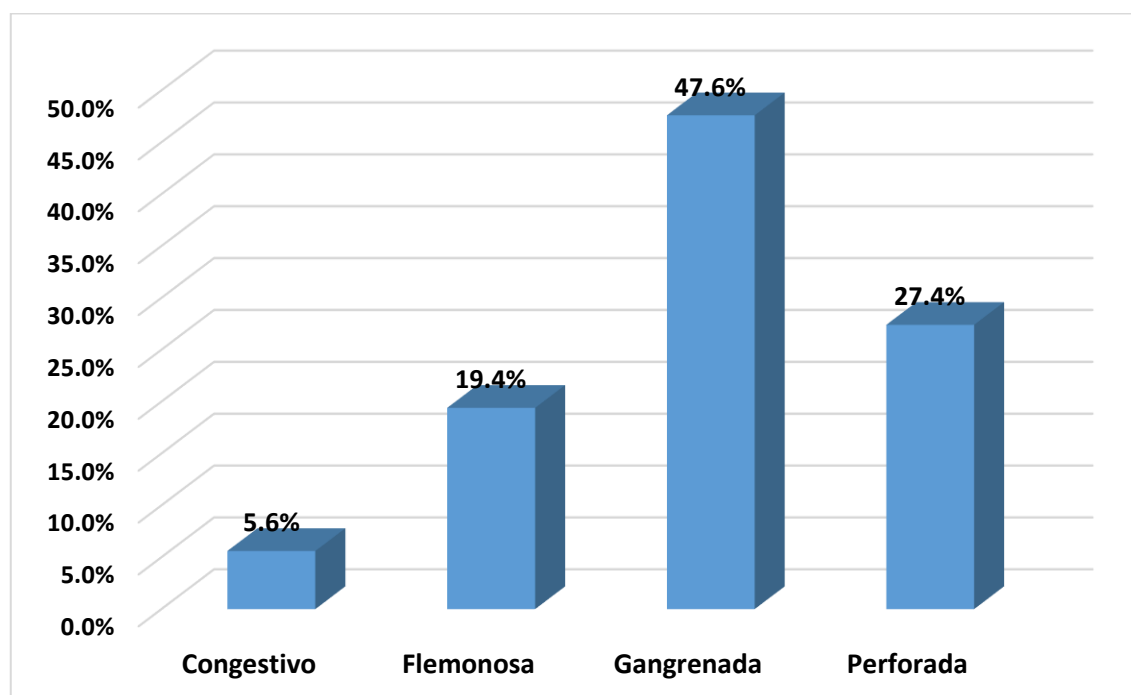


Tabla 8. Técnica quirúrgica de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Técnica quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Abierta	16	100,0%
Laparoscópica	0	0,0%
Total	16	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La técnica quirúrgica convencional fue practicada en su totalidad en los 16 pacientes (95,2%), mientras que la técnica laparoscópica en 6 pacientes (4,8%).

Figura 8. Técnica quirúrgica de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

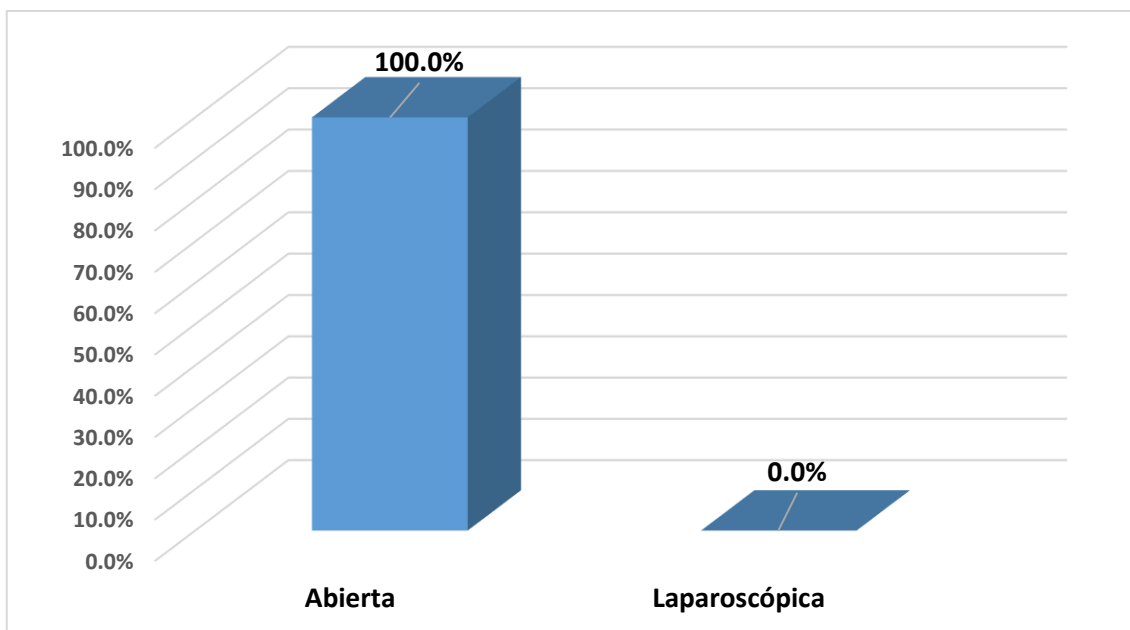


Tabla 9. Tiempo operatorio de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Tiempo operatorio	Frecuencia	Porcentaje
< 90 minutos	14	87,5%
> o = 90 minutos	2	12,5%
Total	16	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El tiempo operatorio de los pacientes operados de absceso intrabdominal fue de < 90 minutos en 14 pacientes (87,5%) y $\geq$ 90 minutos en 2 pacientes (12,5%), se observa que la mayoría de los pacientes tuvo un tiempo quirúrgico menor a 90 minutos.

Figura 9. Tiempo operatorio de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

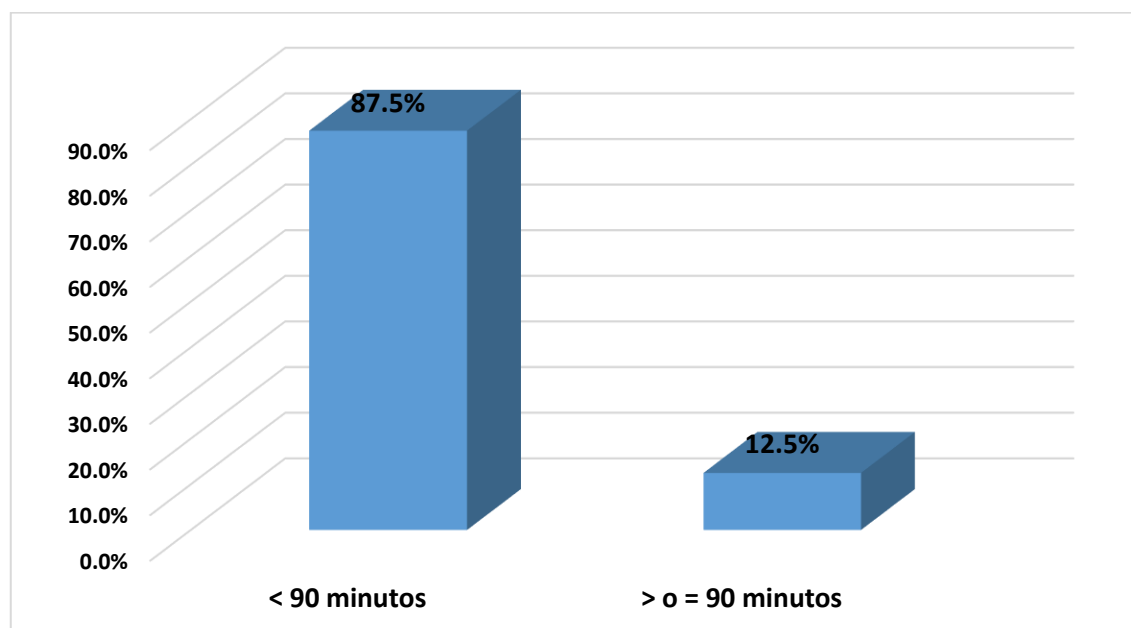


Tabla 10. Tiempo de hospitalización de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Tiempo de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
< 7 días	50	40,3%
7 a 14 días	39	31,5%
15 a 30 días	27	21,8%
> 30 días	8	6,5%
Total	124	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Respecto al tiempo de hospitalización se observa que < 7 días fue en 50 pacientes (40,3%), 7 a 14 días en 39 pacientes (31,5%), 15 a 30 días en 27 pacientes (21,8%) y > 30 días en 8 pacientes (6,5%), determinándose que el 71,8% de los pacientes permaneció hospitalizado hasta 14 días, mientras que un 28,3% requirió estancias prolongadas mayores a 15 días, incluyendo un 6,5% con hospitalización superior a un mes.

Figura 10. Tiempo de hospitalización de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

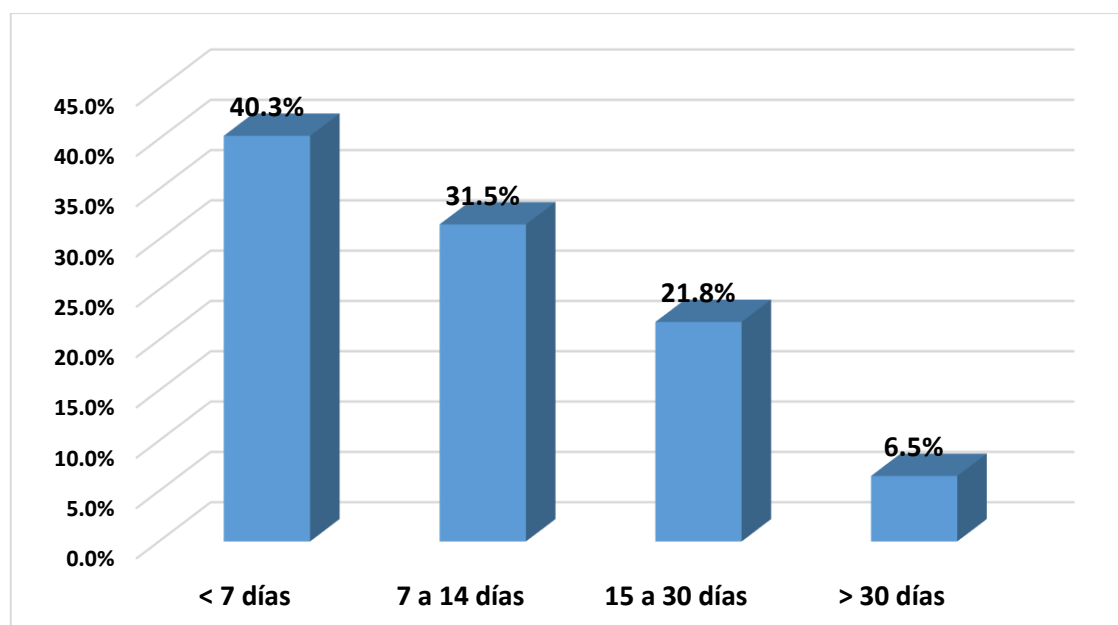


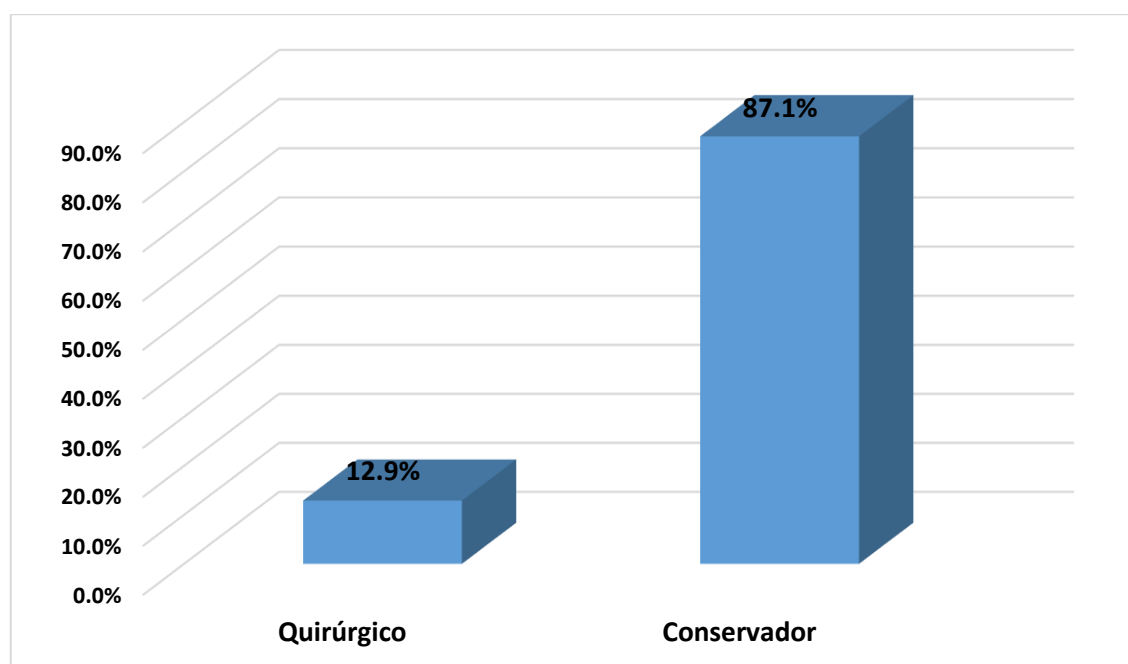
Tabla 11. Tipo de tratamiento de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Quirúrgico	16	12,9%
Conservador	108	87,1%
Total	124	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El Tratamiento quirúrgico fue necesario en 16 pacientes (12,9%), mientras que el tratamiento conservador fue en 108 pacientes (87,1%). Se observa un claro predominio del manejo conservador, utilizado en más de cuatro quintas partes de los casos.

Figura 11. Tipo de tratamiento de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025



IV. DISCUSIÓN

Los resultados evidencian que los abscesos intraabdominales posoperatorios de apendicitis aguda afectan predominantemente a la población adulta, especialmente entre los 20 y 59 años, con una proporción considerable en adultos mayores (31,5%). Esto puede explicarse por varios factores. En los adultos jóvenes y de mediana edad, la alta frecuencia podría relacionarse con la mayor incidencia global de apendicitis aguda en este grupo etario, así como con posibles retrasos en la consulta médica, lo que incrementa el riesgo de perforación y posterior formación de abscesos. Por otro lado, la elevada proporción en adultos mayores (≥ 60 años) resulta clínicamente relevante. En este grupo, la presentación atípica de la apendicitis, la coexistencia de comorbilidades (diabetes, hipertensión, inmunosupresión) y una menor respuesta inmunológica pueden favorecer complicaciones infecciosas posoperatorias, incluyendo abscesos intraabdominales, esto es congruentes con los hallazgos de la investigación de Cubas¹⁷ en Trujillo que indica que la presencia de hipertensión arterial duplicaba el riesgo de absceso residual (OR: 2.12; IC 95% 1.12-2.65, $p=0.001$), mientras que el diagnóstico de diabetes incrementaba dicho riesgo casi cinco veces (OR: 4.79; IC 95% 2.23-10.33, $p=0.001$), además, el diagnóstico tardío es más frecuente en este grupo, aumentando el riesgo de apendicitis complicada. Aunque la población pediátrica (<15 años) representa solo el 8,1% de los casos, no debe subestimarse, ya que en niños la apendicitis puede evolucionar rápidamente hacia perforación si no se diagnostica oportunamente.

El predominio masculino observado (65,3%) es coherente con la literatura que señala una mayor incidencia de apendicitis aguda en varones, especialmente en la segunda y tercera década de vida. Esta mayor frecuencia basal de apendicitis en hombres podría explicar, en parte, el mayor número de complicaciones posoperatorias como los abscesos intraabdominales. Asimismo, los varones tienden a consultar en etapas más avanzadas del cuadro clínico, lo que incrementa el riesgo de apendicitis complicada (perforada o gangrenosa), principal factor predisponente para la formación de abscesos intraabdominales posteriores a la cirugía. Desde el punto de vista fisiopatológico, no existen diferencias anatómicas determinantes que expliquen por sí solas la mayor formación de abscesos en varones; por tanto, la diferencia observada probablemente esté relacionada con factores epidemiológicos, conductuales y clínicos, más que biológicos. Este resultado es congruente con el hallazgo de Ruiz¹⁹ en Piura que indica que el análisis por género reveló que el 69% de los pacientes con absceso intraabdominal eran hombres y el 31% mujeres, observándose una mayor incidencia en el grupo de edad entre 45 y 60 años (21%).

El hallazgo de que el 92,7% de los pacientes presentó dolor es consistente con la fisiopatología del absceso intraabdominal, el cual genera una respuesta inflamatoria localizada o difusa, irritación peritoneal y distensión de tejidos, produciendo dolor abdominal persistente o progresivo

tras la cirugía. En el contexto posoperatorio de apendicitis aguda, el dolor que reaparece o persiste después de una aparente mejoría clínica constituye un signo de alarma importante. Generalmente se acompaña de otros síntomas como fiebre, leucocitosis o malestar general, que orientan hacia una complicación infecciosa. El 7,3% de pacientes que no refirió dolor es clínicamente relevante. En estos casos, la ausencia de dolor podría explicarse por: Uso de analgésicos o antibióticos que enmascaran la sintomatología, pacientes adultos mayores con menor respuesta inflamatoria o alteración en la percepción del dolor, o estados de inmunosupresión o comorbilidades que modifican la presentación clínica³².

La fiebre es una manifestación clásica de los procesos infecciosos y refleja la respuesta sistémica del organismo ante la presencia de una colección purulenta intraabdominal. En este estudio, el 91,9% de los pacientes presentó fiebre, lo que la posiciona como uno de los signos clínicos más relevantes en la sospecha de absceso intraabdominal tras apendicectomía. Desde el punto de vista fisiopatológico, la fiebre se produce por la liberación de citocinas proinflamatorias (IL-1, IL-6, TNF- α) en respuesta a la infección bacteriana residual o secundaria a perforación apendicular. En el contexto posoperatorio, la persistencia o reaparición de fiebre luego de las primeras 48–72 horas debe considerarse un signo de alarma de complicación infecciosa. El 8,1% de pacientes que no presentó fiebre también merece atención clínica. La ausencia de fiebre puede observarse en, pacientes adultos mayores con respuesta inflamatoria disminuida., personas inmunocomprometidas, uso previo de antibióticos o antipiréticos que modifiquen la presentación clínica. Este hallazgo enfatiza que la ausencia de fiebre no excluye la presencia de un absceso intraabdominal, por lo que el diagnóstico debe basarse en la evaluación integral del paciente, incluyendo dolor abdominal persistente, parámetros laboratoriales (leucocitosis, PCR elevada) y estudios de imagen³⁴.

La leucocitosis es un marcador laboratorial clásico de infección bacteriana y refleja la activación del sistema inmunológico frente a un proceso inflamatorio agudo. En este estudio, el 90,3% de los pacientes presentó recuento leucocitario superior a 10 000 células/mm³, lo que confirma su alta utilidad como indicador complementario en la sospecha de absceso intraabdominal posoperatorio. Desde el punto de vista fisiopatológico, la formación de un absceso implica la acumulación de material purulento secundario a contaminación bacteriana intraabdominal, generalmente asociada a apendicitis perforada o gangrenosa. Esto desencadena liberación de mediadores inflamatorios y estimulación de la médula ósea para aumentar la producción de leucocitos, principalmente neutrófilos. El 9,7% de pacientes con recuento leucocitario $\leq$ 10 000 células/mm³ también es clínicamente relevante. Esta ausencia de leucocitosis puede deberse a, uso previo de antibióticos que modifiquen la respuesta inflamatoria, estados de inmunosupresión, pacientes adultos mayores con menor capacidad de respuesta medular o infecciones localizadas

en fases iniciales³⁵. Este resultado puede relacionarse con los resultados de la investigación de Subramani¹⁴ en la que identifica a la apendicitis aguda, como la causa más habitual, de desarrollo de abscesos intraabdominales, lo que se confirma con el estudio de Caffo²⁰ que menciona que, tanto la persistencia de la enfermedad antes de la intervención como la elevación de la proteína C reactiva emergen como factores relevantes que incrementan la probabilidad de eventos adversos en el posoperatorio de apendicitis aguda.

La ecografía abdominal constituye una herramienta diagnóstica de primera línea en la evaluación de complicaciones posoperatorias, especialmente en hospitales de segundo nivel, por su disponibilidad, bajo costo y ausencia de radiación. En este estudio, el 98,4% de los pacientes presentó colección intraabdominal en el informe ecográfico, lo que respalda su elevada utilidad diagnóstica en el contexto de abscesos posapendicectomía³⁶. Desde el punto de vista fisiopatológico, el absceso intraabdominal se manifiesta como una colección líquida o heterogénea, frecuentemente con ecos internos, tabiques o niveles hidroaéreos, hallazgos característicos identificables mediante ecografía, la alta proporción de reportes positivos sugiere que la indicación del estudio fue clínicamente bien orientada. El 1,6% de pacientes sin colección ecográfica podría explicarse por colecciones pequeñas o profundas difíciles de visualizar ecográficamente, de localización retrocecal o pélvica que limita la sensibilidad del método³⁰.

Los resultados evidencian que la mayoría de los pacientes que desarrollaron abscesos intraabdominales presentaban apendicitis en estadios complicados (gangrenada o perforada). Este hallazgo es fisiopatológicamente coherente, ya que la necrosis tisular y la perforación favorecen la contaminación bacteriana de la cavidad abdominal, incrementando el riesgo de formación de colecciones purulentas residuales tras la cirugía. La apendicitis gangrenada (47,6%) fue el estadio más frecuente. En esta fase existe necrosis de la pared apendicular, lo que facilita la translocación bacteriana y la respuesta inflamatoria severa, incluso antes de que ocurra una perforación franca. Esto explica por qué puede haber abscesos aun sin perforación evidente. La apendicitis perforada (27,4%) constituye un factor de riesgo clásico para absceso intraabdominal, debido a la liberación directa de contenido contaminado en la cavidad peritoneal. La alta proporción encontrada refuerza la relación directa entre perforación y complicaciones infecciosas posoperatorias. En contraste, los estadios flemonosos (19,4%) y congestivo (5,6%) representaron menor proporción. La presencia de abscesos en estos estadios podría explicarse por microperforaciones no identificadas intraoperatoriamente, contaminación peritoneal mínima pero suficiente para generar colección localizada, factores del huésped (inmunosupresión, comorbilidades) o contaminación intraoperatoria por mal trato del muñón apendicular no registrado en la historia clínica. Aravind¹² encuentra que la aparición de abscesos intraabdominales fue más frecuente en presencia de peritonitis generalizada, apéndice retroileal, y perforaciones localizadas en la base o zona

proximal del apéndice. Este resultado se ve reforzado por el hallazgo en el estudio de Rojas¹⁸ en Trujillo que observó que los abscesos intraabdominales fueron más elevados en el grupo con base apendicular comprometida.

El uso exclusivo de la técnica abierta en los casos que requirieron reintervención quirúrgica sugiere una preferencia institucional por este abordaje en el contexto de complicaciones infecciosas intraabdominales. La cirugía abierta permite una exploración amplia de la cavidad abdominal, mejor acceso para drenaje de colecciones múltiples, lavado exhaustivo y control directo de posibles focos infecciosos persistentes. En escenarios de abscesos complejos, peritonitis localizada o generalizada, adherencias densas o inestabilidad clínica, el abordaje abierto suele considerarse más seguro y resolutivo, especialmente en hospitales donde la laparoscopia avanzada puede estar limitada por recursos o disponibilidad tecnológica. Si bien no se empleó técnica laparoscópica para tratar a los abscesos intrabdominales en pacientes posoperados de apendicitis, el estudio de Zamaray, B¹¹ no encuentra asociación entre la técnica laparoscópica o convencional en el desarrollo posterior de abscesos intraabdominales, sin embargo el estudio de Aravind¹² encuentra que la aparición de abscesos intraabdominales fue más frecuente después de apendicectomía abierta, sin embargo, estudio como los desarrollado por Mulita¹³ no encuentra diferencias significativas entre el desarrollo de abscesos intraabdominales tanto en la técnica abierta como en la laparoscópica, mientras que el estudio de Zuñe¹⁵ determina que los abscesos residuales es mas frecuente en pacientes operados de apendicetomía laparoscópica lo que genera una variabilidad en los hallazgos que induce a revisar o realizar estudios de mayor amplitud.

El hecho de que el 12,9% de las cirugías de reintervención durara menos de 90 minutos sugiere que, en la mayoría de los casos, el procedimiento estuvo enfocado principalmente en el drenaje del absceso y lavado de cavidad, sin requerir maniobras quirúrgicas complejas o extensas. En el contexto de abscesos intraabdominales posoperatorios, la reintervención suele tener como objetivo principal: Evacuación de la colección purulenta, lavado peritoneal, colocación de drenajes, estos procedimientos, cuando el absceso está bien localizado, pueden realizarse en tiempos relativamente cortos, lo que explicaría la predominancia de intervenciones menores a 90 minutos. El 12,5% de casos con tiempo operatorio ≥ 90 minutos probablemente corresponda a situaciones más complejas, como: Abscesos múltiples, adherencias importantes por proceso inflamatorio previo, dificultad anatómica o acceso complicado, necesidad de exploración más amplia de la cavidad abdominal.

El tiempo de hospitalización es un indicador indirecto de la gravedad clínica, la respuesta al tratamiento y la presencia de complicaciones asociadas. En esta serie, aunque el grupo más

frecuente permaneció menos de 7 días (40,3%), un porcentaje considerable requirió estancias prolongadas, lo que refleja el impacto clínico y económico de los abscesos intraabdominales posoperatorios. Las estancias de 7 a 14 días (31,5%) probablemente correspondan a pacientes que requirieron manejo antibiótico intravenoso prolongado, con drenaje percutáneo o vigilancia estrecha hasta resolución clínica y laboratorial. El 21,8% con hospitalización entre 15 y 30 días y el 6,5% con más de 30 días sugieren cuadros más complejos, asociados a abscesos múltiples o de difícil acceso, necesidad de reintervención quirúrgica, fallo inicial del tratamiento antibiótico, presencia de comorbilidades (diabetes, inmunosupresión), complicaciones adicionales como sepsis o fistulas.

Desde el punto de vista clínico-quirúrgico, el abordaje conservador que incluye antibioticoterapia de amplio espectro ajustada según evolución clínica y, cuando corresponde, drenaje percutáneo guiado por imagen constituye actualmente la primera línea de tratamiento en pacientes hemodinámicamente estables y sin signos de peritonitis difusa. La elevada proporción de manejo conservador en esta cohorte sugiere que la mayoría de los abscesos fueron susceptibles de resolución sin necesidad de reintervención quirúrgica, lo cual es consistente con la literatura internacional, donde el drenaje percutáneo asociado a antibióticos ha demostrado altas tasas de éxito terapéutico y menor morbilidad comparado con la cirugía abierta o laparoscópica de rescate. Por otro lado, el 12,9% de pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico probablemente correspondió a casos con fracaso del manejo conservador, abscesos multiloculados no accesibles a drenaje percutáneo, compromiso sistémico significativo o sospecha de complicaciones asociadas (como dehiscencia del muñón apendicular o peritonitis secundaria). Estos resultados son congruentes con los hallazgos de Araujo¹⁶ en cuyo estudio encuentra que los pacientes con absceso intraabdominal el 11% necesitaron de una resolución quirúrgica.

V. CONCLUSIONES

1. Perfil del paciente post operado de apendicitis aguda que desarrolla absceso intraabdominal es, adulto joven a adulto medio, de sexo masculino, con dolor abdominal persistente o recurrente y fiebre, además de leucocitosis con ecografía abdominal con evidencia de colección intraabdominal en la gran mayoría de pacientes, principalmente operado en estadio gangrenado.
2. El absceso intrabdominal se presentó con mayor prevalencia en los intervalos de edad de 20 a 59 años, mayoritariamente masculinos.
3. El dolor, la fiebre, la leucocitosis estuvo presente en casi todos los pacientes y la ecografía informó de colección intraabdominal en la gran mayoría de los casos.
4. El estadio del apéndice en la operación que generó el absceso intrabdominal fue predominantemente gangrenada seguida de la perforada, todos los pacientes que necesitaron intervención quirúrgica la técnica empleada fue la abierta, con un tiempo operatorio menor a 90 minutos en la mayoría de los casos.
5. El tiempo de hospitalización que prevaleció fue de 7 a 14 días y el tratamiento conservador fue en la mayoría de los casos

VI. RECOMENDACIONES

1. Tomar las medidas pertinentes en base a los riesgo de absceso intraabdominal en pacientes con apendicitis aguda a fin de disminuir su incidencia.
2. Implementar protocolos de detección temprana de apendicitis complicada, especialmente en población masculina de 20 a 59 años, que fue el grupo de mayor prevalencia.
3. Priorizar la evaluación clínica sistemática (dolor abdominal persistente, fiebre, signos de irritación peritoneal), reducir el tiempo desde el inicio de síntomas hasta la intervención quirúrgica para disminuir progresión a estadios gangrenosos o perforados, estandarizar el uso de ecografía abdominal como herramienta diagnóstica inicial, dado su alto rendimiento en la detección de colecciones intraabdominales en este estudio.
4. Optimizar la clasificación intraoperatoria del estadio apendicular, asegurando registro estandarizado (catarral, flemonosa, gangrenosa, perforada), para estratificación de riesgo y toma de decisiones terapéuticas. Evaluar, desde la perspectiva de políticas hospitalarias, la incorporación progresiva de técnicas laparoscópicas, cuando los recursos lo permitan, considerando que en este estudio predominó la técnica abierta.
5. Estandarizar criterios para manejo conservador vs. quirúrgico, dado que la mayoría respondió a tratamiento conservador para ello definir tamaño de colección, estabilidad hemodinámica y parámetros inflamatorios como criterios decisionales, promover el drenaje percutáneo guiado por imagen cuando esté disponible, como alternativa menos invasiva. Desarrollar protocolos de alta hospitalaria segura, considerando que el tiempo predominante fue de 7 a 14 días.

Referencias bibliográficas.

1. Motta G. Absceso intraabdominal. Papel del médico radiólogo en su identificación y manejo independientemente del método de imagen utilizado. Acta Med Grupo Ángeles. 2026;24(1). doi:10.35366/122157
2. Bravo J. Factores predictores asociados a colecciones intraabdominales en pacientes postquirúrgicos de apendicectomía 2021. Dom Cien. 2021;7(4):24-47. doi:10.23857/dc.v7i6.2409
3. Bermello A. Complicaciones postoperatorias en apendicectomía por prevalencia de bacterias. Pol Con. 2021;6(12):1744-1763. doi:10.23857/pc.v6i12.3538
4. Mengíbar P. Apendicitis aguda: revisión. Med Fam Andal. Vol. 26, núm. 1 enero-abril 2025 26(1). DOI: 10.82033/MedfamAndal.2025.RR1548
5. Urrutia R. Prevalencia de absceso intraabdominal post apendicectomía en el servicio de cirugía general del Hospital de Chancay 2024 [Internet]. Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>
6. Ali EM. ¿Es necesario un drenaje abdominal después de una apendicectomía laparoscópica por apendicitis complicada? Cir Gastroenterol Oncol. 2022;27(2). doi:10.21614/sgo-427
7. Moreira E. Resultados de la apendicectomía laparoscópica en 10 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Policial de Montevideo. Rev Argent Cir. 2024;116(4). doi:10.25132/raac.v116.n4.1781
8. Vargas V. Absceso residual post apendicectomía en técnica laparoscópica versus abierta en el Hospital Regional de Loreto [Tesis]. 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12737/10326>
9. Plaza A. Descripción y análisis de las complicaciones, clínica y tratamiento en paciente con apendicitis aguda. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818. 2021;7(6), pp. 1241-1261. DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i6.2392>
10. Salcedo B. Factores asociados a colecciones intraabdominales en pacientes postquirúrgicos de apendicectomía en el Hospital Regional de Ica 2021 [Tesis]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4517>
11. Zamaray B, de Boer M, Popal Z, et al. Incidence of intra-abdominal abscesses after laparoscopic versus open appendectomy in complicated appendicitis. Surg Endosc. 2023;37:1694-1699. doi:10.1007/s00464-022-09670-4
12. Aravind C. Complicaciones posoperatorias de apendicitis pediátrica complicada en un hospital terciario en India. Int J Res Rev. 2022;9(1). doi:10.52403/ijrr.20220102
13. Mulita F, Plachouri K, Liolis E, Kehagias D, Kehagias I. Comparación de la formación de abscesos intraabdominales tras apendicectomía laparoscópica y abierta. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2021;16(3):560-565. doi:10.5114/wiitm.2021.103942

14. Tartaglia D, Fatucchi LM, Mazzoni A, et al. Factores de riesgo de absceso intraabdominal tras apendicectomía laparoscópica. *Updates Surg.* 2021;72:1175-1180. doi:10.1007/s13304-020-00749-y
15. Zuñe J. Abscesos residuales en pacientes con apendicitis aguda complicada en Trujillo 2024 [Tesis]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/156309>
16. Araujo L. Retraso quirúrgico hospitalario de la apendicectomía y riesgo de complicaciones postoperatorias en apendicitis aguda complicada 2023 [Tesis]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/10949>
17. Cubas F. Obesidad como factor de riesgo para absceso residual en apendicectomía laparoscópica Trujillo 2024 [Tesis]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/24371>
18. Rojas J. Compromiso de la base apendicular como factor de riesgo para complicaciones intraabdominales en apendicitis aguda 2022 [Tesis]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/14294>
19. Ruiz L. Factores de riesgo relacionados a absceso intraabdominal post apendicectomía laparoscópica, Hospital Cayetano Heredia, Piura 2021 [Tesis]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/88417>
20. Caffo K. Factores de riesgo asociados a complicaciones postoperatorias en apendicitis aguda Trujillo 2023 [Tesis]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/10700>
21. Doleman B, Fonnes S, Lund JN, Boyd-Carson H, Javanmard-Emamghissi H, Moug S, et al. Appendectomy versus antibiotic treatment for acute appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;4(4):CD015038. doi:10.1002/14651858.CD015038.pub2
22. Liu L, Feng W, Yu K, et al. Risk factors for abdominal abscess after laparoscopic appendectomy. *BMC Surg.* 2025;25:482. doi:10.1186/s12893-025-03241-9
23. Fortea C, Forcadell E, Escrig SJ. Factores de riesgo para abscesos intraabdominales tras apendicectomía. *Rev Cubana Cir.* 2019;58(3):1-13
24. Taha M, Abouelsadat MK, Elfakharany M, et al. Postoperative intra-abdominal abscess following general surgery: systematic review. *Cureus.* 2025;17(8):e91100. doi:10.7759/cureus.91100
25. Tantaleán L. Resultados del drenaje percutáneo versus quirúrgico para abscesos intraabdominales [Tesis]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/7008>
26. Ali MA, Aydemir MA, Ozdemir T, et al. Risk factors for intra-abdominal abscess formation after appendectomy: a multicenter study from Africa [Preprint]. 2026. doi:10.21203/rs.3.rs-8562776/v1
27. Padrón-Hernández RA. Drenaje percutáneo de colecciones intraabdominales. *An Radiol Mex.* 2024;23:301-311. doi:10.24875/ARM.23000048
28. Krzyzak M, Mulrooney S. Acute appendicitis review. *Cureus.* 2021;12(6):e8562. doi:10.7759/cureus.8562

29. Daldal E, Dagmura H. Correlation between CBC parameters and appendix diameter. *Healthcare*. 2021;8(1):39. doi:10.3390/healthcare8010039
30. Nacebta S. Actualización de la apendicitis aguda. *Radiología*. 2023;65(S1):S81-S91. doi:10.1016/j.rx.2022.09.005
31. Moris D. Diagnosis and management of acute appendicitis in adults. *JAMA*. 2021;326(22):2299-2311. doi:10.1001/jama.2021.20502
32. Favara G, Maugeri A, Barchitta M, Ventura A, Basile G, Agodi A. RIPASA vs ALVARADO scores. *PLoS One*. 2022;17(9):e0275427. doi:10.1371/journal.pone.0275427
33. Pérez I. Métodos diagnósticos de apendicitis aguda. *Rev Homeostasis*. 2023;5(1)
34. Fawknner D, Hayward G, Alkhmees M, et al. Diagnostic accuracy of blood tests in paediatric appendicitis. *BMJ Open*. 2022;12:e056854. doi:10.1136/bmjopen-2021-056854
35. Yang S. Valor diagnóstico de la ecografía abdominal en apendicitis. *Invest Clin*. 2024;65(1). doi:10.54817/ic.v65n1a03
36. Saldaña A. Características clínicas de apendicitis complicada en Querétaro 2022-2023 [Tesis]. Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/12267>
37. Torres J. Método multicriterio para evaluar complicaciones en apendicectomía laparoscópica. *Neutrosophic Comput Mach Learn*. 2025;37
38. Nisarg Y. Intra-abdominal abscesses. *StatPearls* [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519573/>
39. Vera W. Absceso retroperitoneal por apendicitis complicada. *Diagnóstico*. 2021;60(2)
40. Guy S. Risk factors for intra-abdominal abscess after laparoscopic appendectomy. *Int J Surg Open*. 2018;10:47-54
41. Mao BP, Collins G, Ayeni FE, Vagg DJ. Risk factors for intra-abdominal abscess after appendectomy. *Langenbecks Arch Surg*. 2024;409(1):246. doi:10.1007/s00423-024-03421-w
42. Almiron L. Factores de riesgo para absceso intraabdominal tras apendicectomía laparoscópica 2024 [Tesis]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/37411>
43. Alabbad J, Alhamly H, Alrubaiian A, et al. Utilidad del drenaje intraperitoneal tras apendicectomía laparoscópica. *Surg Endosc*. 2024;38:3571-3577. doi:10.1007/s00464-024-10869-w
44. Singh R. Ultrasound guided percutaneous drainage in appendicular abscess. *Int J Med Sci Curr Res*. 2024;7(5):65-79

Anexos

Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
Problema general ¿Cuál es el perfil de riesgo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025? Problemas específicos ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025? ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025? ¿Cuáles son las características intraoperatorias de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025? ¿Cuáles son las características terapéuticas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?	Objetivo general Identificar el perfil de riesgo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025 Objetivos específicos Determinar las características demográficas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025 Determinar las características clínicas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025 Determinar las características intraoperatorias de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025 Determinar las características terapéuticas de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	Hipótesis general No se considera	Variable de estudio Abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda Variables de caracterización Características demográficas Edad Sexo Características clínicas Dolor Fiebre Leucocitosis Informe ecográfico Características intraoperatorias Estadio del apéndice Técnica quirúrgica Tiempo operatorio Características terapéuticas Tiempo de hospitalización Tipo de tratamiento	Tipo. Estudio descriptivo, observacional, trasversal, retrospectivo. Nivel. Descriptiva Diseño. Descriptivo Población. La población estará conformada por todos los pacientes operados de apendicitis aguda entre los años 2021 al 2025 que desarrollaron abscesos residuales que son 182 casos. Muestra n= 124 casos La técnica: Documental Instrumento: Ficha de recolección de datos Procesamiento de datos. Los datos obtenidos desde las historias clínicas fueron trasladados a una ficha de datos personal, de donde se pasará al programa estadístico SPSS v29 de manera codificada, para extraer los resultados que se presentarán en tablas descriptivas con estadísticos descriptivo como son los valores absolutos y porcentuales así mismo la media moda y mediana para las variables numéricas, con 95% de confianza.

2.8.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Categoría	Instrumento
Variable de estudio Absceso intrabdominal	Es una complicación infecciosa postoperatoria caracterizada por la formación de una colección localizada de material purulento (pus) dentro de la cavidad peritoneal o en el espacio retroperitoneal, que se desarrolla después de una apendicectomía por apendicitis aguda.	Presencia de una colección líquida, encapsulada y con realce periférico en una ecografía abdominal o Tomografía Axial Computarizada (TAC), asociada a signos clínicos de infección (fiebre, dolor abdominal persistente, leucocitosis) que aparecen después de las 72 horas del postoperatorio y hasta 30 días después de la cirugía.	Criterios clínicos, laboratoriales y ecográficos	Presente	Ficha de datos
Variables de caracterización Edad	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento de la intervención quirúrgica	Número de años cumplidos por el paciente al momento de la apendicectomía.	Años	< 15 años 15 a 19 años 20 a 59 años 60 a más años	Ficha de datos
Sexo	Condición biológica y fisiológica que distingue a los individuos como masculinos o femeninos	Sexo biológico del paciente registrado en su documentación oficial.	Sexo	Masculino Femenino	Ficha de datos
Dolor	Experiencia sensorial y emocional desagradable, referida por el paciente en la zona abdominal, que persiste o reaparece después del periodo postoperatorio inmediato (pasadas las 72 horas).	Puntuación subjetiva del dolor abdominal reportada por el paciente	Dolor	Presente Ausente	Ficha de datos

Fiebre	Elevación de la temperatura corporal por encima de los valores normales, como respuesta del organismo a un proceso infeccioso postoperatorio.	Registro de una temperatura corporal axilar igual o superior a 38.0 °C, medida con un termómetro digital, en al menos dos ocasiones separadas por 4 horas, a partir del tercer día postoperatorio.	Temperatura	Con fiebre Sin fiebre	Ficha de datos
Leucocitosis	Aumento del número de glóbulos blancos (leucocitos) en la sangre, indicativo de una respuesta inflamatoria o infecciosa sistémica en el periodo postoperatorio.	Recuento de leucocitos en sangre periférica igual o superior a 10,000 células/mm ³ , obtenido de un hemograma realizado a partir del tercer día postoperatorio.	Recuento leucocitario	superior a 10,000 células/mm ³ < a 10,000 células/mm ³	Ficha de datos
Informe ecográfico	Reporte diagnóstico emitido por un médico radiólogo tras la realización de una ecografía abdominal, que describe los hallazgos en la cavidad peritoneal en busca de colecciones líquidas.	Conclusión del informe radiológico de la ecografía abdominal postoperatoria	Informe	Con colección Sin colección	Ficha de datos
Estadio del apéndice	Grado de evolución anatomopatológica de la inflamación del apéndice cecal, determinado durante el acto quirúrgico.	Clasificación del apéndice según los hallazgos macroscópicos descritos por el cirujano en el reporte operatorio.	Estadio	Edematosa/Catarral Flegmonosa/Supurativa Gangrenosa/Necrosada Perforada	Ficha de datos
Técnica quirúrgica	Método o abordaje empleado por el cirujano para realizar la extirpación del apéndice cecal.	Tipo de procedimiento quirúrgico registrado en el reporte operatorio.	Técnica	Abierta Laparoscópica	Ficha de datos
Tiempo operatorio	Duración total del procedimiento quirúrgico de apendicectomía.	Tiempo transcurrido en minutos desde la incisión en la piel hasta el cierre completo de la misma.	Tiempo	< 90 minutos 90 minutos a más	Ficha de datos

Tiempo de hospitalización	Duración total de la estancia del paciente en el centro hospitalario por el episodio de apendicitis aguda	Número total de días transcurridos desde el ingreso del paciente al hospital hasta el día del alta médica.	Tiempo	< 7 días 7 a 14 días 15 a 30 días > 30 días	Ficha de datos
Tipo de tratamiento	Modalidad terapéutica empleada para resolver el absceso intraabdominal una vez diagnosticado.	Procedimiento principal indicado y realizado para el manejo del absceso.	Tipo	Quirúrgico Conservador	

2.8.3. Instrumentos de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Perfil de riesgo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 al 2025

1.- Ficha N° _____

2. Absceso intrabdominal (Criterios clínico, laboratoriales y ecográficos)

Presente ()

3. Edad_____ años

< 15 años ()

15 a 19 años ()

30 a 59 años ()

60 a más años ()

4. Sexo

Masculino ()

Femenino ()

5. Dolor

Presente ()

Ausente ()

6. Fiebre

Con fiebre ()

Sin fiebre ()

7. Leucocitosis_____ células/mm³

Superior a 10,000 células/mm³ ()

< a 10,000 células/mm³ ()

8. Informe ecográfico

Con colección ()

Sin colección ()

9. Estadío del apéndice

Edematosa/Catarral ()

Flegmonosa/Supurativa ()

Gangrenosa/Necrosada ()

Perforada ()

10. Técnica quirúrgica

Abierta ()

Laparoscópica ()

11. Tiempo operatorio_____ minutos

< 90 minutos ()

90 minutos a más ()

12. Tiempo de hospitalización_____ días

< 7 días ()

7 a 14 días ()

15 a 30 días ()

> 30 días ()

13. Tipo de tratamiento

Quirúrgico ()

Conservador ()

2.8.4. FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO: Perfil de riesgo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 al 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Montalvo Vásquez Víctor Manuel
 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica
Médico especialista en Cirugía
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento: MARÍA QUISPE CHAVEZ

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
 APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Ica, 02 de Febrero del 2026


 M.C. Víctor M. Montalvo Vásquez
 CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCOP
 Firma del experto
 CMP-90388 RNE 42238

TÍTULO: Perfil de riesgo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 al 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: ARCOS Moron Pedro Arturo
 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de ICA
Medico especialista en Cirugia
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento: MARÍA QUISPE CHAVEZ

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%.
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%.
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%.
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%.
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%.
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%.
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%.
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%.
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%.

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
 APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%.

Ica, 02 de Febrero del 2026

PEDRO A. ARCOS MORÓN
 Cirujía General y Laparoscópica
 C.M.P. 45231 RNE 32492
 Firma del experto

**TÍTULO: Perfil de riesgo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de
apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 al 2025**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Díaz Felipe Dennis Armando
 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica
Medico especialista en Cirugía
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento: MARÍA QUISPE CHAVEZ

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Ica, 02 de febrero del 2026


Dennis A. Díaz Felipe
 CIRUGÍA GENERAL Y
 LAPAROSCÓPICA
 C.M.P. 65428 R.N.E. 42573
 Firma del experto

**TÍTULO: Perfil de riesgo de los pacientes con abscesos intraabdominales en posoperados de
apendicitis aguda en el Hospital Regional de Ica 2021 al 2025**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Leveau Bartra Harry Raul
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Salud pública, Hospital Regional de Ica.
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: MARÍA QUISPE CHAVEZ

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98 %
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98 %
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98 %
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98 %
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98 %
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98 %
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98 %
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98 %
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98 %

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98 %

Ica, 02 de febrero del 2026


Harry Leveau Bartra Ph.D
 CMP. 27304 RNE. 11569
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
 Mg. y Dr. en Salud Pública
 Ph.D. en Investigación Bioestadística

2.8.5. AUTORIZACIÓN Y CONSTANCIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA



GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 069-2026-HRI/DE.



Resolución Directoral

Ica, 06 de Febrero del 2026

VISTO:

El Expediente N° 26-001962-001, que contiene el Memorando N° 115-2026-HRI/DE, de fecha 30 de enero del año 2026, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 033-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.



CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.



Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.



Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.



Que, mediante Oficio N° 033-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 30 de enero del año 2026, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutivo de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"PERFIL DE RIESGO DE LOS PACIENTES CON ABSCESOS INTRAABDOMINALES EN POSOPERADOS DE APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2021 AL 2025"**, presentado por la Investigadora: **QUISPE CHAVEZ MARIA**, alumna de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 30 de enero del año 2026.

Que, con Memorando N° 115-2026-HRI/DE, de fecha 30 de enero del año 2026, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 033-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del
....///

-PÁG. 02-

\\\\...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:

N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"PERFIL DE RIESGO DE LOS PACIENTES CON ABSCESOS INTRAABDOMINALES EN POSOPERADOS DE APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2021 AL 2025"	- QUISPE CHAVEZ MARIA

ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.-----

Regístrese y Comuníquese,

HOSPITAL REGIONAL DE ICA
GORE-ICA
Dr. CARLOS E. NAVARRE MENDEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
C.M.P. 039270

CENM/DE
JEFC/D.E.ADM.
YLMN/J.ORRH.
MANM/J.AJ

2.8.6. FOTOGRAFÍAS

