



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**

**COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO**

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
FACULTAD DE MEDICINA**

**TRABAJO FINAL DE TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO/A**

**“CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-QUIRÚRGICA Y
EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN
AGUDO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE
SUCÚA, PERIODO 2017-2018”**

AUTORA:

GLENDA ELIZABETH MOROCHO VILLA

DIRECTORA Y ASESORA:

DRA. JEANNETH TAPIA CÁRDENAS

CUENCA, ECUADOR

2019

RESUMEN

Antecedentes: el abdomen agudo es una entidad de frecuente consulta en los servicios de urgencias y compete a todo médico conocer a fondo sus características para determinar la conducta a seguir, debido a que de su oportuna decisión puede depender el desenlace del paciente.

Objetivo: caracterizar clínica-quirúrgicamente y epidemiológicamente a los pacientes con abdomen agudo en Emergencia del Hospital básico de Sucúa, año 2017-2018.

Metodología: estudio cuantitativo observacional, de cohorte transversal. Se revisaron 245 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con abdomen agudo que cumplieron los criterios de inclusión. La información fue analizada en base a estadística descriptiva, aplicándose media y desviación estándar para variables cuantitativas, frecuencias; y porcentajes para las cualitativas.

Resultados: el grupo de edad entre 20 a 39 años fue donde con mayor frecuencia se diagnosticó abdomen agudo, 60% tuvo sobrepeso, un 11% antecedentes de cirugía abdominal y un 42.2% historial de enfermedades crónicas. El 57.6% de participantes tuvieron abdomen agudo no quirúrgico, siendo la colecistitis la causa más común en un 31.9%, seguida de litiasis renal, ureteral y/o vesical con el 30.5%. Del 42.4% de pacientes que fueron diagnosticados de abdomen agudo de tipo quirúrgico, un 92.3% se fueron catalogados como no traumáticos, representados en su mayoría apendicitis aguda con el 59.4% y colelitiasis en un 22.9%; de las personas que presentaron abdomen agudo traumático un 62.5% fue cerrado.

Conclusiones: la frecuencia de abdomen agudo de manejo clínico fue superior al quirúrgico.

Palabras claves: abdomen agudo, clasificación, diagnóstico

ABSTRACT

Background: the acute abdomen is a frequent entity to consult in the emergency services and compete with every doctor to know a background about its characteristics to determine the behavior to follow, since its decision may depend on the outcome of the patient.

Objective: to characterize clinically-surgically and epidemiologically the patients with acute abdomen in Emergency of the Basic Hospital of Sucúa, year 2017-2018.

Methodology: quantitative observational, cross-sectional cohort study. 245 clinical records of patients diagnosed with acute abdomen who met the inclusion criteria were reviewed. The information was analyzed based on descriptive statistics, applying means and standard deviation for quantitative variables and frequencies and percentages for qualitative variables.

Results: the age group between 20 and 39 years was most frequently diagnosed with acute abdomen, 60% were overweight, 11% had a history of abdominal surgery and 42.2% had a history of chronic diseases. 57.6% of the participants had an acute non-surgical abdomen, with cholecystitis being the most common cause in 31.9%, followed by renal, ureteral and / or bladder lithiasis with 30.5%. Of the 42.4% of patients who were diagnosed with an acute abdomen of the surgical type, 92.3% were classified as non-traumatic, mostly representing acute appendicitis with 59.4% and cholelithiasis in 22.9%; of the people who consider traumatic acute abdomen 62.5% was closed.

Conclusions: the frequency of acute abdomen of clinical management was superior to the surgical one.

Keywords: acute abdomen, classification, diagnosis

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I	9
1.1. INTRODUCCIÓN	9
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.3. JUSTIFICACIÓN	11
CAPÍTULO II	13
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1. ANTECEDENTES	13
2.2. BASES TEÓRICAS	17
2.2.1. Concepto	17
2.2.2. Fisiopatología	18
2.2.3. Clasificación etiológica del abdomen agudo	20
2.2.3.1. Abdomen Agudo Traumático.....	20
2.2.3.2. Abdomen Agudo No Traumático	21
2.2.4. Clasificación terapéutica del abdomen agudo	22
2.2.5. Diagnóstico del abdomen agudo	23
2.2.6. Diagnóstico diferencial del abdomen agudo	25
2.2.7. Manejo del abdomen agudo	26
CAPÍTULO III	28
3. OBJETIVOS	28
3.1. Objetivo general	28
3.2. Objetivos específicos	28
CAPÍTULO IV	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO	29
4.1. Tipo de estudio	29
4.2. Área de estudio	29
4.3. Universo	29
4.4. Selección y tamaño de la muestra.....	29
4.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	29
4.6. Variables.....	29
4.7. Métodos e instrumentos para recolección de información	29
4.8. Aspectos éticos	30
CAPÍTULO V	32

5. RESULTADOS.....	32
5.1. Características sociodemográficas de la población de estudio.....	32
5.2. Frecuencia y tipos de abdomen agudo.....	33
5.3. Características de abdomen agudo según etiología, manejo, tiempo de estancia hospitalaria y condición de egreso.....	35
CAPÍTULO VI.....	39
6. DISCUSIÓN.....	39
CAPÍTULO VII.....	43
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
7.1. CONCLUSIONES.....	43
7.2. RECOMENDACIONES.....	44
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
9. ANEXOS.....	51
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	51
ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53
ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	55
ANEXO 4: PRESUPUESTO.....	55
ANEXO 5: OFICIO DE BIOÉTICA.....	56
ANEXO 7: OFICIO DE AUTORIZACION DEL HOSPITAL BASICO DE SUCUA.....	58
ANEXO 8: ANTIPLAGIO.....	59
ANEXO 9: RÚBRICA DE PAR DE REVISORES 1.....	60
ANEXO: 10 RÚBRICA DE PAR DE REVISORES 2.....	61
ANEXO 11: OFICIO DE CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE PAR DE REVISORES.....	62
ANEXO 12: INFORME FINAL DE TITULACION.....	63
ANEXO 14: PERMISO DEL AUTOR PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO UNIVERSITARIO.....	65

DEDICATORIA

Sin duda no fue fácil llegar hasta esta etapa de vida, quedan atrás recuerdos maravillosos llenos de gente que aportaron grandes conocimientos, enseñanzas y que dejaron una huella en mi vida. Ahora empieza una vida profesional que sin duda será más difícil que la primera y espero seguir contando con el apoyo de cada uno de mi familia y amigos.

Este logro se lo dedico a mis padres: Aurelio Morocho e Irene Villa, ellos son los promotores de este sueño.

A mis hermanos Mauro y Fernando mis dos modelos de vida ejemplos a seguir. Mi hermana Lizbeth, fiel compañera inseparable en las buenas y en las malas. A mi cuñada Elizabeth Vergara, confidente y por supuesto a mi sobrino Isaac mi sacsuma.

Igual dedico esta tesis a mis amigos: Luis, Paulina y Fernanda, grandes amigos que empezamos juntos esta carrera y la terminamos.

Glenda Elizabeth Morocho Villa

AGRADECIMIENTO

Sin sacrificio no hay victoria, una frase que nos pone a pensar y recordar los sacrificios que hacen nuestros padres por ver cumplir los sueños de cada hijo. Agradezco infinitamente a mis padres: Irene y Aurelio por el sacrificio que hicieron al migrar a un país desconocido donde su destino era incierto; gracias a sus largas y cansadas jornadas laborales, las cuales los ponía de rodillas y los desvanecían a cada minuto, pero su única inspiración y motivo por seguir era ver a sus hijos profesionales y su mayor victoria es el saber que cada uno de nosotros lo estamos logrando.

Agradezco a Mauro mi hermano que se convirtió en una figura paternal, líder y forjador de buenos cimientos y valores en el trascurso de mi carrera. Gracias por cada uno de tus días que estuviste a mi lado, por cada enseñanza por nunca doblegar tu carácter; eres y siempre serás siempre la persona que querré a mi lado. A su esposa Elizabeth, que se ha ganado mi cariño y amor sincero, gracias por no hacer que me faltara un calor de madre, un consejo, con su infinita paciencia.

Lizbeth, mi hermana, gracias por siempre confiar en mí, aunque en muchas ocasiones yo desvanecía, pero tú siempre fuiste mi apoyo incondicional.

También agradezco a mi tutora y asesora la Dra. Jeanneth Tapia por su conocimiento y paciencia.

Para finalizar, este sueño hoy cristalizado no sería posible si ustedes no hubieran aportado su confianza, su fuerza y su fe en cada una mis capacidades.

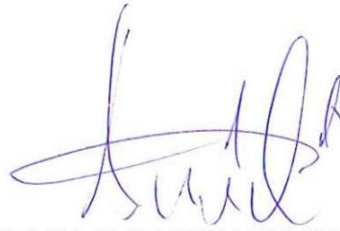
¡Lo hemos logrado!

Glenda Elizabeth Morocho Villa

CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, **Glenda Elizabeth Morocho Villa**, autora del trabajo de titulación, "CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-QUIRÚRGICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SUCÚA, PERIODO 2017-2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, noviembre del 2019.



GLEND A ELIZABETH MOROCHO VILLA
0105299440

**CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Yo, Glenda Elizabeth Morocho Villa, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación: "CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-QUIRÚRGICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SUCÚA, PERIODO 2017-2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible, no exclusiva, para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 noviembre del 2019



Glenda Elizabeth Morocho Villa

CI: 0105299440

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Cuenca, 22 Noviembre del 2019

Yo, Glenda Elizabeth Morocho Villa, con cédula de ciudadanía N° 0105299440, autora del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico, con el tema "CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-QUIRÚRGICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SUCÚA, PERIODO 2017-2018", mediante suscripción del presente documento me comprometo para el análisis y desarrollo del presente documento me comprometo para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realizará, tiene fines académicos, los datos que se recolectarán permitirán conocer la Caracterización clínico-quirúrgica y epidemiológica de los pacientes con abdomen agudo en emergencia del hospital Básico de Sucúa, las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.



GLENDIA ELIZABETH MOROCHO VILLA

0105299440

AUTORA

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo es un síndrome abdominal doloroso, que se presenta como un mecanismo de defensa ante agresiones abdominales (1) y ocupa un lugar importante en la práctica médica diaria, se caracteriza por un cuadro clínico de inicio repentino evidenciado principalmente en el área abdominal y necesita una rápida y detallada valoración. Este síndrome abdominal puede ocurrir en todas las edades de la vida, durante el embarazo y/o asociado a múltiples padecimientos (2,3).

El abdomen agudo es una de las principales causas de atención en los servicios de urgencias, donde el dolor abdominal es el síntoma principal del que parten una serie de procedimientos diagnósticos para llegar a diferenciar entre un abdomen agudo clínico con patologías tales como: pancreatitis aguda, hepatitis aguda, enfermedad pélvica inflamatoria, etc.; y uno quirúrgico, que engloba patologías como: las biliares, hernias de pared abdominal, apendicitis, torsión de epiplón, traumas abdominales, entre otros (4,5).

Aunque el abdomen agudo no siempre es quirúrgico, esta entidad es sin duda un reto para el médico, por lo que su correcta y oportuna evaluación e historia clínica continúan siendo primordiales en el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, si se necesita una intervención quirúrgica, esta es una situación dramática para el enfermo y el equipo médico que la afronta, ya que de la rapidez y la certeza de las acciones dependerá el pronóstico de la paciente, de sus complicaciones y de su supervivencia (4,6).

Por tratarse de una de las patologías más frecuentes en los servicios de urgencias y debido a su complejidad para llegar al diagnóstico etiológico del abdomen agudo consideramos importante realizar este trabajo, con la finalidad de poner en evidencia las características clínicas, quirúrgicas y epidemiológicas del abdomen agudo en el Hospital de Sucúa, de manera que se puedan exponer cifras actuales sobre la problemática en nuestro medio.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de abdomen agudo es definido como el conjunto de signos y síntomas que tiene como base el dolor abdominal intenso de inicio brusco o insidioso, de rápida evolución y que puede tener inicio abdominal o extra abdominal. El dolor suele acompañarse de signos de irritación peritoneal entre los más frecuentes se encuentran: rigidez de la musculatura abdominal, incremento en la sensibilidad abdominal con o sin signo de rebote positivo, defensa o resistencia involuntaria (7).

Dicho dolor abdominal es un síntoma frecuente que representa alrededor del 10% de las consultas en los servicios médicos de urgencia a nivel mundial (8), estimándose que el 50% de ellas requieren hospitalización y alrededor del 30 al 40% cirugía, entre el 17-36% de los sujetos que lo presentan son mayores de 65 años (9) (8); además al ingreso hospitalario alrededor del 40% se diagnostica de forma errónea con una mortalidad global de alrededor del 10%, la cual se eleva al 20% si el paciente fue sometido a una cirugía de emergencia (4,10).

En Estados Unidos se estima que más de 7 millones de pacientes acuden a los servicios de urgencias por presentar dolor abdominal, representando alrededor de 6.5% de todas las consultas en dichas áreas, mientras que en México, comprenden aproximadamente el 30% del total de las atenciones en urgencia y constituye entre el 13 al 40% de todas las emergencias posiblemente quirúrgicas, sobre todo cuando se trata de dolor abdominal agudo no específico (11).

Además respecto a lesiones en áreas abdominales de tipo traumático, concretamente en las lesiones por arma de fuego, la posibilidad de lesión visceral es del 80 al 90% y cuando se trata de heridas por arma blanca o punzante hay entre el 20 al 30% de probabilidades de lesión visceral (12).

De lo que se tiene registro en el Ecuador, en el 2007 se registraron alrededor de 24.064 casos de abdomen agudo, siendo la principal causa la apendicitis aguda con 18.842 casos, a la vez en la provincia Azuay la incidencia de

abdomen agudo fue de 5.408 personas que padecieron dicha entidad patológica, mientras que en el Hospital Vicente Corral Moscoso se estima que aproximadamente el 12.43% de egresos hospitalarios correspondieron a abdomen agudo, de los cuales el 30% fue de tipo oclusivo intestinal, seguido de perforativo con un 22%, hemorrágico con el 8% y oclusivo vascular un 0.46% (13).

En base a lo expuesto, nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las características clínicas-quirúrgicas y epidemiológicas de los pacientes con abdomen agudo en Emergencia del Hospital básico de Sucúa, años 2017-2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El abdomen agudo engloba múltiples patologías, es por ello que el manejo clínico y/o quirúrgico, constituye un verdadero reto para el personal de salud pues su diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno incidirá directamente en la morbilidad y mortalidad por esta entidad en los diferentes servicios hospitalarios.

El estudio planteado se encuentra enfocado en las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013-2017 en el área de patologías gastrointestinales, considerándose que los beneficiarios de los resultados de esta investigación serán los pacientes que sean atendidos en el Hospital Básico de Sucúa, pues la información analizada será retroalimentada a las autoridades de dicha institución de manera que se cuente con datos actualizados y confiables respecto a la problemática planteada, sobre todo en lo que a las causas más frecuentes de abdomen agudo se refiere, ya que al conocer las etiologías más prevalentes se pudieran agilizar tanto su diagnóstico como el tratamiento.

La investigación será difundida a través de las plataformas virtuales de la Universidad Católica de Cuenca, además de que se realizará una publicación en una revista indexada de carácter nacional y/o internacional.

La viabilidad del estudio y su aplicabilidad se basó principalmente en que el diseño metodológico estuvo acorde a los objetivos propuestos y a los recursos técnicos, humanos y económicos para su puesta en práctica.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

García Valenzuela y cols., en su investigación en 56 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, concluyeron que esta patología fue más frecuente en hombres con un 57.1%, con una media de edad de 49 años para ambos sexos. La principal causa de abdomen agudo quirúrgico fue la apendicitis aguda en un 62,5%, de las cuales el 23,3% fueron complicadas; seguida de patología biliar en un 23,2%, siendo el pícolecisto la más frecuente con un 19,6%. El 8.9% presentaron complicaciones posquirúrgicas, de ellas el 1.8% para cada entidad desarrollaron: infección de herida quirúrgica, seroma, dehiscencia del muñón apendicular, isquemia del segmento de intestino delgado y choque séptico (11).

Bejarano y cols., en su investigación con pacientes diagnosticados de Abdomen Agudo (AA), evidenció que más la mitad de los pacientes con AA fueron mayores de 50 años, predominando el sexo femenino, los antecedentes patológicos personales más frecuentes fueron: la hipertensión arterial en un 36,5%, la diabetes mellitus en un 10,3%, la gastritis y las enfermedades tiroideas con 9,6%, cada una (14). Entre los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por dolor abdominal, la causa que ocupó el primer lugar fue la enfermedad biliar (colelitiasis y colecistitis) en un 35,3%, seguida de apendicitis aguda con el 26,5%, hernias de la pared abdominal con el 11,8% y obstrucción intestinal en un 5,9%. Respecto a al abdomen agudo clínico, éste representó el 76,7% de los pacientes con abdomen agudo, siendo los principales diagnósticos de egreso: el dolor abdominal inespecífico en un 19,2%, infección de vías urinarias en un 8,9%, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y gastritis inespecífica con el 6,2% (14).

Chavarría y cols., determinaron que de 3.184 casos de dolor abdominal agudo que acudieron a la consulta de Urgencias del Hospital Mexicano, el dolor abdominal que predominó en el AA fue el de tipo no quirúrgico en un 47% de pacientes, con patologías como: gastroenteritis en un 47%, colelitiasis en un

11% representando al abdomen agudo de tipo quirúrgico, seguido de dolor pélvico de causa no especificada en un 10%, hernia inguinal en un 10%, gastritis y duodenitis, otras enfermedades del estómago y duodeno en 7% y trastornos del sistema urinario con un 4%, siendo la mayoría manejados únicamente con analgésicos antiinflamatorios. Del total de pacientes con antecedentes patológicos (n=1.714), el 53.03% padecían diabetes mellitus, y el 42.94% hipertensión arterial (15).

Parra et al., determinaron que en 209 pacientes adultos mayores con dolor abdominal agudo, el promedio de edad fue de 75 años, como principales causas se encontraron enfermedad del tracto biliar en un 22.5%, enfermedad ácido péptica con el 20.6% y enfermedades cardiovasculares en un 11%; presentando signos físicos sólo el 66% de los casos; el 31.6% de casos requirieron cirugía. Se presentaron complicaciones en 48.8% de los casos con mortalidad global del 13.4%, predominantemente del grupo sometido a tratamiento quirúrgico (18 casos) y enfermedades concomitantes en el 84% de los pacientes. La estancia hospitalaria promedio fue de 7.8 días (16).

Morán Robalino y cols., en su estudio con pacientes con AAQ, concluyeron una relación hombre/mujer 2 a 1, respecto al estado civil la mayoría de los pacientes estaban solteros en un 61,1%, un 38.8% tenía estudios primarios, en cuanto al grupo de edad del grupo el 44.4% de pacientes tenían entre 26 a 33 años. Los diagnósticos preoperatorios fueron apendicitis aguda con el 44,4%, colecistitis aguda 16,6%, tipo obstructivo con el 16,6% y perforativo con el 11,1%. Las intervenciones quirúrgicas que se realizaron fueron: apendicetomía en el 44,4%, colecistectomía en un 16,6%, laparotomía exploratoria por perforación de víscera hueca, lisis y adherencias, drenaje absceso y resección tumoral con el 11.1% y el 5.5% respectivamente (17).

Por su parte, en el estudio de Bagua Cruz, donde se investigaron a pacientes con diagnóstico de abdomen agudo postquirúrgico por apendicetomía en el Hospital Guayaquil, se determinó que las mujeres fueron las más afectadas con un total del 92%, el rango de edad más frecuente se presentó entre los 22 a 35 años con el 34.1%. Las afecciones concomitantes más frecuentes en esta

casuística fueron: la hipertensión arterial, asma bronquial, seguidas en orden descendente por la úlcera péptica duodenal, cardiopatías e infección urinarias. El 36.7% de los pacientes con enfermedades asociadas evidenció algún tipo de complicación, mientras que esto solo ocurrió en 17,3% de los que no padecían de ninguna afección concomitante (18).

Alvario Varas en su investigación sobre abdomen agudo quirúrgico en una institución de salud guayaquileña, determinó que el 54% de pacientes con Abdomen Agudo Quirúrgico (AAQ) fueron varones. El mayor porcentaje de abdomen agudo en su estudio fue de etiología inflamatoria con el 60%, seguido del abdomen agudo de causa traumática con el 20%. El 59% fueron sometidos a laparotomías, donde las apendicetomías representaron un 32% y laparoscopias un 7,9%. Al hacer referencia a las complicaciones posquirúrgicas, la herida quirúrgica infectada se presentó en un 6%, seguido de la peritonitis con el 3% y dehiscencia de sutura en un 2%; el tiempo estancia hospitalaria osciló entre el 1 a 15 días en un 94%, a la vez que el 5% de los participantes permanecieron de 16 a 30 días y tan solo el 1% por más de 30 días. Finalmente, en relación a su condición de egreso, el 3% de la totalidad de los pacientes que presentaron abdomen agudo quirúrgico fallecieron (13).

Rodríguez y Coronel, en su investigación en el Hospital Vicente Corral Moscoso, donde analizaron pacientes con diagnóstico de abdomen agudo (AA), observaron que dicha entidad fue más frecuente entre los 21- 40 años con el 39%, y en el sexo masculino. Respecto al tipo de AA un 70% correspondieron a abdomen agudo inflamatorio, un 11.8% oclusivo intestinal, 18% perforativo y un 1.7% oclusivo vascular. A su vez el diagnóstico postoperatorio más común fue apendicitis aguda 47%, colecistolitiasis 18%, adherencias 9%, y perforación traumática 7% (19).

Celi Santos, en su investigación con pacientes geriátricos, concluyó que el 20,8% de las consultas en dicha población correspondieron a abdomen agudo, siendo más común en mujeres; a la vez que la edad en la que se presentó con mayor frecuencia fue entre los 75 a 84 años. Respecto al tipo de abdomen agudo, el más frecuente fue el inflamatorio con un 58%, siendo la colecistitis

aguda la más prevalente con un 45.3%, seguido de diverticulitis en un 30.67%, pancreatitis aguda en un 13%, úlcera péptica en un 6% y apendicitis en un 5%. El agudo de tipo obstructivo se presentó en un 22% distribuido de la siguiente manera: hernias abdominales en un 40.9%, adherencias en un 27.2%, y el cáncer de colon en un 13.64% y neoplasias en un 18.19%; el perforativo con un 12% y el vascular con un 8% (embolismo arterial 50%, trombosis arterial 15%, isquemia mesentérica no oclusiva en un 20% y trombosis venosa en un 15%) (20).

Zuluaga y cols., en su estudio en 250 pacientes mayores de 18 años con cuadro de dolor abdominal agudo, en el que excluyeron los pacientes con antecedente de trauma, en etapa de gestación y los pacientes con cirugía reciente, encontraron que la prevalencia de obesidad y sobrepeso fue del 49,6%, siendo la mayor incidencia en inflamación del apéndice epiploico (21).

Jara en su investigación realizada en Loja, concluyó que la causa más frecuente de laparotomía en pacientes con abdomen agudo fue de origen no traumático en un 84,4%, cuyas etiologías principales fueron las inflamatorias en un 51,8%, obstructivas con el 32,5% y las perforativas en un 8%; mientras que el de origen traumático representó un 15,5% de las laparotomías, y de ellas fue el trauma abdominal cerrado el predominante 84,6%, frente al trauma abdominal cerrado con un 15,3%, atribuidos a un aumento de accidentes de tránsito y de agresiones físicas. Los diagnósticos prequirúrgicos que más sobresalieron fueron los casos de abdomen agudo traumático como: hemoperitoneo 35,9%, abdomen traumático sin especificar 15,3%, y perforación intestinal en un 12,8% (22).

Aguirre y Santana, en México, en pacientes con diagnóstico de abdomen agudo traumático, observaron que el 61.78% de individuos ingresaron con trauma abierto y el 38,21% cerrado; de todos ellos, el 22.76% no tuvo ninguna lesión de algún órgano, mientras que de los que sí se lesionaron el 21.9% fueron de asas delgadas, seguidas de lesión múltiple con un 14.6%, de los cuales las lesiones hepática se presentaron en el 10.5%, con una misma frecuencia para la lesión de intestino grueso y la vejiga en un 6.5%, la lesión de

vasos sanguíneos en un 5.6%, la lesión esplénica en un 4% y el diafragma en un 3.2%. Las heridas por arma blanca constituyeron el mecanismo de trauma más frecuente en el 60.5% para toda la serie, pero al esbozar esta variable según el tipo de trauma, observaron que los accidentes de tránsito fueron la causa más común del trauma abdominal cerrado en un 48,93% de los pacientes. Finalmente, con respecto a la estancia hospitalaria, el rango de 1-10 días fue el más frecuente en un 82.1%, seguido de 11-20 días en un 11,38%, de 21-30 días en un 4,87%, y más de 30 días en un 1,62%. De ellos, el 79,67% fue dado de alta por mejoría, mientras que el 13,82% fallecieron, siendo el chipo hipovolémico la complicación más frecuente (23).

Finalmente, Dueñas y cols., en su estudio llevado a cabo en el Cusco, indicaron que las causas que originaron traumatismo de abdomen cerrado correspondieron en orden de frecuencia a: accidentes de tránsito en un 51,5%, caídas en un 31,3%, agresiones personales 13,1% y golpes por animales el 4%, mientras que los órganos lesionados, fueron intestino delgado en un 28,3%, hígado con el 25,3%, vejiga en un 18,2%, mesenterio con el 14,1%, bazo 12,1% y otros como intestino grueso, riñón, páncreas, diafragma y estómago en un 20,3%. Respecto al manejo quirúrgico, la laparotomía-lavado-drenaje se realizó en un 33,3% de individuos, mientras que en los demás casos se realizaron procedimientos especiales como: hepatorrafia, cistorrafia o resección y anastomosis de intestino. Las complicaciones postoperatorias se relacionaron principalmente: con procesos infecciosos en un 17,2% y obstrucción por bridas o adherencias en un 3%. La estancia hospitalaria fue mayoritariamente entre 11 y 24 días en un 59,6%, seguida por el rango de 6-10 días con el 17,2%, 25-48 días en un 10,1%, <5 días y >72días 5,1% cada uno, y de 49 a 72 días en un 3%. La tasa de letalidad fue del 8,1% (24).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Concepto

El abdomen agudo (AA) es una entidad mórbida, multisindrómica, de defensa aguda ante agresiones abdominales de muy distintas características (1). Es un síndrome clínico, de evolución más o menos corta, que engloba todo dolor abdominal de instauración reciente, brusca e insidiosa, de rápida evolución

(menor de 24 a 48 horas), con repercusión del estado general. Requiere una valoración rápida y precisa ante la posibilidad de tratamiento endoscópico o quirúrgico urgente. El síntoma primordial es el dolor, y los signos y síntomas adicionales dependen de su causa, las cuales en su mayoría resultan de origen benigno, aunque en algunas situaciones, se debe a un proceso grave o enfermedad que pone en peligro la vida, pudiendo ser éstas de origen abdominal o extraabdominal (4,7,9,11,14,25,26).

2.2.2. Fisiopatología

En el abdomen existen una serie de receptores del dolor situados específicamente tanto en el músculo liso de las vísceras huecas (vesícula y vías biliares, intestino, vejiga y uréteres), como en la cápsula de algunas vísceras sólidas (hígado, bazo y riñones), el peritoneo parietal y el mesenterio, los cuales responden tanto a estímulos mecánicos y químicos; mientras que los receptores ubicados en la mucosa de las vísceras huecas, reaccionan únicamente a estímulos químicos; a su vez otras estructuras como el peritoneo visceral o el epiplón, carecen de receptores, lo que explica la insensibilidad de estas estructuras (27).

En esta línea, en presencia de un estímulo adecuado se produce la activación de los receptores del dolor (primera neurona), cuyo cuerpo celular se sitúa en los ganglios de las raíces dorsales en los agujeros vertebrales. La señal generada se transmite hasta la segunda neurona situada en la asta posterior medular, cuyo axón cruza al lado opuesto de la médula espinal para constituir el haz espinotalámico. Este último establece conexión con la tercera neurona a nivel del tálamo y desde allí, los axones se proyectan hacia la corteza somatosensorial permitiendo la percepción del estímulo y sus características, tales como: localización, intensidad y carácter; el aspecto emocional del dolor ocurre como consecuencia de las conexiones establecidas entre las neuronas talámicas, el córtex frontal y el sistema límbico (27).

Básicamente en base a lo expuesto se describen 3 tipos de dolor abdominal que son (27):

- **Dolor visceral:** se relaciona con la distensión o contracción violenta de la musculatura de una víscera hueca, pues el estímulo se transmite a través de las fibras C que forman parte de los nervios espláncnicos que transmiten impulsos de conducción lenta y dan lugar a un dolor mal delimitado, de comienzo gradual e intensidad creciente, denominado protopático. La cualidad del dolor es variable y oscila entre uno de tipo sordo y urente hasta un tipo cólico. Frecuentemente se asocia a síntomas vegetativos como: inquietud, sudoración, palidez, náuseas y vómitos. Es importante subrayar que no existen áreas de hiperalgesia ni de contractura muscular y, debido a que la inervación visceral alcanza ambos lados de la médula, su localización se sitúa en la línea media (20,27–30).
- **Dolor referido:** en ocasiones, el dolor originado en una víscera es percibido como si procediese de una zona localizada a distancia del órgano afectado, este aparece cuando el estímulo visceral es más intenso o bien el umbral del dolor está disminuido. Las fibras que conducen los estímulos viscerales convergen en el asta posterior de la médula junto con las fibras que conducen los estímulos somáticos (como los procedentes de la piel). Cuando un impulso de origen visceral es más intenso o el umbral del dolor está disminuido, las neuronas del asta posterior medular localizan erróneamente la procedencia del estímulo, situándolo en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular (20,27–30).
- **Dolor parietal:** aparece en casos de peritonitis, pues en este caso el impulso álgido se transmite a través de fibras A delta mielínicas, que se hallan integradas en los nervios somáticos o cerebroespinales; éstos son de conducción rápida y poseen pequeños campos de recepción y producen un impulso álgido y bien localizado. En definitiva, son responsables del denominado dolor epicrítico, el cual se localiza exactamente en la zona estimulada, agravándose con la tos, la deambulación y la palpación de la zona afectada y en todos estos casos es característica la presencia de hiperalgesia y defensa muscular (20,27–30).

2.2.3. Clasificación etiológica del abdomen agudo

El abdomen agudo según su etiología y mecanismo de producción se clasifica en: traumático (abierto o cerrado), y no traumático (obstrutivo, inflamatorio, vascular o perforativo) (4,31).

2.2.3.1. Abdomen Agudo Traumático

Corresponden a los pacientes con patologías dolorosas agudas intraabdominales, cuya característica principal es la presencia de un trauma abdominal previo; cabe mencionar que el trauma abdominal (abierto o cerrado) por lo general no es puro, sino que se asocia a otras regiones del organismo, principalmente con lesiones torácicas, de grandes vasos, corazón, o diafragma (12,31).

Dentro de las causas fisiológicas para la génesis de abdomen agudo traumático, dependen la posición o actitud del lesionado en el momento del trauma; es así, que cuando el paciente recibe el traumatismo estando sin apoyo, las lesiones son menos graves que cuando se encuentra apoyado sobre una superficie resistente; además, cuando el traumatismo se recibe con la pared abdominal contraída, las lesiones intraabdominales son menos graves que cuando está relajada (12).

- Abdomen Agudo Traumático Cerrado: es aquel que se caracteriza por dolor abdominal agudo posterior a un trauma en el cual que no existe pérdida de la solución de continuidad de la piel y pared abdominal. Esta entidad es causada principalmente por accidentes de tránsito, caídas de altura, derrumbes, accidentes del trabajo, golpes directos al abdomen (coz de animal, puñetazos, pelotazos), o por la acción de la onda expansiva que generan los proyectiles de alta velocidad (12,20). Los órganos que con mayor frecuencia sufren este tipo de lesión son: el bazo, hígado e intestino delgado (20).

A su vez, los traumatismos abdominales cerrados se clasifican en hemorrágicos, donde se presentan lesiones de vísceras sólidas, del mesenterio o vasos; la peritonitis, donde se evidencia la perforación de vísceras huecas y las lesiones del mesenterio o del diafragma (12).

- Abdomen agudo traumático abierto: el trauma abierto o penetrante de abdomen consiste en un dolor abdominal agudo acompañado con pérdida de la solución de continuidad de la piel. Estos casos ocurren principalmente por lesiones con arma de fuego (de alta y baja velocidad), fragmentos de metralla, empalamiento y arma blanca; causas iatrogénicas, o debido a la repetitiva manipulación en las diálisis peritoneales (12,20).

Las heridas por empalamiento y por arma blanca son producidas por penetración a baja velocidad y el daño está relacionado con el órgano comprometido y la infección que pueda producirse, dado que durante el ingreso a la cavidad abdominal arrastran cuerpos extraños y lesionan vísceras huecas con derrame de su contenido en el abdomen (12).

2.2.3.2. Abdomen Agudo No Traumático

Corresponden a los pacientes con patologías dolorosas agudas intraabdominales, pero sin trauma abdominal previo, estos a su vez se subdividen en:

- Abdomen agudo inflamatorio: ocurre por 2 tipos de estímulos dolorosos, el primero hace referencia a la distensión, sea de una víscera hueca o sólida, cuyo principal mecanismo implicado en la recepción visceral; mientras que el segundo se atribuye a la isquemia que puede producir dolor abdominal por diversos mecanismos tales como: la liberación de mediadores inflamatorios (serotonina, bradiquinina, histamina, sustancia P y prostaglandinas), que actúan directamente sobre el sistema nociceptivo, así como cambios en la temperatura y pH (asociados al metabolismo anaerobio en el caso de la isquemia) (32).

El Abdomen Agudo de tipo inflamatorio engloba patologías inflamatorias intraabdominales entre las que se describen: la apendicitis y colecistitis aguda, diverticulitis, peritonitis, abscesos intraabdominales, pancreatitis aguda, entre otros procesos que produzcan inflamación o infección intraabdominal (31,32).

- Abdomen agudo obstructivo: corresponden a los pacientes con patologías obstructivas intraabdominales tales como: bridas y adherencias (50-70%) y hernias (15-30%), eventraciones, vólvulos, masas, intususcepción, u otras

obstrucciones de vísceras huecas, incluyendo la presencia de cuerpos extraños; generalmente son pacientes mayores de 30 años, con mayor prevalencia en la edad geriátrica y suelen presentar antecedentes de cirugías previas. En estos pacientes se requiere con mayor frecuencia el manejo quirúrgico (31,33), pues clínicamente el dolor suele ser difuso, de tipo cólico, acompañado de náuseas y vómitos, además en el examen físico presenta deshidratación, el abdomen distendido, doloroso con ruidos intestinales alterados y con posible masa mal definida (33).

- Abdomen agudo perforativo: corresponden a pacientes con cuadros clínicos que se complican con patologías perforativas intraabdominales, siendo generalmente una etapa avanzada de los procesos que ocasionan el abdomen agudo inflamatorio, en los cuales existe una solución de continuidad de una víscera hueca, derramándose su contenido en la cavidad peritoneal ocasionando su inflamación. Destacan en este grupo las úlceras pépticas y colecistitis y neoplasias perforadas, así como otras perforaciones de órganos intraabdominales de etiología no traumática (6,31).
- Abdomen agudo vascular: corresponde a los pacientes con patologías vasculares intraabdominales que presentan hemorragia y/o isquemia como: embarazo ectópico roto, accidentes vasculares mesentéricos arteriales o venosos, aneurisma roto de la aorta abdominal. Generalmente son pacientes mayores de 60 años (con excepción del embarazo ectópico roto), donde el dolor abdominal no suele corresponder con los hallazgos al examen físico, por lo que se requiere un reconocimiento especial y un diagnóstico temprano (31,33).

2.2.4. Clasificación terapéutica del abdomen agudo

Con respecto al manejo de abdomen agudo, esta entidad médica se ha clasificado en no quirúrgico y quirúrgico, siendo este último el que ocurre con mayor frecuencia (11); es así, que se define al abdomen agudo quirúrgico como la afección abdominal de entre 24 horas a 7 días de evolución que requiere intervención quirúrgica de emergencia, caracterizado por la aparición brusca de dolor intenso, localizado o difuso, en la cavidad abdominal de

etiología diversa y patología clínica o quirúrgica (34). Por su parte, el abdomen agudo no quirúrgico, abarca a numerosos trastornos que producen cuadros de dolor abdominal agudo acompañado de otras sintomatologías, pero que no requieren tratamiento quirúrgico (35).

De cualquier forma, la distinción entre éstos no resulta fácil, aunque el objetivo es ofrecer al paciente el mayor beneficio posible, en ocasiones se prefiere la intervención quirúrgica innecesaria al riesgo de una enfermedad rápidamente evolutiva que puede alcanzar una fase irreversible (35). Como consideración general, si a las 24 horas de valorar de forma repetitiva al paciente sin datos clínicos que representen algún tipo de lesión visceral y permaneciendo el mismo hemodinámicamente estable, se puede considerar tratamiento ambulatorio con signos de alarma (abdomen agudo no quirúrgico); mientras que en caso de un paciente hemodinámicamente inestable, que desarrolle choque hemorrágico, o que presente signos de peritonitis, se debe ingresar inmediatamente para manejo quirúrgico mediante laparotomía o laparoscopia exploratoria (abdomen agudo quirúrgico) (20).

2.2.5. Diagnóstico del abdomen agudo

En más de la mitad de los casos, el diagnóstico etiológico inicial del abdomen agudo es incorrecto debido a sintomatología atípica, debido a una disminución de la capacidad de reserva funcional, polifarmacia y en ocasiones dificultad para establecer una correcta comunicación, lo cual vuelve a este tipo de diagnóstico un desafío (8). Además es importante recalcar que los antecedentes quirúrgicos, clínicos, son también parámetros trascendentales que orientarán a un diagnóstico rápido y oportuno (29,36).

Debido a que el síndrome de abdomen agudo engloba a una serie de patologías, el diagnóstico deberá estar orientado al descarte de las mismas para identificar la causa que ocasiona el dolor abdominal, para lo cual es necesario evaluar las características del dolor y de esta manera orientarse a la probable alteración que sufre el paciente. Sin embargo, existen ciertas patologías que ponen en riesgo inmediato la vida del paciente, y pueden presentarse con dolor abdominal agudo, tales como: aneurisma de aorta

abdominal, isquemia mesentérica aguda, perforación de víscera hueca, vólvulo, o infarto agudo de miocardio, por lo que éstas serán las primeras que deberán descartarse (1,30,37).

Posterior al descarte de las mismas se deberán considerar las causas comunes de dolor abdominal agudo, principalmente las gastrointestinales como: apendicitis aguda, litiasis vesicular o de vías biliares, pancreatitis aguda, enfermedad diverticular, enfermedad ulcerosa péptica, hernias encarceladas, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino irritable, gastroenteritis infecciosa o hepatitis aguda; seguidas de patologías genitourinarias tales como: cólico renal, infecciones del tracto urinario, dolor testicular agudo (escroto agudo), o retención vesical; patologías gineco-obstétricas: rotura de un embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, absceso tuboovárico, torsión de la trompa de falopio, rotura de un quiste de ovario, o endometriosis. Además se deben considerar causas endocrino metabólicas y sistémicas, así como neoplasias (37).

El examen físico deberá basarse en una semiología metódica, general y completa, considerando manifestaciones sistémicas como: palidez extrema, hipotermia, taquicardia, taquipnea y sudoración, fiebre, pues estos signos son de vital importancia ante una valoración de un paciente con cuadro de dolor abdominal. Asimismo, la revisión deberá ser exhaustiva, acompañada de una palpación que debe ser precedida de la auscultación para poder detallar que órgano o víscera está sufriendo patología alguna, pues entre los signos dolorosos a nivel abdominal más importantes destacan: Murphy, Blumberg y Mussy (29,36).

Estudios indican que las 3 principales causas de dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias son: la apendicitis aguda, colecistitis y oclusión intestinal, siendo los principales signos en apendicitis el signo de Von Blumberg, y el punto de McBurney. En los casos de Colecistitis Murphy positivo y Oclusión intestinal ruidos aéreos de tono metálico o abolidos, la peristalsis visible y distensión abdominal; y finalmente, en la exploración abdominal para hepatopatía crónica, el signo de rebote de ola para encontrar ascitis libres, la

palpación para la búsqueda de esplenomegalia con el paciente en decúbito supino, y hepatomegalia palpable en el borde hepático (38).

Los análisis de laboratorio en caso de un paciente con abdomen agudo se basan principalmente en un examen de sangre completo enfocado en la sospecha de la patología a tratar, en dichas pruebas en el caso de abdomen agudo es posible observar leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva (PCR), no obstante, la inespecificidad de la sintomatología obliga a realizar un diagnóstico diferencial con otras causas más frecuentes de abdomen agudo, como apendicitis, pancreatitis o colecistitis (18,39). Por ello, es importante solicitar otras pruebas como: orina, heces, cultivos de secreciones y/o líquidos. Las pruebas de imagenología en dependencia de cada caso en particular van desde una radiografía simple de abdomen o de tórax, ecografía, o tomografía computarizada, hasta gammagrafía con radionúclidos, además de endoscopia, paracentesis, laparoscopia, entre otros (40).

2.2.6. Diagnóstico diferencial del abdomen agudo

Para un diagnóstico diferencial es necesario tomar en cuenta la edad y el sexo del paciente, siendo de vital importancia el diagnóstico de patologías que no serán consideradas de orden quirúrgico como por ejemplo: trastornos endocrinos o metabólicos, infecciosos, inflamatorios, hematológicos, toxicológicos y dolor referido por causas fuera de la cavidad abdominal (40).

Los médicos de urgencias deben ser conscientes de la posibilidad de torsión ovárica en mujeres jóvenes con abdomen agudo y tener un alto índice de sospecha (41). Por otro lado, los linfangiomas quísticos abdominales son benignos y poco frecuentes, que se presentan mayormente en niños. Puede presentarse como molestias inespecíficas abdominales, hallazgo incidental o abdomen agudo, este último en el 50% de los casos (42).

Una causa poco común de abdomen agudo, pero relevante a tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial es la obstrucción por malrotación intestinal la cual es una causa del 90% de los casos de obstrucción en niños menores de 1 año de edad siendo infrecuente en los adultos (43).

Otra de las posibles causas de dolor abdominal es el infarto omental o de epiplón, el cual es un proceso poco frecuente caracterizado por una torsión de los vasos nutricios habitualmente con giros múltiples, que suele ocurrir entre la los 30 a 50 años de edad, afectando mayoritariamente a varones en una relación 2:1, estimándose una incidencia en torno al 0,1% de las laparotomías realizadas por abdomen agudo, no obstante, pese a presentarse como un abdomen quirúrgico, por lo general, no requiere tal manejo, por lo que su detección en las pruebas de imagen evitaría intervenciones innecesarias (39,44,45).

2.2.7. Manejo del abdomen agudo

En base a la premisa de que si la cronología indica que el dolor fue posterior a otros síntomas, a menudo sistémicos como: fiebre, malestar, etc., muy seguramente el abdomen agudo será de manejo médico; mientras que por el contrario, en el abdomen agudo de manejo quirúrgico suele iniciarse con el dolor, y los síntomas acompañantes hacen su aparición de manera más tardía (46).

En todos los casos de dolor abdominal debe haber un seguimiento con observación y vigilancia estrecha y activa en un periodo variable de tiempo que no debe ser inferior 6 horas, pero que dependiendo del caso puede tomar incluso días (46).

El tratamiento básico, salvo situaciones puntuales, consiste en dieta absoluta, fluidoterapia, analgesia, valorando la aplicación de sonda nasogástrica y antibioticoterapia (7). Para la analgesia, cabe considerarse el tramadol, pues es uno de los analgésicos de tipo opioide de más fácil acceso por su costo y disponibilidad, demostrando que no modifica los datos clínicos en los cuadros de abdomen agudo (9).

Finalmente, en caso de ameritarlo, el tratamiento final será la resolución quirúrgica mediante laparotomía o laparoscopia, realizándose procedimientos como apendicetomía, colecistectomía, hernioplastia, etc., dependiendo la etiología del abdomen agudo (46).

A términos generales, el manejo de abdomen agudo seguirá el siguiente proceso, en dependencia de la etiología particular de cada paciente (28):

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Caracterizar clínica-quirúrgicamente y epidemiológicamente a los pacientes con abdomen agudo en Emergencia del Hospital básico de Sucúa, año 2017- 2018.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia de abdomen agudo por características sociodemográficas y clínicas según: edad, sexo, comorbilidades, antecedentes de cirugía previa y estado nutricional.
- Determinar la frecuencia y los tipos de abdomen agudo quirúrgico y no quirúrgico según: edad, sexo, comorbilidades, antecedentes de cirugía previa.
- Caracterizar el abdomen agudo según etiología, manejo, tipo de cirugía, complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. **Tipo de estudio:** cuantitativo, observacional, descriptivo de cohorte transversal.

4.2. **Área de estudio:** la investigación se realizó en el Hospital Básico de Sucúa, localizada en la provincia de Morona Santiago, correspondiente a la Zona de Salud 6 del Ecuador.

4.3. **Universo:** el universo de estudio estuvo conformado por 245 pacientes diagnosticados de abdomen agudo durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2018 en el Hospital Básico de Sucúa.

4.4. **Selección y tamaño de la muestra:** la muestra fue censal, pues se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

4.5.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes con edades iguales o mayores a 18 años con diagnóstico de abdomen agudo atendidos en el Área de Emergencia del Hospital Básico de Sucúa durante el periodo enero del 2017 a diciembre del 2018.

4.5.2. Criterios de exclusión

- Gestantes y pacientes con patologías ginecológicas.

4.6. Variables

4.6.1. Descripción de variables

- Variables sociodemográficas: edad, sexo y residencia.
- Variables clínicas y/o quirúrgicas: comorbilidades, estado nutricional, etiología, manejo, tiempo de estancia hospitalaria y condición de egreso.

4.6.2. Operacionalización de variables (anexo 2)

4.7. Métodos e instrumentos para recolección de información

4.7.1. Método: observacional.

4.7.2. Técnica: revisión de expedientes clínicos.

- 4.7.3.** Instrumento: se elaboró un cuestionario de recolección de datos que abarcó las variables de estudio expuestas, en primera instancia se recogió información concerniente con datos sociodemográficos, posteriormente se indagaron las diferentes características clínicas y/o quirúrgicas de los pacientes diagnosticados de abdomen agudo en la institución participante.
- 4.7.4.** Autorización: previa la recolección de la información, el presente estudio fue autorizado por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca y de las autoridades del Hospital Básico de Sucúa.
- 4.7.5.** Supervisión: esta investigación fue supervisada por su directora la Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas.
- 4.7.6.** Procedimientos para la recolección de la información: una vez que se contó con las autorizaciones correspondientes, se solicitó en el Área de Estadística del Hospital Básico de Sucúa la matriz con los números de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de abdomen agudo durante el periodo de estudio especificado, posteriormente se revisaron cada uno de los expedientes clínicos de aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión, luego se registró la información en los formularios correspondientes (anexo 1); finalmente, la información fue tabulada en una matriz de Excel y analizada mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.
- 4.7.7.** Plan de tabulación y análisis de resultados: los datos fueron presentados por medio de tablas personalizadas, además se aplicó estadística de orden descriptivo y con el propósito de resumir la información se empleó media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas.
- 4.8. Aspectos éticos**
- El protocolo de investigación fue presentado y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca y del director del Hospital Básico de Sucúa.
 - Para garantizar la confidencialidad de la información de los pacientes, los formularios de recolección de datos fueron codificados con números de tres dígitos.

- La información recogida de las historias clínicas en la presente investigación fue custodiada por la autora del presente estudio, y sus registros digitales fueron manejados con claves.
- La autora declara que no tiene conflictos de interés con los pacientes que participaron en la investigación.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Características sociodemográficas de la población de estudio

Tabla 1

Distribución según características sociodemográficas, antecedentes de cirugía abdominal previa, estado nutricional y comorbilidades de 245 pacientes atendidos en el Hospital de Sucúa durante el periodo enero 2017 a diciembre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Edad*		
<20 años	14	5.7
20 a 39 años	121	49.4
40 a 64 años	63	25.7
>65 años	47	19.2
Total	245	100
Sexo		
Hombre	127	51.8
Mujer	118	48.2
Total	245	100
Antecedentes de cirugía abdominal previa		
Sí	27	11
No	218	89
Total	245	100
Estado nutricional		
Normal	52	21.2
Sobrepeso	147	60
Obesidad	46	18.8
Total	245	100
Comorbilidades		
Ninguna	141	57.6
Hipertensión arterial	30	12.2
Diabetes Mellitus	25	10.2
Otras	49	20
Total	245	100

*Edad: 44.04 años Desviación estándar \pm 26.53

Fuente: base de datos

Elaborado por: Elizabeth Morocho

En la tabla 1 se puede observar que la media de edad fue de 44.04 años con una desviación estándar \pm 26.53, el grupo etario con mayor frecuencia fueron entre los pacientes entre 20 a 39 años con el 49.4%, seguidos de las personas entre 40 a 64 años en un 25.7%; en cuanto al sexo el 51.8% fueron varones, además el 11% de los casos tenían antecedentes de cirugía abdominal y el

42.2% presentó enfermedades crónicas tales como: hipertensión arterial y diabetes; en cuanto al estado nutricional el 60% tuvo sobrepeso y el 18.8% obesidad.

5.2. Frecuencia y tipos de abdomen agudo

Tabla 2

Tipo de abdomen agudo en 245 pacientes atendidos en el Hospital de Sucúa durante el periodo enero 2017 a diciembre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de abdomen agudo		
No quirúrgico	141	57.6
Quirúrgico	104	42.4
Total	245	100

Fuente: base de datos
Elaborado por: Elizabeth Morocho

Tabla 3

Tipo de abdomen agudo quirúrgico 104 pacientes atendidos en el Hospital de Sucúa durante el periodo enero 2017 a diciembre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Tipo abdomen agudo quirúrgico		
Traumático	8	7.7
No traumático	96	92.3
Total	104	100

Fuente: base de datos
Elaborado por: Elizabeth Morocho

Un 57.6% de pacientes presentaron abdomen agudo no quirúrgico, el resto fue diagnosticado de abdomen agudo quirúrgico, siendo el más frecuente el no traumático en un 92.3% de los casos (tabla 2 y 3).

Tabla 4

Distribución de abdomen agudo no quirúrgico en 141 pacientes atendidos en el Hospital de Sucúa durante el periodo enero 2017 a diciembre del 2018 según: edad, sexo, historial de patologías crónicas y antecedentes de cirugías previas.

	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
<20 años	6	4.3
20 a 39 años	62	44
40 a 64 años	41	29.1
≥65 años	32	22.7
Total	141	100
Sexo		
Hombre	75	53.2
Mujer	66	46.8
Total	141	100
Antecedentes de cirugía abdominal		
Sí	18	12.8
No	123	87.2
Total	141	100
Antecedentes de patologías crónicas		
Ninguna	72	51.1
Hipertensión arterial	18	12.8
Diabetes Mellitus	18	12.8
Otras	33	23.4
Total	141	100

Fuente: base de datos

Elaborado por: Elizabeth Morocho

De los 141 pacientes que fueron diagnosticados de abdomen agudo no quirúrgico, el 44% tuvieron rangos de edad de entre 20 a 39 años, seguidos de pacientes con edades de entre 40 a 64 años con el 29.1%; además en cuanto al sexo esta patología se presentó más comúnmente en hombres con el 53.2%; de ellos el 12.8% tuvieron antecedentes previos de cirugía abdominal un 51.1% no tuvo historial de comorbilidades (tabla 4).

Tabla 5

Distribución de abdomen agudo quirúrgico en 104 pacientes atendidos en el Hospital de Sucúa durante el periodo enero 2017 a diciembre del 2018 según: edad, sexo, historial de patologías crónicas y antecedentes de cirugías previas.

	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
<20 años	8	7.7
20 a 39 años	59	56.7
40 a 64 años	22	21.2
≥65 años	15	14.4
Total	104	100
Sexo		
Hombre	52	50
Mujer	52	50
Total	104	100
Antecedentes de cirugía abdominal		
Sí	9	8.7
No	95	91.3
Total	104	100
Antecedentes de patologías crónicas		
Ninguna	69	66.3
Hipertensión arterial	12	11.5
Diabetes Mellitus	7	6.7
Otras	16	15.4
Total	104	100

Fuente: base de datos

Elaborado por: Elizabeth Morocho

De los 104 pacientes que fueron diagnosticados de abdomen agudo quirúrgico, el 56.7% tuvieron rangos de edad de entre 20 a 39 años, seguidos de pacientes con edades de entre 40 a 64 años con el 21.2%; respecto al sexo, fue equitativa la distribución tanto en hombres como en mujeres con el 50%, además el 8.7% de pacientes tuvieron antecedentes previos de cirugía abdominal un 66.3% no tuvo historial de comorbilidades (tabla 5).

5.3. Características de abdomen agudo según etiología, manejo, tiempo de estancia hospitalaria y condición de egreso.

Tabla 6

Características del abdomen agudo traumático en 8 pacientes atendidos en el Hospital de Sucúa durante el periodo enero 2017 a diciembre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Tipología		
Abierto o penetrante	3	37.5
Cerrado o contuso	5	62.5
Total	8	100
Mecanismo de lesión		
Arma de fuego	1	12.5
Arma blanca	2	25
Accidentes de tránsito	5	62.5
Total	8	100
Organos lesionados		
Hígado	1	12.5
Intestino delgado	2	25
Bazo	4	50
Otros	1	12.5
Total	8	100
Manejo		
Laparotomía	1	12.5
Referencia	7	87.5
Total	8	100

Fuente: base de datos

Elaborado por: Elizabeth Morocho

De los 8 pacientes que fueron diagnosticados de abdomen agudo traumático, un 62.5% fue de tipo cerrado o contuso, en un 62.5% el mecanismo de lesión fue atribuido a los accidentes de tránsito, siendo el bazo el órgano que con mayor frecuencia se lesionó en un 50% de los casos y en cuanto al manejo al 87.5% de personas se les refirió a una unidad de mayor complejidad (tabla 6).

Tabla 7

Abdomen agudo quirúrgico no traumático en 96 pacientes atendidos en el Hospital de Sucúa durante el periodo enero 2017 a diciembre del 2018 según: etiología, manejo quirúrgico, tipo de cirugía y complicaciones posquirúrgicas.

	Frecuencia	Porcentaje
Etiología		
Apendicitis	57	59.4
Colelitiasis	22	22.9
Hernias	7	7.3
Piocolocistolitiasis	5	5.2
Colecistolitiasis	5	5.2
Total	96	100
Manejo quirúrgico		
Laparotomía	65	67.7
Laparoscopia	31	32.3
Total	96	100
Tipo de cirugía		
Apendicetomía	57	59.4
Colecistectomía	32	33.3
Hernioplastia	7	7.3
Total	96	100
Complicaciones posquirúrgicas		
Sí	12	12.5
No	84	87.5
Total	96	100
Tipos de complicaciones quirúrgicas posoperatorias		
Neumonía	2	16.7
Infección herida quirúrgica	4	33.3
Atelectasia	3	25
Otras*	3	25
Total	12	100

*Dehiscencia de anastomosis, absceso intraabdominal y pancreatitis biliar

*Media estancia hospitalaria: 1.74 días Desviación estándar \pm 2.55

Fuente: base de datos

Elaborado por: Elizabeth Morocho

Respecto al abdomen agudo quirúrgico de origen no traumático observamos que: el 59.4% de los casos se debió a apendicitis aguda seguida de la colelitiasis en un 22.9%; el abordaje operatorio se realizó en un 67.7% por laparotomía, con predominancia en la apendicetomía en un 59.4%. Finalmente, el 12.5% de personas desarrollaron complicaciones posquirúrgicas, de las cuales la infección del sitio quirúrgico correspondió al 33.3%, la atelectasia y la neumonía el 25% y 16.7% respectivamente. Finalmente la media de estancia hospitalaria fue de 1.74 días con una desviación estándar de \pm 2.55 (tabla 7).

Tabla 8

Abdomen agudo no quirúrgico en 141 pacientes atendidos en el Hospital de Sucúa durante el periodo enero 2017 a diciembre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Pancreatitis	21	14.9
Colecistitis	45	31.9
Litiasis renal, ureteral y/o vesical	43	30.5
Pielonefritis	9	6.4
Otro*	23	16.3
Total	141	100

*Colangitis, adherencias, adenitis mesentérica y hematoma hepático

Fuente: base de datos

Elaborado por: Elizabeth Morocho

En cuanto al abdomen agudo clínico la colecistitis fue el diagnóstico más común en el 31.9% de los casos, seguida de la litiasis renal, ureteral y/o vesical con el 30.5%, pancreatitis en un 14.9% y otras patologías en un 16.3% tales como: la colangitis, adherencias, adenitis mesentérica y hematoma hepático (tabla 8).

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

En nuestra serie se revisaron 245 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados de abdomen agudo en el Hospital Básico de Sucúa, observando una media de edad de 44.04 años con una desviación estándar \pm 26.53 años, el grupo etario que con mayor frecuencia fueron diagnosticados de abdomen agudo fueron los pacientes entre 20 a 39 años de sexo masculino con el 51.8%. Cifras similares fueron observadas por Rodríguez y Coronel, quienes concluyeron que dicha patología fue más frecuente en varones con edades entre los 21- 40 años en un 39% (19); no obstante, Celi Santos, en su investigación con pacientes geriátricos, concluyó que las consultas en dicha población que correspondieron a abdomen agudo tuvieron mayor predominancia común en mujeres con edades entre 75 a 84 años (20). Bejarano y cols., en su investigación con individuos diagnosticados de Abdomen Agudo (AA), mostraron la mayoría tuvo más de 50 años, predominando el sexo femenino (14).

A su vez en nuestra investigación de los 104 pacientes que fueron diagnosticados de abdomen agudo quirúrgico (AAQ), el 56.7% tuvieron rangos de edad de entre 20 a 39 años, con un 50% de afectación para ambos sexos. Resultados que son congruentes con Bagua Cruz, en Guayaquil, quien determinó el AAQ se presentó entre los 22 a 35 años con el 34.1%, no obstante, este autor especificó que las mujeres fueron las que en mayor frecuencia padecieron dicha patología en un 92% de los casos (18); al igual que Morán Robalino y cols., en su estudio con pacientes con AAQ, evidenciaron que el 44.4% de pacientes tenían entre 26 a 33 años (17).

Estos resultados discrepan con autores como García et al., Alvario y Morán et al., quienes en sus análisis con pacientes con abdomen agudo quirúrgico concluyeron que los varones fueron los mayormente afectados con un 57.1%, 54% y una relación 2 a 1 (hombre mujer) respectivamente (11) (13) (17).

En la presente investigación encontramos que la etiología del abdomen agudo quirúrgico no traumático fue representado en un 59.4% por la apendicitis aguda seguida de la colelitiasis en un 22.9%. Resultados similares a los presentados en una investigación de García Valenzuela y cols., quienes concluyeron que la principal causa de abdomen agudo quirúrgico fue la apendicitis aguda en un 62,5% seguida de patología biliar en un 23,2% (11); igualmente, Morán Robalino y cols., observaron que los diagnósticos preoperatorios más frecuentes fueron apendicitis aguda con el 44,4% y la colecistitis aguda 16,6% (17). Rodríguez y Coronel, también que el diagnóstico más común fue apendicitis aguda 47% seguida de colecistolitiasis en un 18% (19). Sin embargo, a pesar de lo expuesto, Bejarano y cols., determinaron que la enfermedad biliar (colelitiasis y colecistitis) ocupó el primer lugar en su serie de AAQ con un 35,3% seguida de apendicitis aguda con el 26,5% (14).

De acuerdo a nuestro análisis 8 pacientes fueron diagnosticados de abdomen agudo traumático (AAT), 5 de ellos fueron de tipo cerrado o contuso y a 5 personas se atribuyó el mecanismo de lesión a los accidentes de tránsito, las lesiones por arma blanca se presentaron en 2 pacientes, siendo el bazo el órgano que con mayor frecuencia se lesionó en 4 individuos. En esta línea, otras investigaciones expresan diferentes frecuencias respecto al AAT, esta discrepancia se origina debido a la distribución geográfica, a la densidad poblacional, a la criminalidad, la migración y otros factores, es así que Jara en Loja, encontró que el abdomen agudo de origen traumático representó un 15,5% y de ellas fue el trauma abdominal cerrado el predominante 84,6%, además que apenas el 15,3% fueron atribuidos accidentes de tránsito (22). A su vez Aguirre y Santana, en México, observaron que el 61.78% de individuos ingresaron con trauma abierto y el 38,21% cerrado, donde el de órganos lesionados correspondieron a un 21.9% fueron de asas delgadas. Por otra parte las heridas por arma blanca constituyeron el mecanismo de trauma más frecuente en el 60.5% para el traumatismo abierto y los accidentes de tránsito para el cerrado en un 48,93% (23). Dueñas y cols., en el Cusco, evidenciaron que los accidentes de tránsito en un 51.5% fue la causa por la que se produjeron traumatismos cerrados, siendo el intestino delgado el órgano más lesionado en un 28,3% (24).

Respecto al abordaje operatorio encontramos que en los pacientes que ameritaron tratamiento quirúrgico se realizó en un 67.7% por laparotomía, con predominancia en la apendicetomía en un 59.4%. A su vez Alvario Varas, evidenciaron que el 59% fueron sometidos a laparotomías y un 32% apendicetomías representaron un 32% (13) y Morán Robalino y cols., mostraron que la apendicetomía representó un 44,4%, la colecistectomía en un 16,6% (17).

En este estudio el 12.5% de personas desarrollaron complicaciones posquirúrgicas, de las cuales la infección del sitio quirúrgico correspondió al 33.3%, la atelectasia y la neumonía el 25% y 16.7% respectivamente. En su análisis, García Valenzuela y cols., evidenciaron que el 8.9% de personas intervenidas presentaron complicaciones posquirúrgicas, de ellas el en un mismo porcentaje de 1.8% desarrollaron infección de herida quirúrgica (11). Dueñas y cols., en su estudio llevado a cabo en el Cusco, encontraron que las complicaciones con procesos infecciosos en un 17,2% y obstrucción por bridas o adherencias en un 3% (24).

Nosotros evidenciamos que en las personas que presentaron abdomen agudo no quirúrgico, la colecistitis fue el diagnóstico más común en el 31.9% de los casos, no obstante, a pesar de que en la exhaustiva revisión bibliográfica realizada no se pudo encontrar en la literatura biomédica que la colecistitis fuera considerada un diagnóstico clínico de abdomen agudo sino más bien se expresa como una patología meramente quirúrgica, en el Hospital de Sucúa, la colecistitis es catalogada como una causa clínica de abdomen agudo. La litiasis renal, ureteral y/o vesical se presentó en el 30.5%, pancreatitis en un 14.9%. Sin embargo, al realizar una revisión en la literatura sobre AA no quirúrgico, pudimos constatar que las causas que lo generan difieren mucho en dependencia de los autores consultados por ejemplo Bejarano et al., concluyó que el 19.2% tuvo dolor abdominal inespecífico, un 8.9% infección de vías urinarias en un 8,9% diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (14).

En esta línea, Chavarría y cols., encontraron que la gastroenteritis fue la causante del 47% de alteraciones por abdomen agudo no quirúrgico (15). Parra et al., concluyeron que predominaron la enfermedad ácido péptica (úlceras duodenal, úlcera gástrica, esofagitis péptica, gastritis y duodenitis) (16). Celi Santos, identificaron a la colecistitis aguda en un 45.3%, seguido de diverticulitis en un 30.67%, pancreatitis aguda en un 13% (20).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- El abdomen agudo se diagnosticó mayormente en grupos etarios de entre 20 a 39 años, seguidos de personas con 40 a 64 años; la mayoría de pacientes tenían sobrepeso u obesidad, además casi la mitad registraban antecedentes de patologías crónicas como: diabetes e hipertensión arterial y un cuarto de individuos tenían antecedentes de cirugía abdominal.
- El abdomen agudo de tipo no quirúrgico fue el más frecuente, de ellos la colecistitis y la litiasis renal, ureteral y/o vesical fueron los diagnósticos que se repitieron más comúnmente, seguidos de pancreatitis, colangitis, adherencias, adenitis mesentérica y hematoma hepático. Es importante subrayar que aunque la colecistitis a nivel mundial es de manejo quirúrgico durante el proceso de hospitalización, en el Hospital Básico de Sucúa esta patología es manejada clínicamente, debido a que los médicos tratantes prefieren enfriar el cuadro y realizar la resolución quirúrgica de la misma mediante consulta externa.
- Casi la mitad de pacientes diagnosticados de abdomen agudo no quirúrgico tuvieron rangos de edad de entre 20 a 39 años, más de la mitad de ellos fueron varones sin historial de comorbilidades, además un cuarto de pacientes tuvieron antecedentes de cirugía abdominal previa.
- Más de la mitad de personas con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico fueron encasillados con rangos de edad de entre 20 a 39 años, con igual frecuencia para hombres y mujeres; más de la mitad de ellos tuvieron antecedentes previos de comorbilidades y en mínima cantidad historial de cirugías abdominales previas.
- Aproximadamente la mitad de pacientes fueron diagnosticados de abdomen agudo quirúrgico, de ellos en su mayoría fue de tipo no traumático, cuya etiología fue atribuida a la apendicitis aguda seguida de la colelitiasis; en cambio en los casos de origen traumático, mayormente

fueron de tipo cerrado atribuidos a accidentes de tránsito donde el bazo fue el órgano que se lesionó con mayor frecuencia.

- El abordaje operatorio más frecuente fue la laparotomía de los casos fue la laparotomía, no obstante, a los pacientes con AA traumático fueron referidos a una unidad e mayor complejidad.
- En un cuarto de pacientes se presentaron complicaciones posquirúrgicas, siendo la infección del sitio quirúrgico la más frecuente, seguida de atelectasia y neumonía.

7.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que este trabajo sea revisado por las autoridades del Hospital de Sucúa, de manera que se puedan tomar las medidas pertinentes respecto primordialmente a dos aspectos: el primero referente a la estructura organizacional y recursos para el manejo de cirugías de mayor complejidad, esto en virtud a que se refirieron muchos pacientes que requirieron este tipo de intervenciones quirúrgicas; la segunda consideración incluye revisar la frecuencia de complicaciones posquirúrgicas que se presentaron en los participantes, sobre todo en lo referente a infecciones del sitio quirúrgico.
- Consideramos importante replicar este trabajo en otras instituciones de referencia, sobre todo en hospitales generales, donde se puedan evaluar diversas variables con respecto al abdomen agudo, de manera que se cuente con información epidemiológica certera respecto a la problemática en mención para que se puedan orientar mejor las variables de complicaciones y morbilidad.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayo Ossorio MA, Pacheco García JM, Vázquez Gallego JM. Abdomen agudo. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 1 de abril de 2016 [citado 29 de junio de 2018];12(7):363-79. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216300038>
2. Caycedo R. Cirugía general en el nuevo milenio. Segunda. Médica Celsus; 2013. 239 p.
3. Treuer R. Dolor abdominal agudo en el adulto mayor. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 29 de junio de 2018];28(2):282-90. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300445>
4. Prieto RG, Carvajal GD, Santos JH, Upegui D, Rendón J. Unexpected causes of acute abdomen. Rev Colomb Cir [Internet]. diciembre de 2016 [citado 27 de junio de 2018];31(4):269-75. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2011-75822016000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Patiño J. Lecciones de Cirugía. Santa Fé de Bogota-Colombia: Panamericana; 2014.
6. Montoya L, Rodríguez E, Zúñiga G, Yamamoto G, González E. Abdomen agudo en pacientes con VIH/SIDA atendidos en un hospital nacional de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. julio de 2014 [citado 27 de junio de 2018];31(3):515-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342014000300016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. García Marín A, Turégano Fuentes FJ, Cuadrado Ayuso M, Zaráin Obrador L. Dolor abdominal en Urgencias: abdomen agudo. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. noviembre de 2015;11(90):5357-64.
8. Aranda Y, Martín M, González M, Albeniz L, Galve ML, Carvajal J. ISQUEMIA MESENTÉRICA SEGMENTARIA: ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR ANTE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE

- ANCIANO. REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES QUIRÚRGICAS. 2019;22(1):25-7.
9. Palacios-Cañizares EJ, González-León FD, Hernández-Aguilar S, Sanabria-Trujillo R, Valenzuela-Téllez W, Pinto-Angulo VM, et al. Administración de analgésico de tipo opioide en el manejo de abdomen agudo. 2018;8(2):70-7.
 10. Méndez C, Rafael P, Gamboa V, Emilia M, Corrales Caymari Y, Cabrera Zambrano Y, et al. Enfermedades trazadoras del abdomen agudo quirúrgico no traumático. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. junio de 2014 [citado 27 de junio de 2018];18(3):269-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552014000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 11. García-Valenzuela SE, Bonilla-Catalán PV, Quintero-García B, Bracamontes FST. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Cir Gen. 2017;39(4):203-8.
 12. Soler Vaillant R. Lesiones Traumáticas Abdominales. 1.^a ed. La Habana, Cuba; 2005. 31 p.
 13. Alvario Varas KR. ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO, FACTORES DESENCADENANTES Y COMPLICACIONES EN MUJERES DE 20 A 30 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON EN EL AÑO 2014-2015 [Internet]. [Guayaquil - Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2016. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/35765/1/CD%20806-%20ALVARIO%20VARAS%20KARLA%20RAQUEL.pdf>
 14. Bejarano M, Gallego CX, Gómez JR. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. Rev Colomb. 2011;26:33-41.
 15. Chavarría-Islas RA, Estevez-Abascal SB, Loría-Castellanos J, Peláez-Méndez K. Epidemiología del dolor abdominal en la consulta de un Servicio de Urgencias. Archivos de Medicina de Urgencia de México. 2010;(2):87-91.

16. Parra GS, Marulanda F, Santacoloma M, Osorio M, Chacón JA. Dolor abdominal agudo en el anciano en el Hospital de Caldas. Rev Colomb Gastroenterol. agosto de 2003;18(3):146-52.
17. Moran Robalino G, Muñoz Arambulo W, Orrala Merejildo J. Incidencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes infectados con virus de inmunodeficiencia humana en el Hospital Abel Gilbert Ponton de enero a diciembre del 2015. Espirales. 2018;2(21):30-41.
18. Bagua Cruz EL. ABDOMEN AGUDO POSTQUIRURGICO POR APENDICECTOMIA EN EL HOSPITAL GUAYAQUIL [Internet]. [Guayaquil - Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30471/1/CD-2186-Bagua%20Cruz.pdf>
19. Rodríguez Contreras MV, Coronel Montero JS. Validez de la ecografía como método de diagnóstico imagenológico frente al diagnóstico quirúrgico de abdomen agudo en pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2009 [Internet]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2011 [citado 21 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3469>
20. Celi Santos AG. ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES GERIATRICOS: PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y TIPOS, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO [Internet]. [Guayaquil - Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30547/1/CD%202260-%20ANGIE%20GABRIELA%20CELI%20SANTOS.pdf>
21. Zuluaga Santamaría A, Mejía Restrepo J, López Amaya JE, Ruiz Zabaleta T, Sánchez L, Ochoa Gaviria J, et al. Acute Abdominal Pain in Obese and Overweight Patients: A Different Clinical Scenario? A Prospective Study with MDCT Evaluation in an Urban Adult Population. Rev Colomb radiol. 2017;28(1):4600-8.
22. Jara Jimbo MI. Laparotomía exploratoria emergente en pacientes con abdomen agudo traumático y no traumático en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Loja. [Internet]. [Loja, Ecuador]: Universidad Nacional de Loja;

- 2017 [citado 4 de noviembre de 2019]. Disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/19584>
23. Aguirre Benancio AB, Santana Maya EE. HALLAZGOS EN LAPAROTOMIA EXPLORATORIA EN PACIENTES ADULTOS CON TRAUMA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL GENERAL DR. NICOLAS SAN JUAN 2007 A 2012. [Internet]. [Toluca, Estado de México]: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013 [citado 4 de noviembre de 2019]. Disponible en:
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14362/407429.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 24. Dueñas J, Lizarbe V, Muñiz J. Lesiones en traumatismo cerrado de abdomen en Cusco. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2002;63(1):13-8.
 25. Penagos-Noriega S. Abdomen agudo en un paciente con situs inversus. *Anales de Radiología México*. 2018;17:77-81.
 26. Quesada Porras J. ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE GERIÁTRICO. *Rev Med Costa Rica*. 2016;83(618):3.
 27. Antón Jiménez M, Abellán Van Kan G, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Baasy Iza N, Rodríguez Solís J, Chaves López R. Capítulo 55: Abdomen Agudo. En: *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2007.
 28. Salaverry García O. Cirugía: I cirugía general [Internet]. UNMSM. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía; 1999. 674 p. (Cirugía). Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirurgia/Tomo_I/Cap_08_Abdomen%20agudo.htm
 29. Sabiston DC, Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editores. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*. 20th edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017. 2146 p.
 30. Doherty GM, Domínguez Pérez A, Pineda Sánchez DG, Planas González HR, Sánchez Monsiváis RI. *Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos*. 13.^a ed. México D.F. (México): McGraw Hill; 2011.

31. Serrano Arenas M, Cadena Angarita H, Contreras Grimaldos LA, Villar Centeno LA, Reyes Serpa WG. ABDOMEN AGUDO. GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA [Internet]. 1.^a ed. Colombia: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; 2002. 73 p. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Abdomen%20agudo.pdf>
32. Berlin A, Johanning JM. Intraabdominal Infections in Older Adults. Clin Geriatr Med. agosto de 2016;32(3):493-507.
33. Utor-Fernández DA, Collantes-Pérez J, Serrano-Borrero I, Moreno-Paredes P. Fístula Interna Ileoileal Congénita Que Debuta Como Un Cuadro Obstrutivo En El Adulto. Intest Obstruction Caused Congenit Ileoileal Intern Fistula. abril de 2015;67(2):204-6.
34. Mesa Izquierdo O, Ferrer Robaina H, Travieso Peña G, Mato Ramos YA, González Martínez EM. Comportamiento de la presión intrabdominal en el abdomen agudo quirúrgico. Behav Intraabdominal Press Acute Surg Abdomen. julio de 2017;56(3):1-10.
35. Halabe-Cherem J. Editorial. Abdomen agudo no quirúrgico. Cir Ciruj. junio de 2004;72(3):163-4.
36. Schwartz SI, Brunicaardi FC, Andersen DK. Principios de cirugía [de] Schwartz. México: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
37. Montoro MA, Casamayor M. Gastroenterología y Hepatología. problemas comunes en la práctica clínica. Capítulo 6: Dolor abdominal agudo [Internet]. 2.^a ed. Madrid; Barcelona - España: Jarpoyo Editores S.A.; 2012 [citado 29 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/06_Dolor_abdominal_agudo.pdf
38. Rungs Brown DR, Baldin AV, Muñoz Hinojosa J, Valdés Castañeda A, Gómez Palacio M. Exploración física del abdomen agudo y sus principales signos como una práctica basada en la evidencia. Cir Gen. junio de 2015;37(1-2):32-7.
39. Criado Martín I, Andrino Díaz NF, López-Dóriga Bonnardeux P. Infarto de omento: una causa inusual de abdomen agudo. abril de 2018;53(2):117-8.

40. Kasper DL, Harrison. Principios de medicina interna. 19.^a ed. Mexico D.F.: McGraw-Hill Educación; 2016.
41. González Guzmán MA, Plancarte AJ, Robledo Díaz LO, Margaona Zúñiga DA, Villegas Tovar E, González Chávez MA. Torsión de teratoma ovárico como causa poco frecuente de abdomen agudo. junio de 2018;16(2):156-9.
42. García Leon L, Jaramillo Samaniego J, Veliz Lazo B. Abdomen agudo quirúrgico secundario a Linfangioma quístico abdominal. Rev Med Hered. 2017;28(3):4.
43. Ruiz HD, Álvarez F, Solari I, Goch A, Buena IP, Figgini H, et al. No rotación intestinal en adultos: causa infrecuente de abdomen agudo oclusivo. Acta Gastroenterol Latinoam. 2016;46:110-3.
44. Latorre Asensio M, Pellón Dabén R, Nieto Martínez S. Abdomen agudo inesperado. septiembre de 2019;219(6):342-3.
45. Sánchez-López-Gay J, Becerra-Almazán JM, Reyes-Aguilar R, Rodríguez-Barón B, Navarro-Duarte JC. Causa de abdomen agudo no quirúrgico: infarto omental - ScienceDirect. octubre de 2017;43(7):534-6.
46. Buitrago-Jaramillo J. Abdomen Agudo. En 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/331181833_Abdomen_Agudo

9. ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable (s):	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació.	Cronológica	Años cumplidos	Númerica
Sexo	Situación orgánica que distingue a hombres y mujeres.	Fenotipo.	Fenotipo	Nominal 9.1.1.1. Hombre 9.1.1.2. Mujer
Residencia	Lugar de residencia de los participantes de la investigación	Geográfica	Historia clínica	Nominal 1. Urbana 2. Rural
Estado nutricional	Evaluación del estado nutricional según el índice de masa corporal, por medio de la asociación entre el peso y la talla de una persona.	Ponderal	Historia clínica	1. Bajo peso 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad
Comorbilidades	Enfermedades asociadas referidas por el paciente y registradas en la historia clínica.	Clínica	Historia clínica	Nominal 1. Ninguna 2. Hipertensión Arterial 3. Diabetes mellitus tipo 2 4. Cáncer 5. Otros
Tipo de abdomen agudo	Tipo de abdomen agudo determinado según clínica y exámenes complementario	Clínico Quirúrgico	Historia clínica	Nominal 1. Quirúrgico 2. Clínico
Etiología de abdomen agudo quirúrgico	Causa por la cual se produjo el abdomen agudo de tipo quirúrgico	Etiológica	Historia clínica	Nominal 1. Traumático 2. No traumático
Tipo de abdomen agudo traumático	Tipo de abdomen agudo traumático	Etiológica	Historia clínica	Nominal 1. Abierto o Penetrante 2. Cerrado o contuso
Mecanismo de trauma penetrante	Se describe como el mecanismo de lesión que generó el abdomen agudo penetrante	Clínica Quirúrgica	Historia clínica	Nominal 1. Por arma de fuego 2. Por arma blanca 3. Accidente de tránsito 4. Otro
Órganos lesionados	Órganos internos lesionados por causa del abdomen agudo penetrante	Quirúrgica	Historia Clínica	Nominal 1. Hígado 2. Colón y recto 3. Intestino delgado 4. Bazo 5. Riñón 6. Otros
Manejo quirúrgico	Vía de abordaje para el tratamiento operatorio del	Quirúrgica	Historia clínica	Nominal 1. Laparotomía 2. Laparoscopia

	abdomen agudo quirúrgico			
Tipo de manejo quirúrgico	Tipo de cirugía realizada en relación al diagnóstico quirúrgico	Quirúrgica		Nominal 1. Apendicetomía 2. Colectomía 3. Hernioplastia 4. Otro
Etiología del abdomen agudo no traumático	Tipo de diagnóstico pre operatorio del abdomen agudo quirúrgico	Quirúrgica	Historia clínica	Nominal 1. Apendicitis 2. Oclusión Intestinal 3. Colectitis aguda 4. Hernia encarcelada 5. Otros
Etiología de abdomen agudo de manejo clínico	Causa por la cual se produjo el abdomen agudo de tipo clínico	Clínica	Historia clínica	1. Pancreatitis 2. Colectitis 3. Litiasis renal 4. Otro
Días de hospitalización	Días de permanencia del paciente en el área de hospitalización desde su ingreso hasta su alta	Hospitalaria	Historia clínica	Numérica
Condición de egreso	Días de hospitalización hasta el egreso del paciente	Hospitalaria Ambulatoria	Historia Clínica	1. Vivo 2. Muerto

ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de formulario: _____

Historia clínica: _____

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y ANTECEDENTES			
Edad		Sexo	1. Hombre 2. Mujer
Antecedentes de cirugía abdominal	1. Sí 2. No	Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____	
Comorbilidades 1. Ninguna 2. Hipertensión Arterial 3. Diabetes Mellitus Tipo 2 4. Cáncer 5. Otras: _____			
ABDOMEN AGUDO			
Tipo abdomen a agudo	1. Clínico 2. Quirúrgico	Etiología de abdomen agudo quirúrgico	1. Traumático 2. No traumático
ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO TRAUMATICO			
Tipo de abdomen agudo traumático	1. Abierto o Penetrante 2. Cerrado o contuso	Mecanismo de trauma penetrante	1. Por arma de fuego 2. Por arma blanca 3. Accidentes de tránsito 4. Otros
Órganos lesionados	1. Hígado 2. Colon y recto 3. Intestino delgado 4. Bazo 5. Riñón 6. Otros _____	Manejo quirúrgico	1. Laparotomía 2. Laparoscopia 3. Referido
Complicaciones postquirúrgicas 1. Infección del sitio quirúrgico 2. Neumonía 3. Atelectasia 4. Dehiscencia de herida 5. Otros: _____ 6. No aplica			
Estancia hospitalaria en días: _____			
Condición de egreso: 1. Vivo 2. Muerto			
ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO NO TRAUMATICO			
Etiología 1. Apendicitis 2. Colelitiasis 3. Colecistitis aguda 4. Hernias 5. Pícolecistolitiasis 6. Colecistolitiasis 7. No aplica			
Manejo quirúrgico: 1. Laparotomía 2. Laparoscopia 3. No aplica			
1. Apendicetomía 2. Colectectomía 3. Hernioplastia 4. Otro: _____			
Complicaciones médicas postquirúrgicas Nominal			

1. Neumonía 2. Insuficiencia renal aguda 3. Atelectasia 4. Ninguna 5. Otros: _____ 6. No aplica
Complicaciones postquirúrgicas 1. Infección herida quirúrgica 2. Dehiscencia de anastomosis 3. Evisceración 4. Abscesos intraabdominales 5. Ninguna 6. Otros: _____ 7. No aplica
Estancia hospitalaria en días: _____
Condición egreso: 1. Vivo 2. Muerto
ABDOMEN AGUDO DE MANEJO CLINICO
Etiología 1. Pancreatitis 2. Colecistitis 3. Litiasis renal, ureteral, vesical 4. Otro _____ 5. Pielonefritis

Observaciones: _____

Fecha: _____

Firma de la investigadora

ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES								RESPONSABLES
	2019								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Presentación y aprobación del protocolo									Investigadora Directora
Elaboración del marco teórico									Investigadora Directora
Revisión de los instrumentos de recolección de datos									Investigadora
Recolección de los datos									Investigadora
Análisis e interpretación de los datos									Investigadora Directora
Elaboración y presentación de la información									Investigadora Directora

ANEXO 4: PRESUPUESTO

Fuentes	Discriminación detallada de Recursos	Unidades que se Requieren	Valor de cada Unidad (USD)	Costo Total (USD)
Autora del estudio	Computadora	1	--	--
	Impresora	1	--	--
	Hoja A4	3000	0.01	30.00
	Impresiones	3000	0.02	60.00
	Fotocopias	1500	0.01	15.00
	Internet (horas)	300	0.1	30.00
	Esferográficos	2	0.6	1.20
	Alimentación	200	1	200.00
	Transporte	200	1	200.00
	Varios	1	70	70.00
TOTAL		--	--	USD 606.20

ANEXO 5: OFICIO DE BIOÉTICA



Cuenca, 3/10/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Caracterización clínico-quirúrgica y epidemiológica de los pacientes con abdomen agudo en emergencia del Hospital Básico de Sucua, período 2017-2018.

Trabajo de titulación realizado por Glenda Elizabeth Morocho Villa

Código: Mo40CarME45



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO 6: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



Cuenca, 03 de octubre de 2019

Señora Doctora
Isabel Freire
DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL BASICO DE SUCUA
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina MOROCHO VILLA GLENDA ELIZABETH con CI: 0105299440, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "CARACTERIZACIÓN CLINICO-QUIRURGICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EMERFGENCIA DEL HOSPITAL BASICO DE SUCUA, PERIODO 2017-2018". La Investigación será dirigida por el DRA. JEANNETH TAPIA, ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA', 'FACULTAD DE MEDICINA', 'CARRERA DE MEDICINA', and 'SECRETARIA DE TITULACION'. The signature is of LCD.A. CAREM PRIETO F. MGS.

LCD.A. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

Manual Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

ANEXO 7: OFICIO DE AUTORIZACION DEL HOSPITAL BASICO DE SUCUA

MINISTERIO DE SALUD



Coordinación Zonal 6 – SALUD
Dirección Distrital 14D03 – LOGROÑO – SUCÚA – SALUD

Memorando Nro. MSP-CZ6-DD14D03-UDI-2019-0056-M

Sucúa, 16 de octubre de 2019

PARA: Srta. Med. Priscila Cumanda Ortiz Farfan
Directora del Hospital Básico Sucúa, Subrogante

Sra. Ing. Jenny Maricela Arias Arevalo
Analista de Admisiones

ASUNTO: INFORMANDO SOBRE AUTORIZACIÓN PARA INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

Reciban un cordial y atento saludo, a la vez que les informo que en respuesta a oficio dirigido a Dra. Isabel Freire Lazo, directora de Hospital Básico de Sucúa y entregado en ventanilla única (Adjunto), se autoriza a la estudiante de medicina de la Universidad Católica de Cuenca Glenda Elizabeth Morocho Villa a realizar el trabajo de investigación en el Hospital Básico de Sucúa, cuyo tema es: "CARACTERIZACIÓN CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL BASICO DE SUCUA, PERIODO 2017-2018", teniendo en cuenta que ha cumplido con los requisitos para la solicitud de investigación. Favor brindarle todas las facilidades para que se realice esta investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Lazaro Pérez Calleja
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Anexos:
- msp-cz6-dd14d03-gdvuu-2019-0666-e0196744001571257684.pdf
- msp-cz6-dd14d03-gdvuu-2019-0667-e0586566001571257689.pdf

Copia:
Sr. Med. Marco Antonio Gonzalez Fuenmayor
Administrador Técnico del Establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención Enc.

Glenda Elizabeth Morocho Villa

Calle Edmundo Carvajal 10001 y Alcides Vintimilla • Sucúa – Ecuador
• Código Postal: 140650 • Teléfonos: 593 (7) 2740914 - 2741149 • www.salud.gob.ec

1/7

ANEXO 8: ANTIPLAGIO

REVISION DE ANTIPLAGIO

INFORME DE ORIGINALIDAD

7% INDICE DE SIMILITUD	9% FUENTES DE INTERNET	0% PUBLICACIONES	9% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	pt.scribd.com Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	2%
3	www.slideshare.net Fuente de Internet	2%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 160 words

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO 9: RÚBRICA DE PAR DE REVISORES 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: *“CARACTERIZACIÓN CLÍNICO QUIRÚRGICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN DURO EN EMERGENCIAS DEL HOSPITAL BÁSICO DE SURCO, JUNIO 2017-2018”*

Nombre del estudiante: *GLENDIS ELIZABETH MOROCHO VILCA*

Director: *PILO JEANNETH TAPIA CÁRDENAS*

Nombre de par revisor:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Redacción Científica	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Pensamiento crítico	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Marco teórico	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Anexos	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Total				5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Md. Edison Mogollón G.
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
C.I.: 0105189112
SENESCYT: 1007-2016-1674772

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



ANEXO: 10 RÚBRICA DE PAR DE REVISORES 2



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	<i>Características Clínicas químico y epidemiológicas de los pacientes con abdomen agudo en emergencia del Hospital Basico Surco periodo 2017-2018</i>
Nombre del estudiante:	<i>Glenda Alacocha Villa</i>
Director:	<i>Dra Jeanneth Tapia</i>
Nombre de par revisor:	<i>Dr Edgar Menaireta</i>

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Redacción Científica	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Pensamiento crítico	<input checked="" type="checkbox"/>			0.5 / 1
Marco teórico	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Anexos	<input checked="" type="checkbox"/>			1 / 1
Total				4.5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

[Firma]
Firma y sello de responsable

[Firma]
Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



ANEXO 11: OFICIO DE CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE PAR DE REVISORES



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Cuenca 22 de Noviembre del 2019

Sra. Mgs
Carem Prieto
RESPONSABLE (S) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA
UCACUE


Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: "Caracterización Clínico – Quirúrgica y Epidemiología de los pacientes con abdomen agudo en emergencia del hospital Básico de Sucúa, periodo 2017 - 2018". Realizado por la estudiante GLENDA ELIZABETH MOROCHO VILLA, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación de este.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Md. Jeanneth Tapia
Gineco - Obstetra
Magister Investigación Salud

Jeanneth Tapia Cárdenas
Medico Ginecólogo y Obstetricia

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

ANEXO 12: INFORME FINAL DE TITULACION



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Informe Nro.: UCACUE-UTCM-026-2019-I
Cuenca, 22 de noviembre de 2019

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado septiembre 2018 – agosto 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rúbricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rúbricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: La alumna **MOROCHO VILLA GLENDA ELIZABETH** ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación: **CARACTERIZACIÓN CLINICO-QUIRURGICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL BASICO DE SUCUA, PERIODO 2017-2018**, obteniendo las siguientes notas:

1. Rúbricas de director y asesor: 40/40
2. Rúbrica de pares revisores: 9.5/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 49.5/100

Revisores: DR. EDISSON MOGOLLON/ DR. EDGAR MENDIETA
Director: DRA. JEANNETH TAPIA/ Asesor: DRA. JEANNETH TAPIA
Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

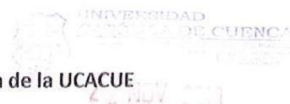
- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Colaboradora de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



14h30
FIRMA

ANEXO 13: RÚBRICA DE REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema:	Caracterización Clínica - Quirúrgica y Epidemiológica de Abdomen Agudo en en los puercos de Emergencia del Hospital Básico de Cuenca Puccho 2017-2018	
Nombre del estudiante:	Glenda Elizabeth Moracho Villa	
Nombre del responsable de la calificación		
Director:	Dra Jeanneth Tupu Córdova	
Asesor:	Dra Jeanneth Tupu Córdova	


PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


 UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FREDDY CÁRDENAS
 DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

Firma y sello del Director o Representante de
Dirección de la Carrera de Medicina

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

