

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCION DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

**CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO Y SUS
COMPLICACIONES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPFNER, PERÍODO 2018**

AUTORA:

Geovanna Espinoza Siguencia

DIRECTOR:

Dr. Luis Mario Chunchi Ayala

ASESOR:

Dr. Gabriel Hugo Merino

Cuenca, Ecuador

2019

RESUMEN

ANTECEDENTES: El Abdomen Agudo es una entidad multisindrómica, compleja, creadora de frecuentes situaciones de emergencia médica, causando el 10% de las consultas en los servicios de urgencias y el mayor número de ingresos e intervenciones quirúrgicas.

OBJETIVO GENERAL: Determinar las causas más frecuentes de Abdomen Agudo y sus complicaciones en pacientes atendidos en el Hospital General Julius Doepfner, período 2018.

METODOLOGÍA: El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en 252 pacientes entre 15 a 45 años de edad con el diagnóstico de Abdomen Agudo entre Enero a Diciembre del 2018. Se llevó a cabo mediante la revisión de los expedientes médicos de los pacientes, cuya información se analizó mediante la descripción de las variables en estudio. Los datos fueron recolectados en un formulario de recolección de datos y tabulados en el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: El 52,4% de los pacientes fueron hombres, el 43,7% tuvo entre 35-45 años de edad, el 53,6% obtuvo una educación secundaria y 95,6% se auto-identificó como mestizo. Las patologías más comunes diagnosticadas fueron apendicitis aguda con un 46,5% de los casos, la litiasis biliar con un 25%, pancreatitis aguda con 10,7% y colecistitis aguda en un 9,1%. La perforación (7,5%), los abscesos intra-abdominales (6,7%) y el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (5,6%) fueron las complicaciones más frecuentes. Todos los pacientes ingresaron durante las primeras 24 horas de inicio de la sintomatología y las complicaciones se presentaron en el 50,7% de los casos entre las 36-72 horas.

CONCLUSIONES: La apendicitis aguda fue la causa más frecuente de Abdomen Agudo, siendo la perforación visceral la complicación más prevalente, debutando después de las 36 horas del ingreso hospitalario.

PALABRAS CLAVES: ABDOMEN AGUDO, COMPLICACIONES, HORAS DE EVOLUCIÓN, ETIOLOGÍA.

ABSTRACT

BACKGROUND: Acute abdomen is a complex multisyndromic entity, creating frequent situations of medical emergency, causing 10% of consultations in Emergency Services and the highest number of admissions and surgical interventions.

GENERAL OBJECTIVE: To determine the most frequent causes of acute abdomen and its complications in patients treated at the Julius Doepfner General Hospital, in the 2018 period.

METHODOLOGY: The present study is observational, descriptive, retrospective and cross-sectional, performed in 252 patients between 15 and 45 years old, with the diagnosis of acute abdomen between January to December 2018. It was carried out by reviewing the medical records of patients, whose information was analyzed by describing the variables under study. The data was collected in a data collection form and tabulated in the SPSS statistical program.

RESULTS: 52.4% of the patients were male, 43.7% were between 35-45 years old, 53.6% secondary education and 95.6% self-identified as mestizo. The most common pathologies diagnosed were acute appendicitis with 46.5% of the cases, biliary lithiasis with 25%, acute pancreatitis with 10.7% and acute cholecystitis in 9.1%. Perforation (7.5%), intra-abdominal abscesses (6.7%) and Fitz-Hugh-Curtis syndrome (5.6%) were the most frequent complications. All patients were admitted during the first 24 hours of symptom onset and complications occurred in 50.7% between 36-72 hours.

CONCLUSIONS: Acute appendicitis was the most frequent cause of acute abdomen, with visceral perforation being the most prevalent complication, debuting after 36 hours of hospital admission.

KEYWORDS: ACUTE ABDOMEN, COMPLICATIONS, TIMES OF EVOLUTION, ETIOLOGY.

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
ÍNDICE	4
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO.....	¡ERROR!
MARCADOR NO DEFINIDO.	
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL¡ERROR!	MARCADOR NO
DEFINIDO.	
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTO	11
CAPÍTULO I.....	12
1. INTRODUCCIÓN	12
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2.1. Situación problemática.....	13
1.2.2. Formulación del problema	14
1.2.3. Preguntas de investigación.....	14
1.2.4. Determinación del problema.....	14
1.3. JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II.....	16
2. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. ANTECEDENTES	16
2.2. ABDOMEN AGUDO	19
CAPÍTULO III.....	45
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
3.1. OBJETIVOS	45

3.1.1. General	45
3.1.2. Específicos	45
3.2. HIPÓTESIS	45
CAPÍTULO IV.....	46
4. DISEÑO METODOLÓGICO	46
4.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL	46
4.2. UNIVERSO DE ESTUDIO.....	46
4.3. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	46
4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN	47
4.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN	48
4.5.1. Criterios de inclusión.....	48
4.5.2 criterios de exclusión	48
4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	49
4.7. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.....	51
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	51
4.9. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS	52
CAPÍTULO V.....	53
5. RESULTADOS.....	53
5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	53
5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	54
5.3. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES CAUSANTES DE ABDOMEN AGUDO.....	55
5.4. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DEL ABDOMEN AGUDO.....	57
5.5 TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES DEL ABDOMEN AGUDO	63
CAPÍTULO VI.....	65
6. DISCUSIÓN	65
CAPÍTULO VII.....	73

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA.....	73
7.1. CONCLUSIONES.....	73
7.2. RECOMENDACIONES	73
7.3. BIBLIOGRAFÍA:	75
ANEXOS	84
ANEXO 1: FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA	84
ANEXO 2: OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL.....	86
ANEXO 3: OFICIO DE BIOÉTICA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXO 4: INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO.....	90
ANEXO 5: INFORME CENTRO DE IDIOMAS	91
ANEXO 6: RÚBRICA DE PRIMER PAR REVISOR	92
ANEXO 7: RÚBRICA DE SEGUNDO PAR REVISOR.....	94
ANEXO 8: RÚBRICA DE DIRECCIÓN DE CARRERA	95
ANEXO 9: INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN	97



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

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Sandra Geovanna Espinoza Siguencia, con cédula de identidad número 0302797337, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de "CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER, PERIODO 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 y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, 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, 08 de Agosto del 2019

Sandra Geovanna Espinoza Siguencia

C.I.: 0302797337



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

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Sandra Geovanna Espinoza Siguenca, autora del trabajo de titulación "CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER, PERIODO 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 8 de Agosto del 2019

Sandra Geovanna Espinoza Siguenca
C.I.: 0302797337



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

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Sandra Geovanna Espinoza Siguencia, con cédula de ciudadanía N° 0302797337 autora del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema "CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER, PERIODO 2018", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizara estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá conocer las causas más frecuentes de abdomen agudo y sus complicaciones en pacientes atendidos en el Hospital Julius Doepfner, las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 8 de Agosto del 2019

Sandra Geovanna Espinoza Siguencia
C.I.: 0302797337

DEDICATORIA

Agradezco a Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría.
Con todo mi amor para las personas que con trabajo y sacrificio hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños y convertirme en la persona que ahora soy, gracias por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba. Ha sido el orgullo y el privilegio más grande el ser su hija, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento. Manuel y Sandra

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y estar siempre presentes, acompañándome y apoyándome a lo largo de esta etapa.

Geovanna Espinoza Siguencia

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo y sincero agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca, fuente de inagotable conocimiento, a mis catedráticos quienes con su enseñanza y valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad, y de manera especial al Dr. Gabriel Hugo y Dr. Luis Mario Chunchi docentes de la carrera de medicina, quienes con paciencia y esmero supieron guiar y dirigir este trabajo, contribuyendo así a la culminación de la presente tesis.

Geovanna Espinoza Siguencia

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El Abdomen Agudo (AA) o dolor abdominal es una entidad mórbida, multisindrómica, multidisciplinaria de defensa aguda ante agresiones abdominales de diversas tipologías. El Abdomen Agudo puede ser de origen traumatológico y padecimientos no concernientes al trauma; como causa u origen del cuadro clínico (1,2).

Este trastorno anatómico-fisiológico se considera un reto para el médico, por lo que una elaboración minuciosa de la historia clínica más la correcta y oportuna evaluación del paciente continúa siendo primordial en el diagnóstico y tratamiento. Este síndrome se caracteriza por dolor abdominal de instauración aguda con duración en algunos casos mayor a seis horas, siendo un padecimiento progresivo, potencialmente mortal; produce alteraciones locales y sistémicas que dependen de la etiología y su curso evolutivo, en donde estos casos deben ser resueltos de forma inmediata (3).

El abdomen agudo es considerado como una de las principales causas de atención en los servicios de urgencias ya sean centros de trauma como generales, puesto que uno de cada 10 pacientes acuden a este servicio en donde el dolor abdominal es el síntoma principal del que parten una serie de complicaciones y llegar a definir el origen del cuadro clínico puede ser complejo, por lo que el Galeno deberá plantearse una serie de procedimientos diagnósticos que involucran diferentes órganos y sistemas que pueden simular un AA. El estado hemodinámico y los procedimientos realizados son trascendentales para saber si un paciente es candidato o no a cirugía, esto en relación a la enfermedad de base, por lo que se debe determinar si existe una patología intra-abdominal o extra-abdominal (4).

Múltiples casos de pacientes con abdomen agudo acuden diariamente a la emergencia, ya sean referidos por centros de salud u hospitales básicos que no pudieron resolver el cuadro clínico por múltiples motivos o simplemente por

pacientes que se automedican y que al ver que su cuadro no revierte, acuden horas después a la emergencia del Hospital General Julius Doepfner de Zamora.

Por lo tanto, el propósito de este estudio es identificar de manera concreta en qué etapa llega un paciente con AA y cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presenta en dichas etapas. Además, describe la relación entre el tiempo de evolución y la complicación que presentó cada paciente que acudió con dolor abdominal al servicio de emergencia del hospital en estudio.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Situación problemática

El dolor abdominal es una de las expresiones clínicas más importantes de trastornos gastrointestinales, torácicos y sistémicos, constituyendo una de las principales causas de consulta en los servicios de emergencia y compete a todo médico conocer a fondo sus características para determinar rápidamente la conducta que se debe seguir, dado que de su oportuna decisión puede depender el desenlace del paciente.

En su evolución natural, tiene establecidas etapas de desarrollo donde el abordaje temprano es de vital importancia para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida de los pacientes. Como es usual, día a día afrontamos a pacientes con largas horas de evolución de dolor abdominal que no son manejados oportunamente por unidades operativas de primer nivel, por lo tanto, tienen un peor pronóstico.

Mediante este estudio, se trató de establecer según la realidad de los pacientes que llegan a esta casa de salud, cuáles son las complicaciones más frecuentes a las que ellos y el personal médico se enfrentan y como esta problemática se puede evitar.

En este estudio se tomó pacientes de ambos sexos que van desde los 15 años hasta los 45 años, dejando al margen las patologías obstétricas al ser pacientes que poseen características fisiológicas distintas y requieren de un manejo especializado y distinto. Sin embargo, se consideró la enfermedad pélvica inflamatoria y sus complicaciones, siempre y cuando no existiera embarazo, debido

a que es uno de los principales diagnósticos diferenciales de AA en mujeres en edad reproductiva. Esta investigación se realizó en el Hospital Provincial General “Julius Doepfner”, tomando en cuenta los casos desde el mes de enero del 2018 hasta diciembre del 2018.

1.2.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las etapas en las que se presenta el Abdomen Agudo y qué relación tienen ellas con las complicaciones más frecuentes?

1.2.3. Preguntas de investigación

¿Cuáles son las causas más frecuentes por las cuales un paciente con Abdomen Agudo llega a emergencia en estadios avanzados?

¿Qué tipo de abdomen agudo es el que se presenta con mayor frecuencia en el hospital de estudio?

1.2.4. Determinación del problema

- ❖ **Naturaleza:** Observacional.
- ❖ **Campo de Salud:** Salud Pública.
- ❖ **Área:** Medicina interna, Cirugía y Ginecología.
- ❖ **Tema:** Causas más frecuentes de Abdomen Agudo y sus complicaciones en pacientes atendidos en el Hospital General Julius Doepfner, Período 2018.
- ❖ **Lugar:** Hospital Provincial General Julius Doepfner de Zamora.
- ❖ **Período:** Desde enero del 2018 hasta diciembre del 2018.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se realizó por la alta incidencia de pacientes que acuden con patologías abdominales y que terminan en complicaciones por sus largas horas de evolución, estas complicaciones se deben a diversas causas previamente explicadas, enmascarando así la verdadera causa del abdomen agudo y ocasionando complicaciones graves que incluso pueden llevar hasta la muerte.

Esta investigación se efectuó con el fin de ampliar nuestros conocimientos en cuanto a las complicaciones que muchas veces no solo necesitan resolución

quirúrgica sino también un manejo de las áreas de cuidados intensivos. Al conocer las complicaciones de alguna forma prevenibles, ayudaremos al paciente a evitar las mismas ya que mediante esto reduciremos la morbi-mortalidad y el gasto de recursos hospitalarios.

La recolección de información permitirá conocer el número de casos con diagnóstico de abdomen agudo y cuáles fueron las complicaciones más habituales. El personal de emergencia del Hospital (Internos de medicina, residentes de emergencia, médicos cirujanos y médicos clínicos) debe estar alerta de todo paciente que acuda a emergencia con dolor abdominal de más de seis horas de evolución con síntomas objetivos, para así ser manejados de forma integral, con pruebas complementarias requeridas que deben estar correlacionadas con el cuadro clínico del paciente, las condiciones hospitalarias y según los protocolos de manejo del Abdomen Agudo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

El dolor abdominal de evolución aguda fue descrito en pacientes desde la era de Hipócrates en Grecia y Galeno en la antigua Roma, aunque se reconoce que aqueja a la humanidad desde sus inicios, por hallazgos en momias que presentaban adherencias abdominales. La apendicitis aguda, principal causa del Abdomen Agudo, fue reconocida como patología en 1886 por el Dr. Fitz, siguiendo los pasos del Dr. Parkinson quien describió en 1812, la obstrucción apendicular por medio de un fecalito; el Dr. Louyer-Villermay en 1824, describiendo la fase gangrenosa de esta enfermedad; y el Dr. Melier en 1827, quien propuso la resección de este órgano como tratamiento (5).

Los avances significativos en el diagnóstico y tratamiento de esta entidad se dieron hasta el siglo 20, donde diversos cirujanos publicaron textos que cambiarían el paradigma del manejo clínico de esta patología, entre estos, el Dr. Sir Zachary Cope, con su libro titulado "*Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen*" en 1921, constituye uno de los principales clásicos de cirugía general contando actualmente con 22 ediciones publicadas (6).

El AA puede referirse a patologías intra-abdominales, torácicas y sistémicas, que se expresen con dolor abdominal de inicio no mayor a una semana y que requieren una intervención médica o quirúrgica urgente. Este síndrome puede clasificarse según su etiología en traumatológico o no traumatológico, por otro lado, de acuerdo al tratamiento requerido, puede ser médico o quirúrgico. Otra clasificación más utilizada, agrupa la fisiopatología del síndrome en: 1) inflamatorio; 2) perforativo; 3) oclusivo intestinal; 4) oclusivo vascular; y 5) hemorrágico (7).

Dentro de los antecedentes teóricos y metodológicos pertinentes en este estudio se puede citar el trabajo realizado por Miettinen y cols., de diseño prospectivo con la finalidad de caracterizar a los pacientes con AA que eran internados en el Hospital de Finlandia. Para cumplir este objetivo experimentaron con un total de

639 pacientes, siendo la causa más común el dolor abdominal no especificado con un 33% de los casos, seguido de apendicitis aguda con un 23,3% subseguido colecistitis aguda en el 8,8% de los pacientes. La apendicitis aguda se presentó primordialmente en jóvenes masculinos, en tanto que la colecistitis aguda se exhibió en mujeres de edades entre 20 a 55 años. En los casos de pancreatitis aguda alcohólica, gastritis, litiasis renal y úlcera péptica los hombres fueron los más afectados. La mortalidad en esta publicación fue del 1,9%, siendo la principal causa tumores malignos. Como se evidencia en este estudio la causa de AA varía según el sexo y edad, además de presentarse un alto porcentaje de etiología desconocida que deben ser estudiados consecutivamente (8).

Por otro lado, Nega analizó las características clínicas de 143 pacientes con AA que fueron manejados en el Hospital de Etiopía, entre los años 2004-2006. El sexo masculino fue el de mayor frecuencia y la edad media fue de $26,6 \pm 16,6$ años de edad. Las horas de inicio de la sintomatología tuvo una media de $88,4 \pm 87,9$ horas antes de presentarse al centro de salud, siendo la causa más usual la obstrucción intestinal con un 34,9% de los casos, seguido de apendicitis aguda (24,5%), intususcepción intestinal (16,1%) y perforación intestinal (11,2%). La frecuencia de complicaciones fue de 28,7%, siendo la infección de herida quirúrgica (21,7%) y los abscesos intra-abdominales las más comunes. Al mismo tiempo, 7 pacientes (4,9%) fallecieron debido a septicemia y fallo multiorgánico. Los pacientes que acudieron de forma temprana y recibieron un tratamiento médico adecuado tuvieron mejores resultados (9).

Díaz-Ramón y cols, llevó a cabo una investigación con la intención de caracterizar los pacientes con AA en el Hospital de Veracruz, incluyendo 111 historias clínicas de pacientes geriátricos evaluados entre los años 2006-2009, las principales causas de AA fueron: colecistitis (37,8%), apendicitis aguda (18,02%), obstrucción intestinal (16%), trombosis mesentérica (10,8%), enfermedad diverticular (6,3%) y trauma abdominal (4,5%). Las complicaciones se presentaron en el 19% de los casos, siendo las más habituales: dehiscencia de herida quirúrgica, abscesos, íleo postquirúrgico prolongado, entre otros (10).

Sánchez-Reinaldo y cols., señaló las principales causas de AA quirúrgico y sus complicaciones en pacientes geriátricos que fueron ingresados y manejados en el Hospital de Cuba. Los copartícipes incluidos fueron un total de 388 sujetos, de los cuáles el 50,7% asumían edades entre 60-74 años y el 56,9% fue del sexo masculino. Las causas de ingreso hospitalario fueron: obstrucción intestinal (28,6%), colecistitis aguda (24,2%), hernias inguinales (10,05%), apendicitis aguda (7,98%), úlcera péptica perforada (7,47%) y trombosis mesentérica (6,44%). El progreso preoperatorio más frecuente fue entre 24-48 horas con un 57% y un 33% se presentó en menos de las 24 horas del inicio de su sintomatología. El 29,5% de los pacientes presentaron complicaciones tanto inmediatas (3,34%) como mediatas (26,20%), con una tasa bruta de mortalidad del 15,72%, esencialmente por shock séptico (3,60%) y peritonitis fecaloide (2,57%) (11).

En Ecuador, estudios se han publicado en relación al AA y sus complicaciones, siendo realizados en la población pediátrica. Por ejemplo, Salazar y cols., se plantearon el objetivo de caracterizar el AA en el Hospital Regional del IESS de la ciudad de Cuenca, a través de un estudio retrospectivo que incluyó a 109 casos, entre 29 días y 18 años de edad. El grupo etario de mayor predominio fue de 7-12 años con un 54,1%, seguido de 13-18 años con 22,9%. La etiología más frecuente fue apendicitis aguda con un 81,7% de los casos, en segundo lugar, colelitiasis con 4,6%, obstrucción intestinal con 2,8% y otros con 7,3% (12).

Ramírez y Sánchez, describieron el AA en pacientes que ingresaron el Hospital Roberto Gilbert con el diagnóstico de apendicitis aguda, con un total de 766 pacientes entre 7 a 17 años de edad, de los cuáles el 60% era masculino, 61% tenía entre 7-12 años y el tiempo de inicio de la sintomatología fue entre 12-24 horas en el 40% de los casos. En relación a las complicaciones, el 6,78% de los pacientes presentó apendicitis perforada y se complicó con peritonitis generalizada, mientras que el 45,4% fue diagnosticado histopatológicamente en fase úlcero-flegmonosa (13).

2.2. ABDOMEN AGUDO

Es una entidad sindrómica, determinada por el dolor abdominal intenso, gradual importante por tener no más de una semana de inicio el cuadro, está relacionado a graves complicaciones inmediatas con riesgo vital (14).

El dolor abdominal es uno de los síntomas por el que con más frecuencia socorre el paciente a urgencias, constituyendo casi el 85% de las asistencias a urgencias, sobre todo si aparece bruscamente (1).

Este síntoma es frecuente ya que puede surgir en la mayoría de los trastornos intra-abdominales; sin embargo, también puede ser la expresión principal de afecciones localizadas fuera de la cavidad abdominal. Hay que tener en consideración que aunque en la mayor parte de los pacientes que presentan dolor abdominal suelen exteriorizar características más o menos típicas, pueden existir diferencias en distintos grupos de edad, fundamentalmente en la población geriátrica y en la mujer (1).

Es importante recordar que la valoración de un dolor abdominal agudo en urgencias debe ser precoz, sin aplazamientos y sin administrar analgésicos ni sedantes hasta que no se haya conseguido a un diagnóstico concreto. Es fundamental establecer si un paciente tiene un AA quirúrgico o no (3).

Existen varias clasificaciones del dolor abdominal según los autores o las escuelas; sin embargo, en este estudio vamos a distinguir dos grandes grupos:

1) DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Se emplea en aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo precoz, súbito, agudo, urgente, que evoluciona apresuradamente, acompañado de múltiples síntomas locales y generales, alarmantes, que producen la sensación de una enfermedad grave. El AA puede tener distintos orígenes, como los nombraremos a continuación:

Tabla 1: Diversos orígenes del dolor abdominal.

ORÍGENES DEL DOLOR ABDOMINAL	
Origen ginecológico	Salpingitis, embarazo ectópico, rotura uterina.
Origen urinario	Absceso del tracto urinario, pielonefritis, neoplasia renal, rotura renal o vesical, cólica nefrítica.
Origen vascular	Infección de prótesis, rotura de aneurisma, trombosis/ isquemia mesentérica.
Origen abdominal	Apendicitis aguda, perforación, obstrucción intestinal, pancreatitis, etc.

Tomado de: Mayo Ossorio MA y cols. (1)

Adaptado por: Espinoza Geovanna. 2018

TIPOS DE ABDOMEN AGUDO:

a. DOLOR ABDOMINAL AGUDO QUIRÚRGICO

La aparición ipsófaca de dolor abdominal es un síntoma que precede al vómito, náuseas, fiebre, anorexia, distensión abdominal, ausencia de deposiciones y supresión de gases, con antecedentes destacados de intervención quirúrgica abdominal las cuales son reseñas trascendentales en la historia clínica. Los signos de Peritonitis (“Blomberg”, “Rovsing”, y ausencia de ruidos intestinales), indican un proceso intraabdominal grave. La fiebre y el conteo de leucocitos son datos útiles y benéficos porque ratifican las impresiones de la historia clínica (15,16).

b. DOLOR ABDOMINAL AGUDO NO QUIRÚRGICO

En pacientes con este padecimiento es característico la presencia de dolor abdominal a la palpación, localizado o con defensa, la evolución es de manera lenta (> 48 horas) ya sea por un dolor urente, sordo, pulsátil o nauseoso, este tipo de dolor plantea un estudio y seguimiento ambulatorio. Es útil realizar hemograma, radiografía de tórax y abdomen, sobre todo para evidenciar su normalidad (17).

En pacientes geriátricos o con enfermedades crónicas pueden exteriorizar una clínica atípica, por ejemplo, los pacientes sometidos a tratamiento con corticoides durante largo tiempo, pueden presentar una perforación intestinal sin signos detectables a la exploración física (18).

Es imprescindible enfatizar, que, en todo paciente con dolor abdominal, el posible origen sea torácico (osteocondritis, herpes, neuropatía, distensiones musculares, etc.). En el paciente con dolor abdominal bajo, el sedimento de orina tiene y cumple un papel importante, ya que constituye un examen simple y de costo relativamente bajo. Este análisis se solicita en condiciones que se presentan con las características de un cuadro de dolor abdominal, en el que no se pueden descartar patologías nefro-urológicas o se quiere plantear un diagnóstico más certero (19).

2) DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

El dolor crónico de la pared abdominal (DCPA) es una entidad que con mayor frecuencia pasa inadvertida y no es diagnosticada. Es una percepción constante o intermitente, de un mes o más de duración. Clínicamente se exterioriza con dolor subagudo, no urgente, con escasa sintomatología, no obligando actitud inmediata, permitiendo actuar con mayor tranquilidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento (20).

Podemos diferenciar:

❖ Dolor abdominal crónico:

Este síntoma surge en la mayoría de trastornos intraabdominales por lo que es importante establecer una orientación diagnóstica provisional, probable, a partir de la historia clínica y la exploración física. El que exista un diagnóstico presumible, apoya a un diagnóstico dirigido y evita exploraciones complementarias que no se relacionen con dicha patología.

❖ Dolor abdominal crónico idiopático:

Es un dolor somatomorfo espontáneo poco común, que constituye un reto para el profesional médico, siendo habitual que estos pacientes:

- Tengan rechazo hacia el Galeno.
- Hayan sido revisados por múltiples profesionales.
- Dependencia a analgésicos.

3) BASES ANATOMO-FISIOLÓGICAS

❖ RECEPTORES DEL DOLOR

La transferencia sensorial del dolor abdominal se efectúa por un proceso neural mediante el sistema nervioso periférico trascurriendo a través de terminaciones libres o receptores del dolor situados tanto en el músculo liso de las vísceras huecas, en la cápsula de algunas vísceras sólidas, el peritoneo parietal y el mesenterio. Este trastorno sensorial se origina por el estiramiento de las vísceras donde las terminaciones libres responden a estímulos mecánicos y químicos. A diferencia, los receptores de la mucosa de las vísceras huecas que exclusivamente responden a estímulos químicos. Otras estructuras como el omento, el peritoneo visceral, carecen de receptores, lo que explica la insensibilidad de las mismas. En general el dolor suele ser transportador por las raíces neuronales de T6 a T12 (21,22).

❖ TIPOS DE ESTÍMULOS DOLOROSOS

DISTENSIÓN O ESTIRAMIENTO

Es el principal mecanismo implicado en la emisión de señales nociceptivas de origen visceral. Este estímulo puede asociarse con la distensión de una víscera hueca, como acontece en el cólico biliar, renal o por contracción vigorosa del músculo liso, como ocurre en la obstrucción intestinal. Finalmente puede tratarse de la tracción del peritoneo o la relajación de las cápsulas que cubren las vísceras sólidas. Así ocurre en procesos obstructivos del hígado donde aumenta la presión hidrostática causando congestión de las venas supra hepáticas, que acompaña al síndrome de Budd-Chiari (1,14).

INFLAMACIÓN O ISQUEMIA

Estos dos estímulos pueden producir dolor en la pared abdominal por diversos mecanismos, que incluyen la liberación de serotonina, bradiquinina, histamina, sustancia P y prostaglandinas que actúan directamente sobre el sistema de analgesia como mediadores, así como los cambios en la temperatura y pH. A su vez, ambos fenómenos reducen el umbral del dolor o amplían la intensidad de percepción. Existen otros factores que pueden modificar el umbral del dolor ya sea aumentado el mismo como la ansiedad, depresión, dolor recidivante o aminorando como la demencia, somnolencia, placebo- analgésicos, etc. (23).

4) TIPOS DE DOLOR ABDOMINAL

a. DOLOR VISCERAL

Dolor de localización difusa, su iniciación se relaciona con la distensión o contracción violenta de la musculatura de una víscera hueca. El estímulo se transmite a través de las fibras aferentes tipo C que se activan tras inflamación o lesión tisular. Éstos transmiten impulsos de conducción lenta de comienzo gradual e intensidad progresiva, denominado protopático. El carácter del dolor es variable y oscila entre un dolor sordo y urente hasta un dolor cólico. Esta sensación frecuentemente se asocia a síntomas vegetativos: inquietud, diaforesis, palidez, náuseas y vómitos. No coexisten áreas de hiperalgesia cutánea 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 (24).

b. DOLOR REFERIDO

Es el dolor procedente en una víscera y es percibido en una zona localizada a distancia del órgano afecto. Nace cuando la nocicepción visceral es más intensa o el umbral del dolor está disminuido. Su origen suele darse a conocer por la teoría de la Convergencia-Proyección. Así, las fibras nerviosas que transportan los reflejos viscerales confluyen en el asta posterior de la médula adyacente con las fibras que trasladan los estímulos somáticos (procedentes de la piel). En el momento que el impulso de origen visceral es de mayor intensidad 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. Con frecuencia es intermitente, dependiendo la situación de las vísceras afectadas:

- **Epigástrico:** estómago, duodeno, sistema pancreato-biliar.
- **Periumbilical:** intestino delgado, colon ascendente.
- **Suprapúbico:** colon descendente.

c. DOLOR PARIETAL

En este caso el impulso álgido se transfiere a través de fibras mielínicas con una capacidad de conducción eléctrica, integradas en los nervios somáticos o cerebroespinales, la manifestación de este tipo de dolor es discriminativo, bien diferenciado y de ubicación precisa, se origina por trastornos, presión, irritación o inflamación de la pared abdominal, el peritoneo parietal, la raíz del mesenterio o del diafragma. En general, aparece en estadios más avanzados lo que le diferencia del dolor visceral, este tipo de dolor se localiza exactamente en la zona estimulada, agravándose con la tos, la deambulación y la palpación de la zona implicada. En todos estos casos es característica la presencia de hiperalgesia y defensa muscular (17).

5) TIPOS DE ABDOMEN AGUDO

a. ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO

Comprende pacientes con cuadros clínicos inflamatorios, seguidos de un proceso infeccioso de vísceras abdominales. Se determina por dolor continuo, localizado y que se incrementa con los movimientos y con el aumento de presión abdominal (tos, esfuerzos, etc.), por lo que el paciente trata de estar inactivo. La irritación peritoneal puede ser ocasionada por diversos agentes:

- **Químicos:** Por el contenido gastroduodenal, intestinal o biliar. Es inicialmente química, ocurre por perforación o ruptura de cualquiera de estas vísceras.
- **Sépticos:** Por contenido colónico o pus. Es inicialmente bacteriana y surge en la peritonitis aguda difusa por perforación diverticular o apendicular, perforaciones de colón, etc.
- **Mecánicos:** Por ingestión de cuerpos extraños, como ocurre frecuentemente en pacientes psiquiátricos (21).

b. ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO

Patología determinada por presentar una pérdida de la solución de continuidad de una víscera hueca cuyo contenido se derrama en la cavidad peritoneal originando una inflamación aguda. Es el período más avanzado que desencadena en la zona infectada un abdomen agudo Inflamatorio (17,21).

Entre las más habituales encontramos: traumatismos que ocasionen perforación de alguna víscera, apendicitis en fase perforativo, colecistitis perforada, perforación de úlcera péptica, perforación por tumores malignos, divertículo de Meckel perforado (16).

c. ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO INTESTINAL

Es una entidad mecánica significativa caracterizado por el bloqueo completo o persistente del tránsito del contenido intestinal para gases, líquidos y sólidos, existiendo compromiso vascular que pone en riesgo la vida del paciente, la mortalidad se relaciona con el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el momento de la cirugía (cuando la cirugía se lleva a cabo después de las 36 horas existe un riesgo del 8% y si se retrasa más de 36 horas un 25%).

La obstrucción intestinal (OI) puede darse en cualquier localidad del intestino grueso o delgado, la mayor parte de esta patología se da entre el ángulo de Treitz y la válvula ileocecal, generalmente el dolor suele ubicarse en la región periumbilical o ser difuso. El debut es intenso de instauración precoz, a medida que progresa la obstrucción, el intestino se dilata, perdiendo el tono muscular y el efecto de dolor se hace menos intenso y más perenne (27,28).

Los síntomas habituales de oclusión son la aparición de dolor abdominal tipo cólico, dificultad para la emisión de heces y gases, a la auscultación la presencia del signo de Wagensteen acompañado de síntomas vaso-vagales (25,26).

El diagnóstico se establece mediante la clínica y además se debe solicitar exámenes paraclínicos predestinados a valorar la repercusión sistémica de la oclusión y la presencia o no de complicaciones (52).

En esta patología se diferencian tres tipos de obstrucciones:

1. **Obstrucción simple:** Es aquella donde única se encuentra perturbado el tránsito intestinal, es decir la irrigación del intestino no se encuentra comprometida. Según la localización de su etiología la obstrucción se clasifica en:
 - **Parietales:** Como son las malformaciones congénitas (atresia), los tumores benignos o con mayor frecuencia los tumores malignos.

- **Extraparietales:** Las causas de este tipo de oclusión intestinal se localizan fuera de la pared intestinal. Como ejemplo citaremos las bridas, adherencias, etc.
 - **Intraluminales:** Se localizan a nivel de la luz intestinal, pueden ser causadas por oclusión de cuerpos extraños, un cálculo biliar (íleo biliar) o impactación fecal y con menor frecuencia son las oclusiones secundarias a parásitos (Áscaris) y por bezoares (29).
2. **Obstrucción con estrangulación:** En este tipo de obstrucción, además de estar perturbado el tránsito intestinal, se encuentra comprometida la circulación sanguínea del segmento intestinal afectado, es un mecanismo asociado a hernias, bridas o adherencias, donde el dolor que provoca es tipo cólico constante e intenso, acompañado de síntomas vágales (30,31).
 3. **Obstrucción en Asa cerrada:** En este tipo de obstrucción el asa se obstruye en dos puntos a lo largo de su longitud por una única lesión, formando un circuito cerrado y produciendo presión tanto de intestino como de estructuras mesentéricas, como en la torsión de un vólvulos de intestino grueso o una incarceration herniaria (29).

d. ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO VASCULAR

Puede producirse en:

- **Oclusión vascular mesentérica.**

Se define como la interrupción del tránsito sanguíneo en el territorio de la arteria mesentérica superior, las alteraciones van a depender de la localización de la oclusión, ocasionando variaciones funcionales y anatómicas. La interrupción del flujo vascular incluye formas arteriales y venosas (32).

A. **Arteriales:** Cuando el déficit vascular es de causa arterial estamos frente a dos presentaciones clínicas:

- 1) Embolia: Los émbolos se originan en el corazón, pueden ser macroémbolos o microémbolos, son producidos por cardioversión, infarto de miocardio, fibrilación auricular, estenosis mitral, endocarditis bacteriana, aneurisma ventricular, etc.
- 2) Trombos: Aparecen sobre las placas de ateromas localizados en el nacimiento de la arteria mesentérica superior.

La trombosis arterial aguda se produce generalmente en pacientes añosos entre la sexta y séptima década de vida con antecedentes vasculares. El comienzo es brusco donde el paciente experimenta dolor abdominal intenso (Trueno en cielo estrellado). Es el cuadro abdominal agudo de más difícil diagnóstico y son semiológicamente mal definidos y evoluciona en tres periodos:

Periodo inicial: Dolor abdominal intenso, tipo cólico mal localizado Con el correr de las horas (2-3h) se localiza periumbilical y se hace continuo, el paciente experimenta taquicardia, taquipnea, abdomen blando y depreciable.

Segundo periodo: Se da a las 4 a 6h de iniciado el cuadro el dolor disminuye al mismo tiempo que se agrava el estado general con tendencia al shock, el abdomen del paciente se encuentra distendido.

Periodo terminal: Periodo de necrosis intestinal perforada con peritonitis y shock. Abdomen marcadamente distendido, palpación abdominal de consistencia pastosa (29).

B. Venosas: La oclusión venosa se asocia a inflamaciones agudas, hipertensión portal y a estados de hipercoagulabilidad (anticonceptivos orales, trombocitos, neoplasias, déficit de antitrombina IV). Este tipo de patología es rara y de difícil diagnóstico, los síntomas aparecen subaguda y en semanas preceden a una necrosis intestinal, cursan con dolor, fiebre, distensión abdominal, vómitos y diarrea (33).

e. ABDOMEN AGUDO HEMORRÁGICO

El fundamento patológico es la pérdida aguda de sangre en la cavidad abdominal. Su origen puede deberse a traumatismos abdominales, ruptura de embarazo ectópico o de quistes ováricos, ruptura de aneurisma, etc (34).

Tabla 2. Complicaciones de las principales patologías causantes de Abdomen Agudo.

<p align="center">APENDICITIS</p>	<p><u>Preoperatorias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perforación apendicular. ▪ Peritonitis generalizada. ▪ Choque séptico. ▪ Absceso Intraabdominal. 	<p><u>Postoperatorias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absceso de la pared. ▪ Absceso residual o intra-abdominal. ▪ Hemorragia. ▪ Peritonitis. ▪ Necrosis del ciego.
<p align="center">COLECISTITIS Y COLEDOCOLITIASIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perforación: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Con acción localizada. ❖ Con peritonitis generalizada. ▪ Absceso pericolecístico. ▪ Empiema. ▪ Ruptura. ▪ Gangrena. ▪ Fistulización. 	
<p align="center">PANCREATITIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necrosis pancreática. ▪ Necrosis pancreática infectada. ▪ Pseudoquiste. ▪ Absceso pancreático. 	
<p align="center">OBSTRUCCIÓN INTESTINAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perforación intestinal. ▪ Shock hipovolémico. ▪ Peritonitis. 	
<p align="center">ÚLCERA PÉPTICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia. ▪ Perforación. ▪ Obstrucción. ▪ Falta de cicatrización. 	

Tomado de: Mayo Ossorio MA y cols. (1)
Adaptado por: Espinoza Geovanna. 2018

6) PATOLOGÍAS FRECUENTES CAUSANTES DE ABDOMEN AGUDO:

1. APENDICITIS AGUDA:

La inflamación del apéndice vermiforme, es una forma especial de obstrucción intestinal apendicular que sobrelleva a la distensión, invasión bacteriana e isquemia del apéndice, cuyo transcurso progresivo determina la congestión, supuración, gangrena, perforación y en ocasiones litiasis del órgano. No tiene predominio de género y es común en la población entre 20 a 30 años (29).

Las causas más frecuentes que desencadena esta patología es llevar una dieta pobre en fibra favoreciendo la formación de fecalitos o escibalos, la hiperplasia linfoide es otra causa importante de obstrucción principalmente en épocas juveniles de la vida, los cálculos biliares por migración e impactación de los litos biliares en el ciego y en el orificio apendicular, como causa menos frecuente se describe infección por parásitos, etc.

Su progreso se produce por dos posibilidades fundamentales: obstructiva y no obstructiva.

El 90% de los casos se debe a una obstrucción mecánica de la luz apendicular de cualquier origen favoreciendo la acumulación de secreciones y posteriormente la invasión bacteriana que progresa desde la mucosa hacia la serosa del órgano.

Otra posibilidad para el desarrollo de la apendicitis aguda es que se instaure sin obstrucción de la luz, en estos casos la patología es incierta, sin embargo se propone:

- Que el acontecimiento inicial es la ulceración de la mucosa, cuya causa se desconoce, no obstante se ha planteado una etiología viral.
- También se ha indicado que el proceso inicia como consecuencia de la infección por yersenia pseudotuberculosa

Los fenómenos que siguen a la obstrucción apendicular según su tiempo de evolución:

Apendicitis focal aguda o catarral

Se presenta en el transcurso de las 12 a 24 horas, por la secreción continúa de moco más la inelasticidad relativa de la serosa, originan el incremento de la presión

intraluminal por tratarse de una obstrucción en asa cerrada, lo que estimula y favorece la proliferación de gérmenes.

Su proceso evolutivo acontece por la obstrucción de la luz apendicular, gracias a la producción de moco, siendo la capacidad intraapendicular normal de 0.1 ml a 0.3ml, es decir al existir apenas 0.5ml la presión intraluminal aumenta notablemente.

La inflamación y el aumento de la presión en la luz, se caracteriza histológicamente por edema y erosiones en la mucosa, se manifiesta en el paciente como un dolor visceral mal localizado en la región peri umbilical o epigastrio (29).

Apendicitis supurada aguda o flemonosa

Esta fase evoluciona dentro de las 24 a 48 horas, continua la secreción de moco que por la acción de las bacterias se convierte en pus, provocando un incremento de la presión intraapendicular que supera los 60cm ocurriendo obstrucción del drenaje venoso, que incrementa el edema y la isquemia de la mucosa apendicular. Histológicamente se observa un infiltrado inflamatorio recubierto por un exudado fibroso (29).

La serosa inflamada del apéndice entra en contacto con el peritoneo parietal. El dolor somático que se origina en el peritoneo a consecuencia del contacto con el apéndice inflamado, se percibe con dolor abdominal a nivel del cuadrante inferior derecho (29,36).

Apendicitis Gangrenosa

Se presenta en el transcurso de las 46 horas, hay incremento de la presión intraluminal (>85 cm de agua), ocasionando riesgo arterial, con necrosis de la mucosa apendicular.

La porción media del borde antimesentérico del apéndice es el que posee el peor riesgo sanguíneo, sufriendo más rápido gangrena con aparición de infiltrados elipsoidales y micro perforaciones, permitiendo el escape de bacterias desde la luz apendicular hacia la cavidad peritoneal.

En esta fase puede ocurrir perforación, la cual puede ser “sellada” por las estructuras vecinas; si este proceso no ocurre, se produce efusión del contenido apendicular (29,36).

Apendicitis aguda perforada

El ciclo perforativo se establece a partir de las 70 horas, sin embargo existe formas graves de apendicitis aguda, en las que se produce destrucción gangrenosa rápida, con peritonitis difusa por perforación en solo 8 a 24 horas (29,36).

En este proceso evolutivo la secreción de moco y el aumento de presión intraapendicular persisten, causando ruptura del apéndice a través de infartos gangrenosos, vertiendo pus hacia la cavidad peritoneal originando peritonitis pudiendo ser localizada o generalizada, según la resistencia del paciente, la cantidad y la virulencia de los microorganismos e incluso la posición del apéndice.

Si la apendicitis no progresa con mucha rapidez, alrededor del exudado fibroso inicial forma adherencias inflamatorias entre las asas del intestino, el peritoneo, el epiplón mayor y originando el plastrón apendicular (29,36).

Y aun cuando el apéndice se perfora, al existir un bloqueo adecuado por el epiplón y el peritoneo se forma el **absceso peri apendicular o peritonitis localizada** que contiene pus espeso a tensión y fétido.

Sin embargo, en los pacientes de corta edad (epiplón corto) o ancianos, la rapidez con la que progresa el proceso patológico o los mecanismos de defensa son insuficientes, permite la aparición de peritonitis generalizada liberando material purulento y olor fecaloide.

La presencia de escalofríos, taquicardia, rigidez abdominal y leucocitosis alerta sobre la gravedad del paciente (29,36).

Tabla 3. Escala de Alvarado para el diagnóstico de apendicitis aguda.

ESCALA DE ALVARADO		
APENDICITIS AGUDA		PUNTAJE
SÍNTOMAS	Migración del dolor (cuadrante inferior derecho).	1
	Anorexia.	1
	Nauseas y/o vomito.	1
SIGNOS	Tedemess (sensibilidad) dolor en fosa iliaca derecha	2
	Rebote: Blumberg (+).	1

	Elevación de la temperatura > a 38°C.	1
Laboratorio	Leucocitosis > de 10.500 por mm ³ .	2
	Shift to the left: desviación a la izquierda de neutrófilos > del 75%.	1
TOTAL		10
0 - 4		NEGATIVO.
5 - 6		SUGESTIVO.
7 - 8		PROBABLE.
9 - 10		POSITIVO.

Tomado de: Díaz CZ y cols. (35)

Adaptado por: Espinoza Geovanna. 2018

2. COLECISTITIS:

La colecistitis concierne a una reacción inflamatoria de la vesícula biliar la misma que corresponde a una complicación severa de la colelitiasis, habitualmente ocasionada por la oclusión del conducto cístico con distensión e inflamación además de infección bacteriana secundaria. Esta inflamación es ocasionada en menor frecuencia por barro biliar y frecuentemente por litos, en su composición se diferencian tres tipos de cálculos:

1) Cálculos de colesterol: figuran el 75% de los cálculos, son de tonalidad amarillenta blanquecina, son frecuentes en las mujeres multíparas con un IMC > 30 kg/m² y se presenta la mayor parte en la cuarta década de vida.

2) Cálculos de pigmentos marrones (20%) conformados por sales de calcio de bilirrubina no conjugada.

3) Cálculos de pigmentos negros establecen apenas el (5%) y se asocian típicamente a hemolisis crónica, pancreatitis y cirrosis, cuyo componente primordial es el bilirrubinato cálcico (37).

Para el diagnóstico de la colecistitis nos podemos guiar en los criterios de Tokio:

Tabla 4. Criterios de Tokio

CRITERIOS DE TOKIO	
Sensibilidad:91.2% Especificidad: 96.9%	
A	Signos de inflamación local. 1. Signo de Murphy 2. Masa, dolor o defensa en el hipocondrio derecho.
B	Signos de inflamación sistémica. 1. Fiebre mayor a 38°C 2. Leucocitos > 10.000 3. PCR > 3MG/dl
C	Signos imageniológicos. 1. Engrosamiento de la pared (>4mm) 2. Agrandamiento de la vesícula biliar (> 8cm de largo y 4cm de ancho). 3. Cálculos biliares retenidos. 4. Liquido peri-vesicular.
DIAGNÓSTICO SOSPECHOSO: Un ítem de A + Un ítem de B	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Un ítem de A + Un ítem de B y Un ítem de C	

Tomado de: Gutiérrez-Moreno (37).

Adaptado por: Espinoza Geovanna. 2018

3. COLANGITIS AGUDA:

Es una infección intraabdominal potencialmente grave, cursa con una inflamación y/o infección de los conductos hepáticos y el colédoco.

Esta condición patológica se produce por la combinación de dos factores:

- **Infección de la bilis por bacterias:** la bilis es normalmente estéril y la presencia de inmunoglobulinas y sales biliares dificulta su infección. La forma más frecuente de infección de la bilis es la llegada de bacterias desde el duodeno. El esfínter de Oddi, localizado en la papila de Vater, en la unión de la vía biliar con el duodeno es una barrera mecánica que impide el paso de contenido intestinal al interior de la vía biliar. La alteración o manipulación de la papila de Vater favorece la llegada de bacterias por vía ascendente

desde el duodeno a la vía biliar. Con menor frecuencia, la infección de la bilis se puede producir por la llegada de bacterias desde las venas hepáticas.

- **Incremento de la presión en el interior de los conductos biliares:** La estasis de bilis en el interior de las vías biliares ayuda a la multiplicación de las bacterias. El aumento progresivo de la presión en el interior de los conductos biliares favorece la translocación bacteriana al sistema vascular.

El diagnóstico es puramente clínico presentando típicamente la tríada de Charcot (Fiebre + ictericia + dolor abdominal). En casos más graves, pentada de Reynolds (T. de Charcot + hipotensión + alteración de nivel de conciencia).

En la analítica se manifiesta con leucocitosis, alteraciones de pruebas de función hepática, hiperbilirrubinemia, datos de sepsis en cuadros graves (38).

4. ENFERMEDAD DIVERTICULAR:

Es una patología habitual cuya prevalencia aumenta con la edad, existiendo factores asociados con una mayor incidencia y gravedad como son: baja ingesta de fibra y factores sedentarios. Su origen implica un amplio abanico de patologías, en la que la mayoría de los casos se mantienen asintomáticos (39).

Se establece como protrusiones de la mucosa cólica en las zonas de mayor debilidad de la pared intestinal, donde los vasos sanguíneos penetran la misma (40).

La sigma es la región más afectada debido a mayores presiones endoluminales. Alrededor de un 15-25% de los pacientes desarrollarán (DA) donde existe inflamación necrotizante de un divertículo por un sobre crecimiento bacteriano que conduce a la micro o macroperforación del mismo. La expresión clínica depende de la gravedad de la perforación y de la respuesta del organismo, la gravedad de la DA anteriormente era definida según la clasificación de Hinchey, que se basa en aspectos radiológicos e intraoperatorios, actualmente investigaciones han indicado que este cuadro podría ser dividido según las características clínicas y radiológicas permitiendo definir la severidad y el manejo de un evento de DA (41).

Tabla 5. Comparación de la Clasificación de Hinchey y la Clasificación de la Diverticulitis Aguda (DA).

Clasificación de Hinchey y la Clasificación de la Diverticulitis Aguda (DA).		
Clasificación de Hinchey		Clasificación de la Diverticulitis Aguda
GRADO	ASPECTOS	
O	Diverticulitis clínicamente moderada.	DA no complicada Presentación: fiebre, dolor abdominal y cambio en hábito intestinal. Imágenes: inflamación localizada o pequeño absceso en la pared intestinal. Tratamiento: puede ser manejado en forma ambulatoria; dieta liviana, uso de antibióticos.
Ia	Diverticulitis con inflamación en la densidad de la grasa pericólica. No absceso.	
Ib	Diverticulitis con inflamación pericólica limitada, con absceso < 2cm (Tx conservador), >2cm (Tx drenaje percutáneo).	DA complicada Presentación: fiebre, masa abdominal inferior, íleo, peritonitis generalizada. Imágenes: inflamación pélvica o absceso distal, fístula, obstrucción intestinal Tratamiento: paciente hospitalizado, antibióticos, eventual drenaje por radiología intervencional o cirugía
II	Absceso pélvico, retroperitoneal o a distancia. < 2cm (Tx conservador), >2cm (Tx drenaje percutáneo).	
III	Peritonitis purulenta generalizada, no comunicación con la luz intestinal.	
IV	Peritonitis fecaloide, comunicación libre con la luz intestinal.	

Tomado de: Aicart-Ramos M, Mesonero F, Parejo S, Peñas B (41).

Adaptado por: Espinoza Geovanna. 2018

5. PANCREATITIS:

Es la reacción inflamatoria del páncreas que afecta a la glándula pancreática, activando sistemas inflamatorios y antiinflamatorios ocasionando efectos sistémicos que transfieren al fallo orgánico, alcanza ser edematosa (leve) o necrotizante (severa) (42).

Su incidencia oscila entre la cuarta y la sexta década de la vida y de género variable según su función, en el sexo masculino es frecuente debido al alcoholismo, mientras que en las mujeres es la litiasis del árbol biliar y en pacientes jóvenes por causas hereditarias, infecciones o traumatismos (43).

Las 3 causas principales en orden de importancia son los cálculos biliares (40%), consumo prolongado de alcohol (30%) e hipertrigliceridemia (2-5%).

La pancreatitis aguda, independientemente de las diferentes etiologías tiene como evento temprano la activación en el interior del acino pancreático de las enzimas pancreáticas que ocasionan el daño inicial de las células acinares pancreáticas.

Existen 2 tipos de pancreatitis aguda:

- **Intersticial edematosa:** Ocurre en 80-90% de los casos. Consiste en la inflamación aguda del parénquima pancreático y/o peripancreático sin tejido necrótico identificable por TCC. Resuelve durante la primera semana.
- **Pancreatitis aguda necrotizante:** inflamación asociada a necrosis pancreática y/o peripancreática, es la forma más agresiva y es detectable por TCC.

Se distinguen 2 fases, que pueden sobreponerse y son:

- **Fase temprana:** que remite en 1 semana y puede extenderse hasta por 2 semanas, caracterizada por el SRIS y/o fallo orgánico.
- **Fase tardía:** que dura semanas o meses y se caracteriza por signos sistémicos de inflamación, complicaciones locales y sistémicas, y/o FO persistente (44,45).

Clasificación de Atlanta Clasificación de Atlanta:

- **PA Leve:** Ausencia de FO y complicaciones locales o sistémicas. Resuelve durante la semana 1, por lo general no requieren exámenes de imágenes y la mortalidad es muy rara.
- **PA Moderadamente Grave:** Presencia de FO transitoria o complicaciones locales o sistémicas. Puede resolver en las primeras 48 horas (FO transitoria o colección líquida aguda) sin intervención o requerir atención especializada prolongada (PAN estéril sin FO), resolviendo en la semana 2 o 3, con morbimortalidad <8%.
- **PA Grave:** Presencia de FO persistente (única o múltiple) y una o más complicaciones locales o sistémicas. Ocurre en fase temprana (mortalidad de 36-50%) o tardía (44).

Dentro de la clínica el paciente describe al principio un dolor centrado en mesogastrio, con irradiación en banda o en cinturón hacia los flancos. La sensibilidad del dolor suele adquirir una intensidad máxima en los primeros 20-30 minutos y permanece al menos 48-72 horas. En los casos de mayor gravedad, el dolor es difuso y se acompaña de distensión abdominal, íleo y signos peritoneales. Excepcionalmente, la pancreatitis puede debutar con un cuadro de shock y coma, sin dolor abdominal (44,45).

Para reafirmar el diagnóstico se solicita de un estudio enzimático e imagenológico. La elevación de las enzimas pancreáticas no se relaciona con la severidad ni la duración del cuadro, por lo que no tiene un valor pronóstico, existiendo diversos criterios de gravedad: Apache II, Ranson y Glasgow (46).

Tabla 6. Pancreatitis Aguda/Criterios de gravedad y Mortalidad de Ranson.

CRITERIOS DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD DE RANSON	
Pancreatitis biliar	Pancreatitis no biliar
AL INGRESO	AL INGRESO
Edad > 70 años	Edad > 55 años
Leucocitosis >18.000mm ³	Leucocitosis >16.000mm ³
Glucosa >220mg/dL	Glucosa >200mg/dL
LDL>400U/L	LDL>350U/L
GTO>250U/L	GTO>250U/L
48H DE HOSPITALIZACIÓN	48H DE HOSPITALIZACIÓN
Caída de Hto >10 puntos	Caída de Hto >10 puntos
Aumento de BUN >2mg/dL	Aumento de BUN >5mg/dL
Calcio sérico <8mg/dL	Calcio sérico <8mg/dL
Déficit de base >5mEq/dL	Déficit de base >4mEq/dL
Déficit volumen >4L	Déficit volumen >6L
PO ₂ <60mmHg	PO ₂ <60mmHg
GRAVEDAD: LEVE 1-3 CRITERIOS. GRAVE > 4 CRITERIOS.	
MORTALIDAD: 5%: < 3 CRITERIOS	

15-20%: 3-4 CRITERIOS

100%: 6-7 CRITEERIOS

Tomado de: Basit, Gordon y Mukherjee; Walling A, Freelove (44,47).

Adaptado por: Espinoza Geovanna. 2018

Los criterios de APACHE II es el predictor de gravedad más exacto, así pues, para calcular el score se suman a las 12 variables fisiológicas, la puntuación obtenida por edad y aquella derivada por enfermedad crónica. Los datos pueden recolectarse en los primeros tres días de su ingreso, y repetirse cada 24 horas. Un puntaje ≥ 8 predice pancreatitis aguda severa (48).

Para los criterios de Glasgow los datos pueden recolectarse en el lapso de las primeras 48 horas, y una puntuación ≥ 3 puntos presagia pancreatitis aguda severa (49).

Tabla 7. Criterios de Glasgow (Imrie) para pancreatitis aguda

Criterios de Glasgow (Imrie) .	
1. Leucocitos $> 15,000/\text{mm}^3$	5. AST o ALT $> 200 \text{ UI/L}$
2. Glucosa $> 180 \text{ mg/dL}$	6. DHL $> 600 \text{ UI/L}$
3. Urea $> 45 \text{ mg/dL}$	7. Albúmina $< 3.2 \text{ g/dL}$
4. Calcio $< 8 \text{ mg/dL}$	8. PaO ₂ $< 60 \text{ mmHg}$

Tomado de: Walling A, Freelove R; Flood L, Nichol A (44,45).

Adaptado por: Espinoza Geovanna. 2018

6. ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA:

Esta patología es de origen multifactorial determinado por pérdida de la sustancia de la mucosa que se extiende hasta la submucosa penetrando hasta la capa muscular, ocurre en zonas expuestas a la secreción clorhidropéptica, produciendo

estimulación de la gastrina, vago e histamina, originada por la inhibición del *Helicobacter pylori*, pH, grasas, hiperglucemia. Esta enfermedad alcanza a producir diferentes grados de lesión: gastritis, erosión, ulceración y la úlcera propiamente dicha, la mayoría se presenta en los primeros centímetros del duodeno, lo que se conoce como bulbo duodenal (úlceras duodenales), también son habituales a lo largo de la curvatura menor del estómago (úlceras gástricas), con menor frecuencia, las úlceras se encuentran en el canal pilórico (úlceras pilóricas), en el duodeno seguidamente por el bulbo (úlceras posbulbares) o en un divertículo de Meckel que contenga islotes de mucosa gástrica secretora (50).

Después de una gastroyeyunostomía, con gastrectomía parcial o sin ella, pueden aparecer úlceras en el estómago en el borde de la anastomosis (úlcera marginal) o en el yeyuno luego de la anastomosis (úlceras yeyunales).

Esta enfermedad suele ser una causa de dolor abdominal agudo, fundamentalmente cuando se trata de úlceras de gran tamaño con penetración visceral en el epiplón gastro hepático o el páncreas. Estos casos, el dolor pierde su ritmo usual y se vuelve intenso y continuo, habitualmente irradiado a la región dorsal (51).

7. VÓLVULO

El vólvulo es la torsión anormal o rotación de una porción del intestino sobre su mesenterio que ocasiona la oclusión de la luz, obstrucción y compromiso vascular, puede ser a nivel del ciego o de la sigma.

- El vólvulo del ciego suele relacionarse a la presencia de adherencias congénitas o adquiridas y es más frecuente en pacientes geriátricos.
- El vólvulo de sigma es más habitual y aparece con mayor frecuencia en pacientes que abusan del consumo de laxantes, ansiolíticos y fármacos con propiedades anticolinérgicas, incluso los anti-parkinsonianos (53,54).

Los vólvulos pueden ser:

- Incompletos (torsión menor a 180°) situación en que son generalmente de presentación crónica y oligosintomáticos.

- Completos (torsión mayor a 180°) son de presentación aguda y suelen ser sintomáticos, reflejo del compromiso vascular y sufrimiento del asa comprometida.

Los factores predisponentes en estos pacientes son agentes culturales que influyen en la dieta y afectan la motilidad intestinal, se presenta en diferentes etapas de la vida (53)

Esta patología es una causa a tener en cuenta de dolor abdominal agudo, la importancia de conocer esta enfermedad radica en tener un alto índice de sospecha ante una clínica sugerente para realizar a tiempo los estudios adecuados, con el objeto de realizar un diagnóstico y tratamiento certero y precoz, a fin de evitar las complicaciones derivadas del vólvulo como la isquemia, gangrena y la posterior perforación del segmento afectado (54).

8. HERNIA

El 20% de los pacientes que consultan en urgencias por dolor abdominal, sufren una oclusión intestinal. Cuando esa oclusión está a nivel de intestino delgado, en el 20% de los casos, la causa es una hernia. En la mayoría de las ocasiones se trata de hernias externas (inguinales, crurales, incisionales, etc), pero en tan solo un 1%, la obstrucción puede estar provocada por una hernia interna.

Las hernias internas son aquellas en las que el contenido herniario no sale de la cavidad abdominal. Dentro de esa minoría de hernias internas causantes de obstrucción, en tan solo un 5% de los casos la hernia ocurre a través de un defecto en el ligamento ancho del útero.

El paciente refiere desde varias semanas o incluso meses dolor en el hipogastrio que se exacerba con la tos y el esfuerzo de la defecación. El diagnóstico se establece mediante la clínica y la exploración física, se puede utilizar estudios de imagen, para evaluar el área, órganos afectados y la gravedad del estado del paciente (55).

9. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

Patología de origen polimicrobiana, caracterizada por producir un proceso infeccioso e inflamatorio que afecta al tracto genital superior de la mujer, esta infección ascendente en ocasiones puede extenderse más allá de estos límites y converger en procesos graves (56).

Los agentes etiológicos implicados con mayor periodicidad son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, estos microorganismos alcanzan la pelvis produciendo procesos inflamatorios a su trayecto como son: (cervicitis, endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis) esto por vía linfática, hemática o ascendente.

Esta entidad es compleja y de difícil diagnóstico, debido a la variabilidad de sus síntomas, es por ello que el personal de salud debe conservar un alto índice de sospecha cuando es una mujer en edad reproductiva, por lo general de 15 a 25 años y presente dolor abdominal y pélvico; además las infecciones de transmisión sexual también se asocian comúnmente con EPI (56).

El manejo preciso y oportuno, ayuda a prevenir futuras complicaciones, entre las que cabe citar: la esterilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, síndrome Fitz-Hugh-Curtis y la mortalidad como el peor desenlace que puede generar esta patología (57).

Tabla 8. Criterios para el diagnóstico de Enfermedad inflamatoria pélvica.

CRITERIOS DE SWEET PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	
CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
<p>1. Historia o presencia de dolor en hipogastrio o hemiabdomen inferior, generalmente a la palpación.</p> <p>2. Dolor a la movilización del cérvix durante la exploración clínica.</p> <p>3. Dolor a la palpación de anexos, también a la exploración.</p>	<p>1. Temperatura de 38°C o más</p> <p>2. Material purulento identificado por culdocentesis o laparoscopia (leucorrea cervico-vaginal de aspecto purulento y/o exudado en fresco con abundantes PMN).</p> <p>3. Leucocitosis mayor de 10.500/mm³.</p> <p>4. Masa al examen físico o por ultrasonido.</p> <p>5. Cultivo de exudado intracervical positivo ya sea por diplococos, <i>N gonorrhoeae</i> u otra bacteria.</p> <p>6. Velocidad de eritrosedimentación elevada.</p> <p>7. Proteína C reactiva elevada.</p>
<p>DIAGNÓSTICO CLÍNICO</p> <p>Todos los criterios mayores y uno o más menores</p>	
<p>DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</p> <p>1. Engrosamiento de las trompas y líquido en las mismas con o sin líquido pélvico libre o en complejo tubo-ovárico en eco-transvaginal u otra prueba de imagen.</p> <p>2. Laparoscopia que confirme el diagnóstico y aislamiento en muestra peritoneal de <i>N.gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i> o flora polimicrobiana.</p> <p>3. Endometritis en biopsia endometrial</p>	
<p>Clasificación:</p> <p>Estadio I: Salpingitis aguda sin peritonitis.</p> <p>Estadio II: Salpingitis aguda CON peritonitis.</p>	<p>Estadio III: Salpingitis con formación de absceso tubovárico.</p> <p>Estadio IV: Rotura de absceso</p>

Tomado de: Barrantes-Rodríguez (32)

Adaptado por: Espinoza Geovanna. 2018

DIAGNÓSTICO

▪ MANIFESTACIONES GENERALES

En el paciente con AA es de gran utilidad signos como la palidez y diaforesis ya que pueden estar relacionados con la severidad del dolor o con hipotensión (1).

▪ SÍNTOMAS ASOCIADOS

Cada síntoma debe ser valorado en forma individual: anorexia, náusea y vómito, diarrea o estreñimiento (1).

▪ PULSO

Es un dato semiológico que por sí solo no resulta muy útil, pero al relacionarse con otros indicadores sistémicos como la temperatura o la presión puede resultar ventajoso. Un pulso rápido y débil nos guía a pensar en cuadros hemorrágicos y en peritonitis (1).

▪ TEMPERATURA

Fiebre > 38°C, para descartar procesos inflamatorios, fundamentalmente después de 24 horas de iniciado el dolor (1).

- Disociación esfingotérmica (Hipertermia y bradicardia) descartar fiebre tifoidea.
- Temperatura rectal mayor de 1 grado Centígrado que la axilar, se debe pensar en apendicitis.

▪ PRESIÓN ARTERIAL

Es un dato relevante en reacciones inflamatorias sistémicas, debido a la liberación de sustancias vasodilatadoras periféricas que en cuadros peritoneales se traducen en hipovolemia (1).

EXAMEN ABDOMINAL

▪ INSPECCIÓN

La inspección se centrará en la evaluación de la pared abdominal, se va a observar la presencia de circulación colateral, que sugieran hipertensión portal. La presencia de cicatrices, hernias, distensión o peristaltismo visible orientarán el diagnóstico hacia un proceso obstructivo.

▪ AUSCULTACIÓN

Se caracteriza en la identificación de soplos, lo que revelaría alteraciones de tipo vascular y la presencia o ausencia de los ruidos peristálticos y sus características (tono, intensidad y frecuencia) (3).

- **PERCUSIÓN**

Se debe ejecutar cuando la vejiga este vacía para evitar dolor y la aparición de falsos positivos en el diagnóstico. La percusión del abdomen puede identificar la presencia de ascitis o la pérdida de matidez en el área hepática que pudiera estar relacionado con neumoperitoneo ocasionado por la perforación de una víscera hueca. El dolor desencadenado por la percusión abdominal al igual que el dolor de rebote, indican irritación peritoneal.

- **PALPACIÓN**

Para palpar la pared abdominal se pretende relajar la pared abdominal distraiendo al paciente. Antes de la palpación es necesario descartar; embarazos, vejiga llena, hernias, fecalomas, riñones ptósicos, plastrones y testículos no descendidos. Aquí lo fundamental es determinar la tensión de la pared muscular, dolor, establecer la existencia de visceromegalias, hernias, masas o pulsos anormales (1,3).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS MÁS UTILIZADOS

Al poseer un diagnóstico presuntivo por la clínica que presenta el paciente procederemos a pedir exámenes complementarios que puedan corroborarnos el diagnóstico, empezando desde los más sencillos a los más complejos como: análisis de sangre, enzimas hepáticas, bilirrubina, gasometría arterial, PCR, CPK, análisis de orina, exámenes radiológicos (17,58).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. GENERAL

Determinar las causas más frecuentes de Abdomen Agudo y sus complicaciones en pacientes atendidos en el Hospital General Julius Doepfner, período 2018.

3.1.2. ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población mayormente afectada por Abdomen Agudo en el Hospital General Julius Doepfner.
2. Clasificar el Abdomen Agudo según las patologías más frecuentes.
3. Establecer el tiempo de evolución según las complicaciones presentadas en el Abdomen Agudo.

3.2. HIPÓTESIS

En el Hospital General Julius Doepfner el 25% de pacientes con Abdomen Agudo presentan complicaciones, debido a que los pacientes consultan 24 horas después del inicio de la sintomatología.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL

Este estudio fue observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, en el que se seleccionaron a los pacientes que ingresaron con diagnóstico de AA, revisándose las historias clínicas y evaluándose la frecuencia de complicaciones en estos pacientes.

4.2. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de nuestra investigación corresponde al total de pacientes hospitalizados con diagnóstico de AA, según el código de la Clasificación Internacional de las Enfermedades-10 (R.10.0), en el Hospital General Julius Doepfner durante el período comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2018.

4.3. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Según el anuario de camas y egresos hospitalarios en el año 2015, en Zamora Chinchipe hubo un total de 8.141 egresos hospitalarios en toda la región, de los cuales 963 se debían a apendicitis aguda, colecistitis o coledolitiasis, pancreatitis, obstrucción intestinal, enfermedad diverticular del intestino, gastroenteritis, litiasis urinaria, cistitis y otras causas de dolor abdominal y pélvico, lo que corresponde a un aproximado del 12% de los egresos hospitalarios (59), lo que concuerda con la frecuencia de consulta en los servicios de urgencia a nivel mundial (10%).

Según las últimas cifras publicadas por el INEC, en el año 2014 el Hospital General Julius Doepfner tuvo un total de 3.795 egresos hospitalarios, por lo que considerando que del 10-12% de las urgencias son causadas por AA, se tomó como población a estudiar un estimado de 450 pacientes que acuden por dolor abdominal agudo al año. El cálculo del tamaño muestral se realizó a través de la fórmula para poblaciones finitas, la cual es:

$$n = \frac{(z \alpha)^2 pqN}{e^2 (N - 1) + pq (z \alpha^2)}$$

Dónde:

n= es la muestra a obtener.

Zα= es el intervalo de confianza escogido, el cual es del 95% = 1.96.

p= proporción de pacientes con AA con complicaciones, que al no saber o tener antecedente del mismo se seleccionó el 50% (0,5).

q= proporción de pacientes con AA sin complicaciones, se seleccionó el 50% (0,5).

N= total de la población igual a 450.

e= error máximo permitido, el cual es de 5%.

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 450}{0.0025 (450 - 1) + 0.5 \times 0.5 (1.96)^2} = \frac{427.50}{2.06} = 207.52$$

Según este cálculo la muestra mínima es de 208 pacientes. Las historias clínicas que posean este diagnóstico fueron ubicadas dentro del servicio de estadística e historias clínicas, previa autorización de los entes pertinentes, asignándosele un número dependiendo de la fecha de presentación del caso. Este número sirve para elegir las historias de forma aleatoria a través de un programa de generación de números aleatorios. Las historias clínicas seleccionadas que no posean los datos completos, fueron descartadas y se generó otro número hasta completar el total de historias clínicas necesarias.

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

Unidad de análisis: Causas de abdomen agudo y sus complicaciones.

Unidad de observación: Pacientes entre 15-45 años de edad hospitalizados con diagnóstico de abdomen agudo en el Hospital Julius Doepfner.

4.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de ambos sexos entre 15 a 45 años de edad.
- Que sean ingresados al Hospital con el diagnóstico de AA.
- Con historias clínicas completas y legibles.
- Con resolución completa del cuadro clínico dentro del hospital.

4.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores a 15 años y mayores a 45 años de edad.
- Pacientes con dolor abdominal agudo que no fueron hospitalizados.
- Pacientes con diagnóstico clínico y/o exámenes complementarios incompletos en las historias clínicas.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con dolor abdominal agudo que no fue resuelto en su totalidad dentro del hospital o que su evolución completa no esté reportada en la historia clínica.

4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Grupos etarios.	1.- 15-24 años. 2.- 25-34 años. 3.- 35-45 años.	Cualitativa nominal policotómica.
SEXO	Características fenotípicas externas que diferencian a un hombre de una mujer.	Fenotipo.	1.- Femenino. 2.- Masculino.	Cualitativa Nominal dicotómica.
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Grado de instrucción académica que tiene una persona.	Grado de instrucción.	1.- Analfabeta. 2.- Primaria. 3.- Secundaria. 4.-Superior.	Cualitativa Nominal policotómica.
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Es el tiempo que transcurre desde el inicio del cuadro fisiopatológico o su debut sintomático y el momento en el que consulta a la emergencia del hospital.	Evolución del cuadro clínico.	1.- <24 horas. 2.- 24-36 horas. 3.- 36-72 horas. 4.- >72 horas.	Cualitativa nominal policotómica.
ETIOLOGÍA DEL ABDOMEN AGUDO	Describe las patologías que ocasiona el desencadenamiento del Abdomen Agudo debido a la inflamación e	Patologías causantes.	1.- Apendicitis aguda. 2.- Obstrucción intestinal. 3.- Colecistitis aguda. 4.- Trauma abdominal.	Cualitativa nominal policotómica.

	infección, obstrucción intestinal o vascular, hemorragias.		5.- Otras.	
TIPO DE ABDOMEN AGUDO	Se refiere a la clasificación según el manejo requerido sea quirúrgico o médico.	Tipo de Abdomen Agudo.	1.-Quirúrgico. 2.- Médico.	Cualitativo Nominal dicotómica.
PRESENCIA DE COMPLICACIONES	Se refiere a la presencia o no de evolución tórpida del cuadro clínico debido a un diagnóstico o tratamiento tardío.	Complicaciones.	1.- Sin complicaciones. 2.- Con complicaciones.	Cualitativo nominal dicotómica.
TIPO DE COMPLICACIÓN	Es el tipo de complicación que aparece en el Abdomen Agudo.	Complicaciones.	1. Perforación. 2. Abscesos intra-abdominales. 3. Sepsis. 4. Shock hipovolémico. 5. Disfunción orgánica. 6. Otras.	Cualitativa nominal policotómica.
TIEMPO DE COMPLICACIÓN	Es el tiempo en el cual el paciente con Abdomen Agudo presenta alguna complicación del cuadro clínico.	Complicación del cuadro clínico.	1.- <24 horas. 2.- 24-36 horas. 3.- 36-72 horas. 4.- >72 horas.	Cualitativa nominal policotómica.

4.7. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS

Previamente a iniciar con la investigación se contó con la aprobación del Comité de Investigación y el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, además durante el sondeo se tuvo el apoyo de un director y asesor estadístico quien guió la investigación. Como punto relevante y fundamental se socializará y se presentará una copia del proyecto de investigación a la Directora del Hospital Julius Doepfner, además se solicitó la autorización por escrito para acceder a los datos de las historias clínicas archivadas en el área de estadística del Hospital.

Para la presente investigación los instrumentos a utilizar fueron los expedientes de los pacientes, se hizo uso de una ficha recolectora de datos, información que se analizó posteriormente para correlacionar las variables en estudio (Anexo 1).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

- **Riesgo:** El presente estudio de acuerdo a las características y variables analizadas no implica ningún riesgo para los pacientes seleccionados en la muestra, la revisión de las historias clínicas y aplicación de formularios para recolección de datos no son dañinos para el individuo, ya que únicamente se tomó la información necesaria para cumplir los objetivos del estudio y no se aplicaron pruebas o exámenes que pudieran causar daño a los participantes del mismo. Se respetaron los tratados de Helsinki para investigaciones o estudios con seres humanos. Para iniciar el estudio se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca.
- **Privacidad:** La información se guardó con absoluta confidencialidad, esto es que no se publicaron o publicarán los datos personales tales como datos sociodemográficos, entre otros, de los pacientes que participaron en el estudio, para ello se utilizó una codificación especial y así poder referirse a la fuente privada.

- **Autonomía:** El Director de la Unidad de Salud dio el consentimiento para poder realizar el estudio, sin ninguna presión, esto es que aceptó de manera voluntaria conceder el acceso a la documentación pertinente, por lo cual se entregó un oficio al mismo que firmó sin ninguna obligación, sino voluntariamente.

4.9. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos obtenidos en los formularios de recolección de información, fueron transcritos a una base digital siendo analizados mediante el programa estadístico IBM – SPSS V. 21. Una vez obtenida la base digital, se prosiguió a la depuración y decodificación de los datos, una vez culminado esto se prosiguió a realizar el análisis descriptivo, para el cual se tomó en cuenta el tipo de variable, para las cualitativas nominales u ordinales, la información se presentó mediante tablas de frecuencias y porcentajes. Por último, para las variables numéricas, la descripción se hizo mediante estadísticas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartil).

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Cumplimiento del estudio

Se revisaron las historias clínicas del hospital y se encontraron un total de 284 casos de ingreso hospitalario por abdomen agudo, de los cuales 32 no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Un total de 252 historias clínicas eran aptas para ser seleccionadas, debido a que se requería un mínimo de 208 pacientes, se decidió trabajar con la totalidad de los casos. Los formularios recolectados fueron depurados y transcritos al programa estadístico y no se presentaron inconvenientes durante la realización del estudio. Los objetivos fueron cumplidos mostrándose los resultados a continuación.

5.2 Características sociodemográficas de los pacientes con Abdomen Agudo.

Tabla 9. Distribución de pacientes con Abdomen Agudo según características sociodemográficas, Zamora 2018.

Variable	Frecuencia N= 252	Porcentaje %
Sexo		
Hombre	132	52,4%
Mujer	120	47,6%
Grupos etarios		
15-24 años	72	28,6
25-34 años	70	27,8
35-45 años	110	43,7
Instrucción académica		
Analfabeta	9	3,6
Primaria	52	20,6
Secundaria	135	53,6
Superior	56	22,2
Nacionalidad		
Ecuatoriano	252	100,0
Etnia		
Indígena	11	4,4
Mestizo	241	95,6
TOTAL	252	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Siguencia.

Interpretación: De los 252 pacientes evaluados, el 52,4% eran hombres y el 47,6% fueron mujeres. A su vez, el grupo etario más frecuente fueron los de 35-45 años de edad (43,7%) y el nivel de instrucción más común fue educación secundaria con 53,6%. La totalidad de pacientes tuvo nacionalidad ecuatoriana y la etnia con mayor porcentaje de auto-identificación fueron los mestizos con el 95,6%. La edad media de los pacientes estudiados fue de 31,57±10,05 años.

5.3. Patologías más frecuentes causantes de Abdomen Agudo.

Tabla 10. Causas más frecuentes de Abdomen Agudo, Zamora 2018.

Diagnóstico de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
	N=	%
Apendicitis aguda	117	46,5
Litiasis del árbol biliar	63	25,0
Pancreatitis aguda	27	10,7
Colecistitis aguda	23	9,1
Enfermedad inflamatoria pélvica	21	8,3
Enfermedad diverticular del colon	1	0,4
Total	252	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Siguencia.

Interpretación: La patología más frecuente atendida como causa de AA fue apendicitis aguda con el 46,5% de los casos, seguido de litiasis del árbol biliar (vesícula o colédoco) con 25%. Otras patologías también se presentaron como pancreatitis aguda con el 10,7%, colecistitis aguda con el 9,1%, enfermedad inflamatoria pélvica con el 8,3% y enfermedad diverticular (0,4%). En relación al tiempo de evolución, se observó que todos los pacientes refirieron que la sintomatología había iniciado en las últimas 24 horas.

Tabla 11. Causas más frecuentes de Abdomen Agudo según el sexo, Zamora 2018.

Diagnóstico de ingreso	Hombre		Mujer	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Apendicitis aguda	87	65,9	30	25,0
Litiasis del árbol biliar	20	15,2	43	35,8
Pancreatitis aguda	13	9,8	14	11,7
Colecistitis aguda	11	8,3	12	10,0
Enfermedad inflamatoria pélvica	-	-	21	17,5
Enfermedad diverticular del colon	1	0,8	-	-
Total	132	100,0	120	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Siguencia.

Interpretación: Al clasificar los diagnósticos según el sexo, se evidenció que la frecuencia de apendicitis fue mayor en hombres con 65,9%, mientras que en la mujer fue de 25%. La colecistitis aguda fue ligeramente mayor en las mujeres con 10%, por otro lado, en los hombres fue del 8,3%. En las mujeres, se encontró 35,8% de casos con litiasis biliar, 17,5% casos de enfermedad inflamatoria pélvica y 11,7% de casos de pancreatitis aguda.

Tabla 12. Tipo de Abdomen Agudo, Zamora 2018.

Tipo de Abdomen Agudo		
Tipo	Frecuencia	%
Quirúrgico	237	94,0
Médico	15	6,0
Total	252	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Siguencia.

Interpretación: el 94,0% de los casos estudiados fueron AA quirúrgico.

5.4. Complicaciones más frecuentes del Abdomen Agudo.

Tabla 13. Complicaciones presentadas en los pacientes con Abdomen Agudo, Zamora 2018.

Complicaciones	N=	%
Sin complicaciones	185	73,4
Perforación	19	7,5
Otras	17	6,8
Abscesos intra-abdominales	17	6,7
Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis	14	5,6
Total	252	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Siguencia.

Interpretación: La complicación más frecuente fue la perforación con un 7,5% de los casos (n=19), seguido de los abscesos intra-abdominales con un 6,7% (n=17) y el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en el 5,6% de los pacientes. Otras complicaciones constituyeron el 6,8% de los casos, siendo estas las siguientes: ascitis pancreática (0,4%), colangitis (0,4%), sepsis (0,8%), pancreático (1,2%), fístulas (2,0%) y flemón pancreático (2,0%). En total el 26,6% de los pacientes padeció alguna complicación en su estadía hospitalaria.

Tabla 14. Complicaciones presentadas en pacientes ingresados con diagnóstico de apendicitis aguda, Zamora 2018.

APENDICITIS AGUDA		
COMPLICACIONES	N=	%
Sin complicaciones	100	85,5
Perforación	13	11,0
Abscesos intra-abdominales	3	2,6
Sepsis	1	0,9
TOTAL	117	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Siguencia.

Interpretación: En los pacientes que ingresaron con diagnóstico de apendicitis aguda, la complicación más frecuente fue la perforación apendicular con un 11%.

Tabla 15. Complicaciones presentadas en pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda, Zamora 2018.

COLECISTITIS AGUDA		
COMPLICACIONES	N=	%
Sin complicaciones	20	87,0
Perforación	3	13,0
TOTAL	23	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Siguencia.

Interpretación: En pacientes que ingresaron con el diagnóstico de colecistitis aguda, la única complicación fue la perforación, en un 13% de los casos.

Tabla 16. Complicaciones presentadas en pacientes ingresados con diagnóstico de litiasis biliar, Zamora 2018.

LITIASIS BILIAR		
COMPLICACIONES	Recuento	%
Sin complicaciones	54	85,7
Fístulas	5	7,9
Perforación	3	4,8
Colangitis	1	1,6
TOTAL	63	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Sigüencia.

Interpretación: Las complicaciones fueron fístulas en el 7,9% de los casos (n=5), perforación en el 4,8% (n= 3) y un paciente padeció colangitis (1,6%).

Tabla 17. Complicaciones presentadas en pacientes ingresados con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica, Zamora 2018.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA		
COMPLICACIONES	Recuento	%
Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis	14	66,7
Abscesos intra-abdominales	7	33,3
TOTAL	21	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Sigüenza.

Interpretación: Las mujeres que tuvieron diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica, la complicación más común fue el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis con el 66,7% de los casos, por otro lado, el 33,3% se complicaron con abscesos intra-abdominales, siendo estos tubáricos.

Tabla 18. Complicaciones presentadas en pacientes ingresados con diagnóstico de pancreatitis aguda, Zamora 2018.

PANCREATITIS AGUDA		
COMPLICACIONES	Recuento	%
Sin complicaciones	11	40,7
Abscesos intra-abdominales	6	22,3
Flemón pancreático	5	18,5
Pseudoquiste pancreático	3	11,1
Sepsis	1	3,7
Ascitis pancreática	1	3,7
TOTAL	27	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Siguencia.

Interpretación: En pacientes con pancreatitis aguda, la complicación más frecuente fueron los abscesos intra-abdominales, con el 22,3%. Otras complicaciones encontradas constituyeron el 33,3% de los casos, siendo estas: flemón pancreático (18,5%), pseudoquiste pancreático (11,1%), ascitis pancreática (3,7%) y sepsis (3,7%).

5.5 Tiempo de evolución y complicaciones del Abdomen Agudo

Tabla 19. Tiempo de inicio de las complicaciones en los pacientes con Abdomen Agudo, Zamora 2018.

Tiempo de complicación	Recuento	%
- <24 horas	-	-
- 24-36 horas	4	6,0
- 36-72 horas	34	50,7
- > 72 horas	29	43,3
TOTAL	67	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Siguencia.

Interpretación: Al analizar el tiempo de inicio de las complicaciones, la mayoría ocurrió entre las 36 a 72 horas de evolución con un 50,7%, seguido del 43,3% de las complicaciones que ocurrieron después de las 72 horas. Ninguna complicación se presentó en las primeras 24 horas.

Tabla 20. Evolución de las complicaciones presentadas en los pacientes con Abdomen Agudo que acudieron al Hospital, Zamora 2018.

Complicación	Tiempo de complicaciones							
	<24 horas		24-36 horas		36-72 horas		> 72 horas	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Perforación	-	-	-	-	17	89,5	2	10,5
Abscesos Intra-abdominales	-	-	3	17,6	6	35,3	8	47,1
Sepsis	-	-	-	-	-	-	2	100,0
Ascitis pancreática	-	-	-	-	-	-	1	100,0
Colangitis	-	-	-	-	1	100,0	-	-
Fístulas	-	-	1	20,0	2	40,0	2	40,0
Flemón pancreático	-	-	-	-	5	100,0	-	-
Pseudoquiste pancreático	-	-	-	-	3	100,0	-	-
Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis	-	-	-	-	-	-	14	100,0
TOTAL	-	-	4	6	34	50,7	29	43,3

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Geovanna Espinoza Siguencia.

Interpretación: Al evaluar el tiempo de inicio de cada complicación, se observa que la perforación que fue la más prevalente, estuvo en el 89,5% de los casos entre las 36-72 horas de evolución. Por otro lado, tanto los abscesos intra-abdominales como la sepsis fueron más comunes después de las 72 horas con 47,1% y 100% de los casos respectivamente. También, dentro de las otras complicaciones observadas el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en el marco de una enfermedad inflamatoria pélvica, inició en el 100% de los casos luego de las 72 horas de evolución.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

El AA (Abdomen Agudo) es una de las urgencias médico-quirúrgicas más relevantes a nivel mundial, siendo una causa importante de complicaciones y mortalidad en los servicios médicos que podrían prevenirse a través de un monitoreo estricto, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (1,2). A nivel mundial se han realizado investigaciones que caracterizan este síndrome y su carga de morbimortalidad, pero en la localidad pocos estudios se han realizado sobre esta temática, por lo que el objetivo de este trabajo fue determinar las causas más frecuentes de AA y sus complicaciones en pacientes atendidos en el Hospital General Julius Doepfner, período 2018.

El Hospital General Julius Doepfner es un centro de salud de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública distrito 19D01, que atiende a la población residente de la provincia de Zamora Chinchipe, prestando servicios de consulta médica general y especializada, cirugía y traumatología, hospitalización, emergencia, terapia auditiva y de lenguaje. Su servicio de emergencias está disponible las 24 horas del día, recibiendo pacientes referidos del primer nivel de atención.

Esta investigación fue retrospectiva lo que permitió identificar y estudiar a todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de abdomen agudo y caracterizarlos epidemiológicamente. En relación a las características sociodemográficas más comunes en los pacientes con abdomen agudo, se evidenció que eran mayoritariamente hombres, entre 35-45 años de edad, de grado de instrucción académica secundaria, de nacionalidad ecuatoriana y de etnia mestiza. En Sinaloa-México, un estudio sobre abdomen agudo quirúrgico evidenció un mayor caso en hombres (57%) y un promedio de edad de 49 años (60). Por otro lado, en un hospital rural de Etiopía, Nega y Cols., evaluaron a 143 pacientes con abdomen agudo quirúrgico, con un ratio hombres-mujeres de 2,5:1 y una edad de presentación media de 26,6 años (9).

Las causas de este comportamiento se debe al mayor número de casos de apendicitis aguda en estos estudios, que es más frecuente en hombres

posiblemente por factores dietéticos que promueven el estreñimiento; a su vez, como refieren algunos autores, el sexo femenino presenta una mayor tasa de apendicectomía negativa, debido a enfermedades pélvicas que generan irritación peritoneal, que puede ser confundido con esta patología pero es excluida en el diagnóstico de egreso (61). Por otro lado, la edad de mayor presentación es entre la segunda y tercera década de la vida, relacionado con el período de tiempo de mayor actividad de los tejidos linfáticos asociados a mucosa, cuya inflamación es la principal causa de apendicitis aguda (62).

Algunos estudios reportan un mayor número de casos en mujeres, por ejemplo, Bejarano y cols., investigaron las causas de AA en el servicio de urgencias en una Clínica de Cali, encontrando que el 23,1% de los pacientes con AA requieren intervención quirúrgica y el otro porcentaje manejo médico. De estos, el 67% de los que consultaron por dolor abdominal fueron mujeres, lo que se correlacionó con la etiología de mayor frecuencia que fue litiasis biliar (63). La mayor prevalencia de litiasis biliar en las mujeres es explicada por los estrógenos, que incrementan la secreción de colesterol por la bilis, especialmente con el uso de anticonceptivos orales, terapia de reemplazo hormonal y durante el embarazo (64).

Con respecto a las principales etiologías de este síndrome se observó que la apendicitis aguda fue la más frecuente con el 46,5% de los casos, seguido de litiasis del árbol biliar (25%), pancreatitis aguda (10,7%), colecistitis aguda (9,1%), enfermedad inflamatoria pélvica (8,3%) y enfermedad diverticular del colon (0,4%). Estos resultados son similares a los publicados por García y cols., en un Hospital de Sinaloa, México, evaluando una cohorte de 56 pacientes con diagnóstico de AA, donde el 62,5% de los casos fueron apendicitis aguda y 23,3% patología biliar (60). En pacientes entre 13-18 años de edad evaluados en el Hospital José Carrasco Arteaga en la ciudad de Cuenca Ecuador y en el Hospital de Niños Roberto Gilbert E. en Guayaquil, se encontró que la causa más frecuente de AA fue la apendicitis aguda, aunque el pico de presentación se dio entre los 7-12 años de edad (12,13).

Este comportamiento difiere a lo reportado por Miettinen y cols., que encontraron que el dolor abdominal no específico fue el más frecuente con 33% de los casos,

pero este se presentó en mayor medida en los jóvenes y en los adultos mayores a 75 años, lo que podría explicar la falta de este diagnóstico tal trabajo (8). Además, utilizo los datos de pacientes ingresados al hospital y como reporta Espinoza y cols., en su investigación de AA en adultos mayores de San Bernardo, Chile, el dolor abdominal no específico no es una causa común de hospitalización (65).

En este estudio no hubo casos de AA vascular, posiblemente debido a que se incluyeron pacientes hasta los 45 años de edad, y la incidencia de eventos tromboticos y patologías cardiovasculares de base como fibrilación auricular son más frecuentes en los adultos mayores de 65 años de edad. En este sentido, Sánchez-Reinaldo y cols., en 388 pacientes geriátricos, encontró como un comportamiento alto en relación a la muestra que el 6,44% de los pacientes padeció trombosis mesentérica (11). El envejecimiento se relaciona con cambios estructurales y funcionales en la vasculatura, con mayor estrés oxidativo, pérdida del tono vascular y disfunción endotelial lo que explicar el mayor número de casos vasculares en este grupo etario (66).

Por otra parte, en este trabajo se encontró que el 25% de los casos presentaron dolor abdominal agudo por coledocolitiasis y colelitiasis, además el 9,1% presentó colecistitis aguda, la cual puede ser de causa litiásica (más común) y alitiásica o acalculosa. La litiasis del árbol biliar puede presentarse de manera asintomática o en forma de cólicos biliares, aproximadamente un 4% de los pacientes con litiasis biliar desarrollará un evento agudo en el año siguiente, de los cuales 20% culminará en colecistitis aguda, por lo que estos pacientes requieren un control especializado para programar un tratamiento quirúrgico electivo (67).

Al evaluar estas causas clasificadas según el sexo del paciente, se encontró que la apendicitis aguda fue más frecuente en hombres, por otro lado, las patologías del árbol biliar fueron más comunes en la mujer, similar a lo que reportó Miettinen en Finlandia, donde demostró que la apendicitis aguda era más frecuente en hombres jóvenes y las patologías del árbol biliar en las mujeres adultas (8). De esta misma forma, Díaz-Ramón evidenció que la apendicitis aguda fue más frecuente en hombres y la colecistitis aguda en mujeres en una muestra geriátrica de pacientes de un Hospital de Veracruz en México (10).

Es interesante destacar que todos los pacientes refirieron que su sintomatología inició fue en las 24 horas previas al ingreso, por lo tanto, no fue un factor que determinara el pronóstico en este estudio. Por el contrario, Nega en Etiopía, evidenció en 143 pacientes con abdomen agudo quirúrgico, una media de evolución del caso clínico previo a la presentación a urgencia de 88,4 horas, aunque pueda estar generado por el mayor número de casos de obstrucción intestinal (35%) que cursa con sintomatología, como distensión abdominal y constipación (9), que puede pasar desapercibida en casos de obstrucción parcial hasta que el cuadro resulte en una obstrucción total, a diferencia de los cuadros inflamatorios que son de evolución más brusca (68).

En este mismo sentido, Sánchez-Reinaldo y cols., en 388 pacientes adultos mayores ingresados a un Hospital Vladimir Ilich Lenin en Cuba, evidenció que el 57% de los pacientes con abdomen agudo consultaron entre 24-48 horas luego del inicio de la sintomatología, planteando que posiblemente los pacientes que presentan dolor abdominal asumen que se deba por molestias gastrointestinales de resolución espontánea y retrasen su asistencia al centro de salud (11).

No hay que descartar un posible efecto negativo del retraso de la consulta a emergencia sobre el pronóstico del paciente, pero si se educa a la población de la importancia del reconocimiento de síntomas de alerta, las complicaciones no estarán determinadas por el tiempo de consulta sino por las características propias del paciente, de la enfermedad y de la asistencia médica, esto debe ser investigado en estudios posteriores en la localidad.

Por otro lado, según el tipo de abdomen agudo, en esta investigación el 94% de los pacientes se manejaron quirúrgicamente, lo que hace necesaria la actuación rápida para disminuir complicaciones. Esta cifra parece depender del perfil epidemiológico de la población, por ejemplo, Miettinen y cols., encontraron una frecuencia de AA quirúrgico de 43%, considerando que la principal causa fue dolor abdominal no específico de tratamiento médico (8), por otro lado, Bejarano y cols., en la Clínica Rafael Uribe de Cali-Colombia, 3.124 pacientes fueron registrados con diagnóstico de AA, lo que equivale el 5,1% de las consultas totales; de estas el 23,3% fue

quirúrgico (63). En contraparte, en una investigación realizada por Espinoza y cols., en el Hospital Parroquial San Bernardo en Chile, el AA quirúrgico representó más del 60% de los casos, siendo la principal causa la apendicitis aguda, este comportamiento fue similar a este trabajo (65).

Con respecto a las complicaciones más frecuentes, la perforación visceral fue la más reportada, en el 11% de los pacientes con apendicitis aguda, 13% de los casos de colecistitis aguda y 4,8% en la litiasis biliar. En una investigación retrospectiva realizada por Balogun y cols., en un Hospital de Nigeria, identificaron 224 casos de apendicitis aguda entre los años 2010-2017, evidenciando una tasa de perforación apendicular del 28,5%, lo que es una cifra mayor a la encontrada en este estudio, posiblemente a que estos pacientes reportaron una media de presentación a urgencias luego del inicio del dolor abdominal de 4-5 días (aproximadamente 108 horas) que predispone a complicaciones como perforación apendicular (69). En otro estudio realizado en el Hospital Modbury al sur de Australia, se realizó un estudio cuya muestra fue de 506 pacientes con apendicitis aguda, se encontró una tasa de perforación del 20% y se relacionó con el sexo masculino, neutrofilia y proteína C reactiva elevada (70).

García y cols; en el Hospital Nuevo Sanatorio Durango en México, se evaluó a 189 pacientes con apendicitis aguda, encontrando una tasa de perforación del 36%, siendo los factores de riesgo para esta complicación la automedicación y el retraso a la consulta de urgencias (71). Asimismo, en un estudio realizado en España, entre 2002-2012, se evaluaron a 1.033 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de colecistitis aguda, observando una tasa de perforación del 12,4%, siendo esta similar a la encontrada en este estudio (72).

La segunda complicación más común observada en los pacientes con AA fueron los abscesos intra-abdominales, que generalmente son ocasionados de forma tardía posterior a la colonización bacteriana. En un estudio realizado por Casado-Méndez y cols., en 1.037 pacientes diagnosticados con AA quirúrgico no traumático, evidenciaron que las principales complicaciones fueron los trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base en el 28% de los pacientes, por otro

lado, el 2,7% presentó sepsis y 0,88% abscesos intra-abdominales, lo que es mucho menor a lo reportado en este trabajo (73).

En las pacientes que ingresaron con sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica, el 66,7% o 14 pacientes presentaron síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, constituyendo una complicación frecuente, siendo similar con el estudio reportado por Sung y cols., en el departamento de emergencias de un Hospital de Corea entre el año 2004 y 2008, diagnosticándose 82 casos en el período de estudio, es decir un aproximado de 20 pacientes por año. En este trabajo se encontró que el 17,3% tenía un dispositivo intrauterino, 63% refirió antecedente de aborto y solo 10% de las pacientes fue diagnosticada y tratada por enfermedad inflamatoria pélvica en los últimos 6 meses, lo que contrasta con el estudio ya que todas presentaron este diagnóstico previo. Por otro lado, la media de evolución de los síntomas en estas pacientes previo a consultar fue de 72 horas, siendo la principal causa *C. trachomatis* en el 89% de los casos (74).

La pancreatitis aguda tuvo un nivel de complicación del 59,3% de los casos, siendo las más frecuentes: abscesos, flemón pancreático, pseudoquiste pancreático, sepsis y ascitis pancreática. En un estudio retrospectivo realizado por Reid y cols., en un Hospital Terciario de Jamaica que incluyó 91 pacientes con una edad media de 45 años de edad, encontraron que las complicaciones locales como colecciones peri-pancreáticas, pseudoquiste pancreático y la necrosis estuvieron en el 25% de los casos, mientras que la disfunción orgánica fue diagnosticada en el 22% de los pacientes (75). A su vez, Vengadakrishnan en el Hospital de Ramanchandra analizó 110 pacientes adultos con diagnóstico de pancreatitis aguda en la India, observaron que la disfunción multiorgánica (20 pacientes), el derrame pleural (15 casos), el pseudoquiste pancreático (9 casos) y el síndrome de distrés respiratorio agudo del adulto (2 casos) fueron las complicaciones presentadas (76).

Globalmente, la prevalencia de complicaciones en esta investigación fue de 26,6%, siendo similar a lo que reportó Nega en pacientes con AA en un hospital de Etiopía con 28,7% (9), por otro lado, en adultos mayores de Cuba se presentaron complicaciones en el 29,54% de los casos (11). Por el contrario, en pacientes estudiados en México mayores a 18 años, que ingresaron con AA quirúrgico y

fueron intervenidos oportunamente, se encontró una tasa de complicaciones del 8,9% que es menor a los que se evidenció en este trabajo (34).

Por último, sobre la evolución en estos pacientes solo el 6% de ellos presentó alguna de estas complicaciones entre las 24-36 horas del ingreso y ningún se complicó en las primeras 24 horas de evolución, lo que puede relacionarse con la consulta precoz realizada por todos los pacientes. El 50,7% de los casos se complicaron entre las 36-72 horas de ingreso, principalmente la perforación visceral, colangitis, flemón pancreático y pseudoquiste pancreático. Por otro lado, el 43,3% de los pacientes presentaron complicaciones luego de las 72 horas de evolución, entre estos, las causas infecciosas fueron las principales como los abscesos intra-abdominales, la sepsis y el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Esto es similar a lo reportado en algunos estudios, como el de Sánchez-Reinaldo, donde se observó que de los pacientes ingresados con Abdomen Agudo quirúrgico y que fueron intervenidos, el 3,34% de las complicaciones se presentaron en las primeras 24 horas de evolución, mientras que el 26,2% de los pacientes que se complicaron lo hicieron luego de las 24 horas post-operatorias (8).

Si bien la tasa de perforación visceral en este estudio es baja comparado a otros estudios reportados en la literatura (7% en general y 11% en pacientes con apendicitis aguda), en los casos con esta complicación, se presentaron después de las 36 horas de evolución, lo que puede indicar una falta de tratamiento oportuno. En una investigación realizada por Saar y cols., en pacientes mayores a 18 años que ingresaron a urgencias para realizar la apendicectomía, se evidenció que las complicaciones aumentaron por cada doce horas de retraso de la cirugía, desde 3,6% en los que se realizó la intervención quirúrgica en las primeras 12 horas de evolución, hasta 28,3% en aquellos con más de 48 horas de evolución ($p < 0,01$) (77). Otro estudio realizado en USA, identificó que el riesgo de perforación es igual o menor al 2% en pacientes con menos de 36 horas de evolución, luego de esto, aumenta 5% con cada doce horas de evolución del cuadro clínico (78).

Otros estudios plantean que las complicaciones pueden relacionarse con otras variables que no han sido estudiadas en esta investigación, como el tiempo en el

que se inició el tratamiento oportuno o características de los pacientes como el grado de respuesta inflamatoria o las comorbilidades que pudieran complicar el pronóstico (49,50), siendo necesario estudios de seguimiento que evalúen las determinantes de las complicaciones en los pacientes con AA de este hospital.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1. CONCLUSIONES

- En los pacientes ingresados con Abdomen Agudo en el Hospital General Julius Doepfner, la población mayormente afectada son los hombres con 52,4% de los casos, el grupo etario entre 35-45 años de edad (43,7%), de instrucción académica secundaria (53,6%), nacionalidad ecuatoriana y etnia mestiza (95,6%).
- Las patologías más frecuentes fueron: apendicitis aguda (46,5%), litiasis biliar (25%), colecistitis aguda (9,1%), pancreatitis aguda (10,7%) y enfermedad inflamatoria pélvica (8,3%).
- El 94% de los casos de AA fueron quirúrgicos.
- Las complicaciones más frecuentes fueron: perforación visceral (7,5%), abscesos intra-abdominales (6,7%) y el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (5,6%) que ocurre en el contexto de una enfermedad pélvica inflamatoria.
- No se pudo identificar relación con el inicio de la sintomatología ya que todos los pacientes consultaron con menos de 24 horas de evolución del cuadro clínico, por otro lado, en la evolución intrahospitalaria, la mayoría de la morbilidad se encontró luego de las 36 horas de evolución.

7.2. RECOMENDACIONES

- Realizar campañas de educación en la comunidad sobre la relevancia del AA en la morbilidad del país y los síntomas de alerta que debe reconocer la población para consultar de forma temprana.
- Actualizar los protocolos de manejo clínico de AA y sus principales etiologías (apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda) de forma anual en el hospital y realizar discusiones de casos clínicos con los médicos encargados del servicio de urgencias para mejorar el diagnóstico oportuno de estos pacientes.

- Colocar carteleras en los consultorios del servicio de urgencias con información sobre el AA para la formación de los médicos y los pacientes que asistan al hospital.
- En pacientes femeninas y activas sexualmente con AA debe sospecharse también enfermedad pélvica inflamatoria, aparte de los demás diagnósticos sugestivos como apendicitis aguda o patología Gineco-obstétrica ya que es frecuente en la localidad.
- Mejorar el tiempo de atención de los pacientes con sospecha de apendicitis aguda, colecistitis aguda o litiasis biliar, tomando como límite para el tratamiento oportuno las 36 horas de evolución del cuadro clínico.
- En los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda, monitorear signos y síntomas de infección como fiebre y leucocitosis, por el riesgo de abscesos intra-abdominales y sepsis, en el que se deberá realizar un estudio de imagen como tomografía axial computarizada con contraste IV.
- Se deben realizar estudios prospectivos de cohorte en los pacientes con AA, para determinar los principales factores determinantes de complicaciones, que incluya variables como tiempo de inicio del tratamiento, grado de respuesta inflamatoria y comorbilidades.

7.3. BIBLIOGRAFÍA:

1. Mayo Ossorio MA, Pacheco García JM, Vázquez Gallego JM. Abdomen agudo. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. abril de 2016;12(7):363-79.
2. Millán Gallizo G, Navarro Gonzalo A, Palacios Fanlo MJ, Allué Cabañuz M. Abdomen agudo en paciente anciano. Cir Esp. marzo de 2017;95(3):167.
3. Loureiro ÁP, Pérez MV, Carou RB. Abordaje del dolor abdominal. FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria. diciembre de 2016;23(10):568-74.
4. Abdullah M, Firmansyah MA. Diagnostic approach and management of acute abdominal pain. Acta Medica Indones. 2012;44(4):344-50.
5. Young P. La apendicitis y su historia. Rev Médica Chile. 2014;142(5):667-72.
6. Silen W, Cope Z. Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen. 22.^a ed. OUP USA; 2010. 340 p.
7. Javé EEM, Rosas HR, Gutiérrez CA, Habib AZ. Abdomen agudo. Avances en su manejo y abordaje. Trauma Urgenc Médica Hoy. 2008;11(3):86-91.
8. Miettinen P, Pasanen P, Lahtinen J, Alhava E. Acute abdominal pain in adults. Ann Chir Gynaecol. 1996;85(1):5-9.
9. Nega B. Pattern of acute abdomen and variables associated with adverse outcome in a rural primary hospital setting. Ethiop Med J. 2009;47(2):143-51.
10. Díaz-Ramón J. Causas de abdomen agudo quirúrgico en pacientes geriátricos [Internet] [Tesis]. [Veracruz]: Universidad Veracruzana; 2010. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/36449/diazramonjavier.pdf;jsessionid=A57FA564BB7D028C8EB8C7FB2FE0F7BD?sequence=1>
11. Sanchez-Reinaldo P, Pascual YR, Fernández RV, Monferrer CYC. Abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Enero 2005 a enero 2008. Cienc Holguín. 2010;XVI(1):1-12.

12. Salazar A, Torres B, Córdova F, Martínez F. Abdomen agudo en pacientes pediátricos [Internet] [Tesis]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad del Azuay; 2014. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3939/1/10543.pdf>
13. Ramírez-Arrobo N, Sánchez-Dávila M. Caracterización del dolor abdominal en pacientes con Apendicitis aguda de 7 a 17 años del Hospital Roberto Gilbert Elizalde en el año 2015 [Internet]. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8296/1/T-UCSG-POS-EGM-PE-48.pdf>
14. Harken AH. Priorities in Evaluation of the Acute Abdomen. En: Abernathy's Surgical Secrets [Internet]. Elsevier; 2018 [citado 28 de abril de 2018]. p. 56-8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780323478731000127>
15. Mariage M, Sabbagh C, Yzet T, Dupont H, NTouba A, Regimbeau JM. Distinguishing fecal appendicular peritonitis from purulent appendicular peritonitis. Am J Emerg Med [Internet]. abril de 2018 [citado 13 de mayo de 2018]; Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735675718302894>
16. Cho Y, Struijk DG. Peritoneal Dialysis–Related Peritonitis: Atypical and Resistant Organisms. Semin Nephrol. enero de 2017;37(1):66-76.
17. Treuer R. DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL ADULTO MAYOR. Rev Médica Clínica Las Condes. marzo de 2017;28(2):282-90.
18. Jové Ponseti E, Villarrasa Millán A, Ortiz Chinchilla D. Análisis de las complicaciones del decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio agudo: estándar de calidad, incidencia y factores relacionados. Enferm Intensiva. julio de 2017;28(3):125-34.
19. Sánchez-López-Gay J, Becerra-Almazán JM, Reyes-Aguilar R, Rodríguez-Barón B, Navarro-Duarte JC. Causa de abdomen agudo no quirúrgico: infarto omental. SEMERGEN - Med Fam. octubre de 2017;43(7):534-6.

20. Prada Arias M, Salgado Barreira A, Montero Sánchez M, Fernández Eire P, García Saavedra S, Gómez Veiras J, et al. Apendicitis versus dolor abdominal agudo inespecífico: evaluación del Pediatric Appendicitis Score. *An Pediatría*. enero de 2018;88(1):32-8.
21. Marín AG, Fuentes FJT, Ayuso MC, Obrador LZ. Dolor abdominal en Urgencias: abdomen agudo. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. noviembre de 2015;11(90):5357-64.
22. Fecteau G, Desrochers A, Francoz D, Nichols S. Diagnostic Approach to the Acute Abdomen. *Vet Clin North Am Food Anim Pract*. marzo de 2018;34(1):19-33.
23. Elizalde-Valdés VM, Téllez-Becerril GE, López-Aceves LJ. Construcción y validación de una escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet*. julio de 2016;43(3):110-21.
24. Barthel W, Markwardt F. Aggregation of blood platelets by adrenaline and its uptake. *Biochem Pharmacol*. 15 de octubre de 1975;24(20):1903-4.
25. Ruiz de la Hermosa A, Ortega-Domene P, Fuenmayor-Valera ML, Pérez-Morera A, Seoane-González JB. Báscula cecal, una causa infrecuente de obstrucción intestinal. *Cir Cir*. noviembre de 2016;84(6):513-7.
26. Beltrán S. MA, Häberle O. F. Obstrucción intestinal en pacientes con apendicitis. *Rev Chil Cir*. julio de 2017;69(4):302-9.
27. Quirós Rivero J, Capelo Medina E, Corbacho Campos A, Muñoz García JL. Radioterapia como tratamiento paliativo de la obstrucción biliar tumoral. *Med Paliativa*. octubre de 2016;23(4):202-6.
28. Calmarza P, Bajador E, Lapresta C, García Castañón S, de Castro I, Civeira F. Efecto de la obstrucción de la vía biliar en la concentración de lipoproteína(a). *Clínica E Investig En Arterioscler*. septiembre de 2014;26(5):218-23.

29. W, Jaramillo. Apendicitis Aguda. 1era Ed. Ecuador. EDUNICA.2010,P(39, 40,41, 42).
30. Baldeyrou M, Tattevin P. Infecciones urinarias. EMC - Tratado Med. junio de 2018;22(2):1-8.
31. Badia M, Iglesias S, Serviá L, Domingo J, Gormaz P, Vilanova J, et al. Factores predictores de mortalidad en la sepsis urinaria con obstrucción ureteral. Med Intensiva. junio de 2015;39(5):290-7.
32. Fernández MA. Enfermedad inflamatoria intestinal concurrente con tumor del estroma gastrointestinal. :2.
33. Laiz Díez B, González González J, Ruiz Tovar J, Cea Soriano M, Durán Poveda M. Obstrucción intestinal debido a hernia estrangulada en el espacio prevesical: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Chil Cir [Internet]. febrero de 2017 [citado 29 de mayo de 2018]; Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0379389317300078>
34. Sánchez de Molina Rampérez ML, Pastor Idoate C, López-Botet Zulueta B, Cortes Guiral D, Uriarte ÁC. Infarto hemorrágico suprarrenal bilateral como causa infrecuente de dolor abdominal agudo durante el postoperatorio inmediato de la cirugía de colon. Cir Esp. diciembre de 2015;93(10):666-8.
35. Díaz-Barrientos CZ, Aquino-González A, Heredia-Montañón M, Navarro-Tovar F, Pineda-Espinosa MA, Espinosa de Santillana IA. Escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: comparación con la escala de Alvarado modificada. Rev Gastroenterol México. abril de 2018;83(2):112-6.
36. Benedetto G, Ferrer Puchol MD, Llavata Solaz A. Sospecha de apendicitis aguda en adultos. El valor de la ecografía en nuestro hospital. Radiología. 2019;61(1):51-9.
37. Gutiérrez-Moreno LI, Trejo-Avila ME, Díaz-Flores A, Dávila-Zenteno MR, Montoya-Fuentes IM, Cárdenas-Lailson LE. Colecistitis eosinofílica: estudio retrospectivo de 14 años. Rev Gastroenterol México. 2018;83(4):405-9.

38. Bueno Lledó J, Ibáñez Cirión JL, Torregrosa Gallud A, López Andújar R. Elaboración de un score predictivo preoperatorio de coledocolitiasis. *Gastroenterol Hepatol*. noviembre de 2014;37(9):511-8.
39. Rustom LBO, Sharara AI. The Natural History of Colonic Diverticulosis: Much Ado about Nothing? *Inflamm Intest Dis*. 2018;3(2):69-74.
40. Rodríguez-Wong U, Cruz-Rubin C, Pinto-Angulo VM, García Álvarez J. Obesidad y enfermedad diverticular del colon complicada. *Cir Cir*. 2015;83(4):292-6.
41. Aicart-Ramos M, Mesonero F, Parejo S, Peñas B. Enfermedad diverticular del colon. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. marzo de 2016;12(6):285-96.
42. Olesen SS, Krauss T, Demir IE, Wilder-Smith OH, Ceyhan GO, Pasricha PJ, et al. Towards a neurobiological understanding of pain in chronic pancreatitis: mechanisms and implications for treatment. *Pain Rep*. 2017;2(6).
43. Fonseca Sepúlveda EV, Guerrero-Lozano R. Acute pancreatitis and recurrent acute pancreatitis: an exploration of clinical and etiologic factors and outcomes. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;
44. Walling A, Freelove R. Pancreatitis and Pancreatic Cancer. *Prim Care Clin Off Pract*. diciembre de 2017;44(4):609-20.
45. Flood L, Nichol A. Acute pancreatitis: an intensive care perspective. *Anaesth Intensive Care Med*. marzo de 2018;19(3):119-24.
46. Kuo W-K, Hua C-C, Yu C-C, Liu Y-C, Huang C-Y. The cancer control status and APACHE II score are prognostic factors for critically ill patients with cancer and sepsis. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi*. 2019;
47. Basit H, Ruan GJ, Mukherjee S. Ranson Criteria. En: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019*.
48. Boadas J, Balsells J, Busquets J, Codina-B A, Darnell A, Garcia-Borobia F, et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de

- posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterol Hepatol. 2015;38(2):82-96.
49. Khanna AK, Meher S, Prakash S, Tiwary SK, Singh U, Srivastava A, et al. Comparison of Ranson, Glasgow, MOSS, SIRS, BISAP, APACHE-II, CTSI Scores, IL-6, CRP, and Procalcitonin in Predicting Severity, Organ Failure, Pancreatic Necrosis, and Mortality in Acute Pancreatitis. HPB Surg. 2013;2013:367581.
 50. [ulcera peptica1.pdf](#).
 51. Carretero C. Úlcera péptica. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. febrero de 2016;12(3):111-7.
 52. Morales CG. Endometriosis como causa de obstrucción intestinal tratada por vía laparoscópica. :3.
 53. López-Casillas N. Vólvulo de la vesícula biliar como causa de abdomen agudo. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Chil Cir. noviembre de 2017;69(6):479-82.
 54. Abadía-Barnó P, Coll-Sastre M, Picón-Serrano C, Sanjuanbenito-Dehesa A, Cabañas-Montero J. Vólvulo de vesícula biliar: retos diagnósticos y quirúrgicos. Cir Cir. diciembre de 2017;85:89-92.
 55. Orozco Gil N, Martínez Ballester ML, Bañuls Matoses Á, Montesinos Meliá C, Caro Pérez F. Hernia de Petit encarcerada: a propósito de un caso. Rev Hispanoam Hernia. enero de 2016;4(1):33-6.
 56. Santana Suárez MA, Suárez Suárez B, Ocón Padrón L, Seara Fernández S. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria. Clínica E Investig En Ginecol Obstet. 2018;45(4):157-62.
 57. Agud Fernández M, López López F, Díaz Pedroche C, Gómez-Martín C. Enfermedad inflamatoria intestinal concurrente con tumor del estroma gastrointestinal. Gastroenterol Hepatol. 2018;41(5):310-1.

58. Mekhael M, El-Hussuna A. Acute abdomen in a patient with paraesophageal hernia, resulting in acute compromised respiratory function: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017;31:180-3.
59. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios 2015. [Internet]. Ecuador; 2015. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_camasyegresos_hospitalarios_2015.xlsx
60. García-Valenzuela SE, Bonilla-Catalán PV, Quintero-García B, Trujillo-Bracamontes FS, Ríos-Beltrán J del C, Sánchez-Cuén JA, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. *Cir Gen.* 2017;39(4):203-8.
61. Salö M, Ohlsson B, Arnbjörnsson E, Stenström P. Appendicitis in children from a gender perspective. *Pediatr Surg Int.* 2015;31(9):845-53.
62. Oguntola AS, Adeoti ML, Oyemolade TA. Appendicitis: Trends in incidence, age, sex, and seasonal variations in South-Western Nigeria. *Ann Afr Med.* 2010;9(4):213-7.
63. Bejarano M, Gallego CX, Gómez JR. Frequency of acute surgical abdomen in patients consulting the emergency service. *Rev Colomb Cir.* 2011;26(1):33-41.
64. Novacek G. Gender and gallstone disease. *Wien Med Wochenschr* 1946. 2006;156(19-20):527-33.
65. Espinoza G R, Balbontín M P, Feuerhake L S, Piñera M C. Abdomen agudo en el adulto mayor. *Rev Médica Chile.* 2004;132(12):1505-12.
66. Ghebre YT, Yakubov E, Wong WT, Krishnamurthy P, Sayed N, Sikora AG, et al. Vascular Aging: Implications for Cardiovascular Disease and Therapy. *Transl Med Sunnyvale Calif.* 2016;6(4).
67. Ochoa-Barajas SR. Dolor abdominal agudo: Enfoque para el médico de atención primaria. *Med UNAB.* 2012;15(2):113-22.

68. Gil Romea I, Moreno Mirallas MJ, Deus Fombellida J, Mozota Duarte J, Garrido Calvo A, Rivas Jiménez M. Obstrucción intestinal. *Med Integral*. 2001;38(2):52-6.
69. Balogun OS, Osinowo A, Afolayan M, Olajide T, Lawal A, Adesanya A. Acute Perforated Appendicitis in Adults: Management and Complications in Lagos, Nigeria. *Ann Afr Med*. 2019;18(1):36-41.
70. Barreto SG, Travers E, Thomas T, Mackillop C, Tiong L, Lorimer M, et al. Acute perforated appendicitis: an analysis of risk factors to guide surgical decision making. *Indian J Med Sci*. 2010;64(2):58-65.
71. García Tay JAG, Hernández Ortega JL. Factores asociados a la perforación apendicular en pacientes con apendicitis aguda. Experiencia en el Nuevo Sanatorio Durango. *Rev Fac Med México*. 2013;56(3):21-5.
72. Ausania F, Guzman Suarez S, Alvarez Garcia H, Senra del Rio P, Casal Nuñez E. Gallbladder perforation: morbidity, mortality and preoperative risk prediction. *Surg Endosc*. 2015;29(4):955-60.
73. Casado Méndez PR, Vallés Gamboa ME, Corrales Caymari Y, Cabrera Zambrano Y, Méndez Jiménez O. Enfermedades trazadoras del abdomen agudo quirúrgico no traumático. *Rev Arch Méd Camagüey*. 2014;18(3):269-82.
74. You JS, Kim MJ, Chung HS, Chung YE, Park I, Chung SP, et al. Clinical Features of Fitz-Hugh-Curtis Syndrome in the Emergency Department. *Yonsei Med J*. 2012;53(4):753-8.
75. Reid GP, Williams EW, Francis DK, Lee MG. Acute pancreatitis: A 7 year retrospective cohort study of the epidemiology, aetiology and outcome from a tertiary hospital in Jamaica. *Ann Med Surg*. 2017;20:103-8.
76. Vengadakrishnan K, Koushik AK. A study of the clinical profile of acute pancreatitis and its correlation with severity indices. *Int J Health Sci*. 2015;9(4):410-7.

77. Saar S, Talving P, Laos J, Põdrämägi T, Sokirjanski M, Lustenberger T, et al. Delay Between Onset of Symptoms and Surgery in Acute Appendicitis Increases Perioperative Morbidity: A Prospective Study. *World J Surg.* 2016;40(6):1308-14.
78. Bickell NA, Aufses AH, Rojas M, Bodian C. How time affects the risk of rupture in appendicitis. *J Am Coll Surg.* 2006;202(3):401-6.

ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Facultad de Medicina

**CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO Y SUS
COMPLICACIONES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL
JULIUS DOEPFNER, PERÍODO 2018.**

Formulario # 59

DATOS SOCIO – DEMOGRÁFICOS

Edad: 40

Género:

1. Femenino

x

2. Masculino

Nivel de instrucción

1.- Analfabeta

x

2.- Primaria

3.- Secundaria

4.- Superior

LA SINTOMATOLOGÍA INICIO:

1.- <24 horas: x 2.- 24-36 horas: ____ 3.- >36-72 horas: ____ 4.- >72 horas: ____

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO:

1. Apendicitis aguda

3. Colecistitis aguda

5. Otras

2. Obstrucción intestinal

4.- Trauma abdominal

¿Cuál?: **Pancreatitis aguda**

TIPO DE ABDOMEN QUIRÚRGICO

1.- Quirúrgico: _____ 2.- Médico: x

¿PRESENTÓ COMPLICACIONES?

1.- Sin complicaciones: x 2.- Con complicaciones: _____

TIPO DE COMPLICACIONES

1. Perforación

2. Abscesos

3. Sepsis

4. Shock Hipovolémico

5. Disfunción orgánica

6. Otras

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

¿Cuáles?: _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN QUE SE PRESENTARON LAS COMPLICACIONES:

1.- <24 horas

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

2.- 24-36 horas

3.- 36-72 horas

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

4.- >72 horas

ANEXO 2: OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  

Hospital General Julius Doeppner

Oficio Nro. MSP-CZ7-HGJD-2019-0241-O

Zamora, 12 de junio de 2019

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN.

Doctora
Karla Aspiazu
Responsable del Criterio de Investigación-facultad de Medicina Ucaque
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
En su Despacho

De mi consideración:

Mediante el presente me dirijo a su digna persona para brindar atención al oficio sin número de fecha 10 de junio del 2019, en el cual me permito hacer conocer el criterio jurídico emitido por el Dr. Manuel Albuja, Asesor Jurídico de la Coordinación Zonal 7 Salud, donde se autoriza que la interna de medicina rotativa *Sandra Espinoza Sigüenza*, realice su trabajo de titulación con el tema *Causas más frecuentes de abdomen agudo y sus complicaciones en pacientes atendidos en el Hospital General Julius Doeppner período 2018, la misma que estará dirigida por el Dr. Luis Mario Chanchi Ayala.*

"Con un atento y cordial saludo me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos, a la vez para indicarle lo siguiente:

En atención al Memorando Nro. MSP-CZ7-HGJD-2019-3162-M, suscrito por la Dra. Ruth Yolanda Sigüenza Orellana en su calidad de Directora Del Hospital Provincial General "Julius Doeppner", documento en el cual indica: "(...) Me es grato dirigirme a su autoridad con un atento saludo; a la vez solicitar su criterio jurídico si es factible o no atender lo solicitado en documento adjunto de la Universidad Católica de Cuenca, quien solicita la autorización para que el interno rotativo de medicina *Sandra Espinoza Sigüenza*, realice su trabajo de titulación con el tema *Causas más frecuentes de abdomen agudo y sus complicaciones en pacientes atendidos en el Hospital General Julius Doeppner período 2018, la misma que estará dirigida por el Dr. Luis Mario Chanchi Ayala.* (...)"

Previo a emitir el criterio que en derecho corresponde es importante enunciar los siguientes preceptos legales:

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.

Art. 347.- Será responsabilidad del Estado:

11. Garantizar la participación activa de estudiantes, familias y docentes en los procesos

Sevilla de Oro y Francisco de Orellana
Zamora – Ecuador • Teléfono: 593 (02) 605382- 605149 • www.salud.gob.ec

01/06/2019



Hospital General Julius Doepfner

Oficio Nro. MSP-CZ7-HGJD-2019-0241-O

Zamora, 12 de junio de 2019

educativos.

LEY ORGÁNICA DE EDUCACIÓN SUPERIOR.

Art. 4.- Derecho a la Educación Superior.- El derecho a la educación superior consiste en el ejercicio efectivo de la igualdad de oportunidades, en función de los méritos respectivos, a fin de acceder a una formación académica y profesional con producción de conocimiento pertinente y de excelencia.

Las ciudadanas y los ciudadanos en forma individual y colectiva, las comunidades, pueblos y nacionalidades tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo superior, a través de los mecanismos establecidos en la Constitución y esta Ley.

LEY ORGÁNICA DE SALUD.

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; **así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;** (el subrayado y negritas me pertenece).

CRITERIO JURÍDICO.

La Dirección Zonal de Asesoría Jurídica de la Coordinación Zonal 7 Salud indica lo siguiente:

En cumplimiento a lo establecido en el Art. 347 numeral 11 de la Constitución de la República en concordancia al Art. 4 de la Ley Orgánica de educación Superior y con la finalidad de garantizar el proceso de titulación de la interna rotativa de medicina SANDRA ESPINOZA SIGUENCIA, **SE AUTORIZA A LA MISMA REALICE SU TRABAJO INVESTIGATIVO EN EL HOSPITAL "JULIUS DOEPFNER"**, quien estará bajo la supervisión de la Dra. Ruth Yolanda Sigüenza Orellana, Directora del Hospital o a quien delegue debiendo coordinar con el Dr. Luis Mario Chunchi Ayala, especialista en Medicina Interna, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, la información que se proporcionara al estudiante será única y exclusivamente Reporte, Edad, Sexo y Diagnóstico, es decir de manera general.

Es importante recordar, que bajo ningún concepto se puede otorgar nombre o apellidos como historiales clínicos de los pacientes, en cumplimiento a lo dispuesto al Art. 7 literal f) de la Ley Orgánica de Salud, sin embargo, si dicho estudiante obtiene la autorización suscrita por el paciente o familiares debidamente comprobado podrán acceder a los



Hospital General Julius Doepfner

Oficio Nro. MSP-CZ7-HGJD-2019-0241-O

Zamora, 12 de junio de 2019

mismos.

Finalmente solicito a usted Señora Directora, con la finalidad de atender las futuras peticiones dirigidas a su persona con respecto a permisos de trabajos de titulación en el Hospital "Julius Doepfner", le sugiero atender las mismos en base a los criterios emitidos por esta Dirección Zonal de Asesoría Jurídica.

Particular que pongo a su conocimiento para los fines pertinentes."

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Ruth Yolanda Sigüenza Orellana
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPFNER

Referencias:
- MSP-CZ7JURIDICO-2019-0382-M

Copia:
Señora Doctora
Rosa de Fátima Carrión Jara
Analista de Admisión del HGJD

Señora
Tanya Isabel Álvarez Jaramillo
Asistente de Admisiones del HGJD

ANEXO 3: OFICIO DE BIOÉTICA

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

Cuenca, 29 de enero 2019

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

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado "Causas más frecuentes de abdomen agudo y sus complicaciones en pacientes atendidos en el hospital general Julius Doepfner, periodo 2018".

Trabajo de titulación realizado por la Srta. Sandra Geovanna Espinoza Siguenza

Código: Ma9 SaEs37135



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA



ANEXO 4: INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO

INFORME FINAL DE TITULACION Espinoza Siguenca
Geovanna

INFORME DE ORIGINALIDAD

7% INDICE DE SIMILITUD	7% FUENTES DE INTERNET	1% PUBLICACIONES	2% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)


%

es.slideshare.net
Fuente de Internet

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 50 words



ANEXO 5: INFORME CENTRO DE IDIOMAS


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA | COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 14 de agosto del 2019


EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO


Dr. Wladimir Quinche Orellana
SECRETARIO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
DIRECCIÓN
CENTRO DE IDIOMAS
SECRETARIA



ANEXO 6: RÚBRICA DE PRIMER PAR REVISOR



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



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FREDY GARDENAS H.
DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

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

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema:	CARGOS MÁS FRECUENTES DE RAZONEN RAZON Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL JULIUS BOEPFNER, PERIODO 2018.		
Nombre del estudiante:	Sandra Cecilia Espinoza Sicañeta		
Director:	Dr. Luis Morán Cevallos Armas		
Título a obtener:	Medico General		
Fecha de sustentación:			


PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis				1 / 1
Redacción Científica				0.5 / 1
Pensamiento crítico				1 / 1
Marco teórico				0.5 / 1
Anexos				1 / 1
Total				4 / 5

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

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfono: 830752 – 4123175



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

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


Firma y sello de responsable




UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA
Dr. Javier Jordano L.

Firma de aceptación del estudiante

ANEXO 7: RÚBRICA DE SEGUNDO PAR REVISOR


CATÓLICA DE CUENCA
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO


DR. OSCAR Cárdenas H.
 DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA

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

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: <u>CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PROBLEMAS RENALES Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES RENALES EN EL HOSPITAL GENERAL JULIO ROZENDY, PERIODO 2018.</u>
Nombre del estudiante: <u>Sandra Gabriela Espinoza Sotomayor</u>
Director: <u>Dr. Luis Hernán Chunchi Ayala</u>
Título a obtener:
Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	x			1/1
Redacción Científica		x		0,5/1
Pensamiento crítico		x		0,5/1
Marco teórico		x		0,5/1
Anexos	x			1/1
Total				3,5/5


CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación:	
Tesis apta para publicación con modificaciones:	x
Tesis no apta para publicación:	

* Marcar con una x lo que corresponda


Observaciones y recomendaciones:

Se hacen cambios sugeridos

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



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





ANEXO 8: RÚBRICA DE DIRECCIÓN DE CARRERA



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

Tema: LEUCOSIS MÁS FRECUENTES DE ORIGEN AGUDO Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES ESTUDIANTES DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Nombre del estudiante: Sandra Gervasio Espinoza Sepúlveda

Nombre del responsable de la calificación: _____

Director: Dr. Luis Néstor Clunghi

Asesor: Dr. Gabriel Augusto

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

* Marcar con una x lo que corresponda

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

[Firma]

Firma de aceptación del estudiante

ANEXO 9: INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

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

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TESIS"

Antecedentes: para el internado septiembre 2017 – agosto 2018, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación tesis, 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 rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director de tesis.

Informe: La alumna ESPINOZA SIGUENCIA SANDRA GEOVANNA, ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación de la tesis titulada: "CAUSAS MAS FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPFNER, PERIODO 2018", obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 8/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 48/100

Revisores: Dr. Walter Jaramillo/ Dr. Fausto Quichimbo

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema de tesis y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su tesis.

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 de tema de tesis del alumno antes mencionado.

Atentamente,



Lcda. ~~Cecilia Prieto M. Sc.~~

Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



