



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

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

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL ABDOMEN
AGUDO INFLAMATORIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PERIODO 2017-2018.”**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
MÉDICO/A**

AUTOR

Christian Israel Ochoa Ávila.

TUTOR

Dr. Walter Jaramillo L.

ASESOR

Dra. Patricia Vanegas.

CUENCA-ECUADOR

2019



RESUMEN

El abdomen agudo es uno de los motivos de consulta más común en los servicios de emergencia hospitalario, por tal situación se ha desarrollado la presente investigación centrándose en el abdomen agudo inflamatorio.

Objetivos: Determinar la prevalencia y factores asociados al abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paul Pasaje, periodo 2017-2018.

Materiales y métodos: Estudio analítico de corte transversal. El Universo estuvo conformado por 220 pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paul periodo 2017- 2018 por abdomen agudo, la muestra fue probabilística, aleatorizada de 101 pacientes. Mediante un formulario se recolectaron los datos. La caracterización de la población se la realizó mediante la estadística descriptiva, medidas de tendencia central, la asociación estadística se midió con RP, el intervalo de confianza al 95% y se consideró estadísticamente significativo valores de $p < 0,05$. Se usó el programa SPSS versión 22.

Resultados: De 101 pacientes analizados en la muestra el 74.3% ($n=75$) presentó abdomen agudo inflamatorio, de los 75 pacientes con abdomen agudo inflamatorio la mayor prevalencia en las variables fue: edad 20-35 años (34.7%), sexo femenino (52.5%). Apendicitis fue la patología más predominante con el (42.7%), precedida de colecistitis (26,7%), pancreatitis (17,3%) y diverticulitis (13,3%). Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el alcoholismo con la diverticulitis.

Conclusiones: La prevalencia de los pacientes atendidos en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje por abdomen agudo inflamatorio fue de 74.3% y se encuentra asociado el alcohol para la presencia de diverticulitis.

Palabras clave: Abdomen agudo inflamatorio, atención hospitalaria, patología abdominal.



ABSTRACT

The acute abdomen is one of the most common reasons for hospital emergency services. For this situation the present investigation has been developed focusing on the acute inflammatory abdomen.

Objectives: To determine the prevalence and factors associated with the acute inflammatory abdomen in patients treated at the San Vicente de Paul Pasaje hospital, 2017-2018 period.

Materials and methods: Cross-sectional analytical study. The Universe consisted of 220 patients treated for acute abdomen at the San Vicente de Paul hospital 2017-2018 period, the sample was probabilistic, randomized of 101 patients. Through a form the data was collected. The characterization of the population was carried out by means of descriptive statistics, measures of central tendency, the statistical association was measured with RP, the 95% confidence interval and values of $p < 0.05$ were considered statistically significant. The SPSS version 22 program was used.

Results: Of the 101 patients analyzed in the sample, 74.3% ($n = 75$) presented acute inflammatory abdomen, of the 75 patients with acute inflammatory abdomen, the highest prevalence in the variables was: age 20-35 years (34.7%), female sex (52.5%). Appendicitis was the most predominant pathology with (42.7%), preceded by cholecystitis (26.7%), pancreatitis (17.3%) and diverticulitis (13.3%). A statistically significant association between alcoholism and diverticulitis was identified.

Conclusions: The prevalence of patients treated at the Hospital San Vicente de Paul de Pasaje by acute inflammatory abdomen was 74.3% and alcohol is associated with diverticulitis.

Keywords: Acute inflammatory abdomen, hospital care, abdominal pathology.



INDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	7
CLÀUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	8
CARTA DE COMPROMISO ÈTICO	9
DEDICATORIA.....	10
AGRADECIMIENTO	11
CAPITULO I.....	12
1. INTRODUCCION.....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	13
1.3. JUSTIFICACION.....	14
CAPITULO II.....	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1. ANTECEDENTES.....	15
2.2. BASES TEORICO CIENTIFICAS.....	18
2.2.1. ABDOMEN AGUDO.....	18
CLASIFICACIÓN DE ABDOMEN AGUDO	18
Etiológicamente según Christman el abdomen agudo se clasifica en:	18
Abdomen agudo oclusivo intestinal.....	18
Abdomen agudo Perforativo.....	19
Abdomen agudo oclusivo vascular.....	19
Abdomen agudo Hemorrágico.....	19
Abdomen agudo Inflamatorio.....	19
Apendicitis.....	20
Pancreatitis.....	21
Diverticulitis	22
Colecistitis	23
2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS	26
2.4. HIPÓTESIS	27
CAPITULO III.....	28



3.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	28
3.1.	Objetivo general.....	28
3.2.	Objetivos específicos.....	28
CAPITULO IV		29
4.	DISEÑO METODOLOGICO	29
4.1.	DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	29
4.1.1.	TIPO DE ESTUDIO	29
4.1.2.	AREA DE LA INVESTIGACION.....	29
4.1.3.	UNIVERSO DE ESTUDIO	29
4.1.4.	SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	29
4.1.5.	UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN	30
4.2.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	31
4.3.	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	31
4.3.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	31
4.3.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	31
4.4.	MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN	32
4.4.1.	MÉTODO.....	32
4.4.2.	TÉCNICAS.....	32
4.4.3.	INSTRUMENTOS.....	32
4.4.4.	PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	32
4.4.4.1.	TABLAS.....	33
4.4.4.2.	MEDIDAS ESTADISTICAS	33
4.5.	PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS	33
4.6.	DESCRIPCION DE LAS VARIABLES	34
4.6.1.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	34
CAPITULO V		36
5.	RESULTADOS	36
5.1.	CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	36
5.2.	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO	36
5.3.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	36
CAPITULO VI		43
6.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	43



CAPITULO VII	46
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA	46
7.2. RECOMENDACIONES.	47
7.3. BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS.	54
Anexo 1 Oficio de Bioética.	54
Anexo 2: Oficio de coordinación de investigación.....	55
Anexo 3: Formulario de recolección de datos	56
Anexo 4: Informe antiplagio.....	57
Anexo 5: Autorización de pares revisores.....	58
Anexo 8: Informe final de Investigación	61



AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo , Christian Israel Ochoa Avila, con cedula de identidad número 0104421862 en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de **“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PERIODO 2017-2018.”** de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible 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, 24 de septiembre del 2019

Christian Israel Ochoa Avila.

0104421862



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Christian Israel Ochoa Avila, autor del trabajo de titulación: **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PERIODO 2017-2018."** certifico que todas las ideas, opciones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 24 de septiembre del 2019

Christian Israel Ochoa Avila,

0104421862



CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Christian Israel Ochoa Avila, con cedula de identidad número 0104421862 autor del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema: **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PERIODO 2017-2018."**, 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 la prevalencia y factores asociados al abdomen agudo inflamatorio del Hospital San Vicente de Paul de Pasaje, las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 24 de septiembre del 2019

Christian Israel Ochoa Avila

0104421862



DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo tan anhelado a Dios al forjador de mi camino, a mis padres quienes han sido mis pilares para seguir adelante, que siempre estuvieron en los momentos y situaciones más tormentosas.

Y sin dejar atrás a toda mi familia por confiar en mí, gracias por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo.

Christian Israel Ochoa Ávila



AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad por los conocimientos que me ha otorgado, a mis maestros quienes de manera desinteresada me han guiado para fortalecer mis conocimientos y poder culminar una meta más en el camino.

Christian Israel Ochoa Ávila



CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El abdomen agudo constituye una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo, marcando una prevalencia muy alta según los resultados obtenidos en diversos estudios, se define como aquel proceso, caracterizado por dolor abdominal de inicio brusco y que requiere tratamiento mediato o inmediato.

El dolor abdominal representa 5% a 10% de las causas de consulta en los servicios médicos de urgencias, así como 1,5% de las consultas de atención primaria. Reportes de investigaciones realizadas en los Estados Unidos anualmente, indican que de 100 millones de visitas que acuden al servicio de urgencias, el 5% corresponde a cuadros clínicos de dolor abdominal agudo. En estudios realizados en países de Latinoamérica, como en Ecuador por “Vinueza y colaboradores” en el 2016 indican que el abdomen agudo inflamatorio es uno de los cuadros clínicos más frecuentes en las consultas de urgencia, y dentro de los factores predisponentes para que éste sea complicado, intervienen la automedicación, el diagnóstico equívoco, la gran variedad de localizaciones apendiculares y el desconocimiento de los pacientes⁽¹⁾.

Este tipo de cuadro clínico es una entidad multisindromica, que desde el punto de vista operativo se define como todo dolor abdominal que obliga al paciente a consultar de manera urgente atención médica y causa el 10% de las consultas en los Servicios de Urgencias y el mayor número de ingresos e intervenciones quirúrgicas⁽²⁾⁽³⁾. El estudio realizado el 2014 por Poza J y Ripollés T, afirman que la ecografía abdominal es una prueba con una alta precisión diagnóstica en la evaluación de pacientes con este cuadro clínico, tanto en el diagnóstico inicial como en el seguimiento⁽⁴⁾. En el año 2017, Treuer R, indico que el enfrentamiento del médico ante el dolor abdominal debe ser distinto en cada grupo de edad, el



clínico debe tener siempre en mente que a medida que los pacientes son más adultos, se presentan tardíamente, con signos y síntomas atípicos, siendo utilidad ordenar los diagnósticos diferenciales de acuerdo al mecanismo fisiopatológico subyacente⁽⁵⁾. Y el tratamiento a seguir en la mayoría de los estudios indican que con mucha frecuencia los pacientes que consultan por dolor abdominal en urgencias pueden ser dados de alta con control ambulatorio, o requerir de hospitalización y resolución quirúrgica⁽⁶⁾.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El abdomen agudo es un motivo de consulta común de los pacientes en los servicios hospitalarios, uno de cada 20 pacientes que acuden sin antecedentes de trauma, presenta dolor abdominal agudo⁽⁶⁾; gran parte de los pacientes que consultan por dolor abdominal pueden ser dados de alta con control ambulatorio y entre un 18 y 30% requiere de hospitalización, y entre un 8 y 10% de ellos son de resolución quirúrgica. En los Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5% son originadas por dolor abdominal agudo⁽⁷⁾. Y a pesar de los avances en sensibilidad y especificidad de los métodos diagnósticos de última generación, aún existe una tasa elevada de errores diagnósticos con el consiguiente incremento de morbimortalidad y las consecuencias médico-legales que esta implica ⁽⁸⁾.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados al abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paul de Pasaje, durante el periodo 2017-2018?



1.3. JUSTIFICACION

El abdomen agudo, en el ministerio de salud de la republica del ecuador ocupa un lugar relevante, por tal situación he creído conveniente realizar un estudio al respecto en el Hospital San Vicente de Paul de la provincia del Oro.

La presente investigación justifica su participación de la necesidad de conocer la prevalencia y los factores asociados al abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paul, durante el periodo 2017-2018.

Para determinar la prevalencia y los factores asociados al abdomen agudo inflamatorio se recopilo información que reposa en las historias clínicas del área estadística del hospital San Vicente de Paul.



CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

En el año 2011 M. Bejarano, C. Gallego, J. Gómez, realizaron un estudio acerca de las características y la frecuencia del abdomen agudo quirúrgico, en todos aquellos pacientes que acudieron a la sala de urgencias de la Clínica Rafael Uribe de Cali en el periodo de enero a julio de 2009; evaluaron 146 pacientes atendidos, en los cuales en un grupo de edad de más de 50 años el motivo de las consultas correspondió al 5,1% por abdomen agudo no quirúrgico, y el 23,3% por abdomen agudo quirúrgico, teniendo mayor frecuencia en mujeres y dentro de los antecedentes, la hipertensión arterial; el 48% de los pacientes solicitaron atención medica dentro de las primeras 24 horas de presentar síntomas; las principales etiologías de abdomen agudo correspondieron a enfermedades biliares (35,3%), apendicitis aguda (26,5%) y las hernias de pared abdominal (11,8%). Concluyendo que el abdomen agudo es una de las causas más frecuentes por lo que los pacientes acuden a los servicios de urgencia, siendo de vital importancia que el medico realice un diagnostico pertinente y logre detectar aquellos casos que necesitan o no la atención por parte del cirujano general al presentar abdomen agudo⁽⁹⁾.

En el año 2011 en un estudio realizado por Rodríguez y Coronel en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, se estableció la validez de los métodos diagnósticos imagenológicos en relación al diagnóstico quirúrgico de abdomen agudo en pacientes atendidos durante el año 2009 de acuerdo al sexo y edad. Mediante el análisis de las historias clínicas establecieron el número de pacientes que acudieron por abdomen agudo y solicitaron atención médica. Dentro de los resultados, obtuvieron que entre 21- 40 años fue el grupo de edad en el que predominaron los casos de abdomen agudo, seguido de los pacientes entre 41 – 60 años, teniendo una mayor frecuencia en el sexo masculino. Se



observó también que, de acuerdo a la clasificación de abdomen agudo, más del 70% representaron casos clínicos de abdomen agudo inflamatorio, el 11, 8% abdomen agudo oclusivo intestinal, el 18% abdomen agudo perforativo y en 1,7% el abdomen agudo oclusivo vascular ⁽¹⁰⁾.

En el año 2016 Carrasco realizó un estudio llevado a cabo en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Pasaje, cuyos objetivos fueron conocer la frecuencia de apendicectomías, el grupo de edad y sexo de los pacientes que recibieron ese tratamiento, la semiología que presentaron, y las diferentes fases de evolución post quirúrgica, estableciendo la relación que existe entre la Escala de Alvarado y el grado postquirúrgico de apendicitis aguda para dichos pacientes; el análisis de las historias clínicas permitió obtener dentro de los resultados que de los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de apendicetomía, el 75% (n=165) fueron tratados por sospecha de un cuadro de apendicitis aguda, los cuales abarcaron cada uno de los criterios de la Escala de Alvarado; siendo el sexo masculino el que tuvo mayor frecuencia de casos con el 61% (n=101) en relación a las mujeres; dentro de la etiología, predominó la apendicitis aguda con el 43,63% (n=72), y dentro del grupo de edad, fueron los adultos jóvenes en edades comprendidas de 21 a 30 años, los que acudieron en mayor porcentaje al servicio hospitalario⁽¹¹⁾.

En el año 2016 Caporale N, Morselli-Labate A, Nardi E, Cogliandro R, Cavazza M y Stanghellini V realizaron un estudio acerca de "Dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias de un hospital universitario en Italia". Sus objetivos fueron establecer la prevalencia de dolor abdominal agudo dentro de las visitas al servicio de emergencias, para con los resultados obtenidos analizar las características clínicas principales; se incluyeron aquellos pacientes atendidos en el departamento de emergencia de Sant'Orsola, Hospital Universitario Malpighi de Bolonia durante el periodo 2013; dentro de los resultados obtenidos durante el periodo analizado para el estudio el hospital atendió a 2623 pacientes, de los cuales 239 llegaron con dolor abdominal agudo lo que correspondió a una prevalencia de 9.1%, predominó el sexo femenino con el 10.4% mientras que en el masculino solo el 7.8%, y de igual forma predominaron los pacientes



extranjeros con el 13.2% sobre los pacientes italianos con el 8.5%,; el diagnóstico más frecuente dentro de los casos clínicos del departamento de emergencia fue el dolor abdominal inespecífico con el 36.0% (n = 86) y el dolor en el tracto gastrointestinal con el 33.1% (n = 79); llegando de esta manera a la conclusión de que el dolor abdominal agudo es una causa muy frecuente de atención dentro de los servicios de urgencias, y que a pesar de la tecnología, la principal causa diagnóstica quirúrgica sigue siendo el dolor abdominal inespecífico⁽¹²⁾.

En el año 2017 Ramírez M, Martínez realizaron un estudio acerca del “Enfoque diagnóstico por imagen del síndrome doloroso abdominal agudo no traumático en adultos”, en el cual su objetivo principal correspondía en determinar la relación entre el ingreso de un paciente al departamento de urgencias del servicio hospitalario y el diagnóstico clínico de éstos casos mediante la verificación de los estudios imagenológicos de tomografía computada abdomino pélvica con contraste intravenoso en un periodo de observación tipo retrospectiva de 12 meses, de octubre del 2013 a octubre del 2014, realizados a 367 pacientes que solicitaron atención médica en el hospital por presentar síndrome doloroso abdominal agudo no traumático, obteniendo como resultado que el 68% de las solicitudes de tomografía contaban con un diagnóstico nosológico presuntivo, y el 32% se limitaba a “dolor abdominal en estudio”, y dentro de la etiología abdominal el 88% de las muestras analizadas correspondieron a diagnósticos de apendicitis aguda, bloqueo intestinal, pancreatitis y enfermedad diverticular, siendo una vez más la más frecuente los cuadros clínicos de apendicitis aguda. Llegando a la conclusión de que en los pacientes que acuden al hospital por atención médica al presentar dolor abdominal agudo, la tomografía computarizada con contraste intra venoso constituye uno de los exámenes de imagen que complementa el diagnóstico⁽¹³⁾.



2.2. BASES TEORICO CIENTIFICAS

2.2.1. ABDOMEN AGUDO

Se define como el síndrome doloroso, que puede cursar con un cuadro menor a una semana de evolución; suele acompañarse de signos y síntomas de inflamación a nivel del peritoneo y por lo general requiere de una intervención médica inmediata. El dolor abdominal es el signo más importante y por lo tanto representa un auténtico desafío para el medico practico e incluso para los expertos, por lo que resulta necesario realizar una adecuada historia clínica y un examen físico minucioso, dirigido a varios puntos esenciales como semiología del dolor, edad, sexo, inmunodepresión, síntomas relacionados, antecedentes clínicos personales y familiares (14, 15) (16).

CLASIFICACIÓN DE ABDOMEN AGUDO

Etiológicamente según Christman el abdomen agudo se clasifica en:

- Abdomen agudo oclusivo intestinal
- Abdomen agudo perforativo.
- Abdomen agudo oclusivo vascular.
- Abdomen agudo hemorrágico.
- Abdomen agudo inflamatorio.

Abdomen agudo oclusivo intestinal

El abdomen agudo obstructivo engloba aquellas patologías que consisten en la detención del tránsito intestinal, ya sea esto generado de carácter agudo o crónico, de carácter simple o estrangulada, o de carácter mecánico (existe un obstáculo al paso del contenido intestinal) o adinámico (detención o enlentecimiento del tránsito intestinal), ya sea en el intestino delgado o en el intestino grueso⁽¹⁷⁾, generalmente se presentan en pacientes mayores de 30 años, y que vienen con quirúrgicos previos⁽¹⁸⁾.



Abdomen agudo Perforativo

El abdomen agudo perforativo engloba aquellos cuadros clínicos que se caracterizan por la inflamación localizada o generalizada de la membrana peritoneal con exudado purulento en la cavidad abdominal, debido a microorganismos y sus toxinas; la cavidad peritoneal, se contamina por gérmenes que proceden de la perforación de algún sector del tracto gastrointestinal, o la contaminación química que proviene de la fuga de la vía biliar, el páncreas, o el aparato genitourinario, o liberación de sangre, cuerpos extraños; generando una sepsis, un daño multisistémico, y posteriormente un shock séptico que puede llevar a la muerte⁽¹⁹⁾.

Abdomen agudo oclusivo vascular

El abdomen agudo vascular es aquel que se origina por una lesión en las arterias y venas encargadas de la irrigación del intestino delgado o grueso, causando una lesión isquémica debido a que el flujo sanguíneo de la región mesentérica resulta insuficiente para satisfacer los requerimientos del intestino, lo que puede conducir a un infarto y perforación intestinal^(18,19).

Abdomen agudo Hemorrágico.

El abdomen agudo hemorrágico se caracteriza por su presentación ya sea de comienzo súbito, rápido o gradual, es la extravasación sanguínea en la cavidad abdominal o en el retroperitoneo por ruptura de un vaso sanguíneo o de una víscera, que ocasiona disminución de las presiones de llenado cardíaco, disminución del gasto cardíaco y riego sanguíneo inadecuado a los órganos por shock hipovolémico⁽²⁰⁾.

Abdomen agudo Inflamatorio

El abdomen agudo inflamatorio es aquel que engloba cuadros clínicos en los que se produce una inflamación peritoneal, es de instalación más gradual, y suele haber predominio de fenómenos inflamatorios generales (fiebre, taquicardia, leucocitosis) por sobre los locales. Suele iniciarse como un dolor poco definido y difícil de ubicar (visceral verdadero), para luego provocar un dolor localizado peritoneal (con defensa, hiperalgesia e hiperestesia cutánea, en relación con la



proyección de la víscera afectada), cuando la inflamación alcanza la serosa; puede generalizarse si ocurre una perforación⁽¹⁸⁾⁽²¹⁾.

Algunas de las patologías de abdomen agudo inflamatorio corresponden a:

Apendicitis

Es aquel cuadro clínico en el que se ve afectado el apéndice vermiforme por inflamación, y constituye una de las razones que predomina en los pacientes que acuden con dolor abdominal agudo dentro de los servicios hospitalarios, se origina a partir de la obstrucción de la luz apendicular, y posteriormente la infección, ésta obstrucción puede ser consecuencia de la presencia de un cuerpo extraño, de la hiperplasia de los folículos linfáticos, un fecalito, por estenosis, la presencia de parásitos o un tumor en la zona, acumulándose el moco dentro de la luz apendicular a causa de esta obstrucción, para luego dar lugar a la formación de pus por acción de las bacterias involucradas en el cuadro clínico, aumentando la presión intraluminal, e impidiendo el flujo linfático, originando un edema, y la aparición de úlceras sobre la mucosa apendicular⁽²¹⁾.

Examen físico.

Este cuadro clínico se caracteriza porque el dolor se presenta con mucha intensidad en la zona del cuadrante inferior derecho, originándose en la región epigástrica, para migrar posteriormente a la zona de la fosa iliaca derecha. Dentro de los signos y síntomas la temperatura corporal puede verse afectada presentando el paciente episodios de fiebres, además puede presentarse náusea y en ciertas ocasiones estreñimiento ⁽²²⁾.

Diagnóstico.

La apendicitis tiene diversos cuadros de presentación clínica, por lo que la implementación de un tratamiento temprano va a depender de que tan oportuno sea el diagnóstico del cuadro clínico con el que acude al paciente, evitando de ésta manera posibles complicaciones. Existen diversas pruebas diagnósticas que permitirán el adecuado diagnóstico en estos casos de abdomen agudo, entre las



que se intervienen el puntaje de Lintula, la escala de Alvarado y el AIR (Appendicitis Inflammatory Response Score), que toman como referencia los síntomas, los signos con los que acude el paciente y los exámenes complementarios que se realicen dependiendo los requerimientos del caso⁽²³⁾.

La apendicitis aguda utiliza como herramientas para el diagnóstico, el examen clínico incluyendo la anamnesis y la exploración física, y exámenes complementarios ya sean éstos bioquímicos o imagenológicos⁽²⁴⁾.

Tratamiento

Dentro de los cuadros clínicos de apendicitis complicada como no complicada, el tratamiento de elección corresponde a una cirugía de apendicetomía, siendo uno de los procedimientos que los cirujanos realizan con mayor frecuencia en los servicios hospitalarios, y asociándose éste además a una baja morbilidad y mortalidad⁽²⁵⁾.

Pancreatitis

Los cuadros clínicos de pancreatitis se originan a partir del bloqueo de la exocitosis apical de las células acinares presentes en el páncreas, proceso el cual lleva el nombre de pancreaestasis, existe un aumento en la secreción de Ca, de las enzimas, y de las concentraciones de los radicales libres de oxidación en los fluidos pancreáticos, además de que el inhibidor de la proteasa de serina tipo Kazal 1 (SPINK 1), bicarbonato y citrato se ven disminuidos, alterándose el nivel de PAP/regIII y PSP/reg que son proteínas de estrés, e incluso el aumento de la GP-2 y de enzimas lisosómicas, con interrupción de la vía metabólica de la metionina ⁽²⁶⁾.

Examen físico

Cuando un paciente presenta pancreatitis, el dolor abdominal se presenta súbitamente a nivel del cuadrante superior izquierdo, en la región periumbilical y del epigastrio, por lo general después consumir alimentos ricos en grasa, o la ingesta de alcohol, éste dolor suele irradiarse hacia el tórax o a nivel de la espalda media, ya sea náuseas y vómitos, sensación de llenura, distensión abdominal,



hipo, indigestión y oliguria, sus hallazgos físicos pueden ser variables incluyendo taquipnea, taquicardia, fiebre, hipotensión, diaforesis, ictericia y alterando el estado de conciencia (27).

Diagnóstico.

El diagnóstico de pancreatitis se realiza con dos de los siguientes criterios: dolor característico en hemiabdomen superior y vómitos, amilasemia elevada tres veces sobre lo normal y evidencia imagenológica de pancreatitis por tomografía computada (TC) o ecografía(28).

Tratamiento.

En la actualidad el tratamiento médico de la pancreatitis sigue siendo de soporte de procesos inflamatorios sistémicos y sus complicaciones. En el tratamiento de la pancreatitis se reconocen dos fases, la temprana que involucra la primera semana de la enfermedad está marcada por el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, su persistencia podría provocar fallo orgánico. La fase tardía es caracterizada por la presencia de complicaciones y signos de inflamación(29).

Diverticulitis

La diverticulitis en si es una enfermedad degenerativa de él colon. Se presenta generalmente en pacientes de 60 años en un 50%. Se encuentra entre de los motivos de consulta más habitual de en etapas de perforación(30).

Como se sabe un divertículo es una anomalía o bolsa que sobresale de un órgano hueco específicamente en su pared, el colon en este caso. Un divertículo está constituido por todas las capas que presenta la pared intestinal. Un pseudodivertículo o divertículo falso no posee pared intestinal normal. En el colon humano con mayor frecuencia se encuentran protrusiones de la mucosa por medio de las capas musculares del intestino(31).

Hinchey clasifica a la diverticulitis en 4 etapas:



I. presencia de abscesos a nivel pericólico mesentérico.

II. La presencia de abscesos pélvicos tabicados.

III. peritonitis purulenta generalizada

IV. peritonitis fecal generalizada⁽³²⁾.

Examen físico.

La diverticulitis es como se conoce es asintomática por lo cual pacientes con diverticulitis sintomática no complicada presentan un mayor grado de dolor a la distensión ya sea tanto del sigmoideo o del recto, así como alteraciones en la inervación entérica. Los factores psicológicos han sido asociados con el dolor recurrente en la diverticulitis ⁽³³⁾.

Diagnóstico.

Para una evaluación inmediata la proteína C reactiva es uno de los parámetros más importantes en los exámenes de laboratorio precedido de una leucocitos, un aumento de la PCR mayor a 5mg/100ML y una acelerada eritrosedimentación con valores mayor a 15mm/h el cual evidencia la presencia de una inflamación⁽³⁴⁾.

Tratamiento.

En pacientes con diverticulitis no complicada en la mayoría de los casos pueden regirse a un tratamiento conservador modificando la dieta o antibióticoterapia. Pacientes con enfermedades leves con la presencia de diverticulitis no complicada el tratamiento es establecido por el estado que se encuentre el paciente⁽³⁵⁾.

Colecistitis

Es una enfermedad inflamatoria de la vesícula, por lo general causada por cálculos, en la actualidad se ha relacionado con otras causas como alteraciones de la motilidad, isquemia, parásitos, reacciones alérgicas, o infecciones por microorganismos. En pacientes con colecistitis una de las principales causas de esta inflamación es provocada por la obstrucción del conducto cístico o cuellos de



la vesícula, así provocando un incremento en la presión intravesicular, el pronóstico de la enfermedad se basa según el grado de obstrucción⁽³⁶⁾.

Examen físico.

El principal síntoma es el dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho con una duración mayor a 5 horas, posteriormente con una irradiación a nivel lumbar, por lo general se acompaña de fiebre por encima de 37.5 y 39°C, náusea que llevan al vómito. A la exploración física una de las principales características es la hipersensibilidad a nivel de hipocondrio derecho y al momento de realizar presión durante la inspiración profunda provocando un dolor de gran intensidad que cede con la inspiración⁽³⁷⁾.

Diagnóstico.

Para el diagnóstico la evaluación clínica es inmediata. La ecografía es indispensable para todos los pacientes que presenten la patología dependiendo de la disponibilidad del hospital. Los pacientes deben realizarse exámenes como: hemograma, pruebas de coagulación, urea, glicemia, creatinina, amilasa, lipasa, electrolitos y pruebas de función hepática. Se realizan otro tipo de exámenes siempre y cuando se sospeche de otra patología o diagnóstico concomitante, así como poner a duda el riesgo quirúrgico⁽³⁸⁾.

Tratamiento.

El tratamiento de elección para la colecistitis es la colecistectomía ya que la incidencia de episodios es bastante alta ⁽³⁹⁾.

Enfermedades inflamatorias del abdomen agudo inflamatorio en mujeres.

Se debe tener en cuenta el comienzo, carácter, localización y patrón de irradiación del dolor y correlacionarlos con los cambios (micción, defecación, relaciones sexuales, actividad física), la regularidad de los periodos menstruales, la posibilidad de embarazo, la presencia de sangrado vaginal o flujo, antecedentes médico quirúrgicos. Una historia reciente de dispareunia o dismenorrea es sugestiva de patología pélvica. ⁽⁴⁰⁾



Las causas más frecuentes son masas o quistes anexiales con torsión, rotura o sangrado, gestación ectópica, endometritis o degeneración, infarto o torsión del mioma. Para un correcto diagnóstico es importante la historia clínica, tipo de dolor, datos clínicos, analíticos y pruebas de diagnóstico completas. Se debe determinar su relación con la menstruación y ovulación o coito. Si la rotura no es complicada hacer manejo ambulatorio y analgesia oral a demanda, si se complica con hemoperitoneo es preciso hospitalización con reemplazo de fluido, constantes vitales, hematocrito seriado y repetir ecografía. (12,41)

Torsión de anejos.

Afecta a mujeres de todas edades, con mayor incidencia en edad reproductiva. El riesgo aumenta en embarazadas y en ovarios con síndrome de hiperestimulación ovárica. Sin embargo, su diagnóstico puede ser un reto, debido a síntomas poco específicos. Un diagnóstico oportuno es importante para preservar la función del ovario y prevenir secuelas (necrosis, hemorragia, infarto, peritonitis). (42)

Absceso tubo-ovárico.

Es una secuela de la salpingitis aguda y suelen ser bilaterales. Signos y síntomas similares a salpingitis aguda, pero frecuentemente dolor y fiebre mayor a 1 semana. Es preciso confirmar el diagnóstico mediante ecografía. Hacer diagnóstico diferencial de una tumoración unilateral: torsión de anejo, endometrioma, quiste de ovario, absceso periapendicular. (42)

Endometritis aguda.

es la inflamación del endometrio, es decir, del recubrimiento interno de la cavidad que tiene el útero, que es donde sucede el proceso de implantación embrionaria.

La endometritis aguda es una urgencia ginecológica poco frecuente, que se da usualmente de forma iatrogénica, tras retención placentaria postparto o tras un aborto. La paciente, en esta situación, acarrea multitud de síntomas típicos de una infección, como es fiebre, flujo purulento, malestar general, si no se tratara podría dar lugar a una infección generalizada.



La endometritis crónica es la inflamación persistente del endometrio, que generalmente, es asintomática o tiene síntomas inespecíficos como hemorragias uterinas anormales, dolor pélvico o flujo maloliente (12,43)

Endometriosis.

Se define así a la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad endometrial y del músculo uterino. El dolor es el síntoma mas común asociado a la endometriosis; aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes sintomáticos experimentan dolor pélvico y/o dismenorrea, el cual puede ser crónico, pero a menudo es más severo durante la regla o durante la ovulación. Se puede presentar con subfertilidad, dispareunia profunda, síntomas intestinales o urinarios cíclicos, sangrado uterino anormal y fatiga crónica. (43)

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

- **Dolor abdominal:** se define como un síntoma que afecta específicamente a los órganos del abdomen el cual se caracteriza por presentarse de manera repentina, con una evolución rápida que podría amenazar la vida
- **Fiebre:** es el aumento del calor corporal por encima de los valores normales, el cual se acompaña del incremento de la respiración, ritmo cardiaco, dando lugar a que el organismo reaccione frente a la amenaza de alguna enfermedad.
- **Diagnóstico:** es el proceso por el cual se logra la identificación de una enfermedad, ya sea por la afección de los signo y síntomas
- **Hipersensibilidad:** es una reacción anormal del organismo provocada por el rechazo de cualquier tipo de sustancia, principalmente por vacunas o medicamentos.
- **Cálculos renales:** es una concisión sólida, formada en el riñón por partículas que están presentes en la orina, con una forma ya sea irregular o lisa de color marrón o amarillo.



- **Isquemia:** es provocado por la disminución permanente o transitoria del riego sanguíneo dando como resultado un aporte mínimo de oxígeno y nutrientes a un tejido biológico.
- **Diverticulitis:** es una alteración del intestino, dando como resultado la formación de bolsas o vejigas, se puede presentar en el intestino delgado, colon con mayor frecuencia en el sigmoideo.
- **Síndrome:** es el conjunto de síntomas característico de una enfermedad, de varias causas etiológicas.
- **Cirugía:** es el manejo de estructuras anatómicas con una intención ya sea de diagnóstico, pronóstico o terapéutico
- **Sepsis:** es un síndrome de complicaciones patológica, fisiológica y bioquímica que se asocian a una infección.
-

2.4. HIPÓTESIS

La prevalencia de pacientes atendidos con abdomen agudo inflamatorio es superior al 60% en el área de emergencia del hospital San Vicente de Paul de Pasaje periodo 2017- 2018.



CAPITULO III

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia y factores asociados al abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paul, periodo 2017-2018.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la muestra según las variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de instrucción y estado civil.
- Establecer la frecuencia de abdomen agudo inflamatorio y sus distintas etiologías en la muestra del estudio.
- Determinar la relación entre las etiologías de abdomen agudo inflamatorio y los factores asociados como: alcoholismo, obesidad, cálculos biliares y tabaco.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo, ya que la investigación permite presentar resultados estadísticos acerca de la prevalencia de casos de abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paul periodo 2017- 2018.

Descriptivo. Se detallan las variables de investigación caracterizando la presencia de abdomen agudo inflamatorio en las historias clínicas de los pacientes objeto de estudio.

Transversal. En la investigación se utilizó la información presente de las historias clínicas de pacientes adultos jóvenes atendidos en el hospital San Vicente de Paul de Pasaje dentro del periodo 2017- 2018.

4.1.2. AREA DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se realizó en el Hospital San Vicente de Paul, en la ciudad de Pasaje, provincia de El Oro.

4.1.3. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio está basado en historias clínicas de 220 pacientes, referente a pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2017-2018, por abdomen agudo.

4.1.4. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra se la obtuvo utilizando las siguientes fórmulas estadísticas de cálculo de muestra para población finita:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(E)^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$



n = Tamaño de la muestra
z = Nivel de confianza (1.96)
p = Varianza poblacional (obtenido de un estudio previo)
Q = Valor complemento de P (q=1-p)
N = Población
E = Error 5% = (0.05)

Aplicación de la fórmula

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.142)(1 - 0.142) * (220)}{(0.05)^2 (220 - 1) + (1.96)^2 (0.142)(1 - 0.142)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.142)(0.858) * (220)}{(0.0025) (219) + (3.8416) (0.142)(0.858)}$$

$$n = \frac{102.969939}{1.01554518}$$

$$n = 101.39$$

Para determinar el tamaño de la muestra mediante la fórmula de universo finito, se utilizó como referencia un estudio realizado por Jiwesh Kumar Thakur y Rakesh Kumar en el año 2018 con el tema de “Epidemiology of acute abdominal pain: a cross-sectional study in a tertiary care hospital of Eastern India”, donde obtuvieron que la prevalencia de abdomen agudo en pacientes que ingresaron a la sala de emergencia en un hospital de la India Oriental, fue del 14,2%, durante el periodo utilizado para el estudio ⁽⁴³⁾.

4.1.5. UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN

Área de estadística del Hospital San Vicente de Paul de Pasaje de la provincia del Oro ubicado al sur del Ecuador, donde reposa el archivo de las historias clínicas utilizadas para el análisis de las variables del estudio.



4.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

De acuerdo con el fin que se persigue.

La investigación se orientó al estudio de la prevalencia y factores asociados al abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paul, periodo 2017-2018.

De acuerdo con el enfoque de investigación:

La presente investigación obtuvo resultados mediante el análisis de los datos obtenidos en las historias clínicas que fueron procesados a través de métodos estadísticos, y su interpretación a partir de las variables definidas en la investigación.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Luego de realizada la fórmula estadística, la muestra probabilística se establecerá en 101 historias clínicas para analizar, bajo los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

De todos los pacientes que han sido atendidos durante el periodo 2017-2018 se incluirán en la presente investigación:

- Historias clínicas de pacientes ≥ 18 años de edad.
- Historias clínicas de pacientes con dolor abdominal agudo admitidos durante el período de recolección de datos.

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

De todos los pacientes que han sido atendidos durante el periodo 2017-2018 se excluirán en la presente investigación:

- Historias clínicas de pacientes embarazadas.
- Historias clínicas incompletas.



4.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

4.4.1. MÉTODO

La presente investigación se basó en el método científico ya que se establecieron objetivos y se formuló una hipótesis; descriptivo para evaluar algunas características de la población estudiada; observacional la misma que permitirá observar y registrar datos adecuados y fiables correspondientes a las variables de estudio a partir de las historias clínicas, cuantitativo por lo que se pudo cuantificar los datos obtenidos a partir de las variables; y sintético ya que para poder analizar los resultados obtenidos, el trabajo se ha basado en la recopilación y síntesis de elementos o investigaciones existentes acerca de abdomen agudo inflamatorio.

4.4.2. TÉCNICAS

- Se realizó observación directa y recolección de datos a partir de las historias clínicas de pacientes que han sido atendidos durante el periodo 2017-2018 y las variables validadas.
- Se utilizó el programa SPSS versión 22 para tabular los datos obtenidos.

4.4.3. INSTRUMENTOS

- Levantamiento de información documental, que avale los resultados
- Formulario elaborado por el autor para la recolección de los datos de las historias clínicas.
- Historias clínicas de pacientes que han sido atendidos durante el periodo 2017-2018, que contienen a su vez datos como sexo, edad, estado civil, y factores asociados.
- Programa SPSS versión 22.

4.4.4. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La presente investigación se inició elaborando una lista con los pacientes que fueron atendidos en hospital San Vicente de Paul durante el periodo 2017- 2018 por abdomen agudo, registros que reposan en el área de admisión, lo cual da como resultado un total de 220 pacientes. Luego se realizó la selección de la muestra mediante la fórmula de universo finito obteniendo una cantidad de 101



historias clínicas, las cuales se escogieron con el tipo aleatorio simple de la lista elaborada en Excel con los 220 pacientes, revisando que cumplan con los criterios de inclusión, aquella que no esté dentro de estos criterios ya establecidos para la presente investigación, será separada y se seleccionará una nueva, luego de completar las historias clínicas según la muestra, se realizó una observación minuciosa y detallada de cada una de ellas para extraer los datos e información necesaria, incluyendo la aplicación de un formulario. Posteriormente a la obtención de los datos se realizó la suma de los mismos y su respectiva tabulación en los programas SPSS versión 22, colocándose en gráficos y tablas de fácil interpretación, para el consiguiente análisis de los resultados y de ésta manera proceder a la conclusión del trabajo de investigación.

4.4.4.1. TABLAS

En la presente investigación se usaron tablas de frecuencia que permitieron recopilar información de las variables, presentándose mediante frecuencias y porcentajes.

4.4.4.2. MEDIDAS ESTADÍSTICAS

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 22. Para el análisis descriptivo se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes, en tablas. Se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y de las variables de estudio. Se realizó la dicotomización de la variable abdomen agudo, para así determinar la prevalencia de abdomen agudo inflamatorio y posteriormente obtener tablas cruzadas entre las variables de estudio y el abdomen agudo inflamatorio. Se determinó el valor RP para ver la asociación y la significancia estadística mediante el IC95% y el valor "p" .se empleó para determinar la validez estadística de las variables de estudio.

4.5. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

Esta investigación es aprobada por las autoridades de la Universidad Católica de Cuenca, y del Hospital San Vicente de Paul a quienes se les explicó los objetivos de la investigación.



4.6. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente: factores asociados al abdomen agudo inflamatorio: tabaco, alcohol, presencia de cálculos biliares, obesidad, sexo.

Variable dependiente: Abdomen agudo inflamatorio

4.6.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Sexo	Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Características fenotípicas	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Años cumplidos hasta la fecha actual	Rango de edad	10-19 años adolescente 20-35 años adulto joven 36-59 años adulto maduro 60-74 años adulto mayor 75-90 años anciano	Razón
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Relación legal	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión de hecho	Nominal
Nivel de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente	Relación académica	Analfabetismo Educación primaria Educación secundaria Educación superior	Ordinal



	incompletos.			
Etiología del abdomen agudo inflamatorio	Es la ciencia centrada en el estudio de la causalidad de la enfermedad.	Causa de la enfermedad	Apendicitis Colecistitis Pancreatitis Diverticulitis	Nominal
Alcoholismo	Padecimiento que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo.	Factor de riesgo	Si No	Nominal
Tabaquismo	El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada por uno de sus componentes más activos como lo es la nicotina.	Factor de riesgo	Si No	Nominal
Obesidad	Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.	Factor de riesgo	Si No	Nominal
Cálculos biliares	Acumulaciones sólidas de bilis cristalizada que es producida en el hígado, guardada en la vesícula biliar y secretada hacia el intestino a través de los ductos biliares para ayudar a digerir las grasas	Factor de riesgo	Si No	Nominal



CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La presente investigación cumplió con los objetivos que fueron trazados, obteniéndose los resultados planificados al determinar la prevalencia de abdomen agudo inflamatorio y su relación con los factores asociados, en los pacientes atendidos en el Hospital San Vicente de Paul durante el periodo 2017-2018.

5.2. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO

Para el desarrollo de la presente investigación la población que se consideró para el estudio corresponde a los habitantes de la ciudad de pasaje que acudieron al Hospital San Vicente de Paul durante el periodo 2017-2018 por presentar cuadros clínicos de Abdomen Agudo, dentro de los cuales al representar un universo de 220 pacientes, mediante la fórmula de universo finito se determinó una muestra de 101 pacientes para analizar, para posteriormente tabular los datos obtenidos, obtener resultados respecto a la prevalencia y factores asociados al abdomen agudo inflamatorio, y proceder a analizarlos junto con la información recolectada en las diferentes fuentes dentro del campo científico.

5.3. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Mediante el uso de los programas estadísticos SPSS versión 22 y EPIDAT 3.1, se procedió a realizar la tabulación correspondiente de los datos obtenidos de cada una de las variables a partir de la revisión de las historias clínicas, obteniendo los siguientes resultados:



Tabla 1. Características sociodemográficas en pacientes atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl con Abdomen Agudo inflamatorio. Pasaje 2017-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Género		
Femenino	53	52,5
Masculino	48	47,5
Total	101	100
Edad		
10-19 adolescente	9	8.9
20-35 adulto joven	35	34.7
36-59 adulto maduro	32	31.7
60-74 adulto mayor	13	12.9
75-90 anciano	12	11.9
Total	101	100
Estado civil		
Soltero	32	31.7
Casado	22	21.8
Divorciado	6	5.9
Viudo	4	4.0
Unión de hecho	37	36.6
Total	101	100
Nivel de instrucción		
Alfabetismo	3	3
Educación primaria	53	52.5
Educación secundaria	40	39.6
Tercer nivel	5	5,0
Total	101	100

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Christian Ochoa

Análisis e interpretación: En la tabla número 1 se presentan las características sociodemográficas de pacientes que presentaron abdomen agudo, atendidos en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje en el periodo 2017 al 2018. Como se evidencia en la tabla prevalecieron las pacientes de sexo masculino con una frecuencia de 53 y un porcentaje de 52.5%, en cuanto a la edad la mayoría de los pacientes fueron adultos jóvenes, con una frecuencia de 35, lo que refleja un



34.7% de los pacientes, además se identificó que en cuanto al estado civil la mayoría de los pacientes presentaban unión de hecho con una frecuencia de 37 con un porcentaje de un 36.6%. en cuanto a nivel de instrucción la mayoría de los pacientes alcanzaron una instrucción primaria con una frecuencia de 53, y un porcentaje de un 52.3%.

Tabla 2. Prevalencia de abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos del Hospital San Vicente de Paul. Pasaje.2017-2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	75	74,3
No	26	25,7
Total	101	100,0

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Christian Ochoa

Análisis e interpretación: Al analizar los casos de abdomen agudo reportados en el hospital san Vicente de Paul, de la ciudad de pasaje en el periodo 2017, 2018, se ha concluido que existe una prevalencia de abdomen agudo inflamatorio (n=75) (74.3%), mientras que en un numero de 26 pacientes (25.7) presentan una etiología distinta. Es decir, hay una relación de 2 a 1 en relación con los otros tipos de abdomen agudo.

Tabla 3. Frecuencia de los tipos de abdomen agudo inflamatorio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Apendicitis	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	42,7
No	43	57,3
Total	75	100,0
Colecistitis		
Si	20	26,7
No	55	73,3
Total	75	100,0
Pancreatitis		
Si	13	17,3
No	62	82,7
Total	75	100,0



Diverticulitis		
Si	10	13,3
No	65	86,7
Total	75	100,0

Fuente: formulario de datos
Elaboración: Christian Ochoa

Análisis e interpretación: De acuerdo a la tabla número 3 podemos concluir que en cuanto a las etiologías de abdomen agudo inflamatorio la que más incidencia tuvo en el estudio fue la apendicitis (n:32) (42.7%), en segundo lugar, estuvo la colecistitis (n:20) (26,7%), la siguiente fue la pancreatitis (n:13) (17.3%) y por último la diverticulitis (n:10) (13.3%).

Tabla 4. Análisis entre Apendicitis y factores asociados en pacientes del Hospital San Vicente de Paul en el periodo 2017-2018.

			Apendicitis				
			SI	NO	Total	R^2	P
Alcoholismo	SI	Recuento	19	33	52	0,107	-0,186
		% del total	25,3%	44,0%	69,3%		
	NO	Recuento	13	10	23		
		% del total	17,3%	13,3%	30,7%		
Cálculos biliares	SI	Recuento	0	37	37	0,000	-0,851
		% del total	0,0%	49,3%	49,3%		
	NO	Recuento	32	6	38		
		% del total	42,7%	8,0%	50,7%		
Tabaquismo	SI	Recuento	2	28	30	0,000	-0,594
		% del total	2,7%	37,3%	40,0%		
	NO	Recuento	30	15	45		
		% del total	40,0%	20,0%	60,0%		
Obesidad	SI	Recuento	8	31	39	0,000	-0,466
		% del total	10,7%	41,3%	52,0%		
	NO	Recuento	24	12	36		
		% del total	32,0%	16,0%	48,0%		

Fuente: formulario de datos
Elaboración: Christian Ochoa

Análisis e interpretación: De manera general se determina que el factor asociado con mayor prevalencia fue el alcoholismo, mismo que se relaciona con el 25.3% de los casos de apendicitis.



Como se observa en los resultados de la tabla número 4, ninguno de los factores asociados propuestos tuvo significancia estadística real con la etiología de apendicitis para abdomen agudo inflamatorio, puesto que el valor de p en ninguno de los casos fue <0.05

Tabla 5. Análisis entre Colecistitis y factores asociados en pacientes del Hospital San Vicente de Paul en el periodo 2017-2018.

			Colecistitis				
			SI	NO	Total	R^2	P
Alcoholismo	SI	Recuento	13	39	52	0,624	-0,057
		% del total	17,3%	52,0%	69,3%		
	NO	Recuento	7	16	23		
		% del total	9,3%	21,3%	30,7%		
Cálculos biliares	SI	Recuento	20	17	37	0,000	0,611
		% del total	26,7%	22,7%	49,3%		
	NO	Recuento	0	38	38		
		% del total	0,0%	50,7%	50,7%		
Tabaquismo	SI	Recuento	7	23	30	0,594	-0,062
		% del total	9,3%	30,7%	40,0%		
	NO	Recuento	13	32	45		
		% del total	17,3%	42,7%	60,0%		
Obesidad	SI	Recuento	13	26	39	0,174	0,157
		% del total	17,3%	34,7%	52,0%		
	NO	Recuento	7	29	36		
		% del total	9,3%	38,7%	48,0%		

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Christian Ochoa

Análisis e interpretación: Se determinó que el factor asociado con mayor prevalencia fue en este caso fue la presencia de cálculos biliares, mismo que se relaciona con el 26.7% de los casos de colecistitis.

Como se observa en los resultados de la tabla número 5, ninguno de los factores asociados propuestos tuvo significancia estadística real con la etiología de



colecistitis para abdomen agudo inflamatorio, puesto que el valor de p en ninguno de los casos fue <0.05

Tabla 6. Análisis entre pancreatitis y factores asociados en pacientes que presentaron abdomen agudo inflamatorio del Hospital San Vicente de Paul en el periodo 2017-2018.

			Pancreatitis				
			SI	NO	Total	R^2	P
Alcoholismo	SI	Recuento	13	39	52	0,008	0,305
		% del total	17,3%	52,0%	69,3%		
	NO	Recuento	0	23	23		
		% del total	0,0%	30,7%	30,7%		
Cálculos biliares	SI	Recuento	13	24	37	0,000	0,464
		% del total	17,3%	32,0%	49,3%		
	NO	Recuento	0	38	38		
		% del total	0,0%	50,7%	50,7%		
Tabaquismo	SI	Recuento	11	19	30	0,000	0,417
		% del total	14,7%	25,3%	40,0%		
	NO	Recuento	2	43	45		
		% del total	2,7%	57,3%	60,0%		
Obesidad	SI	Recuento	9	30	39	0,171	0,158
		% del total	12,0%	40,0%	52,0%		
	NO	Recuento	4	32	36		
		% del total	5,3%	42,7%	48,0%		

Fuente: formulario de datos
Elaboración: Christian Ochoa

Análisis e interpretación: Se determinó que los factores asociados con mayor prevalencia para pancreatitis fueron la presencia de alcoholismo y cálculos biliares con el 17.3%.

Como se observa en los resultados de la tabla número 6, ninguno de los factores asociados propuestos tuvo significancia estadística real con la etiología de pancreatitis para abdomen agudo inflamatorio, puesto que el valor de p en ninguno de los casos fue <0.05



Tabla 7. Análisis entre diverticulitis y factores asociados en pacientes del Hospital San Vicente de Paul en el periodo 2017-2018.

			Diverticulitis				
			SI	NO	Total	R2	P
Alcoholismo	SI	Recuento	7	45	52	0,961	0,006
		% del total	9,3%	60,0%	69,3%		
	NO	Recuento	3	20	23		
		% del total	4,0%	26,7%	30,7%		
Cálculos biliares	SI	Recuento	4	33	37	0,526	-0,073
		% del total	5,3%	44,0%	49,3%		
	NO	Recuento	6	32	38		
		% del total	8,0%	42,7%	50,7%		
Tabaquismo	SI	Recuento	10	20	30	0,000	0,480
		% del total	13,3%	26,7%	40,0%		
	NO	Recuento	0	45	45		
		% del total	0,0%	60,0%	60,0%		
Obesidad	SI	Recuento	9	30	39	0,010	0,298
		% del total	12,0%	40,0%	52,0%		
	NO	Recuento	1	35	36		
		% del total	1,3%	46,7%	48,0%		

Fuente: formulario de datos
Elaboración: Christian Ochoa.

Análisis e interpretación: Se analizó que el factor asociado con mayor prevalencia para diverticulitis fue el tabaquismo el cual se encontró en el 13.3% de los pacientes que padecieron esta patología.

Como se observa en los resultados de la tabla número 7, el único factor asociado que presento significancia estadística fue el alcoholismo con un valor p 0,006.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El abdomen agudo inflamatorio es una entidad multisindrómica, muy compleja y formadora de escenarios emergentes, que ocasiona más del 10% de las atenciones en el área de emergencia y el mayor número de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas⁽⁴⁴⁾. En la presente investigación la prevalencia del abdomen agudo inflamatorio se determinó en un 74,3% de acuerdo a las atenciones realizadas durante el periodo 2017-2018 en el hospital San Vicente de Paul, de Pasaje.

En las variables sociodemográficas de la población del presente estudio, el grupo etario predominante que presentó abdomen agudo inflamatorio reportó mayor frecuencia entre los 20 y 35 años con el 34,7%; respecto al género una mayor frecuencia en las mujeres con el 52,5% ya que en los hombres hubo el 47,5%; el estado civil unión libre con un 31,7%; y nivel de instrucción primaria con el 52,5%; valores que se comparan con los resultados obtenidos en diversos estudios como el de Ravindra C, Shivakumar realizado en la india (2016), en la cual los pacientes entre 21-30 años representaron el grupo de edad más común de abdomen agudo inflamatorio, disminuyendo progresivamente la frecuencia hasta los 60 años de edad, pero que en cuanto al género reflejaron mayor frecuencia en hombres que en mujeres ⁽⁴⁵⁾. Montes Fernandez (2014) obtuvo en los resultados de su estudio, mayor incidencia en el sexo femenino con un 59%, que en el sexo masculino con un 19.6% ⁽⁴⁶⁾; en otro estudio realizado por Ordeñana Chevez (2016) evidencio que el sexo femenino predomino con un 90% respecto a abdomen agudo inflamatorio⁽⁴⁷⁾; García Cayamcela (2019) realizó un estudio con 218 pacientes en el cual se demostró que respecto a las variables sociodemográficas el 50% se encontraba en un estado civil de unión de hecho, el 49.5% contaba con instrucción primaria y 33.5% con un nivel de educación secundaria ⁽⁴⁸⁾; y en



contraposición con el presente estudio, Nuñez Melendres (2016) encontró en su investigación que el abdomen agudo inflamatorio tiene una prevalencia 2.2 veces mayor en el género masculino que en el femenino⁽⁴⁹⁾.

Existen diversas etiologías que clasifican el abdomen agudo inflamatorio y dentro de la población del presente estudio la que más incidencia tuvo fue apendicitis (n:32) (42.7%), en segundo lugar colecistitis (n:20) (26,7%), la siguiente fue pancreatitis (n:13) (17.3%) y por último diverticulitis (n:10) (13.3%), resultados que se comparan con los valores obtenidos en un estudio realizado por Thakur JK, Kumar R, en la India, en el cual para los pacientes analizados se evidenció a la apendicitis aguda con el 38.9% como la causa que prevaleció de abdomen agudo inflamatorio⁽⁴³⁾.

En relación a los factores de riesgo asociados al abdomen agudo inflamatorio de acuerdo a las diversas etiologías presentes en la población de estudio de la investigación los resultados obtenidos evidenciaron que, el factor asociado con mayor prevalencia para apendicitis fue el alcoholismo (25.3%), pero que a la vez ninguno de los factores asociados propuestos tuvo significancia estadística real con la etiología de apendicitis, puesto que el valor de p en ninguno de los casos fue <0.05 ; que el factor asociado con mayor prevalencia para colecistitis fue la presencia de cálculos biliares (26.7%), pero de igual manera ninguno de los factores asociados propuestos tuvo significancia estadística real con la etiología de colecistitis, puesto que el valor de p en ninguno de los casos fue <0.05 ; que los factores asociados con mayor prevalencia para pancreatitis fueron alcoholismo y cálculos biliares (17.3%), pero ninguno de los factores asociados propuestos tuvo significancia estadística real con la etiología de pancreatitis, puesto que el valor de p en ninguno de los casos fue <0.05 ; y se obtuvo también que el factor asociado con mayor prevalencia para diverticulitis fue el tabaquismo (13.3%), pero que el único factor asociado que presentó significancia estadística fue el alcoholismo con un valor p 0,006. Resultados consistentes con diversos estudios como el de Salabert (2017) que realizó una investigación en la que demostró que dentro de los factores predisponentes para las diversas etiologías de abdomen agudo inflamatorio se encuentran el alcoholismo con una prevalencia de 38.10%,



tabaquismo un 23% y cálculos biliares con un 22.2% ⁽⁵⁰⁾; Montes Fernandez (2014), en el cual obtuvo que la colecistitis fue por causa de cálculos biliares con un mayor porcentaje en el sexo femenino 47.5% y un 52% en el hombre ⁽⁴⁶⁾; Gaitan y Martinez (2014) en el cual demostró que los pacientes con enfermedad litiásica reportan una mayor prevalencia en cuanto a la presencia de abdomen agudo inflamatorio para sexo femenino con un 67%⁽⁵¹⁾; Walter y Long (2018) que en su estudio indicaron que uno de los factores de riesgo asociados a la pancreatitis en abdomen agudo inflamatorio es el alcohol con una prevalencia entre el 25 y 41%⁽⁴¹⁾. Y Kara y colaboradores(2017) que obtuvieron dentro de su investigación acerca de la pancreatitis una prevalencia muy baja para el factor tabaquismo, con el 6% ⁽⁵²⁾. Cada uno de los factores de riesgo tiene un porcentaje de relación con el abdomen agudo inflamatorio, pero no se ha establecido que alguno de estos factores asociados presente en si una significancia estadística real con la etiología.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA

7.1. CONCLUSIONES

Los pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paul con abdomen agudo inflamatorio en el periodo 2017-2018 representaron respecto a los factores sociodemográficos una mayor frecuencia de casos para el sexo femenino, el grupo de edad fue entre los 20 a los 35 años, el estado unión de hecho, el nivel primario de instrucción dentro de la población de estudio.

La prevalencia de los pacientes atendidos en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje por abdomen agudo inflamatorio fue de 74.3% durante el periodo 2017 - 2018. Y la frecuencia de las diversas etiologías de abdomen agudo inflamatorio dentro de la población del presente estudio reportaron mayor incidencia en la apendicitis (42.7%), en segundo lugar colecistitis (26,7%), la siguiente fue pancreatitis (17.3%) y por último diverticulitis (13.3%).

La relación a los factores de riesgo asociados al abdomen agudo inflamatorio de acuerdo a las diversas etiologías presentes en la población de estudio de la investigación evidenció qué, el factor asociado con mayor prevalencia para apendicitis fue el alcoholismo (25.3%), el factor asociado con mayor prevalencia para colecistitis fue la presencia de cálculos biliares (26.7%) y que los factores asociados con mayor prevalencia para pancreatitis fueron alcoholismo y cálculos biliares (17.3%), pero que a la vez ninguno de los factores asociados propuestos tuvo significancia estadística real con éstas etiologías, puesto que el valor de p en ninguno de los casos fue <0.05 ; y en cuanto a la diverticulitis se obtuvo que el factor asociado con mayor prevalencia fue el tabaquismo (13.3%), pero que el único factor asociado que presento significancia estadística fue el alcoholismo con un valor p 0,006.



7.2. RECOMENDACIONES.

Se recomienda realizar futuras investigaciones con una mayor población de pacientes que presenten la afección.

Es necesario que el personal de la salud siempre se encuentre actualizando sus conocimientos acerca de las patologías de abdomen agudo, ya que establecer el adecuado diagnóstico de los casos clínicos que acuden al servicio de emergencia, es lo fundamental a la hora de elaborar y plantear un adecuado plan de tratamiento.

Es importante que el personal de la salud en la consulta de rutina eduque al paciente sobre cómo actuar en caso de presentar dolor abdominal.



7.3. BIBLIOGRAFIA

1. Vinueza-Aguay G, Gallegos-Ponce C, Morales-Solís J, Vinueza-López G. Diagnóstico Histopatológico de la Apendicitis Aguda en el Hospital Regional Docente Ambato. Rev Divulgacion científica y cultural. 2018;10(1):12-8.
2. Mayo Ossorio MA, Pacheco García JM, Vázquez Gallego JM. Abdomen agudo. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. abril de 2016;12(7):363-79.
3. Germán Errázuriz F, Francisca Corona E. Dolor abdominal de origen orgánico en niños y adolescentes. Rev Médica Clínica Las Condes. marzo de 2014;22(2):168-75.
4. Poza-Cordón J, Ripollés-González T. Utility of abdominal ultrasonography in the diagnosis and monitoring of inflammatory bowel disease. Rev Esp Enferm Dig. 2014;106:14.
5. Treuer R. Dolor Abdominal Agudo en el Adulto Mayor. Rev Médica Clínica Las Condes. marzo de 2017;28(2):282-90.
6. Betancur G R, Salazar A J, Brinkmann B M, Quezada I R. Dolor abdominal en Urgencia. Serv Emerg HCUCH. 2014;25(232):7.
7. Prudencio C, Jonathan C, David E, Rosario VD. Abdomen agudo quirúrgico en pacientes del Servicio de Cirugía General del Hospital de Apoyo María Auxiliadora atendidos en el periodo 2009-2014. [Perú]: Universidad Nacional José Faustino Sanchez Carrión; 2015.
8. Hernández LDC. Apendicitis Aguda en el Servicio de Urgencias. Rev Medica de Costa Rica y Latinoamerica. 2014;(602):281-5.
9. Bejarano M, Gallego CX, Gómez JR. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. Rev Colomb Cir. 2014;26(1):33-41.



10. Rodríguez Contreras MV, Coronel Montero JS. Validez de la ecografía como método de diagnóstico imagenológico frente al diagnóstico quirúrgico de abdomen agudo en pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2009 [Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3469>
11. Andrade C, Santiago E. Escala de Alvarado y su relación en el diagnóstico de apendicitis aguda y el grado postquirúrgico en pacientes atendidos en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje. 2016 [citado 9 de julio de 2019]; Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/17127>
12. Caporale N, Morselli-Labate AM, Nardi E, Cogliandro R, Cavazza M, Stanghellini V. Acute abdominal pain in the emergency department of a university hospital in Italy. *United Eur Gastroenterol J.* abril de 2016;4(2):297-304.
13. Motta RG, Martínez LE. El enfoque diagnóstico por imagen del síndrome doloroso abdominal agudo no traumático en adultos. *Anales de Radiología México.* 2016;16(3):144-77.
14. 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.* 9 de marzo de 2017;39(4):203-8.
15. Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern Emerg Med.* marzo de 2015;10(2):171-5.
16. Chaparro JMO, Hadad AG. Abdomen agudo en el anciano. *Rev Colomb Cir.* 2014;21(4):266-82.
17. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. 1.^a ed. Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2014. 820 p.



18. Serrano M, Cadena H, Contreras A, Villar L, Reyes W. GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Abdomen%20agudo.pdf>
19. Ruilova Ullauri AE, Murillo Zambrano DJ. Abdomen agudo perforativo y aplicación del proceso de atención de enfermería. 2019 [citado 1 de julio de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13403>
20. Espil G, Larrañaga N, Díaz Villarroel N, Oyarzun A, Matzke G, Kozima S. Hemorragia abdominal espontánea: evaluación por imágenes. *Rev Argent Radiol.* 2015;79(2):86-94.
21. Dubón Peniche M del C, Ortiz Flores A, Dubón Peniche M del C, Ortiz Flores A. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. *Rev Fac Med México.* agosto de 2014;57(4):51-7.
22. Garcia CE. Apendicitis aguda. *Rev Hosp Ital BAires.* 2016;36(4):150-4.
23. Ávila MJ, García-Acero M. Apendicitis aguda: revisión de la presentación histopatológica en Boyacá, Colombia. *Rev Colomb Cir.* junio de 2015;30(2):125-30.
24. Quesada Suárez L, Ival Pelayo M, González Meriño CL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Rev Cuba Cir.* junio de 2015;54(2):121-8.
25. Souza-Gallardo LM, Martínez-Ordaz JL. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 15 de mayo de 2017;55(1):76-81.
26. Czul F, Coronel E, Donet JA. Una actualización de pancreatitis crónica: artículo de revisión. *Rev Gastroenterol Perú.* abril de 2017;37(2):146-55.
27. Durón DB, Laínez AG, García WU, Rubio LL, Alej, Rosales ra B, et al. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. *Arch Med* [Internet]. 12 de marzo de 2018 [citado 1 de julio de 2019];14(1). Disponible en:



<http://www.archivosdemedicina.com/abstract/pancreatitis-aguda-evidencia-actual-22310.html>

28. Cubas S, Varela M, Noria A, Ibarra S, Martínez JP, González F, et al. SIRS como predictor de severidad en la pancreatitis aguda. *Rev Médica Urug.* septiembre de 2017;33(3):26-37.
29. Huerta-Mercado Tenorio J. Tratamiento médico de la pancreatitis aguda. *Rev Medica Hered.* julio de 2013;24(3):231-6.
30. Apolinar A, Arévalo C, Gómez D, Borráez B. Diverticulitis y neumoperitoneo: una condición no siempre quirúrgica. *Rev Colomb Cir.* 2016;31(165):9.
31. Barbalace NM. Manejo Actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colon. *REV ARGENT COLOPROCT.* 2017;28(2):181-91.
32. Rodríguez-Wong U, Cruz-Rubin C, Pinto-Angulo VM, García Álvarez J. Obesidad y enfermedad diverticular del colon complicada. *Cir Cir.* 1 de julio de 2015;83(4):292-6.
33. Fluxá D, Quera R. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. *Rev Médica Chile.* febrero de 2017;145(2):201-8.
34. Gonzalez Rodriguez J. Enfermedad Diverticular. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXXII.* 2015;(615):411-6.
35. Valencia Huerta O, Quiroz Castro O. Estadio de Hinchey más frecuentemente encontrado en pacientes del Hospital Angeles Pedregal. *Acta Médica Grupo Angeles.* 2016;14(2):63-8.
36. Salinas C, López CA, Ramírez A, Torres R, Mendoza MC, Cuesta DP. Colectectomía por laparoscopia en colecistitis subaguda: análisis retrospectivo de pacientes en un hospital universitario. *Rev Colomb Cir.* junio de 2018;33(2):154-61.



37. Pérez Huitróna MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2018;61(4).
38. López S J, Iribarren B O, Hermosilla V R, Fuentes M T, Astudillo M E, López I N, et al. Resolución quirúrgica de la colecistitis aguda: ¿Influye el tiempo de evolución? Rev Chil Cir. abril de 2017;69(2):129-34.
39. Enríquez-Sánchez LB, García-Salas JD, Carrillo-Gorena J. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. Cir Gen. 17 de diciembre de 2018;40(3):175-8.
40. Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. Emerg Med Clin North Am. 2013;21(4):937-69.
41. Waller A, Long B, Koyfman A, Gottlieb M. Acute Pancreatitis: Updates for Emergency Clinicians. J Emerg Med. diciembre de 2018;55(6):769-79.
42. Prieto RG, Carvajal GD, Santos JH, Upegui D, Rendón J. Causas inesperadas de abdomen agudo. Rev Colomb Cir. diciembre de 2016;31(4):269-75.
43. Thakur JK, Kumar R. Epidemiology of acute abdominal pain: a cross-sectional study in a tertiary care hospital of Eastern India. Int Surg J. 28 de enero de 2019;6(2):345.
44. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, Leppaniemi A, Taviloglu K, van Goor H, et al. Complicated intra-abdominal infections in Europe: a comprehensive review of the CIAO study. World J Emerg Surg. 29 de noviembre de 2013;7(1):36.
45. Ravindra C, Shivakumar C. Clinical profile of acute abdomen cases at a tertiary care hospital. Int Surg J. 2016;3(1):105-7.
46. Montes Fernández BB, Lema Morocho AA. Prevalencia y factores de riesgo de la colecistitis aguda en el Hospital Homero Castanier en el año 2014 [Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23543>



47. ORDEÑANA CHEVEZ ES. "COLELITIASIS: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN ADULTOS DE 30 A 60 AÑOS DE EDAD. ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2015. [GUAYAQUIL]: UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL; 2015.
48. Cayamcela G, Belén A. Prevalencia de pancreatitis aguda post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y factores asociados, Hospital José Carrasco Arteaga, período 2012 – 2016 [Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2019. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31999>
49. Nunez Melendres L. Factores de Riesgo asociados a apendicitis aguda complicada en pacientes operados en el centro médico naval, en el periodo enero –junio 2016 [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2017. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/80540938.pdf>
50. Alfonso Salabert I, Salabert Tortolo I, Alfonso Prince JC, Álvarez Escobar M del C, Torres Álvarez A, Semper González AI. Factores de riesgo para pancreatitis aguda en el Hospital Comandante Faustino Pérez de Matanzas. Rev Médica Electrónica. diciembre de 2017;39(6):1259-68.
51. Gaitán JA, Martínez VM. Enfermedad litiásica biliar, experiencia en una clínica de cuarto nivel, 2005-2011. Rev Colomb Cir. 2014;29(3):188-96.
52. Kara L. R, Chawla S, Kim S, Keith CG, Propp DR, Chen ZN, et al. Pancreatic Insufficiency Secondary to Tobacco Exposure: A Controlled Cross-Sectional Evaluation. Pancreas. 2017;46(2):237-43.



ANEXOS.

Anexo 1 Oficio de Bioética.



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 31/5/2019

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

CERTIFICA

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

Prevalencia y factores asociados al abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl de Pasaje. Período 2017 - 2018.

Trabajo de titulación realizado por Christian Israel Ochoa Ávila

Código: Oc62PreME57



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA



Anexo 2: Oficio de coordinación de investigación.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Hospital San Vicente de Paúl
Dirección

Oficio Nro. MSP-CZ7-HB-SVP-2019-0016-O

Pasaje, 04 de junio de 2019

Asunto: Autorización para trabajo investigativo para proyecto de tesis

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

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ7-HB-SVP-2019-0053-E, que en referencia a oficio s/n con fecha de recepción 04 de junio del 2019, mediante la cual solicitan autorización para que el estudiante Christian Ochoa Avila, realice su investigación de tesis en esta casa de salud, esta dirección **AUTORIZA** su solicitud de investigación con el tema **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO 2017-2018"**

Sin ningún otro particular

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Dr. Jose Alfredo Aquim Andrade
DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

Referencias:
- MSP-CZ7-HB-SVP-2019-0053-E

Anexos:
- solicitud_de_proyecto_de_tesis_cristhian_israel_ochoa_avila206.pdf



Anexo 3: Formulario de recolección de datos



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
FACULTAD DE MEDICINA

"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL ABDOMEN AGUDO
INFLAMATORIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN
VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO 2017-2018."

Fecha: _____ Formulario N°: _____ Historia clínica: _____

Factores sociodemográficos

Sexo

Femenino ___

Masculino ___

Edad

10-19 años ___

20-35 años ___

36-59 años ___

60-74 años ___

≥75 años ___

Estado civil

Soltero/a ___

Casado/a ___

Divorciado/a ___

Viudo/a ___

Unión libre ___

Nivel de instrucción

Analfabetismo ___

Educación Primaria ___

Educación Secundaria ___

Educación de Tercer Nivel ___

Factores asociados

Consumo de alcohol

Si ___

No ___

Consumo de cigarrillo

Si ___

No ___

Obesidad

Si ___

No ___

Presencia de cálculos biliares

Si ___

No ___

Diagnostico.

Apendicitis aguda ___


Colecistitis ___

Pancreatitis ___

Diverticulitis ___

Otros _____

Realizado por:

 Christian Israel Ochoa Ávila.



Anexo 4: Informe antiplagio.

INFORME FINAL DE TITULACION CHRISTIAN ISRAEL OCHOA ÁVILA

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE
INTERNET

1%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

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

1%

★ Submitted to Universidad Católica de Santa María

Trabajo del estudiante

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 40 words

Excluir bibliografía

Activo



Anexo 5: Autorización de pares revisores.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

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

Rubrica 5 Pares Revisores

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

Tema: Prevalencia y factores asociados al abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paul periodo 2017-2018.

Nombre del estudiante: Christian Israel Ochoa Avila.

Director: Dr. Walter Jaramillo

Nombre de par revisor: Dr. David Vera.

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

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

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

DR. DAVID VERA P.
CIRUJANO GENERAL
INHMT 01-08-00803-09
C.I. 0102459608

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





Rubrica 5 Pares Revisores

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

Tema: Revolucionera y factores asociados al abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos en el hospital San Vicente de Paul Cuenca 2011-2018

Nombre del estudiante: Christian Israel Ochoa Avila

Director: Dr. Walter Sarmiento

Nombre de par revisor: Md. Jenny Pacheco Sarmiento

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

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

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Md. Jenny Pacheco Sarmiento
Especialista en Cirugía General
L. 2013 P. 80 N: 242

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfonos: 830752 - 4123175

www.ucacue.edu.ec





Anexo 6: Rubrica de dirección de carrera.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

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

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

Tema: *Prevalencia y factores asociados al síndrome agudo respiratorio en pacientes atendidos en el Hospital San Vicente de Paul de Cuenca, periodo 2017-2018.*

Nombre del estudiante: *Christian Israel Ochoa Acuña*

Nombre del responsable de la calificación

Director: *Dr. Walter Jaramilla C.*

Asesor: *Dr. Patricia Vanegas*

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 de aceptación del estudiante



Anexo 8: Informe final de Investigación

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

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

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

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo *cronograma* para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento *por parte de los* estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las 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 del mismo.

Informe: el alumno OCHOA AVILA CHRISTIAN ISRAEL ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación titulado: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO EN ADULTOS JOVENES EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PERIODO 2017-2018, obteniendo las siguientes notas:

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

Revisores: DR. DAVID VERA / DRA. JENNY PACHECO

Director: DR. WALTER JARAMILLO/ **Asesor:** DRA. PATRICIA VANEGAS

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

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

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

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

Atentamente,



Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



25 SEP 2019

RECIBIDO
HORA: 12:45 FIRMA:

