



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CARRERA DE MEDICINA.

TEMA:

**PREVALENCIA DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES DE 18 A 64 AÑOS
ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DURÁN.**

AUTORES:

**MONTENEGRO CRUZ ARIANA LISETH.
CAMACHO MORALES CLAUDIA ISABELLA.**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO GENERAL.**

TUTOR:

De Vera Alvarado, Jorge Eliecer, Dr.

**Guayaquil, Ecuador
3 de mayo del 2020**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
CARRERA DE MEDICINA.**

CERTIFICACIÓN.

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Montenegro Cruz Ariana Liseth** y **Camacho Morales Claudia Isabella**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico General**.

TUTOR:

f. _____

Dr. Jorge Eliecer De Vera Alvarado

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CARRERA DE MEDICINA.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **MONTENEGRO CRUZ ARIANA LISETH**, **DECLARO QUE:** El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán**, previo a la obtención del título de **Médico General** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020.

AUTOR:

f. 
Montenegro Cruz, Ariana Liseth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
CARRERA DE MEDICINA.**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **CAMACHO MORALES CLAUDIA ISABELLA**, **DECLARAMOS QUE:**
El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán**, previo a la obtención del título de **Médico General** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020.

AUTOR:

f. 
Camacho Morales, Claudia Isabella



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
CARRERA DE MEDICINA.**

AUTORIZACIÓN.

Yo **MONTENEGRO CRUZ ARIANA LISETH**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020.

AUTOR:

f. 
Montenegro Cruz, Ariana Liseth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CARRERA DE MEDICINA.

AUTORIZACIÓN.

Yo CAMACHO MORALES CLAUDIA ISABELLA

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020.

AUTOR:

f. _____
Camacho Morales, Claudia Isabella

REPORTE URKUND.

URKUND	
Documento	TESIS CAMACHO MORALES-MONTENEGRO CRUZ.docx (D68274609)
Presentado	2020-04-15 22:50 (-05:00)
Presentado por	claudiaisabellac@gmail.com
Recibido	andres.ayon.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	Tesis Camacho Morales - Montenegro Cruz Mostrar el mensaje completo 3% de estas 19 páginas, se componen de texto presente en 4 fuentes.

Montenegro Cruz, Ariana Liseth
Camacho Morales, Claudia Isabella

AGRADECIMIENTO

.

La gratitud es un hermoso valor relativamente fácil de demostrar ya que es expresado plenamente del corazón y reservado para aquellas personas que acompañan nuestra vida, por eso mi gratitud con Dios y para Dios quien con su bendición llena siempre mi vida y fue mi compañero en todos los momentos cuando estuve sola, cuando mis fuerzas se terminaban, cuando sentía que no podía más, él siempre iluminó mi camino.

Gracias a la dueña de mi vida, de mi ser, a mi mejor amiga mi mamá, Yarita este sueño que se cumple es de las dos, después de Dios mi más grande agradecimiento siempre será con usted, gracias por el amor que me da sin medida, por ser la persona que nunca me faltó a pesar de la distancia, por ser mi guía, mi paño de miles de lágrimas a lo largo de este camino, por celebrar conmigo cada escalón que subía para llegar a esta meta, por ser mi compañera incondicional, por creer en mí, por ser mi ángel aquí en la Tierra.

Gracias a Rodrigo, mi papá, el amor de toda mi vida, al que le cumplo este sueño, mi máxima inspiración por todos estos años, el que me enseñó a creer en mí, a ser desde pequeña muy fuerte, perseverante, a no rendirme jamás, a continuar cada día, porque “tenía que cambiar la historia” gracias por tanto papi sé que toda mi vida no me va a alcanzar para pagarle todo lo lindo que hizo por mí.

Gracias a mis hermanos, a Rodrigo por ser mi compañero y mi apoyo cuando lo he necesitado, por estar conmigo en los buenos y malos momentos gracias ñaño por todo, a Sebastián mi pequeño por el que cada día quiero ser mejor, por el que quiero alcanzar todos mis anhelos para hacer de su vida la mejor de todas, siempre estaré a tu lado, siempre cuidare de ti mi niño.

Gracias a mis Abuelitos, a mi Clemencita, mi segunda mamá, quien siempre estuvo para mí con sus lindas palabras dándome aliento, su preocupación, y su amor tan puro y noble, a mi angelito que está en el Cielo, mi Guillermito sé que desde allá está orgulloso de mi, gracias por guiar mis pasos y por haberme dado tantos ánimos mientras lo tuve a mi lado, a mi Conchita por estar siempre pendiente de que todo vaya bien en mi vida, por ser una abuelita incondicional, a mi papi Rodrigo mi viejito adorado, el que nunca dejó de recibirme con una sonrisa gigante y un fuerte abrazo siempre que regresaba a casa, a ellos, mi más puro agradecimiento por tanto para mi vida, solo Dios sabe cuan grande es mi amor por ellos.

Gracias a todas las personas que aportaron a mi vida durante todo este largo camino, a las que hoy están y también a las que se fueron, gracias por las enseñanzas, gracias por cada experiencia, gracias por ese granito de arena que cada ser le da a la vida de alguien para ser mejor.

Montenegro Cruz, Ariana Liseth

Agradezco a mi familia principalmente, por ser mi pilar fundamental y por entender que el tiempo sacrificado en esta carrera ha valido totalmente la pena.

A mi novio el Dr. Guillermo Navas, por las enseñanzas infundidas con mucha paciencia y amor, por ser mi apoyo incondicional y por cuidarme en todo momento.

A mis amigos del colegio, de la universidad y de la vida, por darme soporte emocional en las pérdidas y por haber celebrado conmigo en los triunfos.

A los maestros de la UCSG y del Hospital Básico Durán, que acompañaron mi camino y estuvieron prestos a compartir sus enseñanzas para formar mis bases académicas.

A nuestro tutor de tesis el Dr. Jorge De Vera, quien impartió sus conocimientos con nosotras siempre de forma muy amable.

Camacho Morales, Claudia Isabella

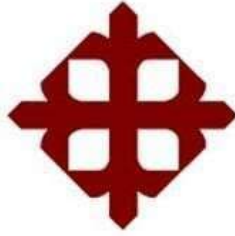
DEDICATORIA.

Quiero dedicar este trabajo, así como cada sueño y cada meta que cumplo en mi vida a mis padres, Yarita y Rodrigo, los sueños son deseos que nacen del corazón y este es uno de aquellos que estamos cumpliendo los tres, sin ellos nada de esto hubiera sido posible, por ser mi ejemplo, por ser la luz en medio de días oscuros, por ser mi fortaleza, por nunca dejarme, por la paciencia, por cada sacrificio, por acompañarme en mis caídas pero también en mis logros, por la formación que me dieron desde niña, por hacer de mí una buena mujer, pero sobre todo por el infinito amor que viven dándole a mi vida, se merecen esto y mucho más, gracias papis esto es solo el inicio de muchos sueños que vendrán, los amo con todo mi ser.

Montenegro Cruz, Ariana Liseth

A todas las personas que me quieren y celebran mis logros, especialmente a mi madre Patricia, mi padre Jimmy y a mi hermano José María, quienes compartieron conmigo este sueño desde mi infancia.

Camacho Morales, Claudia Isabela



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
CARRERA DE MEDICINA.
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN:**

f. _____

f. _____

f. _____

INDICE GENERAL.

RESUMEN.	XVIII
SUMMARY.	XIX
INTRODUCCIÓN.	2
CAPITULO I.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	3
1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA.	3
1.4 JUSTIFICACION.	4
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION. OBJETIVO GENERAL.	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS.	4
1.6 HIPÓTESIS.....	5
CAPITULO II.....	6
MARCO TEORICO.....	6
2.1 ABDOMEN AGUDO.....	6
2.2 BASES ANATOMOFISIOLOGICAS. RECEPTORES DEL DOLOR.	6
2.3 TIPOS DE DOLOR.	6
2.4 CLASES DE ABDOMEN AGUDO. ABDOMEN AGUDO SEGÚN SU MANEJO:	8
2.5 ETIOLOGIA DE ABDOMEN AGUDO.	11
2.6 EXAMEN FÍSICO.....	16
2.7 MANIFESTACIONES GENERALES.....	16
2.8 EXAMEN ABDOMINAL. INSPECCIÓN.	17
2.9 EXAMENES COMPLEMENTARIOS.	18
CAPITULO III.....	21
3.1 METODOLOGIA.....	21
3.2 CARACTERISTICA DE LA ZONA DE TRABAJO.	21

3.3	PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	21
3.4	POBLACION DE ESTUDIO. POBLACION Y MUESTRA.	21
3.5	VIABILIDAD.	22
3.6	CRITERIOS DE ESTUDIO. CRITERIOS DE INCLUSION.....	23
	CRITERIOS DE EXCLUSION.	23
3.7	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	23
3.8	TIPO DE INVESTIGACIÓN.	25
3.9	PRINCIPIOS BIOETICOS.	25
3.10	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 26	
	CAPITULO IV.	28
4.1	RESULTADOS.....	28
4.2	DISCUSION.	35
	CAPITULO V.	37
5.1	CONCLUSION.	37
5.2	RECOMENDACIONES.	38
	REFERENCIAS.	39

INDICE DE TABLAS.

Table 1 Operacionalización de las variables	23
Table 2 Prevalencia de abdomen agudo según el sexo.	28
Table 3 Prevalencia de abdomen agudo según el grupo etario.	29
Table 4 Prevalencia de abdomen agudo según su sintomatología.	30
Table 5 Prevalencia de abdomen agudo según su causa.	31
Table 6 Etiologías de mayor prevalencia en abdomen agudo clínico.	32
Table 7 prevalencia de abdomen agudo clínico según su origen.	33
Table 8 Etiologías de mayor prevalencia en abdomen agudo quirúrgico.	34
Table 9 tipo de abdomen agudo quirúrgico más frecuente.	35

INDICE DE GRÁFICOS.

Figure 1 Prevalencia de abdomen agudo según el sexo.	28
Figure 2 Prevalencia de abdomen agudo según el grupo etario.	29
Figure 3 Prevalencia de abdomen agudo según su sintomatología.	30
Figure 4 Prevalencia de abdomen agudo según su causa.	31
Figure 5 Etiologías de mayor prevalencia en abdomen agudo clínico.	32
Figure 6 Prevalencia de abdomen agudo clínico según su origen.	33
Figure 7 Etiologías de mayor prevalencia de abdomen agudo quirúrgico.	34
Figure 8 Tipo de abdomen agudo quirúrgico más frecuente.	35

RESUMEN.

Introducción: El dolor abdominal agudo es uno de los motivos de consulta más frecuente dentro de las urgencias hospitalarias, las principales causas de morbilidad en el hombre con respecto a dolor abdominal agudo según el INEC en el 2017 fueron: apendicitis, seguido de gastroenteritis, luego hernia inguinal y por último colelitiasis, sin embargo, la patología quirúrgica más frecuente es la colelitiasis y predomina en el sexo femenino.

Objetivo: Determinar la prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán en el año 2019.

Métodos: El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, no experimental, retrospectivo. La muestra está compuesta por 212 pacientes atendidos por abdomen agudo en la emergencia del Hospital Básico Durán entre octubre del 2019 y septiembre del 2019.

Resultados: Se determinó que la prevalencia de abdomen agudo es mayor en el sexo femenino, y el tipo de abdomen agudo más frecuente es el clínico con un 89.15%.

Conclusiones: El signo clínico más frecuente fue el vómito con un 37%, la causa médica de mayor prevalencia es el cólico renal 53%, mientras que la causa quirúrgica es la colelitiasis aguda 52%, cuya prevalencia es mayor en el sexo femenino.

Palabras clave: abdomen agudo, dolor abdominal, prevalencia.

SUMMARY.

Introduction: Acute abdominal pain is one of the most frequent reasons for consultation in hospital emergencies. The main causes of morbidity in men regarding acute abdominal pain according to the INEC in 2017 were: appendicitis followed by gastroenteritis, then hernia Inguinal and finally cholelithiasis, however, the common surgical mass pathology is cholelithiasis and predominates in the female sex.

Objective: To determine the prevalence of acute abdomen in patients aged 18 to 64 attended in the emergency of the Basic Hospital Durán in 2019.

Methods: The present study has a quantitative, non-experimental, retrospective approach. The sample is made up of 212 patients treated for acute abdomen in the Basic Hospital Durán emergency between October 2019 and September 2019.

Results: It was determined that the prevalence of acute abdomen is higher in women, and the most frequent type of acute abdomen is clinical, with 89.15%.

Conclusions: the most frequent sign was vomiting with 37%, the most prevalent medical cause is 53% renal colic, while the surgical cause is 52% acute cholelithiasis, the prevalence of which is higher in women.

Key words: acute abdomen, abdominal pain, prevalence

INTRODUCCIÓN.

El dolor abdominal agudo ha sido descrito por la literatura médica desde el siglo XVIII, existen manuscritos sobre procesos abdominales agudos que tuvieron intervenciones de carácter urgente, pero a finales del siglo XIX el profesor de cirugía John B. Deaver (1855-1931) de la Universidad de Pensilvania es quien posiciona en la literatura el término de Abdomen agudo. (1)

El abdomen agudo, está definido como una situación “crítica” que cursa con sintomatología abdominal grave y que requiere un tratamiento urgente ya sea clínico o quirúrgico. El dolor abdominal intenso es el síntoma principal y se lo reconoce como motivo de urgencia el cual puede relacionarse con patologías de carácter intraabdominal o extraabdominal. El dolor abdominal agudo es uno de los motivos de consulta más frecuentes en las urgencias hospitalarias, por la gran variedad de diagnósticos diferenciales que se pueden plantear se ha convertido en un problema que se presenta diariamente tanto para médicos generales como para los especialistas de diversas áreas. (2,3).

Las principales causas de morbilidad en el hombre con respecto a dolor abdominal agudo según el INEC en el 2017 fueron: apendicitis seguido de gastroenteritis, luego hernia inguinal y por último colelitiasis, sin embargo, en las mujeres la principal causa es colelitiasis, seguido de apendicitis aguda. (4) La finalidad de este proyecto es determinar la prevalencia de abdomen agudo en el área de emergencia, y que los resultados obtenidos sirvan de apoyo y retroalimentación para el personal médico.

Es importante el estudio del abdomen agudo en la emergencia hospitalaria porque permitirá implementar un mejor manejo, diagnóstico, terapéutica y atención de los pacientes. El estudio se realizó en los pacientes atendidos por abdomen agudo en la emergencia del Hospital Básico Duran en el año 2019. Considerando que el abdomen agudo es una de las mayores causas de atención en la emergencia y debido a que no existen suficientes estudios disponibles sobre la prevalencia de este cuadro clínico en el Hospital Básico Durán, hemos decidido tomar esta patología como estudio para nuestro trabajo.

CAPITULO I.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El dolor abdominal agudo está considerado como el síntoma más frecuente presentado en las emergencias hospitalarias a nivel mundial, Este se ha convertido en un reto clínico quirúrgico, la decisión de dar tratamiento médico requiere de obtener la información suficiente que proporcione el paciente o por sus familiares en el interrogatorio. Se estima que aproximadamente el 50% de los casos de abdomen agudo precisan hospitalización, sin embargo, solo el 30% necesitan un tratamiento quirúrgico, por lo que resulta necesario que el paciente tenga una valoración de forma inmediata. (4,5)

El abdomen agudo en el Ecuador representó el 25.33% de todos los motivos de consultas presentados en las emergencias según el INEC en el 2017, el porcentaje de egresos hospitalarios por abdomen agudo fue de 62% en Loja incluyendo traumático y no traumático, en la provincia de El Oro el porcentaje de abdomen agudo no traumático fue de 40,02% mientras que el traumático 37,61%. (4)

En el 2017 se presentaron 38533 casos de apendicitis aguda, lo que represento una tasa de 22.97 por cada 10000 habitantes, es decir fue PRIMERA causa de morbilidad en el país. Entre el 2012 y 2017 la coleditirosis fue considerada como la segunda causa de enfermedad en el Ecuador con 36522 casos con una tasa de 21.77 por cada 10000 habitantes. (4)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán?

1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA.

El problema se delimita en la ciudad de Durán, Provincia del Guayas, cuyo estudio se

realizó en la emergencia del Hospital Básico Durán, entre octubre del 2018 y septiembre del 2019, en pacientes con diagnóstico de abdomen agudo.

1.4 JUSTIFICACION.

El abdomen agudo fue la principal causa de morbilidad en nuestro país en el año 2017 según datos del INEC, los cuales indican que fue la primera causa de atención en las áreas de emergencias hospitalarias, por tal motivo es muy importante realizar el estudio en el Hospital Básico de Duran para determinar la prevalencia de abdomen agudo. Al realizar el estudio en el Hospital Básico Duran, los resultados obtenidos servirán de apoyo y retroalimentación para el personal médico y estudiantes.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán desde octubre del 2018 hasta septiembre del 2019.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ¿Cuáles son las características sociodemográfico: ¿edad y sexo, de los pacientes diagnosticados e intervenidos por abdomen agudo en la emergencia?
- ¿Cuáles son los signos, síntomas, más frecuentes en pacientes con diagnóstico de abdomen agudo en la emergencia?
- ¿Cuál es la causa más frecuente de abdomen agudo?
- ¿Cuál es la etiología de abdomen agudo clínico más frecuente?
- ¿Cuál es el tipo y etiología de abdomen agudo quirúrgico más frecuente?

1.6 HIPÓTESIS.

El abdomen agudo quirúrgico se presenta en menor porcentaje que el abdomen agudo no quirúrgico.

La mujer padece con mayor frecuencia abdomen agudo, la colelitiasis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico.

CAPITULO II.

MARCO TEORICO.

2.1 ABDOMEN AGUDO.

El abdomen agudo está definido como un síndrome cuyo signo principal es el dolor abdominal de aparición brusca, con una duración menor de 24 horas y en algunas ocasiones 48 horas, el cual puede ser de origen intra o extra abdominal. Pueden coexistir con signos de irritación peritoneal: rigidez de los músculos abdominales, hipersensibilidad abdominal, con o sin signos de resistencia o defensa involuntaria. (2,4)

2.2 BASES ANATOMOFISIOLOGICAS.

RECEPTORES DEL DOLOR.

En el abdomen se encuentran varios receptores del dolor los cuales están ubicados en las vísceras huecas es decir en el músculo liso (vejiga, uréteres, vesícula, conductos biliares, intestinos), como en las vísceras sólidas concretamente en su cápsula de revestimiento (riñón, bazo, hígado), en el peritoneo en su porción parietal y en el mesenterio. Estos receptores generan respuestas frente a estímulos mecánicos y químicos. El peritoneo visceral o el epiplón, no tienen receptores, esto explica la insensibilidad que presentan dichas estructuras anatómicas. (5,6)

2.3 TIPOS DE DOLOR.

El dolor abdominal se puede presentar de 3 formas distintas: dolor parietal, dolor visceral y dolor referido. (5)

DOLOR VISCERAL.

Es originado por la distensión o contractura violenta presentada por la musculatura lisa

de las vísceras huecas. El estímulo es transmitido por medio de las fibras C que forman parte de los nervios del bazo. Los impulsos transmitidos se de conducción lenta por lo tanto el dolor está mal delimitado su intensidad aumenta gradualmente, es denominado **protopático**. (4–6)

La manifestación del dolor en epigastrio referido por el paciente en las fases iniciales de un cuadro de apendicitis presenta estas características. (6)

La cualidad del dolor es variada ya que puede presentarse como un dolor sordo, tipo cólico, incluso urente. Frecuentemente se acompaña de síntomas vegetativos: palidez, sudoración, inquietud, náuseas y vómitos. No presenta hiperalgesia ni contractura de la musculatura lisa, el dolor se localiza a nivel de la línea media, ya que los nervios viscerales alcanzan ambos lados de la medula espinal. (5,6)

DOLOR REFERIDO.

En varias ocasiones el dolor proveniente de una víscera se lo percibe desde una zona muy alejada del órgano emisor. Cuando es muy intenso el estímulo visceral o cuando esta disminuido el umbral del dolor es cuando aparece el dolor referido. Las fibras por las cuales se transmiten los estímulos viscerales se dirigen hacia la medula concretamente a la asta posterior junto con las fibras que transmiten el estímulo somático. (ej. impulsos emitidos desde la piel). Cuando la intensidad del impulso aumenta y el umbral del dolor disminuido, las neuronas localizan de forma errónea desde qué lugar anatómico se origina el dolor, él está situado en el dermatoma que guarda relación con el mismo segmento medular. (5,6)

Cuando estamos ante un cuadro de colecistitis, el umbral del dolor desciende por la inflamación, esto justifica la aparición del dolor escapular es decir dolor referido. (6,7)

DOLOR PARIETAL.

Es el dolor característico ante una peritonitis. El impulso doloroso es transmitido por

medio de las fibras mielínicas tipo A y D, las cuales se encuentran integradas en los nervios cerebroespinales. Su conducción es rápida, tienen campos pequeños de recepción y el impulso álgido producido es bien localizado conocido como dolor **epicrítico**. Cuando estamos frente a un caso de apendicitis aguda avanzada, al describir el signo de McBurney estamos frente a este tipo de dolor. (6,8)

El dolor parietal está bien delimitado, es decir se localiza exactamente en la zona del estímulo doloroso, aumenta al realizar maniobras de Valsalva, al deambular y a la palpación. Es característica de estos casos presentar hiperalgesia y resistencia muscular. (5,6,8)

En un cuadro de apendicitis aguda se pueden presentar los 3 tipos de dolor mencionados anteriormente, según la fase en la cual se encuentre. La distensión abrupta apendicular permite la aparición del dolor visceral el cual se localiza a nivel de la línea media, al presentarse la inflamación de la mucosa al disminuir el umbral se produce un dolor referido situado a nivel de cuadrante inferior derecho exactamente en fosa iliaca. Al extenderse el proceso inflamatorio hasta el peritoneo se produce el dolor epicrítico con un área con las características descritas en el párrafo anterior. (6,8,9)

2.4 CLASES DE ABDOMEN AGUDO.

ABDOMEN AGUDO SEGÚN SU MANEJO:

El abdomen agudo puede ser clasificado según su manejo en abdomen médico y abdomen quirúrgico. (4)

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO.

La aparición brusca del dolor, es precedida por el vómito, fiebre, náuseas, pérdida de apetito, distensión abdominal, el paciente en varias ocasiones presenta antecedentes de intervención quirúrgica, estos datos son muy importantes en la historia clínica. La sintomatología de irritación peritoneal, indica que el proceso abdominal ha tenido una

evolución grave. Hay que recordar que estos signos y síntomas en algunos grupos de edad no se presentan. (10,11).

ABDOMEN AGUDO NO QUIRÚRGICO.

En estos pacientes, el tipo de dolor, su localización y evolución lenta es decir mayor de 48 horas y con sintomatología similar a la descrita en el párrafo anterior, sugiere su estudio y seguimiento ambulatorio en la mayoría de los casos. Es importante realizar los respectivos exámenes complementarios para poder comprobar su severidad. (10)

ABDOMEN AGUDO SEGÚN SU LOCALIZACIÓN:

Según su localización se puede clasificar en: abdomen agudo verdadero (causa intraabdominal), o abdomen agudo falso (extra abdominal). (12)

ABDOMEN AGUDO SEGÚN TIPO:

Según su origen: inflamatorio (apendicitis, pancreatitis, diverticulitis, colecistitis, etc.); hemorrágico (ruptura de aneurisma, trauma de abdomen, embarazo ectópico, etc.); perforativo (Trauma que perfore víscera, apendicitis perforada, ulcera péptica perforada, etc.); oclusivo intestinal (parietales, extra parietales, intraluminales); oclusivo vascular (isquemia mesentérica). (2,5,12)

INFLAMATORIO.

Se presenta un dolor de forma continua y bien delimitado, aumenta con maniobras de Valsalva y con la deambulación, por tal motivo el paciente evita realizar movimientos. Cuando existe compromiso de peritoneo parietal se produce la contracción de la musculatura de la zona afectada. En este tipo de abdomen agudo se encuentran los originados por procesos inflamatorios y procesos de carácter infecciosos. La irritación del peritoneo se origina en etapas más avanzadas del proceso inflamatorio. (6,12)

PERFORATIVO.

Generalmente se trata de un abdomen agudo inflamatorio, pero en una etapa muy avanzada, debido a la pérdida de continuidad que se origina en una víscera hueca y el contenido de la misma es derramado en la cavidad abdominal lo cual ocasiona una reacción aguda. (6)

Las que se presentan con mayor frecuencia con los traumatismos, apéndices perforadas, perforación de úlcera péptica, etc. (6,13)

OCLUSIVO INTESTINAL.

Se origina cuando se interrumpe el tránsito intestinal por obstáculo en la luz intestinal, tanto en la pared o por obstrucción originada fuera de la pared intestinal. (1,6,12)

Se produce el dolor visceral, el cual es mal delimitado, no aumenta con maniobras de Valsalva, pero se acompaña generalmente de reacciones vágales. Entre las causas tenemos: (1,6,12)

OBSTRUCCION INTESTINAL.

El dolor puede presentarse a nivel peri umbilical o puede presentarse de forma difusa. Al inicio es intenso, pero a medida que evoluciona la obstrucción, se produce la dilatación del asa intestinal, disminuye el peristaltismo y el dolor pierde intensidad. Al existir compromiso vascular, se produce irritación peritoneal y el dolor se lo puede delimitar correctamente, entre las principales causas tenemos las adherencias, neoplasias y hernias abdominales. (6,14,15)

OBSTRUCCION BILIAR.

Este dolor se encuentra localizado en hipocondrio derecho y en ocasiones en epigastrio,

se irradia hacia la escapula derecha. Frecuentemente la causa es la litiasis biliar, en el colédoco esto se puede originar por parásitos o por coágulos. Las neoplasias biliares no ocasionan dolor debido a que esto evoluciona lentamente. (6,7,16,17)

OBSTRUCCION URINARIA.

Cuando hay obstrucción en el uréter aparece un dolor intenso, el cual es localizado en el trayecto del mismo y se irradia hacia los genitales, acompañado de sintomatología vegetativa y el reflejo puede producir un íleo adinámico. La mayor causa de este tipo de obstrucción es la litiasis renal. (6)

OBSTRUCCION INTESTINAL CON ESTRANGULACION.

Es producido cuando nos encontramos frente a adherencias, incluso bridas y hernias de diferentes localizaciones (6):

OCLUSION VASCULAR MESENTERICA.

Al principio el dolor es visceral, se localiza en la línea media a nivel peri umbilical. En el primer estadio el peristaltismo se encuentra conservado y no existe contractura de los músculos abdominales. En el caso de isquemia y trombosis existe una previa historia de dolores abdominales, en trombosis venosas se lo relaciona con toma de anticonceptivos y estados de hipercoagulabilidad. (6,13,14)

ABDOMEN AGUDO HEMORRAGICO.

Existe la presencia de sangre en la cavidad abdominal, las manifestaciones que las producen son: traumas abdominales, ruptura de aneurisma, embarazo ectópico, etc. (6)

2.5 ETIOLOGIA DE ABDOMEN AGUDO.

A continuación, se describirán las causas más comunes de abdomen agudo.

APENDICITIS.

Conocida como la urgencia quirúrgica más frecuente, afecta a ambos sexos por igual, es un cuadro clínico poco común en lactantes y ancianos, pero tasas de morbilidad elevada en adolescentes. Se produce por la inflamación del apéndice la cual se condiciona por la obstrucción luminal por parásitos, fecalitos e incluso hiperplasia folicular linfoide. Tiene una etapa inicial conocida como congestiva, luego evoluciona a un estado flemonoso, el cual puede desencadenar a una supuración, gangrenarse e incluso perforarse. Se presenta de forma típica con dolor tipo visceral localizado a nivel de epigastrio, después de un lapso de 3 a 6 horas se produce el desplazamiento del dolor hacia FID donde se produce sintomatología de dolor peritoneal. La sintomatología típica como la anorexia, náuseas, vómitos y la fiebre a menudo se puede ver modificada en varias ocasiones debido a las localizaciones atípicas del apéndice. La apendicitis retro cecal suele aparecer sin sintomatología peritoneal, a diferencia de la apendicitis pelviana la cual puede presentar sintomatología urinaria e incluso diarreas. En una mujer en periodo de gestación el dolor seguirá presentándose con mayor frecuencia en FID, a pesar de que varios casos el útero puede desplazar al apéndice presentado el dolor a nivel de hipocondrio derecho. La tasa de mortalidad es del 0,1% pero puede llegar al 0.6% e incluso hasta el 5% en las formas atípicas y complicadas. En el caso de los ancianos esta tasa puede aumentar hasta un 70%. (2,6,8,9)

COLECISTITIS Y COLEDOCOLITIASIS.

Los pacientes con procesos de vías biliares, especialmente en cálculos de origen biliar describen el dolor a nivel de línea media o hipocondrio derecho el cual presenta irradiación hacia la escapula, acompañado de sintomatología como pérdida de apetito y vómitos. El paciente indica haber ingerido alimentos ricos en grasa 1 o 2 horas previas a la presentación del mismo, es poco frecuente su aparición nocturna. Cuando el dolor persiste por más de 5 horas debemos pensar en un cuadro de abdomen agudo por colecistitis. El dolor se hace más intenso y puede coexistir con la presencia de fiebre. Cuando un cálculo se impacta a nivel del conducto colédoco el dolor aumenta y los

pacientes acuden a la emergencia, en algunos casos se presenta con ictericia, elevación de transaminasas y fiebre, como expresión de una colangitis. (1,7,15)

ENFERMEDAD DIVERTICULAR.

La enfermedad diverticular es una patología muy frecuente y su prevalencia va aumentando con la edad. Se producen protrusiones en la mucosa del colon en zonas cuya pared presenta mayor debilidad. El colon sigmoideo es el más afectado gracias a la mayor cantidad de presión intraluminales que este segmento recibe. (10,18)

Aproximadamente el 20% desarrolla una diverticulitis de tipo agudo, al producirse en el divertículo una inflamación de carácter necrotizante puede conducir esto a una micro o macro perforación. Las manifestaciones clínicas dependerán de la gravedad de la perforación del divertículo y también de la respuesta del organismo del paciente. En la mayoría de los casos se limita solo a la inflamación de la pared, la perforación queda cubierta por grasa del epiplón. El 25% pueden presentar complicaciones, éstrelas cuales tenemos abscesos, fistulas, estenosis, y perforaciones a peritoneo libre. (10,18)

PANCREATITIS.

La pancreatitis aguda (PA), es considerada como un proceso pancreático inflamatorio reversible, cuyas manifestaciones clínicas son variables, desde un dolor abdominal leve, hasta un dolor abdominal agudo el cual puede generar un shock. Aunque es un proceso que produce una injuria pancreática, puede afectar a tejidos cercanos y distantes al páncreas. (19).

Los principales factores de riesgo asociados en la PA en adultos son el alcoholismo y la litiasis biliar. Otras causas asociadas son los tumores que obstruyen los conductos pancreáticos, parásitos. Se han descrito diversos fármacos que se asocian a esta patología, como son los estrógenos, sulfonamidas, azatioprina, furosemida, pentanimida. (20)

Existen varias teorías sobre su patogenia, la más aceptada es la auto digestión. Las

proteasas se activan en el páncreas por medio de las hidrolasas, lo que provoca la digestión del tejido del páncreas. El deterioro de la función de otros aparatos y sistemas acompañado de la toxicidad se relacionarán con la activación de mediadores inflamatorios que son liberados por el mismo páncreas y leucocitos, los cuales acuden al lugar de la lesión pancreática. (19,20)

En su presentación típica, el paciente describe un dolor que se localiza inicialmente en mesogastrio sobre la línea media superior abdominal, con irradiación hacia la región dorsal. El dolor en el transcurso de 20 a 30 minutos puede alcanzar su intensidad máxima, permaneciendo en algunas ocasiones hasta 72 horas. El dolor difuso, la distensión del abdomen y el íleo son sintomatología de mayor gravedad. (10,19,20)

ENFERMEDAD ULCEROSA PEPTICA.

La ulcera péptica (UP), también es causante del dolor abdominal agudo, cuando nos encontramos frente a úlceras de gran tamaño en las cuales se ha producido perforación, el dolor pierde su ritmo característico y se vuelve muy intenso y continuo, presentando en ocasiones irradiación a la región dorsal. Esto se debe a la comunicación del contenido del aparato digestivo con la cavidad abdominal. (10,21).

ISQUEMIA INTESTINAL.

La obstrucción intestinal (OI), con compromiso vascular, ponen en riesgo la vida del paciente, debido a la disminución del riego sanguíneo de los vasos mesentéricos superiores o inferiores, debido a causas obstructivas, vaso espasmos severos, trombosis. (22,23)

En la isquemia mesentérica los primeros cambios se van a producir a nivel de la mucosa, la cual puede ser hemorrágica, posteriormente se presenta el edema de mucosa y al final se presenta necrosis submucosa y transmural. (24)

Su mortalidad está relacionada con el tiempo que ha transcurrido entre el inicio de los

síntomas y el comienzo de la cirugía, representando un 8% si la cirugía fue realizada antes de las 36 horas y un 25% si la cirugía fue realizada después de las 36 horas. (10)

La sintomatología habitual es el dolor, acompañado de náuseas, vómitos, dificultad para expulsión de gases y heces. Las bridas peritoneales son la causa más frecuente con el 60%, las hernias encanceradas un 15%. En sus fases iniciales, la isquemia producida puede ser enmascarada por la expulsión de heces que se encontraban retenidas en el punto más distal de la oclusión. (10,22,24)

VOLVULO.

La torsión colónica, producida en el ciego o sigma, es otra de las causas de abdomen agudo. El vólvulo del ciego se asocia a la presencia de adherencias ya sea congénitas o adquiridas y su tasa de mortalidad es del 15% aproximadamente y un 65% en ancianos. El vólvulo sigmoideo es de aparición más frecuente sobre todo en pacientes que abusan del uso de laxantes, ansiolíticos, anticolinérgicos, medicación anti parkinsoniana. Su presentación típica cursa con una asimetría abdominal, asociada con dolor, al hacerse constante se acompaña de fiebre, incluso hipotensión. Los casos de diagnóstico más difícil se presentan en pacientes jóvenes, ya que su forma de presentación es insidiosa, el dolor que se presenta suele resolverse con la rectificación natural y espontánea del vólvulo. (10,25)

HERNIA INCARCERADA.

Las hernias por lo general si se las puede reducir fácilmente son asintomáticas, el cuadro característico es el dolor en epigastrio o dolor peri umbilical, las manifestaciones ocurren cuando las hernias producen obstrucción intestinal, un retraso en el diagnóstico conlleva a un cuadro de isquemia o estrangulación de la misma. (26)

La hernia incarcerada requiere de intervención quirúrgica inmediata, para evitar la estrangulación, el paciente suele referir un dolor que se presentó hace varias semanas incluso meses, que aumentaba con el esfuerzo, tos y defecación. (10)

2.6 EXAMEN FÍSICO.

Las manifestaciones clínicas del paciente, es decir los signos y síntomas son de vital importancia para decidir el abordaje terapéutico que se implementara con cada paciente. En años recientes se ha optado por el uso de estudios de laboratorio e imagen, dejando a un lado la relación entre médico y paciente que ha existido durante siglos, sin embargo, el examen físico nos permitirá orientar a qué tipo de patología nos estamos enfrentando. (27)

2.7 MANIFESTACIONES GENERALES.

Realizar un correcto examen físico es de gran utilidad, signos como palidez, diaforesis, se relacionan con la severidad del dolor que están presentando o con la hipotensión. (10,27)

SINTOMAS.

La sintomatología más característica en el abdomen agudo son el dolor abdominal propiamente dicho, ya estudiado anteriormente, las náuseas, el vómito, la anorexia, diarrea, estreñimiento, cada síntoma debe ser estudiado de forma individual. (10,27)

PULSO.

Por si solo no nos brindara mayor información, sin embargo, asociado a indicadores como la temperatura corporal o la presión arterial pueden resultar muy útiles, ejemplo pulso débil pero rápido asociar a cuadros hemorrágicos y de irritación peritoneal. (10,27)

TEMPERATURA.

La temperatura mayor de 38 grados es importante para descartar procesos inflamatorios, especialmente si se presentan 24 horas después del inicio del dolor, la disociación

térmica existente entre el recto y la axila con la temperatura rectal mayor de 1 grado nos orienta hacia un cuadro de apendicitis. (8,10,27)

PRESIÓN.

En cuadros donde hay liberación de sustancias vasodilatadoras debido a cuadros de reacción inflamatoria, se traducen en hipotensión e hipovolemia en caso de una peritonitis. (10,27)

2.8 EXAMEN ABDOMINAL.

INSPECCIÓN.

Se realizará la evaluación de la pared abdominal, observaremos si hay evidencia de circulación colateral, lo cual sugiere hipertensión portal, observar si hay presencia de cicatrices, distensión, hernias, peristaltismo, los cuales nos orientaran hacia un proceso de carácter obstructivo. Muy importante analizar los movimientos de la pared abdominal al realizar la respiración. (10,27)

PALPACIÓN.

Es necesario relajar la pared abdominal controlando la ansiedad del paciente y realizando cualquier distracción. Es necesario descartar embarazos, hernias, fecalomas, riñones ptosicos, etc. La palpación nos permitirá orientarnos hacia la anatomía afecta, por ejemplo, el dolor en fosa iliaca derecha será sugestivo de apendicitis, torsión ovárica, salpingitis entre otros. Al reconocer la rigidez muscular, signos de rebote estamos frente sintomatología de irritación peritoneal. (10,27)

PERCUSIÓN.

Se lo realiza con vejiga vacía para evitar falsos positivos, el dolor que se produce al percutir el abdomen, al igual que el dolor al rebote es sugestivo de irritación peritoneal. (10,27)

AUSCULTACIÓN.

La auscultación del abdomen permitirá identificar las alteraciones vasculares, así como presencia o disminución de ruidos peristálticos. Con sus respectivas características, tono, frecuencia, intensidad. (10,27)

2.9 EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

Luego de realizar un correcto examen físico, y observar la sintomatología clínica del paciente, enviaremos los exámenes que puedan permitir corroborar o descartar el diagnóstico, comenzando siempre desde el examen más sencillo hasta el más complejo: análisis de laboratorio: biometría, perfil renal, hepático, pancreático, elemental de orina. Exámenes imagenológicos: radiografías, ecografías, tomografías. (10,17,20,28)

EXAMENES DE LABORATORIO.

En dolor abdominal agudo como se indicó en párrafos anteriores puede ser de causa inflamatoria sin embargo puede existir en presencia o ausencia de leucocitosis con desviación a la izquierda, por lo que esto no permitirá excluir ningún diagnóstico de carácter inflamatorio. Ante la presencia de hematocrito disminuido podemos sospechar de un hemoperitoneo, La amilasa además de aumentar en pancreatitis aguda también puede coexistir en otras formas de abdomen agudo) perforación de úlcera, apendicitis, isquemia intestinal, etc.), debido a esto no se deberá rechazar completamente la opción de cirugía ante un paciente con amilasa elevada. (6–8,10,19)

OTRAS PRUEBAS.

Las transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, nos permitirán orientarnos hacia procesos hepáticos o de vías biliares. (10)

Examen de orina: nos permitirá descartar procesos pancreáticos, infecciosos, nefropatías, diabetes, etc. (6)

Electrocardiograma: debido a causas extra abdominales para descartar infarto del miocardio. (6)

EXÁMENES DE IMAGEN.

En la actualidad los estudios de imagen y la implementación de herramientas tecnológicas en todas las áreas médicas nos ha permitido tener un cambio de abordaje en relación con el diagnóstico que hemos propuesto. En muchas ocasiones estos estudios han perdido su papel como método de apoyo y se han vuelto guías, debemos recordar que esta ayuda imagenológica en conjunto con la sintomatología clínica es quienes nos permitirán realizar un abordaje y terapéutica adecuada. (29)

RADIOGRAFÍA SIMPLE DE TÓRAX.

La radiografía torácica brindará información sobre presuntas patologías cardiopulmonares que pueden presentar sintomatología de abdomen agudo (neumonía, neumomediastino, derrame pleural, fracturas costales, etc.), o signos que se relacionan indirectamente con patología abdominal (elevación diafragmática, hernias diafragmáticas, etc.). (10,29)

RADIOLOGÍA SIMPLE DE ABDOMEN.

Tiene baja especificidad en pacientes con abdomen agudo, se pueden encontrar anormales en el 40% de los casos, nos dan una utilidad diagnóstica en el 20 %. Presenta poco valor ante cuadros como apendicitis, infecciones de vías urinarias. (10,30)

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

La tomografía computarizada (TC) se indica ante sospecha de ruptura de aneurisma aórtico, y para control de la evolución de procesos pancreáticos, debido a su especificidad el método de mayor rendimiento ya que esta sobre el 90% para detecciones de tipo tumoral, pancreatitis, abscesos, flemones, plastrones, quistes, etc. (28,31)

ECOGRAFÍA.

Debido a los cuadros de abdomen agudo presentados en las emergencias hospitalarias de todo el mundo, como se indicó en el párrafo anterior la TC es el método más específico, sin embargo, por el coste, la ausencia de radiaciones, no tiene contraindicaciones absolutas, por eso se ha convertido en la primera opción en las pruebas de imagen por síndrome doloroso abdominal agudo. (28,32)

Permite que se realice la evaluación del abdomen cuando ni hay mucho aire intraluminal, debido a esto no es útil en la valoración pancreática. Es muy útil para detectar patologías biliares, renales y para detectar presencia de líquido libre en la cavidad. (28,32–34)

Permite evaluar el abdomen siempre que no haya mucho aire intraluminal, de ahí que no sea útil en la valoración pancreática. Es útil para detectar patología biliar (colecistitis aguda, coledocolitiasis, colecistopancreatitis), patología renal, y para detectar la presencia de líquido libre. Entre las ventajas de la ecografía tenemos que es indolora, inocua, además que al ser un examen que se realiza en tiempo real nos permite explorar a voluntad (10,32)

CAPITULO III.

3.1 METODOLOGIA.

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo y retrospectivo, mediante el análisis y revisión de historias clínicas de pacientes ingresado en el área de emergencia por abdomen agudo, síndrome doloroso abdominal con código de diagnóstico CIE10 R100, previa aprobación del departamento de Estadística del Hospital Básico Durán de la provincia del Guayas.

3.2 CARACTERISTICA DE LA ZONA DE TRABAJO.

La investigación se realizó en el Hospital Básico Durán de la ciudad de Durán, de la provincia del Guayas, en Ecuador, cuyas coordenadas son 2°11'18.1"S 79°50'19.9"W.

El hospital forma parte de la Red Integral de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

3.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN.

El periodo de estudio se llevó a cabo entre octubre del 2018 y septiembre del 2019.

3.4 POBLACION DE ESTUDIO.

POBLACION Y MUESTRA.

El total de pacientes atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán entre octubre del 2018 y septiembre del 2019 cuyo diagnóstico de ingreso CIE10 fue R100 abdomen agudo, cuya población fue de 471 pacientes.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Para determinar la muestra del presente estudio se utilizó la siguiente fórmula estadística:

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

Valores:

n (total de muestra) =?

N (total de población) = 471.

Z = 1.96 (si la confiabilidad es del 95%)

p (proporción esperada) = 0.50 (equivale al 50%)

q(1-p) en este caso = 0.50

E (margen de error) = 0.05 (5%)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)471}{(471 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)471}{470 (0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{0.9604 (471)}{1.1750 + 0.9604}$$

$$n = \frac{452.35}{2.1354}$$

$$n = 212.$$

3.5 VIABILIDAD.

El trabajo de titulación fue presentado a las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y a las autoridades el Hospital

Básico Durán, resultado factible y viable ya que se contó con la guía y supervisión del tutor, Dr. Jorge de Vera, Por la importancia del tema y su relevancia permitirá que sea una referencia para personal de salud y estudiantil y se lo pone a consideración de las autoridades del Hospital Básico Durán, y de la Facultad de Medicina para su aprobación.

3.6 CRITERIOS DE ESTUDIO.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes con diagnóstico de abdomen agudo.
- Edad entre 18 y 64 años.
- Pacientes ingresados por emergencia.
- Casos correspondientes entre octubre del 2018 y septiembre 2019.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Partes clínicos que no cuenten con fichas de atención por emergencia.
- Partes clínicos que no cuenten con diagnostico etiológico de egreso.
- Historias clínicas con letra ilegible.
- Historias clínicas que no consignen todos los datos que requiere este estudio.

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Table 1 Operacionalización de las variables

VARIABLES	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	RESULTADO
SEXO	MASCULINO FEMENINO	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	SEGÚN CEDULA DE IDENTIDAD.
EDAD	18 A 24 AÑOS. 25 A 34 AÑOS. 35 A 44 AÑOS. 45 A 54 AÑOS. 55 A 64 AÑOS.	CUANTITATIVA DISCRETA	SEGÚN CEDULA DE IDENTIDAD.
SIGNOS Y SINTOMAS	DIARREA. FEBRE. VOMITO. PALIDEZ. ESTREÑIMIENTO. OTROS.	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	DE ACUERDO A HISTORIA CLINICA.
CLASE DE ABDOMEN AGUDO	MÉDICO. QUIRÚRGICO.	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	DE ACUERDO A HISTORIA CLINICA.
CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO CLINICO	INTRA ABDOMINAL. EXTRA ABDOMINAL.	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	DE ACUERDO A HISTORIA CLINICA.
	GASTROENTERITIS. INFARTO AGUDO MIOCARDIO. ULCERA GÁSTRICA. COLICO RENAL. PANCREATITIS.	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	DE ACUERDO A SITUACIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE
CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO.	APENDICITIS. COLELITIASIS AGUDA. HERNIAS. E. BCTORICO. VOLVULO.	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	DE ACUERDO A SITUACIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE
TIPOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO.	INFLAMATORIO. OBSTRUCTIVO. TRAUMATICO. VASCULAR.	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	DE ACUERDO A SITUACIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE

Autores: Montenegro Ariana; Camacho Claudia.

3.8 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio es de naturaleza descriptiva, retrospectiva, correlacional y transversal, no experimental.

3.9 PRINCIPIOS BIOETICOS.

Se realizó un anteproyecto el cual fue presentado a la Unidad de Titulación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, y revisado por el Dr. Jorge de Vera tutor del presente trabajo. Se solicitó al departamento estadístico del Hospital Básico Durán la aprobación con la finalidad de conocer los objetivos del presente estudio para poder recibir los respectivos permisos y con ello la obtención de datos y realizar el análisis respectivo de aquellos datos recabados.

Se reserva confidencialidad de cada uno de las historias clínicas de los pacientes involucrados en el presente estudio con la finalidad de preservar el principio bioético de la beneficencia.

RECURSOS UTILIZADOS

- 1.-Recursos humanos
- 2.-Tutor
- 3.-Personal del Departamento de Estadística del Hospital

RECURSOS FÍSICOS

- 1.- Historias clínicas,
- 2.- Plantillas de recolección de datos.
- 3.- Computadoras
- 4.-Impresora
- 5.-Papel Bond
- 6.-Bolígrafos

3.10 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realiza la recolección de datos utilizando los datos estadísticos proporcionados por el Hospital Básico Durán, y se aplican los criterios y se aplican las variables en estudio.

- Realizar la recolección de datos utilizando una ficha en la cual se registra cada una de las variables en estudio.
- Una vez obtenida la población se aplica fórmula de muestreo para población finita.
- En formato Excel 2016 se realiza en orden aleatorio la elección de historias clínicas, y posteriormente se realiza en análisis estadístico.
- Se lleva a cabo la tabulación de los datos y se realizan las conclusiones.

EL FICHAJE.

Es considerada una técnica auxiliar, la cual consiste en registrar datos que se obtienen de las historias clínicas en instrumentos llamados fichas. Las cuales contienen la mayor cantidad de información que se selecciona en el trabajo, esto constituye en un valioso instrumento de apoyo en esta tarea, ahorrando tiempo, espacio, dinero.

DOCUMENTACION BIBLIOGRÁFICA.

FUENTES PRIMARIAS:

Libros, artículos científicos, publicaciones periódicas, revistas, tesis, ponencias presentados en congresos o foros científicos.

FUENTES SECUNDARIAS:

Búsquedas por internet, accedemos a fuentes secundarias: la información que se nos presenta es básicamente un resumen o la referencia de aquel artículo o libro que nos interesa.

FUENTES TERCIARIAS:

Documentos que compendian nombres de revistas, boletines, conferencias, simposios, empresas, organismos internacionales vinculados a la temática de búsqueda.

CAPITULO IV.

4.1 RESULTADOS.

La población estuvo conformada por 471 pacientes con diagnóstico CIE 10: R100 Abdomen Agudo, atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán. Posteriormente a la aplicación de los instrumentos de evaluación y recolección de información se logró determinar que, de los 212 pacientes atendidos, la mayor cantidad corresponde al sexo femenino con un 57%, mientras que el 43% restante, corresponde al sexo masculino.

Table 2 Prevalencia de abdomen agudo según el sexo.

SEGÚN EL SEXO.		
SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	92	43%
FEMENINO	120	57%
TOTAL	212	100%

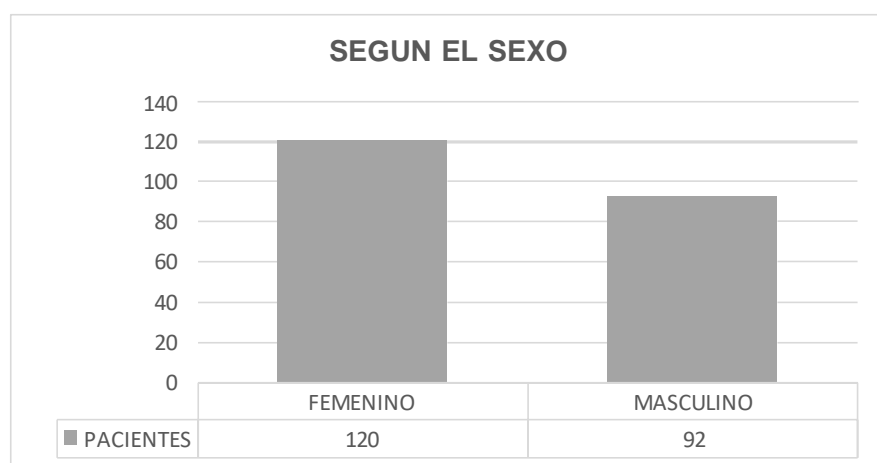


Figure 1 Prevalencia de abdomen agudo según el sexo.

Fuente: Base de datos Hospital Básico Durán. Autores: Montenegro Ariana;

Se determina que, de los pacientes atendidos por abdomen agudo clasificados según el grupo etario, la mayor frecuencia se presentó entre los 25 y 34 años respectivamente 37% es decir 76 pacientes, seguido de los pacientes con edades comprendidas entre 35 y 44 años con un 30% que representan 63 pacientes, el grupo etario con menor frecuencia presentado en este estudio es el comprendido entre los 55 y 64 años con un 9%.

Table 3 Prevalencia de abdomen agudo según el grupo etario.

SEGÚN LA EDAD.		
EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
18-24 AÑOS	27	13%
25-34 AÑOS	76	36%
35-44 AÑOS	63	30%
45-54 AÑOS	26	12%
55-64 AÑOS	20	9%
TOTAL	212	100%

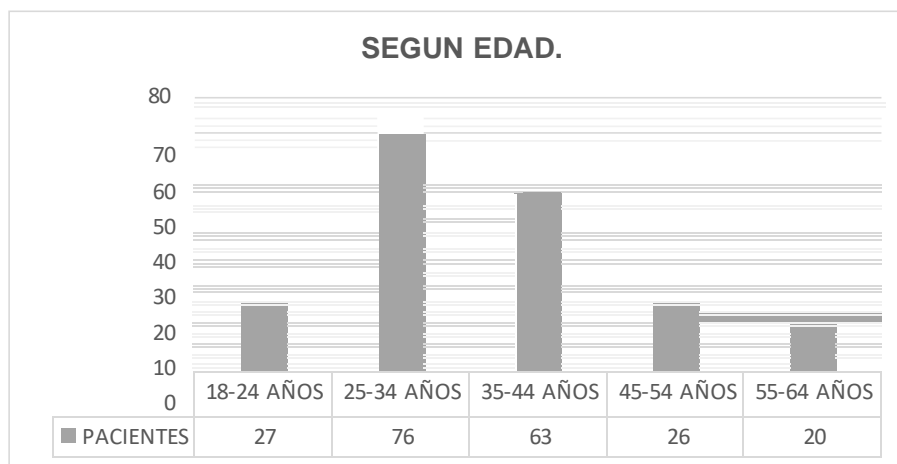


Figure 2 Prevalencia de abdomen agudo según el grupo etario.

Fuente: Base de datos Hospital Básico Durán. Autores: Montenegro Ariana;

La sintomatología que se presentó con mayor frecuencia en la muestra de estudio fue el

vómito con un 37%, seguido de diarrea con un 21%, y fiebre 16%, sin embargo, la palidez y pérdida de apetito presentaron menor porcentaje con un 1% y 9 % respectivamente.

Table 4 Prevalencia de abdomen agudo según su sintomatología.

SEGÚN SINTOMATOLOGIA.		
EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
DIARREA	44	21%
ESTREÑIMIENTO	3	1%
NAUSEA Y VOMITO	79	37%
PIEBRE	34	16%
PERDIDA DE APETITO	2	1%
PALIDEZ	19	9%
OTROS	31	15%
TOTAL	212	100%

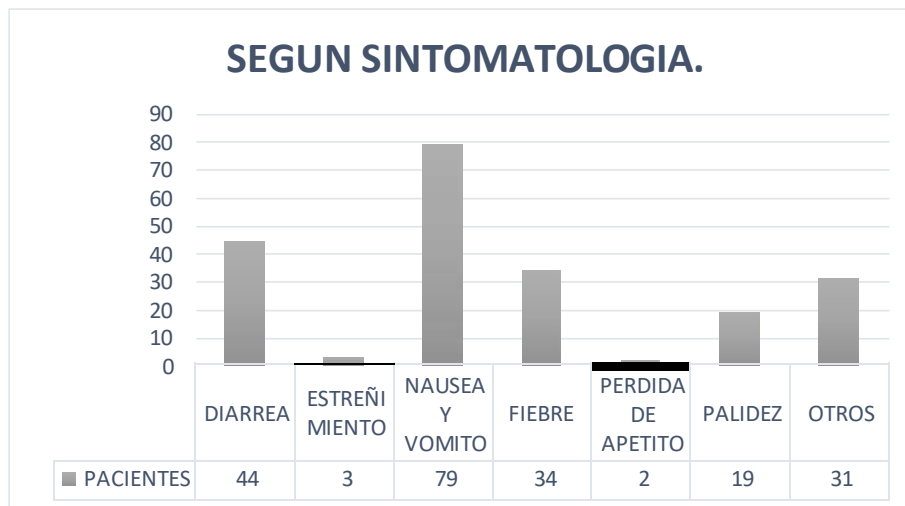


Figure 3 Prevalencia de abdomen agudo según su sintomatología.

Fuente: Base de datos Hospital Básico Durán. Autores: Montenegro Ariana;

De acuerdo con el tipo de abdomen agudo se logró establecer que la principal causa de atención fueron patologías de carácter clínico con un 89.15%, mientras que solo el 10.85% requirieron atención quirúrgica.

Table 5 Prevalencia de abdomen agudo según su causa.

SEGUN SU CAUSA		
CAUSA	PACIENTES	PORCENTAJE
CLINICA	189	89,15%
QUIRURGICA	23	10,85%
TOTAL	212	100,00%

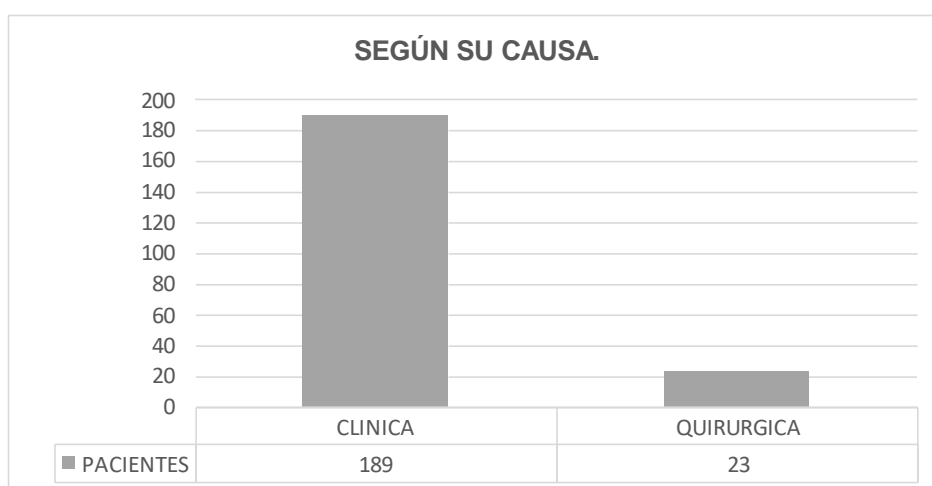


Figure 4 Prevalencia de abdomen agudo según su causa.

Fuente: Base de datos Hospital Básico Durán. Autores: Montenegro Ariana;

Del total de pacientes atendidos por abdomen agudo no quirúrgico la patología que se presentó con mayor frecuencia es el cólico renal con 53%, seguido de la gastroenteritis con 24%, el 30% fue dado de alta sin un diagnóstico etiológico, la úlcera gástrica representó un 4%, la pancreatitis el 1%.

Table 6 Etiologías de mayor prevalencia en abdomen agudo clínico.

CAUSAS CLINICAS.		
EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
GASTROENTERITIS	44	24%
INFARTO AGUDO M.	5	3%
COLICO RENAL	98	53%
U. GASTRICA	7	4%
PANCREATITIS	1	1%
NO ESPECIFICADA	30	16%
TOTAL	185	100%

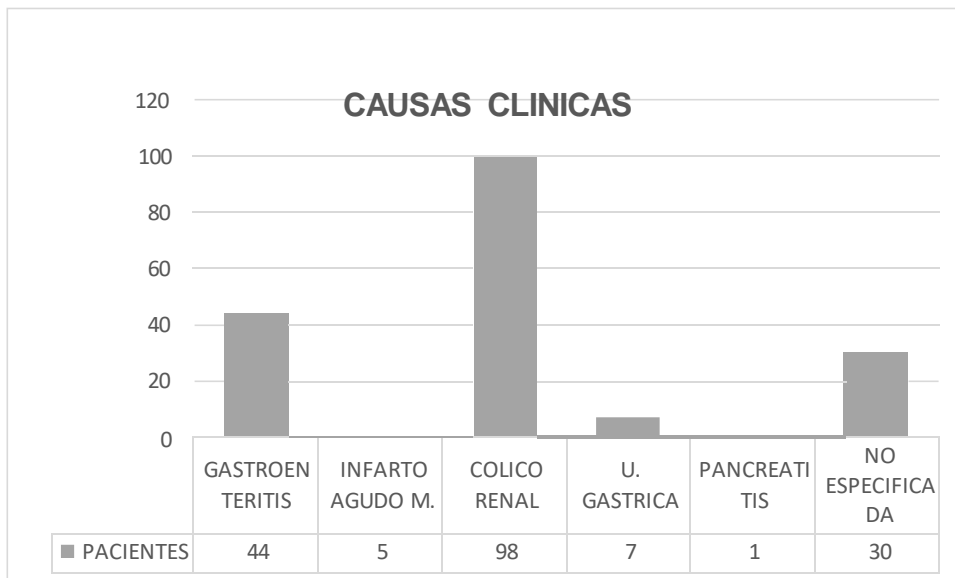


Figure 5 Etiologías de mayor prevalencia en abdomen agudo clínico.

Fuente: Base de datos Hospital Básico Durán. Autores: Montenegro Ariana;

Los pacientes atendidos por patologías de causa clínica el 2.65% corresponde a patologías de origen extra pulmonar.

Table 7 prevalencia de abdomen agudo clínico según su origen.

ORIGEN DE CAUSA CLINICA		
ORIGEN	PACIENTES	PORCENTAJE
ABDOMINAL	184	97,35%
EXTRAABDOMINAL	5	2,65%
TOTAL	189	100,00%

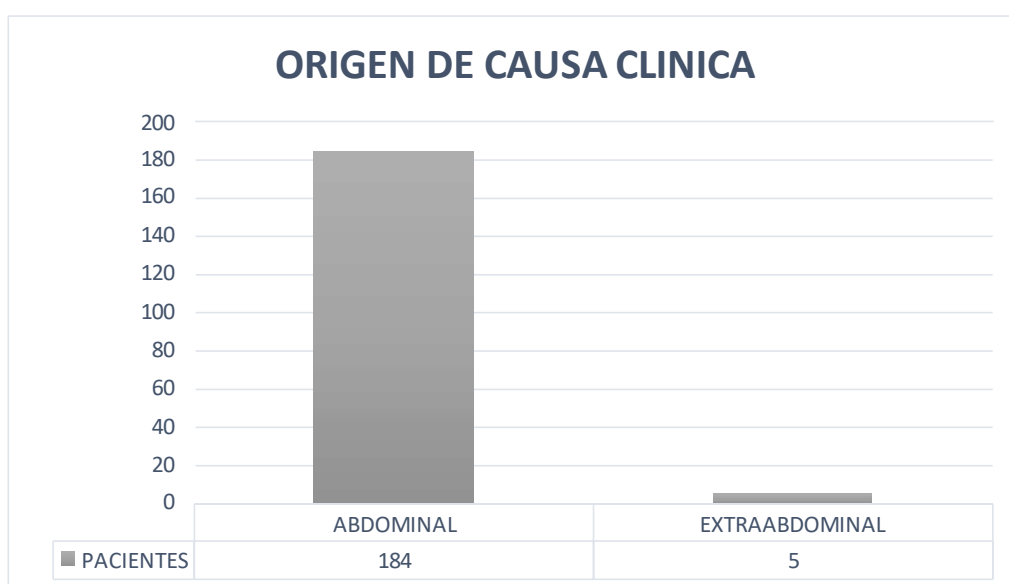


Figure 6 Prevalencia de abdomen agudo clínico según su origen.

Fuente: Base de datos Hospital Básico Durán. Autores: Montenegro Ariana;

La principal patología de resolución quirúrgica que se presentó en la muestra de estudio es la colecistitis y colelitiasis aguda con un 52%, seguido de la apendicitis 21.74%, en menor frecuencia la resolución de hernias ya sea obstructivas o gangrenosas representada por un 17% y el embarazo ectópico 8.7%.

Table 8 Etiologías de mayor prevalencia en abdomen agudo quirúrgico.

CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO.		
PATOLOGIA	PACIENTES	PORCENTAJE
APENDICITIS.	5	21,74%
COLECISTITIS	12	52,17%
HERNIAS.	4	17,39%
E. ECTOPICO	2	8,70%
TOTAL	23	100,00%

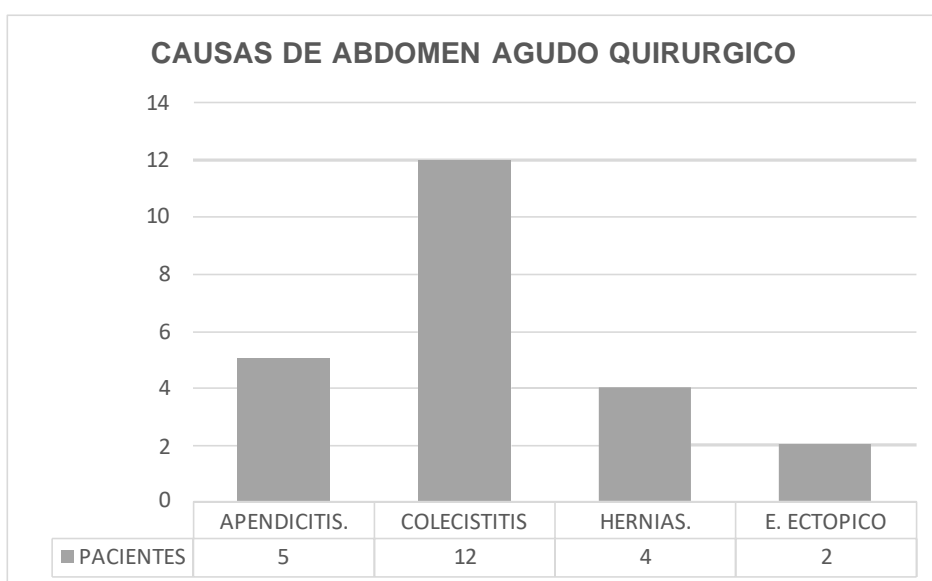


Figure 7 Etiologías de mayor prevalencia de abdomen agudo

De l quirúrgico.

a fue el de tipo

inflamatorio con un 74%, y en menor proporción el de tipo obstructivo y el de tipo vascular, con un 17% y 9% respectivamente.

Table 9 tipo de abdomen agudo quirúrgico más frecuente.

TIPOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO.		
TIPOS	PACIENTES	PORCENTAJE
INFLAMATORIO	17	74%
OBSTRUCTIVO	4	17%
TRAUMATICO	0	0%
VASCULAR	2	9%
TOTAL	23	100%

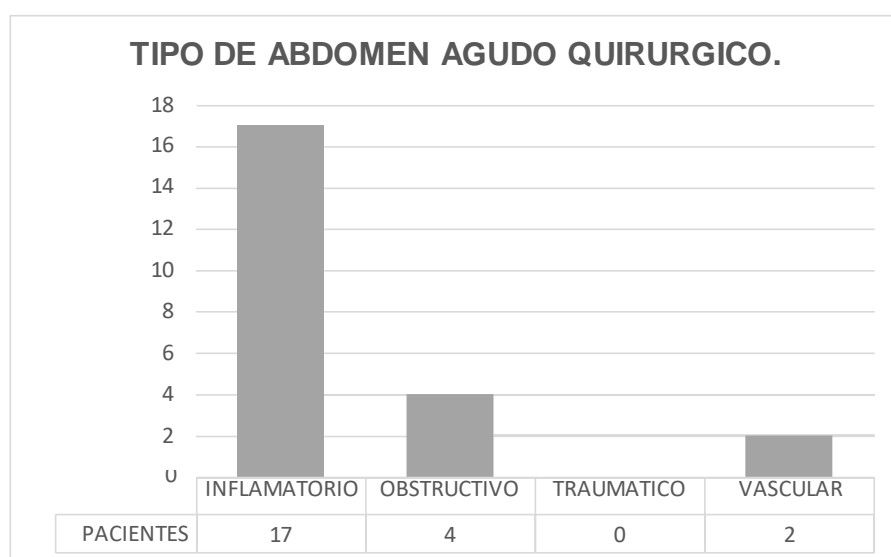


Figure 8 Tipo de abdomen agudo quirúrgico más frecuente.

Fuente: Base de datos Hospital Básico Durán. Autores: Montenegro Ariana;

4.2 DISCUSION.

El abdomen agudo es considerado una patología muy frecuente en las emergencias hospitalarias, según los datos obtenidos del Hospital Básico Durán, el sexo femenino

predomino en este estudio con un 57%, esto guarda relación con el estudio realizado en el servicio de emergencia del IESS en Cotacollao en el 2016, con un 68.1%, y es de destacar el estudio realizado por Mayorga quien destaca que el sexo femenino en su estudio represento el 60%, y el sexo masculino un 40%, estos valores nos muestran como el sexo femenino presenta en mayor número este diagnóstico. (2)

Referente a la edad de los pacientes atendidos en el presente estudio se determinó que este diagnóstico se presentó con menor frecuencia en pacientes con edades comprendidas entre los 45 y 64 años con un 21% , el estudio de Mayorga guarda relación con un 13.5% entre los rangos de 40 a 45 años y 4.5% en personas de más d 60 años, en el estudio del Toro 2015 logro determinar que el rango de mayor edad comprendida las edades entre 20 y 40 años con un 80.3%(35,36).

Otro de los resultados fueron los signos y síntomas que se observaron con mayor frecuencia , el vómito se presentó en el 37% de los casos, la diarrea con el 21% seguido de la fiebre con un 16%, sin embargo el 35% de los pacientes solo presentaron el dolor abdominal como única causa, datos con gran relación respecto a lo analizado por Toro (2015) en su trabajo se determinó que el 39% de sus casos presento vomito como síntoma más frecuente, la diarrea con un 24%, mientras que el estudio realizado por Mayorga(2016) presenta discrepancia ya que el síntoma principal es la fiebre con un 65%(35–37).

De todos los pacientes diagnosticados con abdomen agudo en el Hospital básico de Durán el 89.15% fueron de causa clínica, y el 10.85% restante de causa quirúrgica, y solo el 2.65% era de origen extraabdominal, el estudio realizado por Palas (2017) que del total de 100 pacientes estudiados determino que solo el 15% pertenecían a causa extraabdominal. (12)

La patología de causa clínica más frecuente fue el cólico renal con un 53%, gastroenteritis 24% y la patología quirúrgica más frecuente fue la coledocistitis aguda con un 52,17%, lo cual genera discrepancia con Córdoba (2017) el cual indica que la patología clínica más frecuente fue la gastroenteritis con un 27.3%, y la quirúrgica la apendicitis con un 31,9%. (36)

CAPITULO V.

5.1 CONCLUSION.

Tras analizar las historias clínicas de los pacientes atendidos en la emergencia del hospital Básico Durán, se identificó que la mayor cantidad de los pacientes atendidos, corresponden al sexo femenino.

El grupo etario que más resultó afectado fueron los jóvenes entre 25 y 34 años con 36%, el grupo menos afectado fueron los de edades comprendidas entre 45 y 64 años con un 9%.

Los signos y síntomas que más afectaron a los pacientes fueron los vómitos 37%, diarrea 21%, fiebre, 16%, palidez 9% pérdida de apetito y estreñimiento cada uno representado con 1%, y el 15% solo presentaron como sintomatología el dolor abdominal agudo.

El abdomen agudo de causa clínica se presentó con mayor frecuencia 89.15% y las patologías clínicas más frecuentes fueron los cólicos renales 53%, gastroenteritis 24%, y el infarto agudo de miocardio de cara inferior, fue la única causa extraabdominal presentada en el grupo de estudio con un 2,65%.

El abdomen agudo quirúrgico que se presentó con mayor frecuencia fue el de tipo inflamatorio con un 74%, seguido del obstructivo 17% y el vascular con un 9%. Las resoluciones quirúrgicas que se presentaron fueron debido a los siguientes diagnósticos: colelitiasis aguda 52.17%, apendicitis aguda 21.74%, hernias 17.39% y embarazo ectópico roto con un 8.7%.

5.2 RECOMENDACIONES.

Al ministerio de Salud Pública, desarrollar guiar de práctica actualizadas sobre el manejo del abdomen agudo.

Al área de docencia, realizar socialización sobre la epidemiología, manifestaciones clínicas, implementación de protocolos, diagnósticos diferenciales, tratamiento oportuno, de las patologías frecuentes en abdomen agudo.

Al personal de salud, realizar el examen físico exhaustivo, para tener una mejor orientación hacia la patología probable causante del abdomen agudo, solicitar las interconsultas necesarias, de acuerdo a la sintomatología y hallazgos según la clínica, y exámenes complementarios, sobre todo para descartar patología que necesita resolución quirúrgica inmediata.

REFERENCIAS.

1. Robaina HF, Torres RC, Díaz LZ, Izquierdo M, Suárez RS. Tratamiento del abdomen agudo quirúrgico por cirugía endoscópica. Rev. Cuba CIRUGIA. 2018;57(2):1-8.
2. Córdoba JAC, Vargas AR, Antonieta M, Bonifaz T, López JRR. Dolor abdominal agudo en el servicio de emergencia. 2017;1(4):456-72.
3. Porras JQ. ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE GERIÁTRICO. Rev. MEDICA COSTA RICA Cent Am. 2017; 618:101-3.
4. La apendicitis aguda, primera causa de mortalidad en el Ecuador. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-apendicitis-aguda-primera-causa-de-morbilidad-en-el-ecuador/>
5. García-Valenzuela SE, Bonilla-Catalán PV, Quintero-García B, Bracamontes FST. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Cir Gen. diciembre de 2017;39(4):203-8.
6. Alvarado KGE. SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL, CAUSAS EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITA FEDERICO BOLAÑOS MOREIRA. 2016. :8-46.
7. Torres LER. CAUSAS MAS COMUNES DE ABDOMEN AGUDO Y SUS COMPLICACIONES SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCION. Univ. GUAYAQUIL. 2016; 1:7-28.
8. Coto FM. COLECISTITIS CALCULOSA AGUDA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO. Rev. MEDICA COSTA RICA Cent Am. 2016; 618:97-9.
9. Fernández ZR. Consideraciones vigentes en torno al diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev. Cuba CIRUGIA. 2018;57(4):17.
10. Urbina DVG. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. SOMEA. 2019;4(12):12.
11. Torres LER. CAUSAS MAS COMUNES DE ABDOMEN AGUDO Y SUS COMPLICACIONES SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCION. Univ. GUAYAQUIL. 2016; 1:7-28.
12. Real-Noval H, Fernández-Fernández J. Factores predictores para el diagnóstico de la colecistitis aguda gangrenosa. Cir Cir. 2019; 87:443-9.
13. Zambrano MAP, Safadi DKN. Dolor Abdominal Agudo En Pacientes Que Acudieron A La Emergencia En El Hospital Nicolás Coto Infante. UG. 2017; 1:45.
14. González-Chávez MA, Salas-García AG, Grajeda-Gómez A, Robles-Menchero

MJ, Martínez-Miranda CA, Huacuja-Blanco RR, et al. Sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis primaria por perforación colónica por cuerpo extraño. 37Rev Invest Med Sur Mex. 2015;22(1):36-41.

15. Sigler-Morales DL, Gutiérrez-Carreño DR, Mendieta-Hernández DM, Sánchez-Fabela DC, Lizola-Margolis DRI, Uribe-González DG. Isquemia mesentérica. Estrategia actual. 2015;43(1):14-23.

16. Mora AR. ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA. Rev. MEDICA COSTA RICA Cent Am. 2016; 619:361-7.

17. Pi OD, Gutiérrez HB. Rol del ultrasonido en la evaluación del dolor abdominal agudo. Rev. Cuba CIRUGIA. 2019; 58:15.

18. Real-Noval H, Fernández-Fernández J. Factores predictores para el diagnóstico de la colecistitis aguda gangrenosa. Cir Cir. 2019; 87:443-9.

19. Díaz-Rosales J de D, Salva CR, Velázquez-Meraz I. Diverticulitis del lado derecho, diagnóstico diferencial de apendicitis complicada. Presentación de caso clínico. Cir Gen. septiembre de 2019;41(3):226-9.

20. Salabert DIA, Tortolo DIS, Claro DJ, Prince A, Álvarez T, González AIS. Factores de riesgo para pancreatitis aguda en el Hospital Comandante Faustino Pérez de Matanzas. REV MED ELECTRON. noviembre de 2017;1259-68.

21. Ríos DFM, Meleros OMÁ, Ajá LT, Lorenzo JAP. Morbilidad y mortalidad en pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2014-2015 Morbidity and mortality in patients with acute pancreatitis. Cienfuegos, 2014-2015. MEDISUR. abril de 2019;17(2):210-2020.

22. Zárate-Suárez LA, Urquiza-Suárez YL, García CF, Padilla-Mantilla DA, Mendoza MC. Acute abdomen and perforated duodenal ulcer in an adolescent: case report. Rev. Fac Med. abril de 2018;66(2):279-81.

23. Sigler-Morales DL, Gutiérrez-Carreño DR, Mendieta-Hernández DM, Sánchez-Fabela DC, Lizola-Margolis DRI, Uribe-González DG. Isquemia mesentérica. Estrategia actual. 2015;43(1):14-23.

24. Ghersin I, Leiba A. AN UNUSUAL CAUSE OF ACUTE ABDOMEN: SPLENIC INFARCTION. ABCD Arq Bras Cir Dig São Paulo. diciembre de 2017;30(4):289-90.

25. Mora AR. ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA. Rev. MEDICA COSTA RICA Cent Am. 2016; 619:361-7.

26. López-Casillas N, Cuevas-González A, Zambrano-Lechuga R. Vólvulo primario de

íleon: una rara forma de obstrucción intestinal en el adulto. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev. Chil Cir.* 2018;70(3):285-90.

27. Leyva-Sotelo LM, Telich-Tarriba JE, Ángeles-Gaspar D, Guevara OI, Victor-Baldín A, Rendón-Medina A. Hernia interna estrangulada por plastrón en el tercio distal del apéndice cecal. 2019;62(6):24-7.

28. Exploración física del abdomen agudo y sus principales signos como una práctica basada en la evidencia. *Cir Gen.* junio de 2015;37(1-2):32-7.

29. Pi OD, Gutiérrez HB. Rol del ultrasonido en la evaluación del dolor abdominal agudo. *Rev. Cuba CIRUGIA.* 2019;58(1):15.

30. Gasca LGD, Aguilar GA, Gómez CH, Reyes JM, Carrillo LGD. Imagen radiográfica dubitativa: modificaciones en el diagnóstico con y sin datos clínicos del paciente. *ACTA MEDICA GRUPO ANGELES.* marzo de 2018;16(1):7-14.

31. Fernández ZR. Consideraciones vigentes en torno al diagnóstico de la apendicitis aguda. *Rev. Cuba CIRUGIA.* 2018;57(4):17.

32. Allamand T. JF, Schönfeldt G. K, Campero M. JM, Santibáñez P. C, Rojas F. N. Obstrucción intestinal por hernia obturatriz: Serie de casos. *Rev. Cir.* abril de 2019;71(2):173-7.

33. Tomizawa M, Shinozaki F, Hasegawa R, Shirai Y, Motoyoshi Y, Sugiyama T, et al. Abdominal ultrasonography for patients with abdominal pain as a first-line diagnostic imaging modality. *Exp Ther Med.* mayo de 2017;13(5):1932-6.

34. Coto FM. COLECISTITIS CALCULOSA AGUDA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO. *Rev. MEDICA COSTA RICA Cent Am.* 2016; 618:97-9.

35. Urbina DVG. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *SOMEA.* 2019;4(12):12.

36. TORO, MARLENE. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PATOLOGÍAS ABDOMINALES PREVALENTES QUE INGRESARON AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DEL IEISS DE MACHALA DURANTE EL AÑO 2012. MACHALA, EL ORO.; 2015.

37. Córdoba JAC, Vargas AR, Antonieta M, Bonifaz T, López JRR. Dolor abdominal agudo en el servicio de emergencia. 2017;1(4):456-72.

38. MAYORGA M. Comportamiento clínico y abordaje del dolor abdominal agudo en pacientes pediátricos atendidos en la sala de emergencia del Hospital Carlos Roberto Huembes, Managua, Nicaragua. Abril del 2014 a octubre del 2015. 2016.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación


DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **MONTENEGRO CRUZ ARIANA LISETH** con C.C: # **1205988213**
autor/a del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE ABDOMEN AGUDO
EN PACIENTES DE 18 A 64 AÑOS ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA
DEL HOSPITAL BÁSICO DURÁN.** Previo a la obtención del título de
MÉDICO en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 3 de mayo del 2020

f. 
MONTENEGRO CRUZ ARIANA LISETH

C.C: 1205988213



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **CAMACHO MORALES CLAUDIA ISABELLA** con C.C: # 0932030828 autor/a del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES DE 18 A 64 AÑOS ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DURÁN**. Previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes

Guayaquil, 3 de mayo del 2020

f. 
CAMACHO MORALES CLAUDIA ISABELLA

C.C: 0932030828



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	PREVALENCIA DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES DE 18 A 64 AÑOS ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DURÁN.		
AUTOR(ES)	Montenegro Cruz, Ariana Liseth Camacho Morales, Claudia Isabella		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	De Vera Alvarado, Jorge Eliecer, Dr.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de ciencias médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	3 de mayo del 2020	No. DE PÁGINAS:	65 PÁGINAS
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía general, Epidemiología		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Abdomen agudo, dolor abdominal, prevalencia.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: El dolor abdominal agudo es uno de los motivos de consulta más frecuente dentro de las urgencias hospitalarias, las principales causas de morbilidad en el hombre con respecto a dolor abdominal agudo según el INEC en el 2017 fueron: apendicitis, seguido de gastroenteritis, luego hernia inguinal y por último coledocitis, sin embargo, la patología quirúrgica más frecuente es la coledocitis y predomina en el sexo femenino. Objetivo: Determinar la prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán en el año 2019. Métodos: El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, no experimental, retrospectivo. La muestra está compuesta por 212 pacientes atendidos por abdomen agudo en la emergencia del Hospital Básico Durán entre octubre del 2019 y septiembre del 2019. Resultados: Se determinó que la prevalencia de abdomen agudo es mayor en el sexo femenino, y el tipo de abdomen agudo más frecuente es el clínico con un 89.15%. Conclusiones: El signo clínico más frecuente fue el vómito con un 37%, la causa médica de mayor prevalencia es el cólico renal 53%, mientras que la causa quirúrgica es la coledocitis aguda 52%, cuya prevalencia es mayor en el sexo femenino</p>		
ADJUNTO PDF:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfonos: +593 -9- 98458049 +593 -9- 81092156	arianamontenegroc@hotmail.com claudiaisabellac@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio, Dr. Teléfono: +593 -9- 97572784 E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			