



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del Hospital de la Policía Nacional en el año 2017-2019

AUTOR (ES):

Patricio Alexander Suquinagua Mantilla

Karla Elizabeth Vega Gordon

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: MÉDICO

TUTORA

MSc. Maydelein Suarez Padron

Guayaquil, Ecuador

2021



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 **Patricio Alexander Suquinagua Mantilla** y **Karla Elizabeth Vega Gordon**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTOR (A)

f. _____

MSc. Maydelein Suarez Padron

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, 1 de de mayo del 2021





UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

Yo, **Patricio Alexander Suquinagua Mantilla**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del Hospital de la Policía Nacional en el año 2017-2019**, previo a la obtención del título de **Médico**, 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, 1 de mayo del 2021

EL AUTOR (A)

f. _____

Patricio Alexander Suquinagua Mantilla



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

Yo, Karla Elizabeth Vega Gordon

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del Hospital de la Policía Nacional en el año 2017-2019**, previo a la obtención del título de **Médico**, 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, 1 de mayo del 2021

EL AUTOR (A)

Karla Vega Gordon

f. _____

Karla Elizabeth Vega Gordon



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Patricio Alexander Suquinagua Mantilla

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del Hospital de la Policía Nacional en el año 2017-2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____

Patricio Alexander Suquinagua Mantilla



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Karla Elizabeth Vega Gordon

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del Hospital de la Policía Nacional en el año 2017-2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

EL (LA) AUTOR(A):

Karla Vega Gordon

f. _____

Karla Elizabeth Vega Gordon

REPORTE DE URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: P66TESIS SUQUINAGUA VEGA.docx (D102244455)

Submitted: 4/20/2021 1:44:00 AM

Submitted By: alexandersuquinagua@gmail.com Significance: 1 %

TUTOR (A)



f. _____

MSc. Maydelein Suarez Padron

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la vida por darme un padre y una madre que me han apoyado en todos los momentos de mi vida, son mi pilar mi fortaleza para seguir adelante siempre, apoyándome en todo y como no en la etapa universitaria, siempre dándome todo lo mejor para que sea un excelente profesional.

A mi padre que me inculco buenos valores y principios en toda la etapa universitaria apoyándome con sus conocimientos y experiencias médicas para mi formación, nunca me faltó nada para estudiar, esto va por ti padre querido.

A mi madre el amor de mi vida, sin ella no sabría en qué carrera hubiese estado es el eje de mi vida y de mi camino profesional siempre recordándome que el estudio es lo mejor que unos padres pueden hacer para el futuro de su hijo, va por ti mamá querida.

A mi hermano, que va por los mismos pasos, gracias por el apoyo siempre serás un excelente médico lo sé, gracias por tu paciencia y por aguantarme en todo.

A mis maestros y amigos que fueron eje y parte fundamental de mi carrera, siempre aportado su granito de arena para construir lo que somos hoy en día, a mi tutora por su paciencia y gratitud, y a mi compañera de tesis por el apoyo para que esto sea realizado.

Patricio Alexander Suquinagua Mantilla

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la vida por las oportunidades maravillosas que me ha dado por mi madre que es el pilar fundamental en mi vida, por una familia increíble que me apoya, doy gracias por todo lo bueno y aquello que tengo.

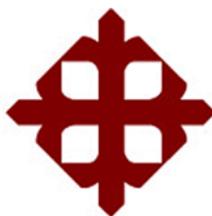
Durante todo este proceso de mi carrera, puedo recordar lo bueno y lo malo de cada momento vivido, me llevo conmigo todos los conocimientos otorgados y brindados por mis docentes, tener la satisfacción y sabiduría de que he culminado uno de tantos propósitos que tengo en la vida, me llena de felicidad y gratitud el corazón.

Gracias madre mía, a ti que siempre me impulsaste a seguir adelante para luchar por mis sueños a tomar mis propias decisiones, ser mi hombro cada vez que sentía que no podía, ser ese apoyo incondicional, por cada llamada donde tu amor era único y tus consejos eran escuchados, esto es por ti, por ser mi compañera de vida y por nunca soltar mi mano durante todo este proceso que vivimos y caminamos juntas.

A ti abuelito, mi papito que siempre ha estado ahí para engreírme en lo que más puede, mi Ángel que me cuida y que está pendiente de mí todo el tiempo, tu eres amor en todo lo que haces y das sin pedir nada a cambio. Eres ese ser que brinda paz y tranquilidad a mi vida, eres parte de cada logro y paso que doy cada día.

Mi abuelita, el ser más cariñoso que tengo, veo amor en tus ojos cada que me vez, mi cómplice de siempre en todo, la que siempre está ahí con sus oraciones alentándome, gracias por ser esa luz que guía mi camino en mi vida, y por no fallarme nunca cada que te necesito. A mis hermanos, que fueron participe de cada lagrima y logro durante en este proceso, a mis compañeros que fueron parte de toda esta aventura durante el trascurso de mi carrera. Gracias infinitas a todas esas personas maravillosas que con sus bellas palabras y sus consejos buenos aportaron en mi crecimiento profesional y personal.

Karla Elizabeth Vega Gordon



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
TRIBUNAL DE SUSTENTACION**

f. _____

Dr. AGUIRRE MARTINEZ, JUAN LUIS, MGS

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

DR. ANDRÉS MAURICIO AYON GENKUONG

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

Calificación

APELLIDOS Y NOMBRES	NOTA FINAL DEL TUTOR
Suquinagua Mantilla Patricio Alexander	10
Vega Gordon Karla Elizabeth	10

MSc. Maydelein Suarez Padrón

TUTOR

ÍNDICE

Contenido

Introducción.....	2
CAPÍTULO I.....	3
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.2 Objetivos.....	3
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
1.3 Hipótesis.....	4
1.4 Justificación	4
CAPÍTULO II.....	5
2.1 Abdomen agudo.....	5
2.1.1 Definición	5
2.1.2 Antecedentes.....	5
2.1.3 Tipos de dolor.....	6
2.1.4 CLASIFICACIÓN DE ABDOMEN AGUDO.....	8
2.1.5 Etiología	11
2.1.6 Examen físico	15

2.1.7 Clínica.....	15
2.1.8 Examen abdominal inspeccion	16
2.1.9 Exámenes auxiliares y de imágenes	17
CAPÍTULO III	18
METODOLOGIA, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	18
3.1 Metodología.....	18
3.1.1 Métodos de Estudio	18
3.1.2 CARACTERÍSTICA DE LA ZONA DE TRABAJO.....	19
3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN.	19
3.1.4 Población de estudio.....	20
3.1.5 VIABILIDAD.....	20
3.1.6 Universo y Muestra	21
3.1.7 Variables.....	21
3.1.8 Método de recogida de datos:.....	22
3.1.9 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	23
3.1.10 PRINCIPIOS BIOÉTICOS.	23
CAPÍTULO IV	26
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	26

4.1 RESULTADOS	26
4.2 DISCUSIÓN.....	27
CAPÍTULO V	30
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30
5.1 CONCLUSIONES.....	30
5.2 RECOMENDACIONES	31
ANEXOS	32
BIBLIOGRAFÍA.....	40
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	46

Índice de tabla

Figura 1: Prevalencia según el sexo en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019.	28
Figura 2: Prevalencia según el grupo etario en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019.	29
Figura 3: Prevalencia según la sintomatología en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019	30
Figura 4: Prevalencia según la causa en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019.....	31
Figura 5: Etiologías de mayor prevalencia en pacientes adultos con abdomen agudo clínico del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019.....	32
Figura 6: Prevalencia según su origen en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019.....	33
Figura 7: Etiologías de mayor prevalencia en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019	34
Figura 8: Tipo de abdomen agudo quirúrgico más frecuente en pacientes adultos del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019	35

Resumen

Introducción: El abdomen agudo es un síndrome abdominal doloroso, que requiere rápida valoración y tratamiento médico, endoscópico o quirúrgico. Existen varias clasificaciones y, según su etiología, puede ser traumático o no traumático; a su vez, este último puede ser de tipo obstructivo, inflamatorio o vascular. **Objetivo:** Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a mortalidad más comunes en pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el Hospital de la Policía Nacional (HPNG2) 2017,2019 **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, desde el 2017 a 2019 de todos los pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo Quirúrgico, que se realizaron algún tipo de tratamiento como la cirugía convencional en el servicio de cirugía general en la población de 15 años hasta los 65 **Resultados:** Aplicados los criterios de inclusión y exclusión, con una muestra de 48 pacientes, se encontró que la hipertensión arterial (35,4%) y la diabetes mellitus (16.7%) eran factor de riesgo en abdomen agudo quirúrgico , con una gran significancia. **Conclusión:** La muestra presentó porcentajes similares de sexo predominando ligeramente el sexo masculino (56.3%), además de tener una distribución uniforme de pacientes entre los 15 y 65 años de edad.

Palabras Claves: Abdomen Agudo, Factores de riesgo, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus

Abstract

Introduction: Acute abdomen is a painful abdominal syndrome, which requires rapid evaluation and medical, endoscopic or surgical treatment. There are several classifications and, depending on its etiology, it can be traumatic or non-traumatic; in turn, the latter can be obstructive, inflammatory or vascular. **Objective:** To determine which are the most common risk factors associated with mortality in patients with acute surgical abdomen at the Hospital de la Policia Nacional (HPNG2) 2017,2019 **Methodology:** A descriptive, cross-sectional study was conducted from 2017 to 2019 of all patients with a diagnosis of Acute Surgical Abdomen, who underwent some type of treatment such as conventional surgery in the general surgery service in patients from 15 to 65 years old **Results:** When the inclusion and exclusion criteria were applied, with a sample of 48 patients, it was found that hypertension arterial (35.4%) and diabetes mellitus (16.7%) were risk factors in acute surgical abdomen, with great significance. **Conclusion:** The sample presented similar percentages of gender, with a slight predominance of males (56.3%), in addition to having a uniform distribution of patients between 15 and 65 years of age.

Key Words: Acute Abdomen, Risk Factors, Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo ha sido descrito por la literatura médica desde el siglo XVIII, existen manuscritos sobre todos los procesos abdominales agudos que tuvieron intervenciones quirúrgicas de carácter urgente, pero a finales del siglo XIX el profesor de cirugía, el Dr. 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, se lo define como una situación “crítica” que cursa con sintomatología abdominal grave y que requiere un tratamiento de carácter urgente ya sea clínico o quirúrgico. El dolor abdominal intenso es el síntoma principal que se reconoce y se determina como motivo de urgencia el cual puede relacionarse con patologías de carácter intraabdominal o extra abdominal. 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 presentan y que se pueden plantear, esto se ha convertido en un problema a diario tanto para médicos generales como para los especialistas de diversas áreas. (2,3).

Las principales causas de morbilidad en los pacientes con respecto a dolor abdominal agudo según el INEC en el 2017 fueron: apendicitis seguida 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 quirúrgico en la emergencia hospitalaria porque podría implementar un mejor manejo, diagnóstico, terapéutica y atención de los pacientes. El estudio se realizó en los pacientes atendidos por abdomen agudo en el Hospital de la Policía Nacional en el año 2017-2019.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abdomen agudo representa una patología que afecta a muchas personas, puede presentarse tanto en hombres como mujeres, ocasionando mortalidad en los pacientes. Por consiguiente, mediante este estudio se podrá conocer los factores de riesgo que influyen en la mortalidad de los pacientes en el hospital elegido para el desarrollo de esta investigación; además permitirá obtener una visión más amplia acerca de esta condición, para que de esta manera se garantice los beneficios que implican estos procedimientos en particular.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a mortalidad más comunes en pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el Hospital de la Policía Nacional HPNG2 Guayaquil ,2017-2019

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar los principales factores de riesgo que ocurren en pacientes con abdomen agudo quirúrgico
- Identificar las causas principales del abdomen agudo quirúrgico (inflamatorio, obstructivo, perforativo, vascular).
- Establecer la relación de los factores de riesgo (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, cirugías previas), las complicaciones y la mortalidad.
- Determinar los factores de riesgo que están asociados con la mortalidad de los pacientes con abdomen agudo quirúrgicos de alto riesgo que ingresan a la unidad de cuidados intensivos.

1.3 HIPÓTESIS

La presencia de los factores de riesgo como: la edad, comorbilidades, falla multiorgánica y trastorno de la coagulación podrían estar asociados a mortalidad y otros eventos severos en pacientes con abdomen quirúrgico en el Hospital De la policía nacional de Guayaquil

1.4 JUSTIFICACIÓN

Se decidió elaborar este trabajo de investigación acerca de los factores de riesgo que se encuentran relacionados con el abdomen agudo quirúrgico, ya que es uno de los síndromes más comunes y que con mayor frecuencia el cirujano general debe resolverlo en el ambiente hospitalario. Cada año tiene una incidencia más elevada.

Este tipo de estudio se lo realiza con la finalidad de lograr una mejor atención a los pacientes que presentan abdomen agudo de tipo quirúrgico y sus complicaciones con su alta definitiva, se debe detectar a tiempo los factores causantes y actuar sobre ellos para reducir su incidencia en este centro hospitalario y así minimizar gastos en ingresos prolongados, cirugías y medicamentos, así como también mejorar la calidad de vida de los pacientes y el trabajo diario de los cirujanos.

CAPÍTULO II

2.1 ABDOMEN AGUDO

2.1.1 DEFINICIÓN

El abdomen agudo es una patología con síntomas de abdomen doloroso, de evolución prolongadamente corta, de reciente y brusca aparición, o también es causado por una enfermedad crónica agudizada que requiere de valoración inmediata y tratamiento continuo. El síntoma principal y común de esta patología es el dolor abdominal, y los signos o síntomas que se encuentran adicionales dependen mucho de su causa. El abdomen agudo se clasifica en dos tipos; traumático o no traumático. A su vez, este último se clasifica en falso (causa extraabdominal) o verdadero (causa intraabdominal), el cual requiere de necesidad tratamiento médico, endoscópico o quirúrgico. De acuerdo a su etiología, las patologías que requieren tratamiento quirúrgico son de causa obstructiva, inflamatoria o vascular. (1)

2.1.2 ANTECEDENTES

El dolor abdominal agudo es una de las causas más frecuentes que existe en consultas dentro de los servicios de emergencia de alrededor de todo el mundo; en los Estados Unidos De América, Todos los días se registran 100 millones de visitas, el 5% son causadas por dolor abdominal. (2) Algunos estudios que nos brindan información de este conjunto de signos y síntomas son los siguientes:

Estudio CIAO (“Complicated Intra-Abdominal infection Observational” Study) es una investigación que fue realizada en 68 instituciones médicas a nivel de todo Europa en un corto periodo de Enero a Junio del 2012. Se reclutaron 2152 pacientes con una media de edad de 53.8 años (rango 4-98). La apendicectomía abierta fue una de las principales maneras de resolver la apendicitis aguda complicada. Entre los pacientes que presentaban diverticulitis complicada, la resección de Hartmann fue uno de los procesos más frecuente. La resección colorectal fue realizada en 41 pacientes con estos casos. En pacientes con perforación gastroduodenal (156 casos) el procedimiento quirúrgico fue el más común en sutura gastroduodenal (11.5%). La fístula anastomótica fue una de las causas que llevó a desarrollar infección postoperatoria.

Los especímenes intraperitoneales fueron recolectados en 1339 en total entre los pacientes. El principal patógeno que fue encontrado en la infección intrabdominal fue Enterobacteriaceae. La tasa global de mortalidad fue 7.6% (163/2152).(3)

En Colombia se realizaron estudios en 146 pacientes atendidos en la emergencia, 34 (23,3%) fueron intervenidos inmediatamente por procedimientos quirúrgicos, la mayoría de los pacientes que fueron atendidos con frecuencia fueron las mujeres (67,8%), de las cuales se operaron (64,7%). Entre todos los pacientes que fueron operados la edad promedio fue de 53,1 años, el rango de edad oscila entre los 50 a 59 años. Los síntomas más frecuentes fueron vómitos (39% y 50%, respectivamente) y diarrea con (9,9% y 17,6%). Entre la mayoría de los pacientes operados, la causa principal fue enfermedad biliar (colelitiasis, colecistitis) (35,3%), seguida por la frecuencia con apendicitis aguda (26,5%), hernias de pared abdominal (11,8%) y obstrucción intestinal (5,9%) (4)

2.1.3 TIPOS DE DOLOR

El dolor abdominal se presenta de 3 formas diferentes: dolor parietal, dolor visceral y dolor referido. (5)

DOLOR DE TIPO VISCERAL.

Se origina por la postración o contractura violenta presentada por la musculatura lisa de las vísceras huecas. La incitación se transmite por ámbito de las fibras C que forman parte de los nervios del bazo. Los impulsos transmitidos son de traslado lenta por lo tanto el dolor se encuentra mal delimitado, su vigor aumenta gradualmente, es denominado protopático. (6)

La aparición del dolor en la zona del epigastrio aludido por el paciente en las fases iniciales de un panel de apendicitis presenta varias características. (6)

EL rasgo del dolor es variado ya que puede nacer como un dolor sordo, tipo cólico, además urente. Frecuentemente se acompaña de síntomas vegetativos: palidez, sudoración, inquietud, aborrecimiento y vómitos. No presenta hiperalgesia ni

contractura de la musculatura lisa, el dolor se focaliza a altitud de la línea media, ya que los nervios viscerales alcanzan entre los dos lados de la médula espinal. (5,6)

DOLOR DE TIPO REFERIDO.

Se lo define en varias ocasiones como dolor proveniente de una víscera se percibe desde un territorio muy alejada del órgano emisor. Cuando es muy intenso la excitación visceral o este se encuentra inclinado el umbral del dolor es cuando aparece el dolor referido. Las fibras por las cuales se transmiten los estímulos viscerales se dirigen en torno a la médula concretamente a la asta posterior cercano con las fibras que transmiten el estímulo somático. (ej. impulsos emitidos desde la piel). Cuando la intensidad del lanzamiento aumenta y el umbral del dolor se encuentra abatido, las neuronas localizan de forma errónea desde qué lugar corporal se origina el dolor, él está colocado en el dermatoma que guarda relación con el mismo término medular. (5,6)

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

DOLOR PARIETAL.

Se lo interpreta como un dolor distintivo ante una peritonitis. El lanzamiento doloroso es transmitido por entorno de las fibras mielínicas tipo A y D, las cuales se ubican integradas en los nervios cerebroespinales. Su acarreo es rápido, tienen campos muy pequeños de reconocimiento y el saque álgido producido es bien focalizado conocido como dolor epicrítico. Cuando estamos presentes ante un evento de apendicitis aguda avanzada, al describir el signo de McBurney estamos versus este tipo de dolor. (6,8)

El dolor parietal está perfectamente delimitado, es decir se localiza precisamente en la zona del estímulo punzante, aumenta al instante de realizar maniobras de Valsalva, al descubrir y a la palpación. Es distintivo de estos casos presentar hiperalgesia y aguante muscular. (5,6,8)

Frente a un cuadro de apendicitis aguda se pueden presentar los 3 tipos de dolor mencionados anteriormente, según el período intermitente en la cual se encuentra. La distensión abrupta apendicular permite la aparición del dolor visceral el cual se localiza a altura de la línea media, al presentar la inflamación de la mucosa al cansar el umbral se produce un dolor aludido situado a altura del cuadrante inferior derecho precisamente en fosa iliaca. Al explayarse el proceso inflamatorio hasta el peritoneo se produce el dolor epicrítico con un área entre las características descritas en el acápite anterior

. (6,8,9)

2.1.4 CLASIFICACIÓN DE ABDOMEN AGUDO

ABDOMEN AGUDO SEGÚN SU MANEJO EN EL PACIENTE:

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

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO.

La manifestación repentina del dolor, es antecedida por el vómito, fiebre, náuseas, pérdida de apetito, laxitud estomacal, el paciente en distintas ocasiones presenta historial de intervenciones quirúrgicas, estos datos son muy importantes en la narración clínica. La sintomatología de irritación peritoneal, señala que la etapa estomacal ha tenido una transformación grave. Hay que reconocer que estos signos y síntomas en algunos grupos de momento no se acontecen. (10,11).

ABDOMEN AGUDO NO QUIRÚRGICO.

En estos pacientes, el tipo de dolor, su posición y desarrollo pausado es decir máximo de 48 horas y con sintomatología semejante a la descrita en el párrafo anterior, recomienda su estudio y seguimiento ambulatorio en la colectividad de los casos. Es sustancioso realizar los respectivos exámenes complementarios para poder cerciorarse su austeridad. (10)

ABDOMEN AGUDO SEGÚN SU LOCALIZACIÓN:

Según su ubicación se puede encasillar en: abdomen agudo verdadero (causa intraabdominal), o abdomen agudo falso (extra estomacal). (12)

ABDOMEN AGUDO SEGÚN TIPO:

Según su origen: inflamatorio (apendicitis, pancreatitis, diverticulitis, colecistitis, etc.); hemorrágico (disyunción de aneurisma, trauma de abdomen, gestación ectópica, etc.); perforativo (Trauma que perfora víscera, apendicitis perforada, úlcera péptica perforada, etc.); oclusivo intestinal (parietales, extra parietales, intraluminales); oclusivo vascular (isquemia mesentérica). (2,5,12)

(I)Inflamatorio

Se presenta un dolor de manera prolongada y perfectamente delimitado, aumenta con maniobras de Valsalva y con la deambulación, por tal empleo el paciente evita llevar a cabo movimientos. Cuando existe riesgo de peritoneo parietal se produce la sacudida de la musculatura de la zona afectada. En este tipo de abdomen agudo se encuentran los originados por procesos inflamatorios y procesos de signo infecciosos. La irritación del peritoneo se produce en etapas más avanzadas del proceso inflamatorio. (6,12)

(P)Perforativo

Generalmente se maneja de un abdomen agudo inflamatorio, pero en una etapa muy avanzada, obligado a la pérdida de continuidad que se origina en una víscera hueca y el aforo de la misma es vertido en la cavidad estomacal lo cual ocasiona una hipersensibilidad aguda. (6)

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

OCCLUSIVO INTESTINAL.

Se origina cuando se bloquea el tránsito entérico por dificultad en la luz intestinal, tanto en la pared o por interrupción originada fuera de la pared intestinal. (1,6,12)

Se produce el dolor visceral, el cual es mal definido, no incrementa con maniobras de Valsalva, pero se acompaña generalmente de reacciones vagales. Entre las etiologías tenemos: (1,6,12)

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

El dolor puede obtener a altura periumbilical o puede obtenerse de forma difusa. Al inicio en intenso, pero a medida que evoluciona la interrupción, se produce la amplitud del asa intestinal, se reduce el peristaltismo y el dolor pierde intensidad. Al existir compromiso vascular, se produce irritación peritoneal y el dolor se puede fijar correctamente, entre las primeras causas tenemos las adherencias, neoplasias y hernias abdominales. (6,14,15)

OBSTRUCCIÓN BILIAR.

Este dolor se encuentra localizado en hipocondrio derecho y en ocasiones en epigastrio, se irradia hacia el omóplato derecha. invariablemente la creencia es el depósito biliar, en el colédoco esto se puede originar por parásitos o por coágulos. Las neoplasias biliares no ocasionan dolor requerido a que esto evoluciona lentamente. (6,7,16,17)

OBSTRUCCIÓN URINARIA.

Cuando hay bloqueo en el uréter aparece un dolor fuerte, el cual está situado en la línea del mismo y se irradia en torno a los genitales, acompañado de sintomatología vegetativa y el reflejo logra producir un íleo adinámico. La mayor causa de este tipo de bloqueo es la litiasis renal. (6)

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON ESTRANGULACIÓN.

Es originado cuando nos encontramos contra adherencias, también bridas y hernias de diferentes localizaciones (6):

Oclusión vascular hemorrágica

Al principio el dolor es visceral, se ubica en la línea media a nivel periumbilical. En el primer campo el peristaltismo se encuentra capacidad y no existe contractura de los músculos abdominales. En el caso de isquemia y trombosis existe una previa narración de dolores abdominales, en trombosis venosas se lo relaciona con toma de anticonceptivos y fases de hipercoagulabilidad. (6,13,14)

Abdomen agudo hemorrágico

Existe el aspecto de sangre en la cavidad estomacal, las manifestaciones que las producen son: traumas abdominales, disyunción de aneurisma, embarazo ectópico, etc.(6)

2.1.5 ETIOLOGÍA

Se van describir las causas más comunes de abdomen agudo.

(A)Apendicitis

Se conoce esta enfermedad como la urgencia quirúrgica más frecuente que afecta por lo general a ambos sexos por igual, con un cuadro clínico muy poco común en lactantes y ancianos, pero es la tasa de morbimortalidad elevada en pacientes adolescentes. Se desarrolla en sí por la inflamación que se produce en el apéndice la cual se genera por la obstrucción luminal por los parásitos, por los fecalitos e incluso también por la hiperplasia folicular linfoide. Representa una etapa inicial conocida como congestiva, luego cambia y evoluciona esta a su vez a un estado flemonoso, el cual puede desencadenar a una supuración, gangrenarse e incluso llegar a perforarse. Se presenta de una manera típica con dolor tipo visceral focalizado a nivel del epigastrio, después de 3 a 6 horas el dolor se desplaza inmediatamente hacia FID donde se manifiesta síntomas de dolor peritoneal. La sintomatología común como la anorexia, náuseas, vómitos y la fiebre a menudo se pueden ver modificadas en varias ocasiones debido al tipo de localizaciones atípicas del apéndice. La apendicitis retrocecal se puede manifestar o aparecer sin síntomas peritoneales, a diferencia de la apendicitis pelviana que se presenta con síntomas urinarios e incluso con diarreas. En pacientes femeninas que se encuentran pasando por el período de gestación el dolor va a continuar y seguirá

presentándose con mayor frecuencia en FID, a pesar de que existen un sinnúmero de casos el útero puede desplazar al apéndice a otro lugar 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)

(C)Colecistitis y Colelitiasis

Los pacientes que desarrollan esta patología con procesos de vías biliares, específicamente con cálculos de origen biliar van a focalizar el dolor a nivel de la línea media o hipocondrio derecho el cual se irradia de manera prolongada hacia la escápula, acompañado de otras sintomatologías como pérdida de apetito y también de vómitos. El paciente comunica haber ingerido alimentos ricos en grasa en 1 o 2 horas antes a la presentación del mismo, es muy poco frecuente su aparición nocturna. Cuando el dolor persiste y es fuerte por más de 5 horas debemos imaginar que estamos frente a un cuadro de abdomen agudo por colecistitis. El dolor se manifiesta de manera más intensa dependiendo el tiempo que lleve y se puede relacionar con la presencia de fiebre. Cuando el cálculo se impacta o se obstruye a nivel del conducto colédoco el dolor va a aumentar de manera repentina y la mayoría de los pacientes acudirán a la emergencia, en algunos casos se presentan con ictericia, elevación de transaminasas y fiebre, como expresión de una colangitis. (1,7,15)

(E)Enfermedad Diverticular

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

Pancreatitis

La pancreatitis aguda (PA), es una patología considerada como un proceso pancreático inflamatorio reversible, donde 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 varios tejidos cercanos y distantes al páncreas. (19).

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

Existen diferentes teorías sobre su patogenia, la más aceptada es la auto digestión. Las proteasas se activan dentro del páncreas por medio de las hidrolasas, lo que provoca la digestión del tejido del páncreas. El deterioro de las funciones 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 determinado 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 Úlcera Péptica

La úlcera péptica (UP), es una patología causante del dolor abdominal agudo, cuando nos encontramos frente a úlceras con grande tamaño en las cuales ya se ha producido perforación, el dolor pierde su ritmo característico y se vuelve más 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), cuando existe el compromiso vascular, ponen en riesgo la vida del paciente, debido a la presencia de 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 en desarrollarse 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 se encuentra 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)

Si la sintomatología habitual es el dolor, acompañado de náuseas, vómitos, dificultad para expulsión de gases y heces. Las bridas peritoneales son las causas más frecuentes con el 60%, las hernias encarceradas un 15%. En las fases iniciales, la isquemia producida puede ser enmascarada por la expulsión de heces que se encuentran obstruidas en el punto más distal de la oclusión. (10,22,24)

VÓLVULO.

La torsión colónica, que se produce 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 aparece de manera más frecuente en pacientes que abusan del uso de los laxantes, ansiolíticos, anticolinérgicos, medicación antiparkinsoniana. Su presentación típica se manifiesta con una asimetría abdominal, asociada con dolor, al hacerse esta constante se acompaña de fiebre e incluso de hipotensión. La mayoría de los casos con un diagnóstico difícil se presentan en pacientes jóvenes, ya que su manera de presentación es insidiosa, el dolor que desarrollan suele resolverse con la rectificación natural y espontánea del vólvulo. (10,25)

Hernia Encarcerada

Las hernias encarceradas por lo general si las puede reducir fácilmente son asintomáticas, el cuadro principal y característico es el dolor en epigastrio o dolor periumbilical, las manifestaciones van ocurriendo cuando las hernias producen obstrucción intestinal, un retraso en el diagnóstico puede llevarnos a un cuadro de isquemia o estrangulación de la misma. (26)

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

2.1.6 EXAMEN FÍSICO

Las manifestaciones clínicas del paciente, es decir los signos y síntomas son de vital necesidad para decidir el abordaje terapéutico que se implementará 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 coexistido durante siglos, sin embargo, el examen físico nos permitirá ordenar a qué tipo de patología nos estamos enfrentando. (27)

2.1.7 CLÍNICA

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

Pulso.

Por sí solo no nos brindara mayor indagación, 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)

Síntomas.

La sintomatología más peculiar 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 analizado de forma individual. (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)

Temperatura.

La temperatura superior a los 38 grados es de suma importancia para excluir 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 aclara hacia un cuadro de apendicitis. (8,10,27)

2.1.8 EXAMEN ABDOMINAL INSPECCION

Se realizará de manera correcta la evaluación de la pared abdominal, observando si hay evidencia de circulación colateral, lo cual sugiere hipertensión portal, se debe observar si hay presencia de cicatrices, distensión, hernias, peristaltismo, los cuales nos orientarán a seguir hacia un proceso de carácter obstructivo. Es muy importante analizar los movimientos presentes de la pared abdominal al realizar la respiración. (10,27)

P(Palpación)

Es necesario relajar la pared abdominal controlando los movimientos y la ansiedad del paciente, realizando cualquier distracción. Es necesario descartar en los pacientes embarazos, hernias, fecalomas, riñones ptosicos, etc. La palpación nos ayudará a orientarnos hacia la anatomía afectada, por ejemplo, el dolor en fosa iliaca derecha será sugestivo de apendicitis, torsión ovárica, salpingitis entre otros. Al reconocer la rigidez

muscular del abdomen, signos de rebote estamos frente a sintomatología de irritación peritoneal. (10,27)

(P) Percusión

La percusión se realiza de manera correcta con la 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)

(A) Auscultación

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

2.1.9 EXÁMENES AUXILIARES Y DE IMÁGENES

El propósito de las pruebas de laboratorio y de radiografías simples es aprobar o separar posibilidades diagnósticas que se están considerando en base a un interrogatorio y examen físico apropiado. Los sencillos o más importantes son hemograma completo, examen de orina completa, glucosa, urea y creatinina, amilasas en evento de sospecha de pancreatitis. El diagnóstico de abdomen agudo, a veces requiere el soporte de exámenes auxiliares, siendo la proteína C reactiva y el lactato uno de los marcadores de abdomen agudo. La presencia de lactato subiendo indicaría la influencia anaerobia y estima el déficit de oxigenación de los tejidos (28).

Valores elevados de proteína C reactiva, permite diferenciarla a apendicitis aguda necrosada de la apendicitis flemonosa (29). El estudio por imágenes es parte importante para el estudio del abdomen agudo. El descubrimiento de neumoperitoneo en la radiografía simple de abdomen es un criterio a apoyo de la perforación de víscera hueca. La neumatosis intestinal es otro descubrimiento que es un hallazgo de gravedad en pacientes con isquemia intestinal; en eventualidad de pacientes asintomáticos esto puede ser manejado conservadoramente (30).

Las indicaciones para radiografía de abdomen para la extracción de víscera hueca, obstrucción intestinal, litiasis urinaria, ingestión de cuerpo extraño. Para la detección de neumoperitoneo la radiografía tiene una sensibilidad del 78% y una especificidad del 53%. La sensibilidad para la detección de cuerpos extraños es de 85-100% (31). La ultrasonografía es una prueba con una Sensibilidad y especificidad dependiente de cada patología: Para el diagnóstico de Colecistitis aguda la Sensibilidad es de 81-86%, y la Especificidad 90% (32).

Otros procedimientos de ayuda diagnóstica:

- Paracentesis y lavatorio peritoneal diagnóstico.
- Laparoscopia diagnóstica.
- Laparotomía exploradora diagnóstica y terapéutica. Se realizará a través de una incisión mediana supra e infraumbilical debido a que nos permite un comienzo veloz y una amplia inmersión de todos los compartimentos de la cavidad abdominal

CAPÍTULO III

METODOLOGIA, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1 MÉTODOS DE ESTUDIO

Retrospectivo

El estudio es retrospectivo debido a que el estudio empieza después de que los individuos han desarrollado la enfermedad o característica a investigar y se dirigen hacia atrás en el tiempo con datos recogidos del pasado. (Dagnino, 2014) Con respecto a esta investigación, se obtiene datos que de los últimos años 2017 a 2019, sobre los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con abdomen quirúrgico del hospital de la policía nacional del año 2017-2019.

Observacional

Es observacional porque en este tipo de investigación se consiguen datos o variables de los fenómenos a estudiar, pero no existe participación ni modificación de las variables. (Miguel Ángel Villasis, 2016) (Rojas, 2015) Aplicado a esta temática se accederá a la base de datos estadísticos y de las historias clínicas del hospital, pero no se interviene o se altera la información.

Transversal

Es transversal ya que recogen datos que valoren de forma simultánea la exposición y la enfermedad en una población y en un momento determinado. (Ricardo Caraldo, 2019) (Sánchez) Se realiza en esta investigación un estudio en el que se medirá una sola vez determinadas variables respecto a los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con abdomen agudo quirúrgico del área de cirugía general del hospital de la policía nacional de Guayaquil.

Descriptivo

Es *descriptiva*, porque detalla las características de las variables de un grupo de pacientes o población determinada en un momento específico concerniente a un tema. (B) En esta tesis se va a describir cuáles son los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con abdomen agudo quirúrgico. También en la recolección se ajustará por variables cualitativas descriptivas de pacientes que acuden a los servicios médicos de esta institución con abdomen agudo de tipo quirúrgico.

3.1.2 CARACTERÍSTICA DE LA ZONA DE TRABAJO

La investigación se realizó en el Hospital de la Policía Nacional, de la provincia del Guayas, en Ecuador.

El hospital forma parte de la Red Integral de la DNS Dirección Nacional de Salud

3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN.

El periodo de estudio se llevó a cabo entre el año 2017 y del 2019.

3.1.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Descripción de la muestra y procedencia de los sujetos de estudio:

Pacientes desde los 15 años hasta los 65 con abdomen agudo quirúrgico atendidos en el hospital de la policía nacional de Guayaquil en el año 2017-2019

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de Abdomen agudo CIE 10 (R100)
- Año 2017-2019.
- Pacientes atendidos en el Hospital De la Policía Nacional De Guayaquil
- Pacientes intervenidos quirúrgicamente en el área de cirugía con abdomen agudo quirúrgico en esta institución hospitalaria.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 15 años.
- Pacientes embarazadas.
- Historias clínicas inconclusas e incompletas.
- Pacientes con abdomen agudo no quirúrgico

3.1.5 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 de la Policía Nacional, resultado factible y viable ya que se contó con la guía y supervisión del tutor, MSc. MAYDELEIN SUAREZ PADRON, 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 de la Policía Nacional , y de la Facultad de Medicina para su aprobación.

3.1.6 UNIVERSO Y MUESTRA

Por medio del análisis y procesamiento de información adquirida por parte del Hospital de la policía nacional de guayaquil , se optó utilizar únicamente pacientes que cumplieron los requisitos para esta investigación y finalmente se obtuvo el universo de la investigación que fue 150 pacientes; posteriormente se determina la muestra por medio del tamaño de la muestra en 48 pacientes.

3.1.7 VARIABLES

<i>Nombre Variables</i>	<i>INDICADO R</i>	<i>Tipo</i>	<i>RESULTADO FINAL</i>
Edad	Número de años desde el nacimiento	Cuantitativa Discreta	En años
Sexo	Según sexo biológico de pertenencia	Cualitativa Dicotómica Nominal	Femenino/Masculino
Lugar de procedencia	Zona o lugar de donde procede	Cualitativa Nominal	Guayaquil Ciudades de la región Costa
Antecedentes Patológicos Personales	Enfermedades que padezca el paciente	Cualitativa Nominal	Otras enfermedades sufridas por el paciente • Diabetes mellitus • Hipertensión arterial

Sedentarismo	Estado de bienestar en torno a la actividad física	Cualitativa Dicotómica Nominal	Si No
Bipedestación prolongada	La postura pie por un largo periodo de tiempo	Cualitativa Dicotómica Nominal	Si No
Tabaquismo	Antecedente relacionado al consumo habitual de tabaco	Cualitativa Dicotómica Nominal	Si No

3.1.8 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS:

Para la recolección de datos se solicitó a la unidad de investigación del hospital la aceptación y autorización del tema, que posteriormente se proporcionó con una base de datos orientada a los factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con abdomen agudo de tipo quirúrgico. Mediante acuerdo de confidencialidad con la institución los nombres de los pacientes y la cédula de identidad no han sido revelados ni utilizados, se realizó la revisión correspondiente de las historias clínicas y se protegió la identificación mediante números de codificación.

La información se tabuló y se organizó en Microsoft Excel, luego se utilizó diferentes softwares para el análisis estadístico requerido.

3.1.9 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

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

3.10 PRINCIPIOS BIOÉTICOS.

Se realizó un anteproyecto el cual fue presentado a la Unidad de Titulación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, y revisado por la Dra. Maydeleine Suarez tutor del presente trabajo. Se solicitó al departamento estadístico del Hospital Policía Nacional 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

3.11 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realiza la recolección de datos utilizando los datos estadísticos proporcionados por el Hospital Policía Nacional, 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 formula 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.

DOCUMENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA. FUENTES PRIMARIAS:

Libros, artículos científicos, publicaciones periódicas, revistas, tesis, ponencias presentadas 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.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

La muestra final consistió de 48 pacientes atendidos en el hospital de la policía nacional ingresados por un diagnóstico inicial de abdomen agudo entre los años 2017 y 2019.

La distribución de sexo fue de 43,8% de pacientes femeninas y 56,3% masculinos. La edad promedio fue de 45,02 años con una desviación estándar de 21,298 años. 83,3% de los pacientes residen en Guayaquil y 4,2% en Babahoyo, en 12% restante en otros cantones. Se atendió a 12, 33 y 3 pacientes en los años 2017, 2018 y 2019 respectivamente, siendo el mes de mayo del 2018 el que mayor frecuencia de abdomen es agudo se presentó con seis casos en un mes.

El antecedente patológico personal más frecuentemente encontrado fue la hipertensión arterial en 35,4% de los pacientes, mientras que 16,7% y 14,6% de los pacientes presentaban una combinación de diabetes mellitus tipo dos e hipertensión, y diabetes mellitus tipo II sola respectivamente. El diagnóstico etiológico más frecuente fue la apendicitis aguda presente en 58,3% de los pacientes, seguido de obstrucción intestinal en 22,9% y vólvulo sigmoide en 18,8%.

Todos los pacientes presentaron como síntoma dolor abdominal, mientras que 56,3% presentaron al vómito y 16,7% distensión abdominal. 75% de los pacientes fueron operados por laparotomía siendo el resto operado por laparoscopia. La complicación más frecuentemente encontrada fue la atelectasia en 31,3% de los pacientes seguida de la infección de la herida en 25%. 10,4% de los pacientes presentaron mortalidad previa al egreso.

4.2 DISCUSIÓN

Un abdomen agudo suele ser el resultado de la irritación peritoneal debida a la inflamación o rotura de un órgano abdominal u obstrucción de un órgano hueco. En la práctica hospitalaria, los pacientes con dolor abdominal agudo van espontáneamente a la sala de emergencias o son enviados allí por su médico de familia con un diagnóstico provisional, que según se informa no tiene más del 50% de posibilidades de ser correcto (35).

En nuestra población se presentó una distribución de sexo relativamente equitativa, lo cual difiere de los hallazgos presentados en la literatura en la cual los pacientes atendidos por abdomen agudo tienden a ser varones con una razón de hasta 4:1. La distribución de la edad en nuestra población fue muy uniforme entre los 15 y 65 años, lo cual coincide con los estudios revisados ya que las causas más frecuentes de abdomen agudo presenta picos de frecuencia en niños, adultos jóvenes y adultos mayores (36).

Después de un estudio de diagnóstico preciso que incluye muestra de sangre, ultrasonido y / o tomografía computarizada (TC), se puede establecer un diagnóstico etiológico que lleve o no a una indicación quirúrgica. En algunos pacientes, el motivo del abdomen agudo no está claro y hay dos opciones: o se observa clínicamente al paciente y se vuelve a examinar después de unas horas para detectar cualquier cambio, o se realiza una laparoscopia diagnóstica (DL). Sin embargo, la laparoscopia no debe considerarse una herramienta diagnóstica de rutina para todos los casos de abdomen agudo, ya que conlleva su propia morbilidad y requiere anestesia general (36,37). La actitud de tratamiento en el hospital tiende hacia la realización del laparotomías exploratorias, lo cual puede deberse el tamaño y a los recursos presentes en el mismo, además de preferencia de los profesionales encargados del tratamiento quirúrgico de estos pacientes.

La apendicitis es la emergencia abdominal más común. Para establecer el diagnóstico, las investigaciones como la proteína C reactiva, el recuento de glóbulos blancos, la ecografía y, a veces, la tomografía computarizada son útiles además del examen clínico. La laparoscopia también es útil como herramienta de diagnóstico. En

el 14 al 27% de los casos de sospecha de apendicitis, se encuentra otro diagnóstico en la exploración laparoscópica, como salpinitis, quiste ovárico, diverticulitis, ileítis, SBO, invaginación íleo-cólica, infarto intestinal, úlcera duodenal perforada. En esa situación, se puede dejar un apéndice normal en su lugar. Según la literatura, del 10 al 15% de las apendicectomías se realizan para un apéndice sano. Un apéndice macroscópicamente normal ciertamente puede dejarse en su lugar cuando otras lesiones pueden explicar los síntomas. Por el contrario, podría ser aceptable realizar la apendicectomía si no se puede encontrar cualquier otra patología debido al riesgo de pasar por alto una endoapendicitis temprana. Algunos autores piensan que los cambios inflamatorios confinados solo a la mucosa podrían ser indetectables por laparoscopia y ser responsables de dolor abdominal agudo. En dos estudios, cuando el cirujano evaluó que el apéndice no estaba inflamado, las tasas de endoapendicitis fueron 11 y 26% (37,38).

Las etiologías de obstrucción del intestino delgado (SBO) se pueden clasificar en cuatro tipos: 1) obstrucción mecánica simple ligada a adherencias, neoplasias, cálculos biliares, bezoar; 2) obstrucción por estrangulación ligada a un vólvulo, hernias estranguladas; 3) obstrucción por invaginación intestinal y 4) íleo paralítico. Esto da como resultado alteraciones de electrolitos y líquidos asociadas con un tercer espaciamento, isquemia intestinal y estasis que conducen a la proliferación microbiana en el lumen intestinal y la translocación bacteriana a través de la pared intestinal (39).

La SBO aguda es una urgencia quirúrgica común y se relaciona con mayor frecuencia con adherencias posoperatorias. En una serie de 500 pacientes operados por OIS adhesiva, Fevang et al. mostró que la tasa de recurrencia después de una laparotomía por obstrucción intestinal fue del 7% en 1 año, del 18% después de 10 años y del 29% después de 30 años. La tasa de recurrencia aumentó con el número de episodios previos de SBO aguda, y el riesgo de nuevos episodios de SBO aguda tratados quirúrgicamente fue el mismo independientemente del método de tratamiento (conservador o quirúrgico). La conclusión fue que la cirugía profiláctica era inútil. En ausencia de signos clínicos, biológicos y radiológicos de isquemia intestinal, se puede intentar un tratamiento conservador. Después de haber evaluado el diagnóstico de SBO mecánico por tomografía computarizada, se puede realizar una prueba de gastrografin

para verificar la progresión del material de contraste dentro de las próximas 24 horas. Gastrografin, un agente hiperosmolar soluble en agua de 1900 mOsm / l, aproximadamente 6 veces la osmolaridad del líquido extracelular, también puede tener un efecto terapéutico al aumentar el gradiente de presión a través del sitio de obstrucción, lo que resulta en la resolución ocasional de la obstrucción (40).

El manejo laparoscópico de la obstrucción intestinal aguda es un desafío debido al espacio de trabajo reducido debido al íleo, la fragilidad de las asas intestinales dilatadas y la dificultad para identificar la causa de la obstrucción en algunos casos. La manipulación del intestino debe realizarse con mucho cuidado, ya que las lesiones intestinales pueden tener consecuencias desastrosas. La viabilidad del abordaje laparoscópico es variable, con tasas de conversión que van del 0% al 52% según la habilidad del cirujano y la selección del paciente. Las principales causas de conversión son la visualización limitada causada por el intestino distendido y bandas / adherencias múltiples o profundas que dificultan el acceso. Otras causas de conversión son la presencia de necrosis del intestino delgado y enterotomías accidentales. Una serie prospectiva a nivel nacional de Suiza de 537 laparoscopias para SBO informó una tasa de conversión del 32,4% por las siguientes razones: incapacidad para visualizar el sitio de obstrucción o adherencias enmarañadas en el 53,4%, complicaciones intraoperatorias en el 21,3% y pequeñas incisiones diana para la resección en el 25,3%. Las complicaciones intraoperatorias y la conversión se asociaron con un aumento significativo de morbilidad postoperatoria (41-43).

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La muestra presentó porcentajes similares de sexo predominando ligeramente el sexo masculino, además de tener una distribución uniforme de pacientes entre los 15 y 65 años de edad.

El antecedente patológico personal más frecuentemente encontrado fue la hipertensión arterial, y el diagnóstico etiológico más frecuente fue la apendicitis aguda.

A tres de cada cuatro pacientes se les realizó laparotomía, teniendo como complicación quirúrgica más frecuente la atelectasia y la infección de la herida. Uno de cada 10 pacientes falleció antes de su egreso.

5.2 RECOMENDACIONES

Realizar un seguimiento a los pacientes operados para determinar morbimortalidad a largo plazo posteriores la cirugía, entre otros resultados como la repetición del episodio en el caso de la obstrucción intestinal.

Repetir el estudio con información sobre los pacientes atendidos en el año 2020 para determinar cambios epidemiológicos producidos por la pandemia del COVID-19 además de su atención por parte de los médicos y cirujanos.

ANEXOS

TABLAS

TABLA 1

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	F	21	43,8
	M	27	56,3
	Total	48	100,0

TABLA 2

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
EDAD	48	6	86	45,02	21,298
N Válido (Por lista)	48				

TABLA 3

RESIDENCIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	GUAYAQUIL	40	83,3
	BABAHOYO	2	4,2
	CUENCA	1	2,1
	DAULE	1	2,1
	DURAN	1	2,1
	ESMERALDAS	1	2,1
	MILAGRO	1	2,1
	QUITO	1	2,1
	Total	48	100,0

TABLA 4

Tabla cruzada MES*AÑO

Recuento

		AÑO			Total
		2017	2018	2019	
MES	1	1	4	1	6
	2	0	4	0	4
	3	1	3	0	4
	4	0	4	0	4
	5	1	6	0	7
	6	1	2	0	3
	7	3	2	1	6
	8	0	2	0	2
	9	0	0	1	1
	10	3	3	0	6
	11	1	2	0	3
	12	1	1	0	2
Total		12	33	3	48

TABLA 5

APP

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	HTA	17	35,4
	NINGUNO	16	33,3
	DM2 + HTA	8	16,7
	DM2	7	14,6
	Total	48	100,0

TABLA 6

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	APENDICITIS AGUDA	28	58,3
	OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	11	22,9
	VÓLVULO SIGMOIDE	9	18,8
	Total	48	100,0

TABLA 7

DOLOR ABDOMINAL

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	48	100,0

TABLA 8

VÓMITO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	27	56,3
	NO	21	43,8
	Total	48	100,0

TABLA 9

DISTENSIÓN ABDOMINAL

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	40	83,3
	SI	8	16,7
	Total	48	100,0

TABLA 10

TÉCNICA QUIRÚRGICA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	LAPAROTOMÍA	36	75,0
	LAPAROSCOPIA	12	25,0
	Total	48	100,0

TABLA 11

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	ATELECTASIA	15	31,3
	NINGUNA	15	31,3
	INFECCIÓN DE LA HERIDA	12	25,0
	NEUMONÍA	5	10,4
	SEPSIS	1	2,1
	Total	48	100,0

TABLA 12

MORTALIDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	43	89,6
	SI	5	10,4
	Total	48	100,0

FIGURAS

FIGURA 1

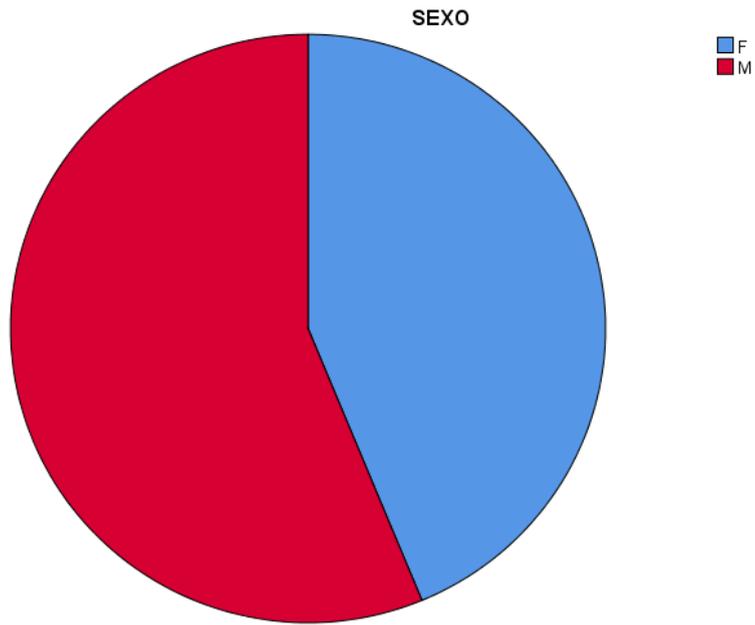


FIGURA 2

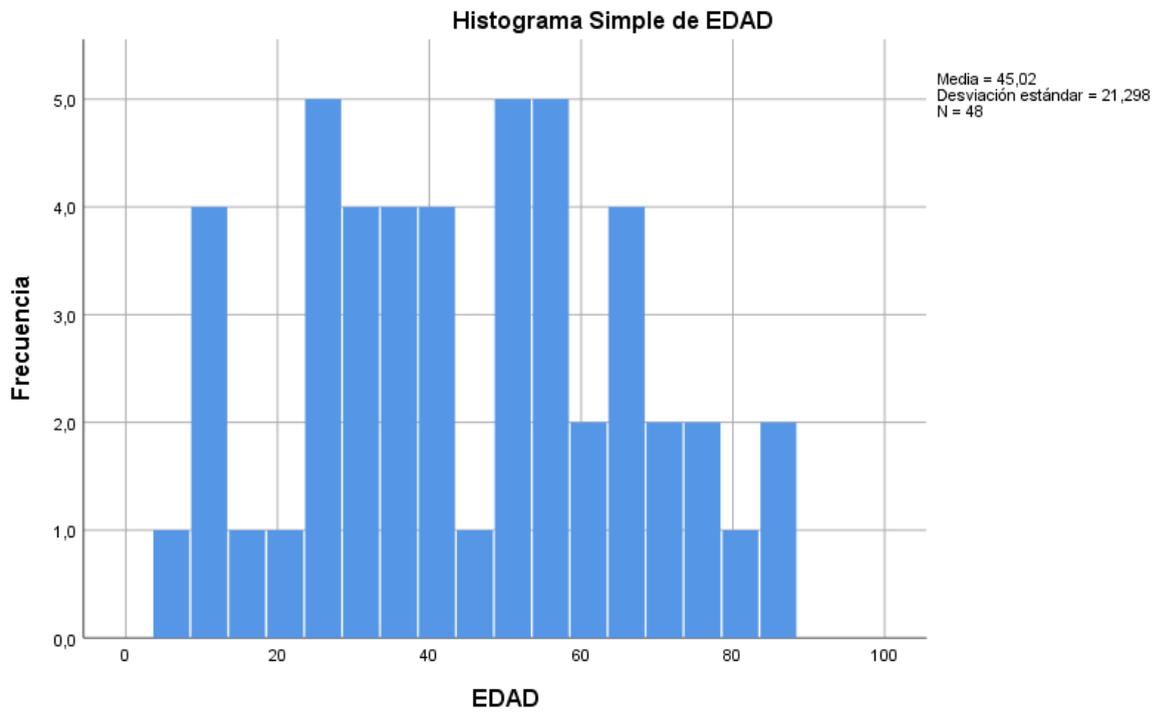


FIGURA 3

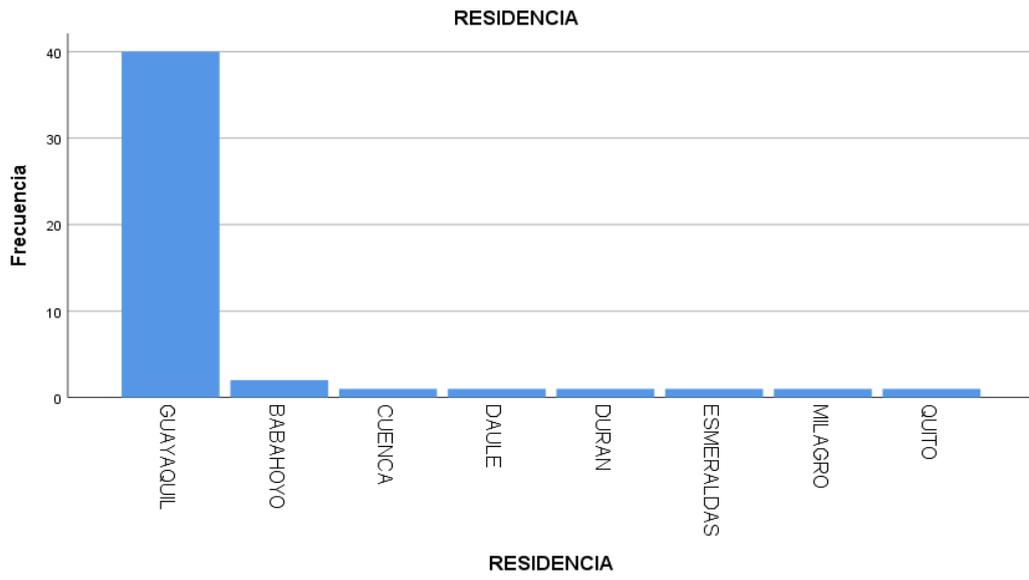


FIGURA 4

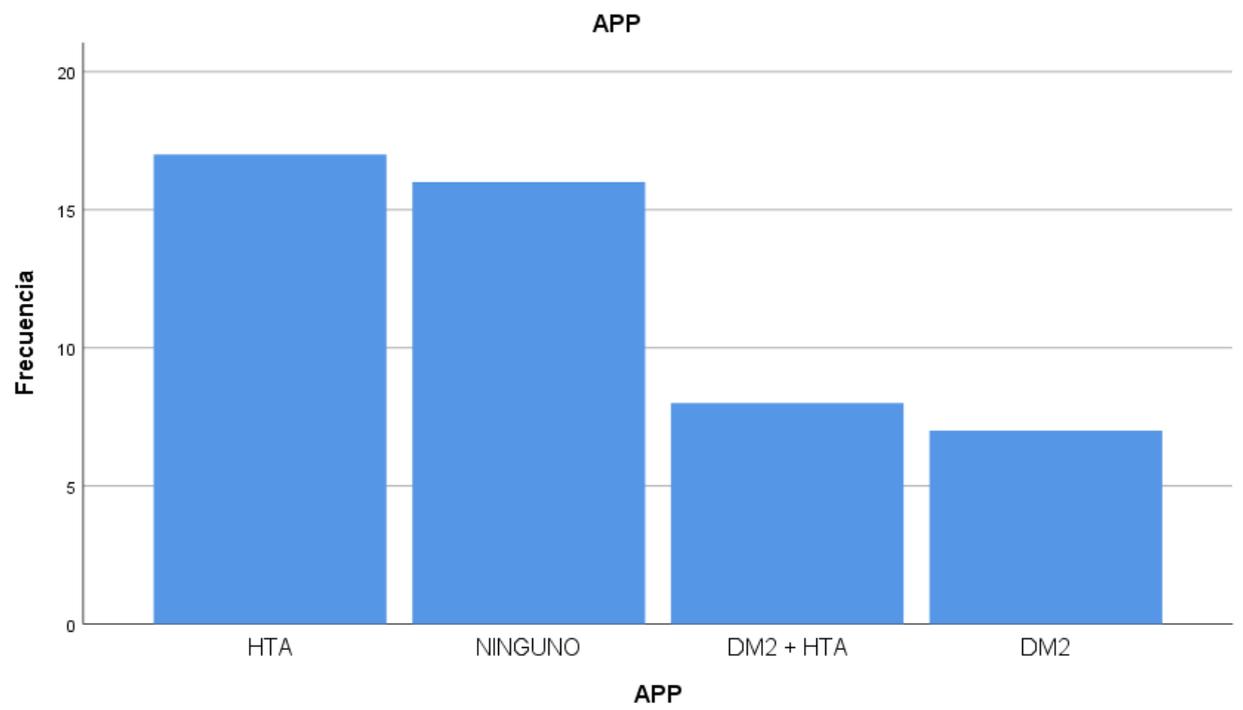


FIGURA 5

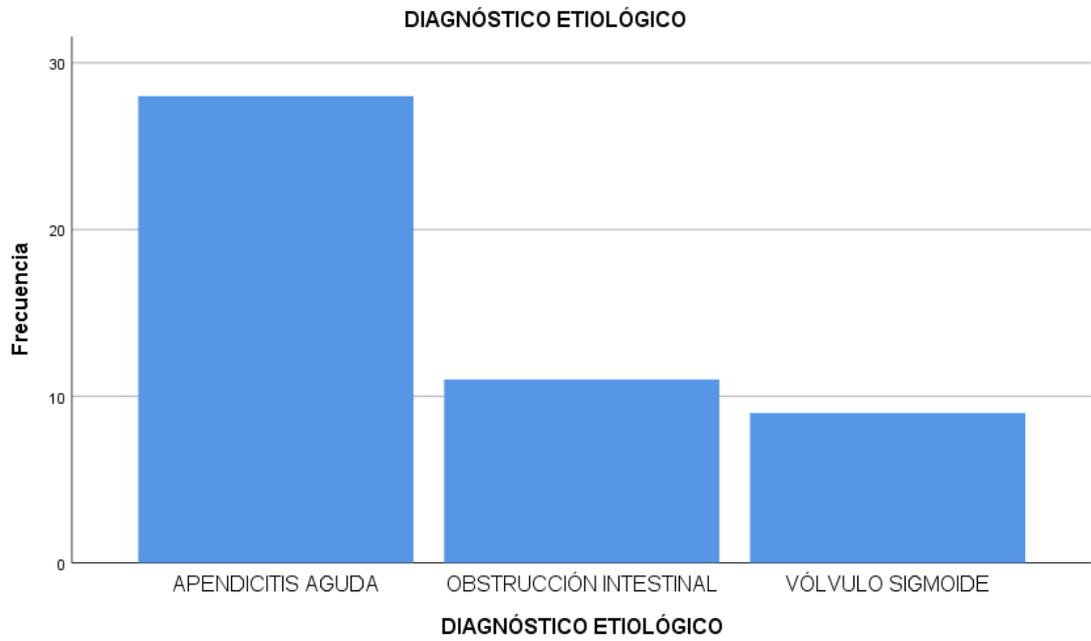


FIGURA 6

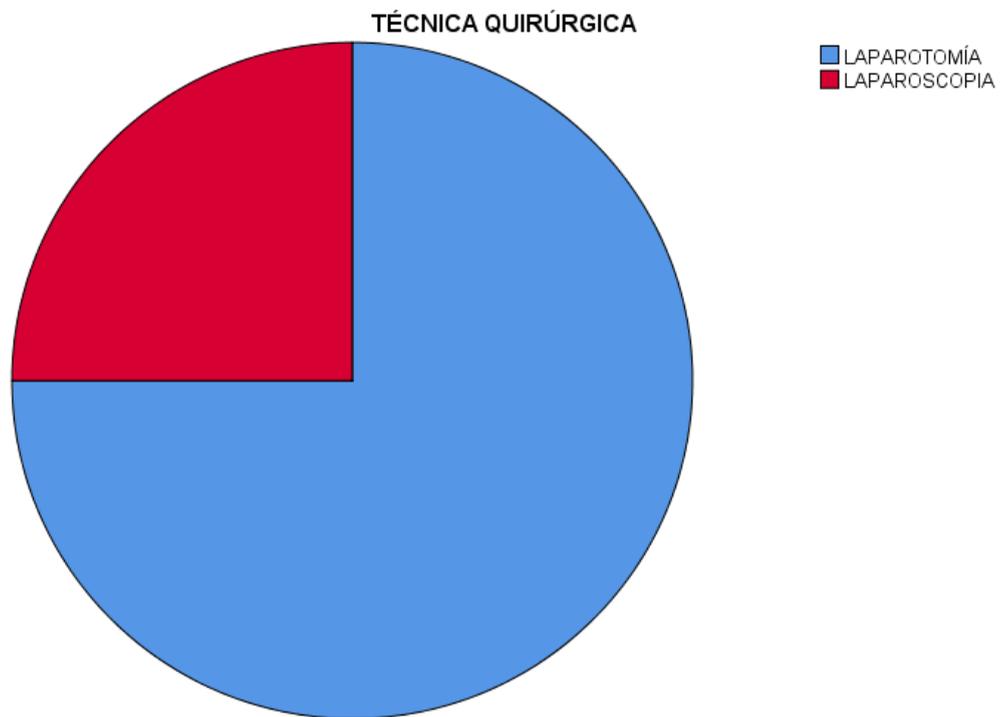


FIGURA 7

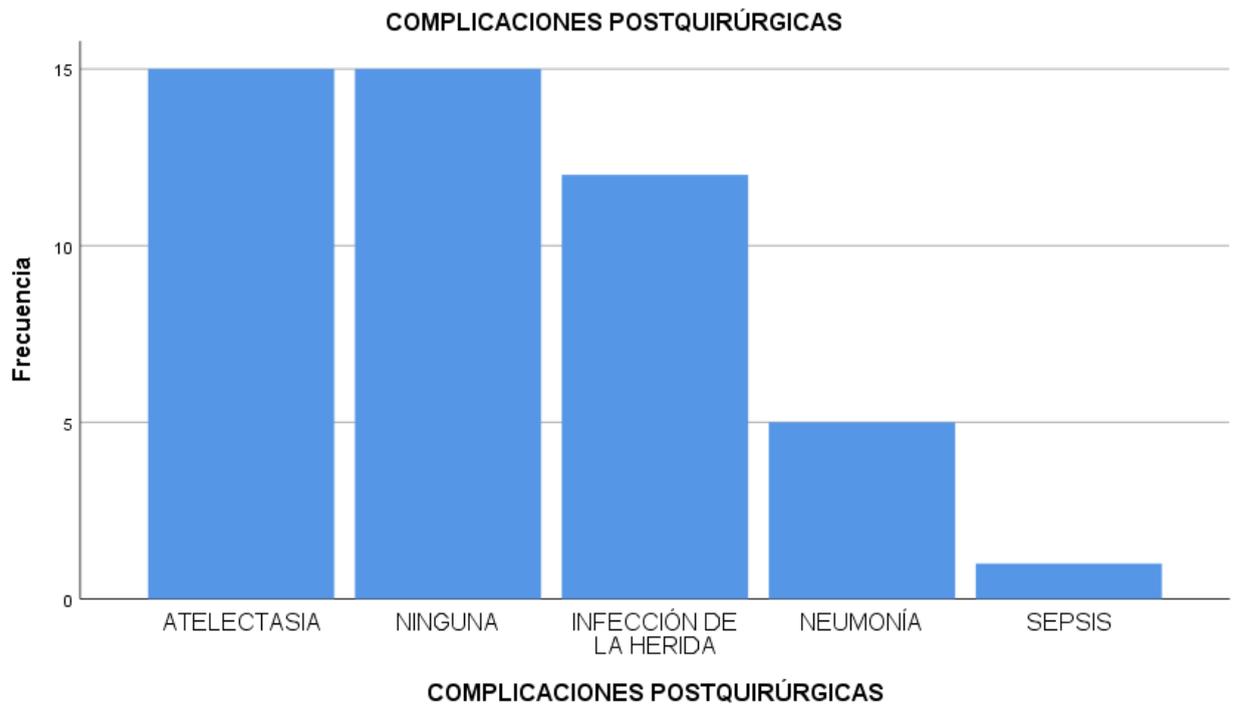
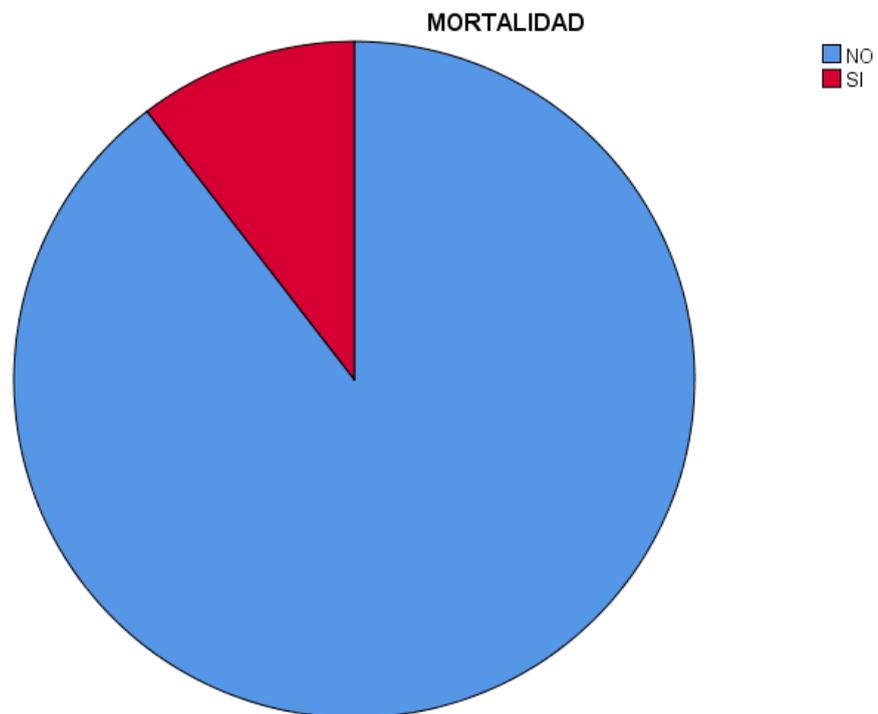


FIGURA 8



BIBLIOGRAFÍA

1. Caycedo R. Cirugía general en el nuevo milenio. Segunda edición. Bogotá: Editorial Médica Celsus; 2013. p. 239.
2. Christopher Bucklea Christopher Holdridgea, Tina Xua, Falah Akhwaisa, Aaditya Sinhab, Sudeendra Doddi, Prakash Sinhaa. Acute Abdominal Pain and Radiological Pneumoperitoneum -Always an Indication for Laparotomy?J Clin. Med. Res. 2013; 5(2): P 132-134.
3. Massimo Sartelli et al. Complicated intra-abdominal infections in Europe: a comprehensive review of the CIAO study. World Journal of Emergency Surgery 2012, 7:36 p 1-9.
4. Secretaría de Salud Departamental del Valle. Primeras causas de consulta en urgencias, red pública, años 2002-2005. Fecha de consulta: 12 de noviembre de 2009. Disponible en: <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones.php>.
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. Zárata-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. Zainna C Meyer, Jennifer MJ Schreinemakers and Lijckle van der Laan. The value of C-reactive protein and lactate in the acute abdomen in the emergency department. *World Journal of Emergency Surgery* 2012, 7:22

29. Bulent Kaya, Baris Sana, Cengiz Eris, Koray Karabulut, Orhan Bat, Riza Kutanis. The Diagnostic Value of D-dimer, Procalcitonin and CRP in Acute Appendicitis. *Int. J. Med. Sci.* 2012, 9. P 909-915..

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. Sarah L Gans, Jaap Stoker, Marja A Boermeester. Plain abdominal radiography in acute abdominal pain; past, present, and future. *International Journal of General Medicine* 2012;5 525–533

32. Allamand T. JF, Schönffeldt 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. Billington P, Khan SHM, Lapsia S. Radiology of the acute abdomen. *Br J Hosp Med (Lond).* agosto de 2011;72(8):M124-127.

36. Cacciatori FA, Ronchi AD, Sasso SE. Outcomes prediction score for acute abdomen: a proposal. *Rev Col Bras Cir.* 2020;46(6):e20192285.

37. Gore RM. Imaging of the Acute Abdomen. *Radiol Clin North Am.* noviembre de 2015;53(6):xv.

38. Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, Furukawa A, Nishii O, Shigematsu K, et al. The Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen 2015. *Jpn J Radiol.* enero de 2016;34(1):80-115.
39. Mearelli F, Casarsa C, Biolo G. Acute abdomen. *Eur J Intern Med.* noviembre de 2014;25(9):e103-104.
40. Murray N, Darras KE, Walstra FE, Mohammed MF, McLaughlin PD, Nicolaou S. Dual-Energy CT in Evaluation of the Acute Abdomen. *Radiographics.* febrero de 2019;39(1):264-86.
41. Navez B, Navez J. Laparoscopy in the acute abdomen. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* febrero de 2014;28(1):3-17.
42. Pooler BD, Replinger MD, Reeder SB, Pickhardt PJ. MRI of the Nontraumatic Acute Abdomen: Description of Findings and Multimodality Correlation. *Gastroenterol Clin North Am.* septiembre de 2018;47(3):667-90.
43. van Duren BH, Moghul M, Appleton SG, van Boxel GI. The acute abdomen. *BMJ.* 24 de abril de 2013;346:f2549.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Suquinagua Mantilla, Patricio Alexander**, con C.C: # **0931255004** autor/a del trabajo de titulación: **Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019** previo a la obtención del título de **MEDICO** 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, **01 de mayo de 2021**

f.  _____

Nombre: **Suquinagua Mantilla Patricio Alexander**

C.C: 0931255004

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vega Gordon, Karla Elizabeth**, con C.C: # **2200082325** autor/a del trabajo de titulación: **Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019** previo a la obtención del título de **MEDICO** 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, **01 de mayo de 2021**

f. 

Nombre: **Vega Gordon Karla Elizabeth**

C.C: **2200082325**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con abdomen agudo quirúrgico del hospital de la policía nacional en el año 2017-2019		
AUTOR(ES)	Suquinagua Mantilla Patricio Alexander/ Vega Gordon Karla Elizabeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Suarez Padrón Maydelein		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de mayo del 2021	No. DE PÁGINAS:	44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía general , gastroenterología , medicina interna		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Abdomen Agudo, Factores de riesgo, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus		
<p>Introducción: El abdomen agudo es un síndrome abdominal doloroso, que requiere rápida valoración y tratamiento médico, endoscópico o quirúrgico. Existen varias clasificaciones y, según su etiología, puede ser traumático o no traumático; a su vez, este último puede ser de tipo obstructivo, inflamatorio o vascular. Objetivo: Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a mortalidad más comunes en pacientes con abdomen agudo quirúrgico en el Hospital de la Policía Nacional (HPNG2) 2017,2019 Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, desde el 2017 a 2019 de todos los pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo Quirúrgico, que se realizaron algún tipo de tratamiento como la cirugía convencional en el servicio de cirugía general en la población de 15 años hasta los 65 Resultados: Aplicados los criterios de inclusión y exclusión, con una muestra de 48 pacientes, se encontró que la hipertensión arterial (35,4%) y la diabetes mellitus (16.7%) eran factor de riesgo en abdomen agudo quirúrgico , con una gran significancia. Conclusión: La muestra presentó porcentajes similares de sexo predominando ligeramente el sexo masculino (56.3%), además de tener una distribución uniforme de pacientes entre los 15 y 65 años.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:+593960659598 +593993671675	E-mail: Alexandersuquinagua@gmail.com karlavegagordon@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: DR. AYON GENKUONG, ANDRES MAURICIO		
	Teléfono: +593-997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	