

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL
ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2015**

Autor:

LARRY GUITTON MANRIQUE

Trabajo de Investigación para obtener
el Título Profesional de
MÉDICO CIRUJANO

Arequipa – Perú

2016

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iii
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	2
CAPÍTULO II RESULTADOS	5
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	75
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	76
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	78
Anexo 3 Proyecto de investigación.....	84

RESUMEN

Antecedentes: El momento más oportuno para el inicio del manejo quirúrgico en cirugía abdominal no traumática puede mejorar el pronóstico de los pacientes.

Objetivo: Conocer la oportunidad quirúrgica y la evolución post-operatoria del abdomen agudo quirúrgico no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Métodos: Se revisaron las historias del total de casos que cumplieron los criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian variables mediante la prueba Chi cuadrado.

Resultados: De un total de 257 casos, 62,65% fueron apendicetomías, 25,68% colecistectomías y 11,67% laparotomías.

El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la consulta al hospital (oportunidad quirúrgica) fue de 24 a 48 horas en un 49,69% de apendicectomías, en laparotomía y colecistectomía fue más de 48 horas en un 66,67% y 48,48% de pacientes respectivamente.

El tiempo de espera desde la llegada al hospital hasta el momento de intervención quirúrgica (oportunidad quirúrgica) fue de 6 a 12 horas en 52,17% de apendicectomías, mayor a 24 horas en un 63,64% en las colecistectomías, y de 6 a 12 horas en 50% de pacientes sometidos a laparotomía.

Mayor duración del tiempo de espera quirúrgica se asocia a más cantidad de complicaciones. En las apendicectomías el 100% de los pacientes que esperaron más de 24 horas tuvieron complicaciones ($p < 0,05$), En la colecistectomía el 9,52% de los pacientes que esperaron más de 24 horas tuvieron complicaciones ($p > 0,05$) y en la laparotomía el 100% de los pacientes que esperaron entre 12 a 24 horas tuvieron complicaciones. ($p < 0,05$).

Mayor duración del tiempo de espera quirúrgica se asocia al incremento de los días de hospitalización en una de manera significativa ($p < 0,05$)

Conclusiones: Una mayor espera para la cirugía se relaciona a mayor frecuencia de complicaciones en apendicectomías y mayor tiempo de

hospitalización en general, demostrando que a mejor oportunidad quirúrgica, mejor evolución.

PALABRAS CLAVE: Oportunidad quirúrgica – espera preoperatoria – complicaciones – estancia hospitalaria.



ABSTRACT

Background: The most opportune time for the start of surgical management in nontraumatic abdominal surgery time can improve the prognosis of patients.

Objective: To determine the surgical opportunity and post-operative of nontraumatic acute abdomen in the Regional Hospital Honorio Delgado, Arequipa, 2015 evolution.

Methods: The medical records of all cases that met the selection criteria were reviewed. Results are shown using descriptive statistics and variables associated with Student's t test, analysis of variance and chi-square test.

Results: From a total of 257 cases, 62.65% were appendectomies, cholecystectomies 25.68% and 11.67% laparotomy.

The time from the onset of symptoms to the hospital consultation time was 24 to 48 hours in a 49.69% of appendectomies in laparotomy and cholecystectomy was more than 48 hours in a 66.67% and 48.48% of patients respectively.

The waiting time from arrival at the hospital until the time of surgery (surgical opportunity) was 6 to 12 hours in 52.17% of appendectomies, more than 24 hours in a 63.64% in cholecystectomies, and 6 to 12 hours in 50% of patients undergoing laparotomy.

Longer surgical waiting time is associated with more of complications. Appendectomies in 100% of patients who waited more than 24 hours had complications ($p < 0.05$), cholecystectomy in 9.52% of patients who waited more than 24 hours had complications ($p > 0.05$) at laparotomy and 100% of patients waited between 12 to 24 hours they had complications. ($p < 0.05$)

Longer surgical waiting time is associated with increased hospital days in a significantly ($p < 0.05$).

Conclusions: Less waiting for surgery is related to low frequency of complications and shorter hospital stay, demonstrating that better surgical opportunity, better performance.

KEYWORDS: surgical opportunity - preoperative holding - complications - hospital stay.

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo quirúrgico es un cuadro de emergencia que requiere de una intervención quirúrgica oportuna para salvar la vida de los pacientes. Los cuadros quirúrgicos no traumáticos suelen presentarse por complicaciones de patología abdominal bastante frecuente, como son la apendicitis aguda, la colecistitis aguda, la obstrucción intestinal o la perforación del tubo digestivo, principalmente. La instauración precoz y oportuna del tratamiento quirúrgico que busca solucionar el cuadro y retirar el potencial foco infeccioso o de complicación marca el pronóstico de morbilidad y mortalidad de los pacientes (1).

Se define como oportunidad quirúrgica precisamente al momento más oportuno para la instauración del manejo quirúrgico en estos pacientes (2). Si bien el tiempo que toma la elaboración de una sospecha diagnóstica basada en la clínica y corroborada por medios auxiliares puede ser distinta para las diferentes patologías abdominales no traumáticas, y para la complejidad del servicio que atiende la emergencia, se considera que mientras más pronto el tratamiento mejor será el pronóstico, dependiendo obviamente de las condiciones del paciente, las características clínicas de un cuadro infeccioso, hallazgos de irritación peritoneal, entre otros (3).

La mayoría de cuadros quirúrgicos abdominales no traumáticos se solucionan dentro de las primeras 24 horas de producido el diagnóstico, pero puede haber ocasiones en las que condiciones del paciente como la automedicación con analgésicos o antibióticos, o por las características del servicio, se produzca demora en el manejo definitivo de los cuadros, de modo que surge la interrogante de conocer la oportunidad quirúrgica de las principales patologías no traumáticas de abdomen y su influencia en la evolución de los pacientes en el Hospital Regional Honorio Delgado.

Realizándose el estudio con un total de 257 casos, en su mayoría pacientes jóvenes y en proporciones similares varones o mujeres.

CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la observación documental.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma histórica en el periodo comprendido entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre del 2015.

2.3. Unidades de estudio: Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

Población: 968 de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Se calculó con un margen de error del 5% es de 257 casos (historias clínicas), se tomaron aleatoriamente de los registros de historias clínicas del año 2015.

2.4. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes desde los 15 años de edad
- De ambos sexos
- Diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico
- Intervenido en el servicio de Cirugía del H.R.H.D.E.

- **Exclusión**

- Historias clínicas incompletas.
- Pacientes con abdomen agudo quirúrgico y con comorbilidades que alteren su evolución postoperatoria.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental.

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizaron las coordinaciones con la Dirección del Hospital y la jefatura del servicio de Cirugía y con Estadística y archivos para obtener la autorización para acceder a las historias clínicas.

Se revisaron las historias clínicas de pacientes operados por abdomen agudo quirúrgico no traumático que cumplieron los criterios de selección. Las variables de interés se recogieron en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de una ficha de recolección de datos.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades hospitalarias.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio); la asociación de variables categóricas con prueba chi cuadrado, considerando significativa una diferencia de $p < 0,05$. Y correlación de Pearson. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0

CAPÍTULO II RESULTADOS



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 1

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y edad

Edad (años)	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	25	15,53%	0	0,00%	0	0,00%	25	9,73%
20-29 a	43	26,71%	18	27,27%	2	6,67%	63	24,51%
30-39 a	32	19,88%	16	24,24%	2	6,67%	50	19,46%
40-49 a	22	13,66%	8	12,12%	12	40,00%	42	16,34%
50-59 a	21	13,04%	3	4,55%	11	36,67%	35	13,62%
60-69 a	14	8,70%	13	19,70%	1	3,33%	28	10,89%
70-79 a	2	1,24%	8	12,12%	2	6,67%	12	4,67%
80-89 a	2	1,24%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,78%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

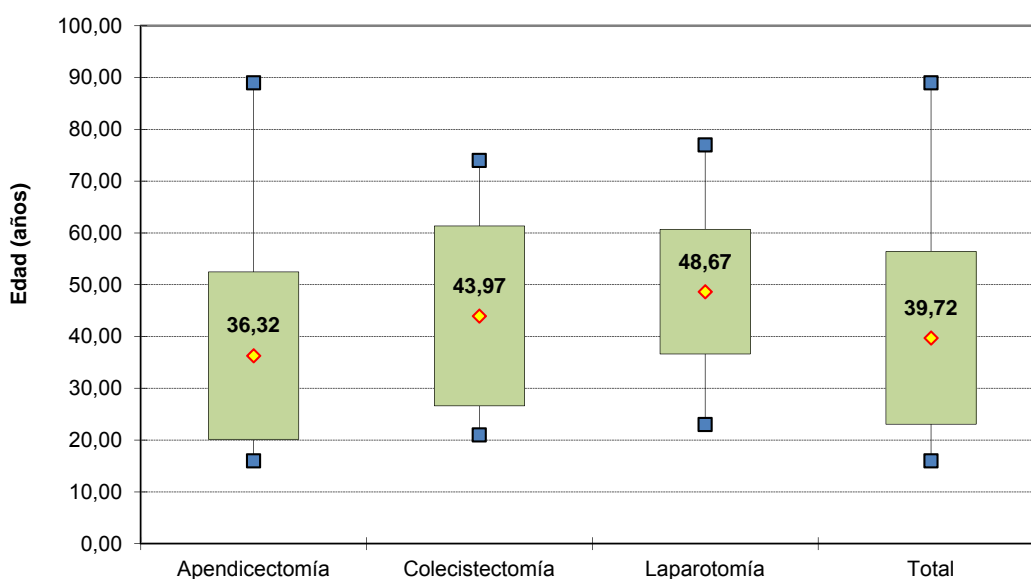
G. libertad = 14 / p < 0,05

Interpretación: Del total de pacientes, el 24,51% tuvieron entre 20 y 29 años; por tipo de cirugía, predominaron estas mismas edades en la apendicectomía y la colecistectomía, pero en la laparotomía el 40% de pacientes tuvo entre 40 y 49 años y 36,67% entre 50 y 59 años.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 1

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y edad



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Apendicectomía: 36,32 \pm 16,18 años (16 – 89 años)
- Colectomía: 43,97 \pm 17,37 años (21 – 74 años)
- Laparotomía: 48,67 \pm 12,04 años (23 – 77 años)
- Total: 39,72 \pm 16,67 años (16 – 89 años)

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 2

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y género

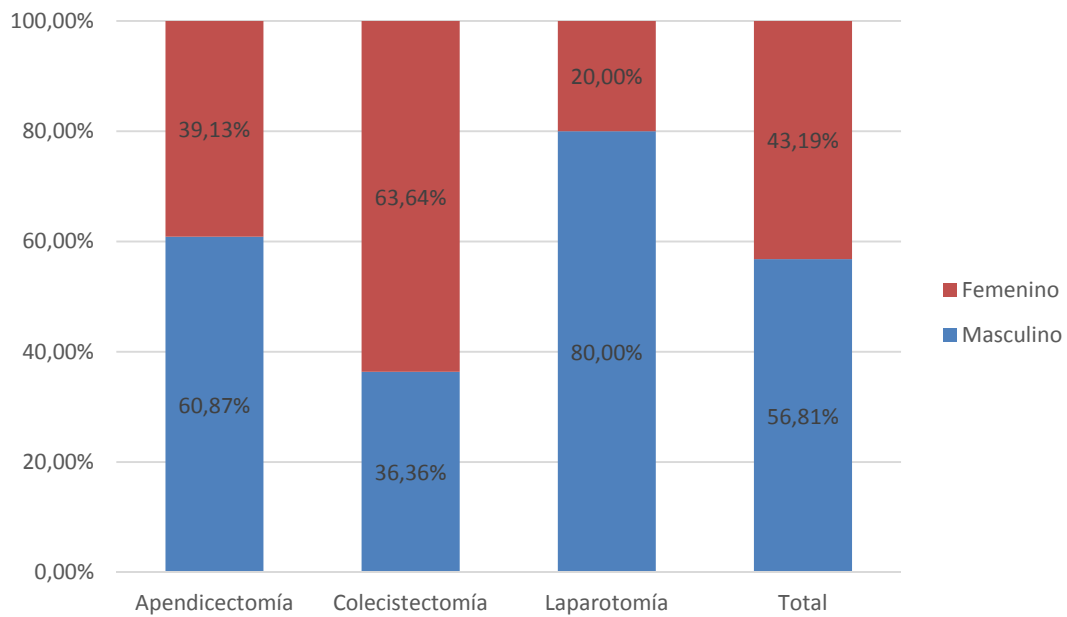
Género	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	98	60,87%	24	36,36%	24	80,00%	146	56,81%
Femenino	63	39,13%	42	63,64%	6	20,00%	111	43,19%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: En las apendicectomías el 60,87% de pacientes fueron varones, mientras que en la colecistectomía el 63,64% fueron mujeres, y en la laparotomía el 80% de pacientes fueron varones.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 2

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y género



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 3

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y estado
civil**

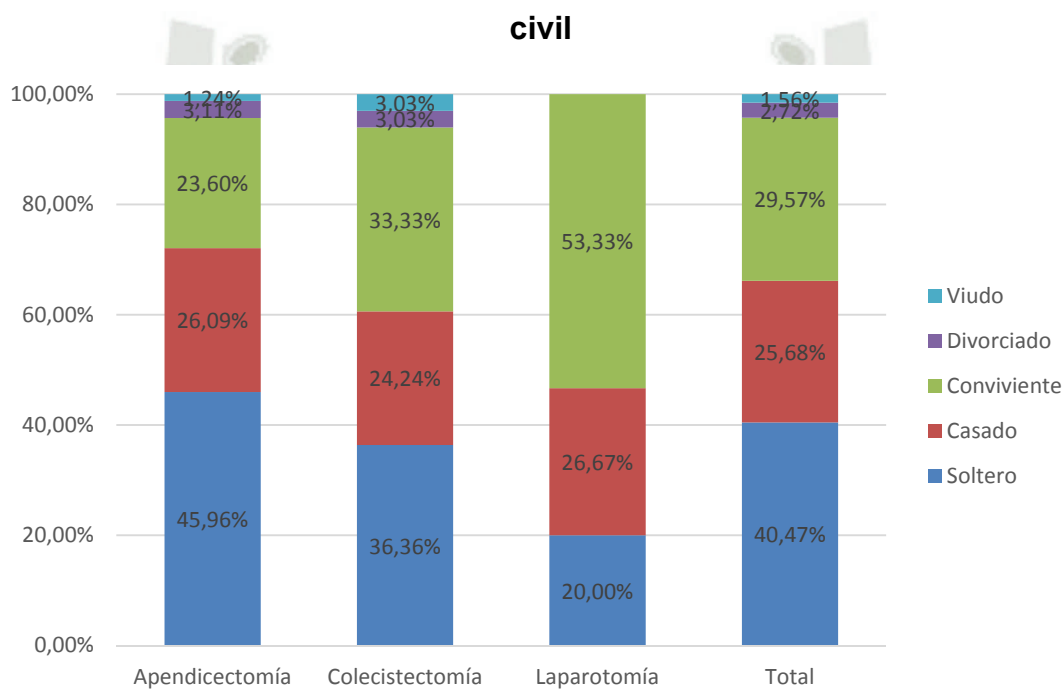
E. civil	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	74	45,96%	24	36,36%	6	20,00%	104	40,47%
Casado	42	26,09%	16	24,24%	8	26,67%	66	25,68%
Conviviente	38	23,60%	22	33,33%	16	53,33%	76	29,57%
Divorciado	5	3,11%	2	3,03%	0	0,00%	7	2,72%
Viudo	2	1,24%	2	3,03%	0	0,00%	4	1,56%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: El 40,47% del total de casos fueron solteros, 29,57% fueron convivientes y 25,68% casados, con menor proporción de divorciados (2,72%) o viudos (1,56%).

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 3

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y estado



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 4

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y grado de
instrucción**

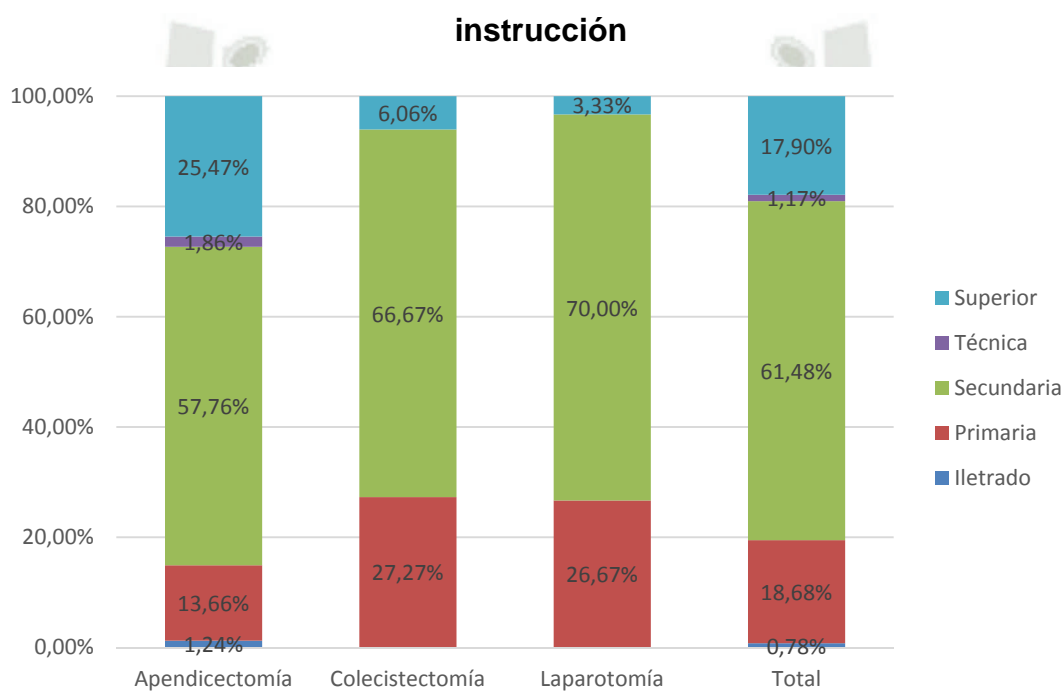
Instrucción	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Iletrado	2	1,24%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,78%
Primaria	22	13,66%	18	27,27%	8	26,67%	48	18,68%
Secundaria	93	57,76%	44	66,67%	21	70,00%	158	61,48%
Técnica	3	1,86%	0	0,00%	0	0,00%	3	1,17%
Superior	41	25,47%	4	6,06%	1	3,33%	46	17,90%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: El 0,78% del total de casos fueron iletrados, 18,68% tenían educación primaria y 61,48% tuvieron educación secundaria y 17,90% educación superior, y técnica en 1,17% de casos.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 4

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y grado de instrucción



OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015

Cuadro 5

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
procedencia

Procedencia	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Arequipa	157	97,52%	64	96,97%	28	93,33%	249	96,89%
Cusco	2	1,24%	0	0,00%	2	6,67%	4	1,56%
Moquegua	2	1,24%	2	3,03%	0	0,00%	4	1,56%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

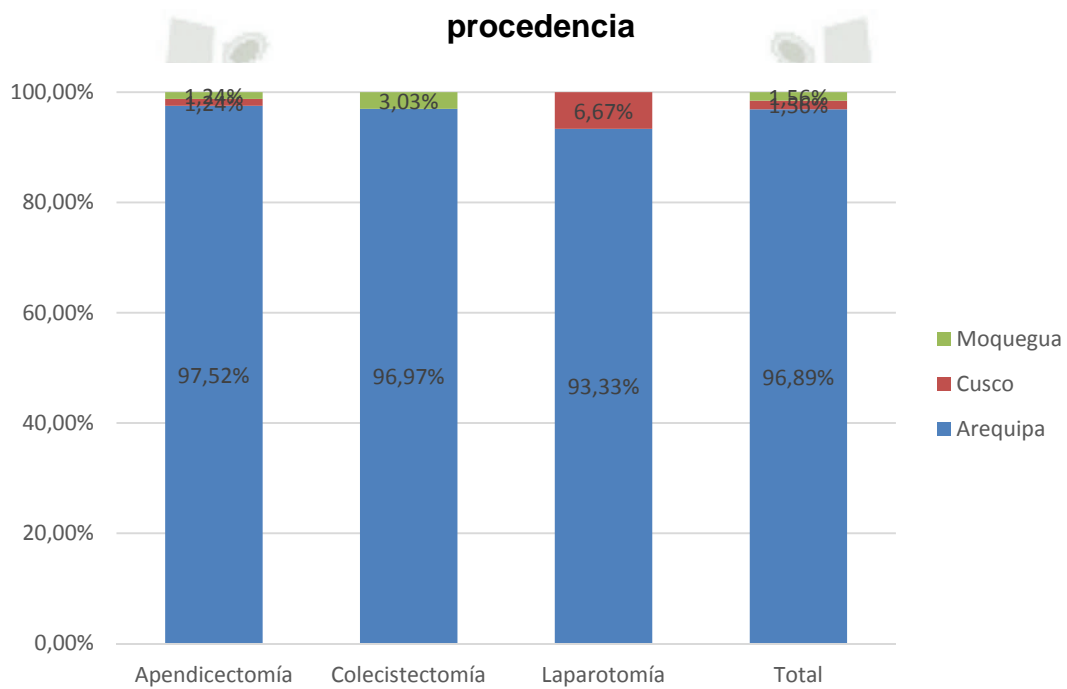
libertad = 4 p = 0,10

Interpretación: La mayoría de pacientes eran de Arequipa (96,89% del total), con 1,56% de pacientes del Cusco y 1,56% de Moquegua.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 5

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
procedencia**



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 6

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
ocupación**

Ocupación	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	24	14,91%	34	51,52%	4	13,33%	62	24,12%
Estudiante	42	26,09%	2	3,03%	0	0,00%	44	17,12%
Comerciante	19	11,80%	15	22,73%	7	23,33%	41	15,95%
Chofer	15	9,32%	9	13,64%	7	23,33%	31	12,06%
Independiente	24	14,91%	0	0,00%	2	6,67%	26	10,12%
Agricultor	18	11,18%	2	3,03%	6	20,00%	26	10,12%
Obrero	10	6,21%	2	3,03%	4	13,33%	16	6,23%
Desemplead.	9	5,59%	2	3,03%	0	0,00%	11	4,28%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

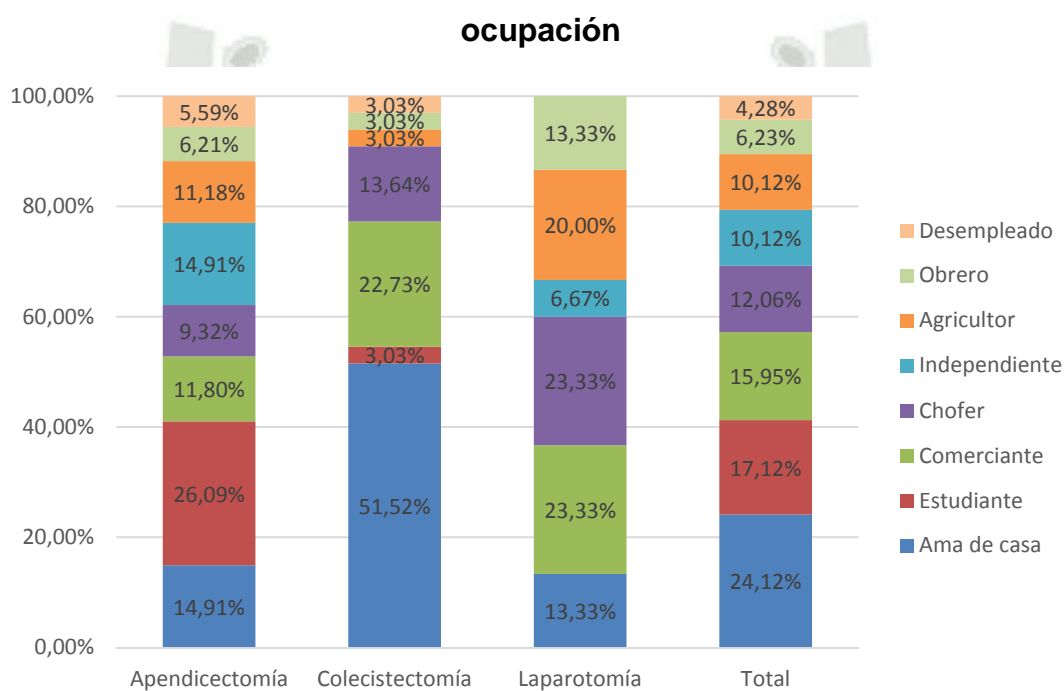
G. Libertad = 14 p < 0,05

Interpretación: En el grupo total predominaron las amas de casa (24,12%) seguidos de estudiantes (17,12%) y comerciantes (15,95%) y choferes (12,06%), con menor proporción de otras ocupaciones.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 6

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
ocupación**



OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015

Cuadro 7

Distribución de pacientes intervenidos según diagnóstico

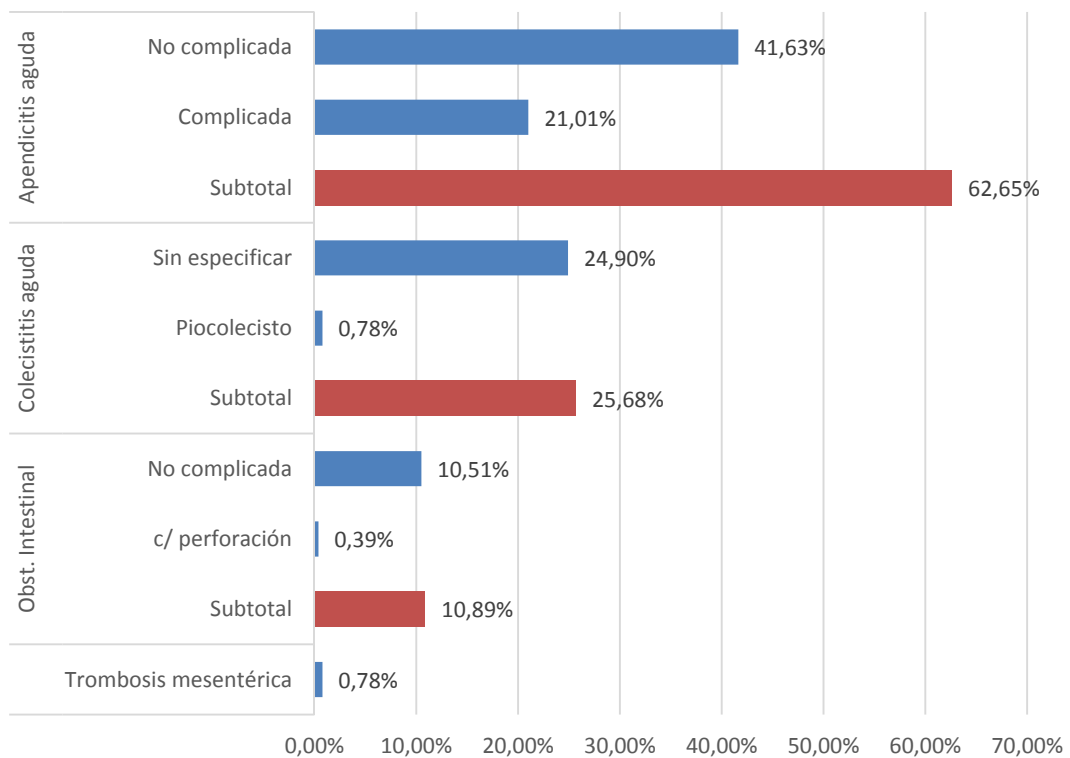
		N°	%
Apendicitis aguda	No complicada	107	41,63%
	Complicada	54	21,01%
	Subtotal	161	62,65%
Colecistitis aguda	Sin especificar	64	24,90%
	Piocolécisto	2	0,78%
	Subtotal	66	25,68%
Obst. Intestinal	No complicada	27	10,51%
	c/ perforación	1	0,39%
	Subtotal	28	10,89%
Trombosis mesentérica		2	0,78%
Total		257	100,00%

Interpretación: En el periodo de estudio predominaron las apendicitis agudas (62,65%), de ellas el 41,63% no complicadas y 21,01% complicadas, seguido de las colecistitis agudas (25,68%), y la obstrucción intestinal (10,89%), con 0,78% de casos de trombosis mesentérica.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 7

Distribución de pacientes intervenidos según diagnóstico



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 8

**Distribución de cirugías de abdomen agudo quirúrgico según cirugía
realizada**

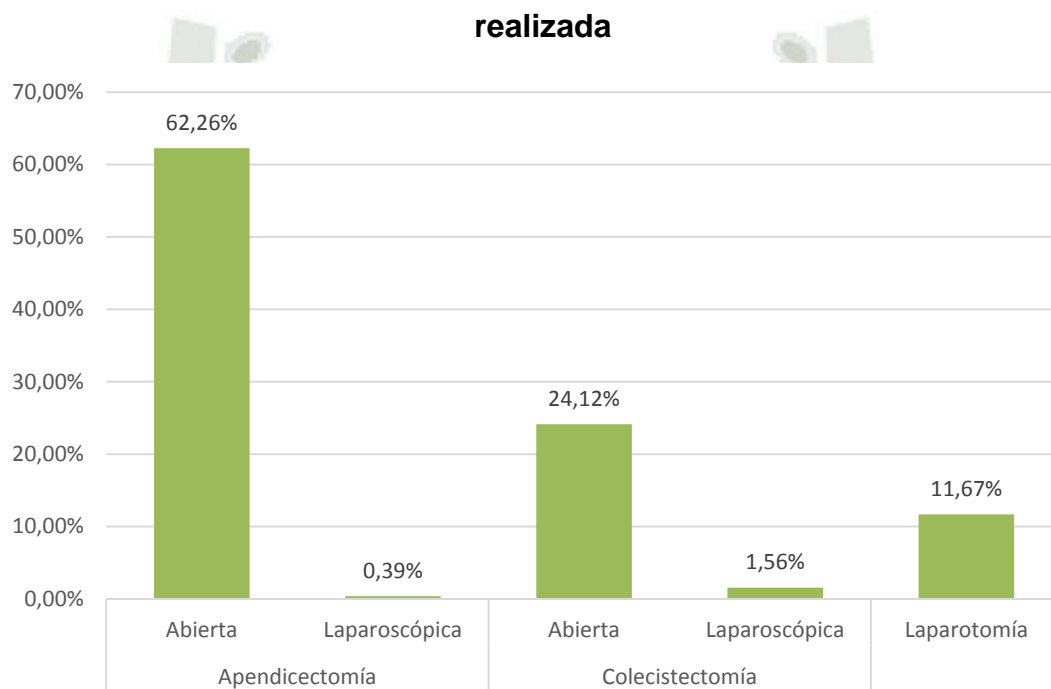
Tipo	Vía	N°	%
Apendicectomía	Abierta	160	62,26%
	Laparoscópica	1	0,39%
Colecistectomía	Abierta	62	24,12%
	Laparoscópica	4	1,56%
Laparotomía		30	11,67%
Total		257	100,00%

Interpretación: Se realizó apendicectomías en el 62,65% de casos, (62,26% por vía abierta y 0,39% por vía laparoscópicas); colecistectomías en 25,68% (24,12% abiertas, 1,56% laparoscópicas), y laparotomías en 11,67% de casos.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 8

**Distribución de cirugías de abdomen agudo quirúrgico según cirugía
realizada**



OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015

Cuadro 9

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
automedicación

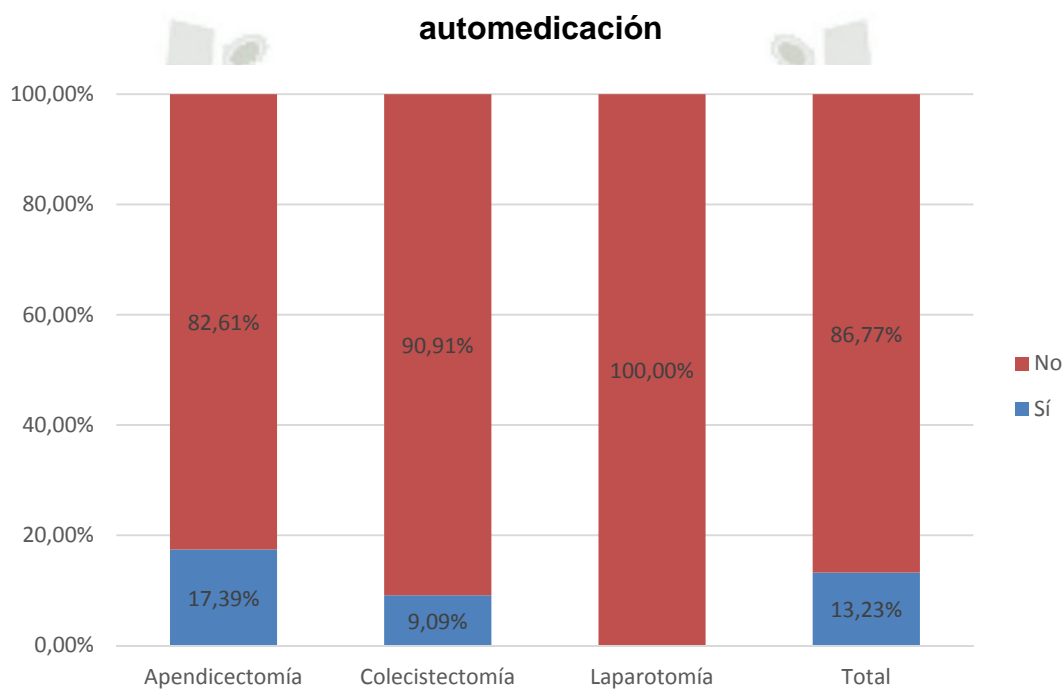
Automedicación	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	28	17,39%	6	9,09%	0	0,00%	34	13,23%
No	133	82,61%	60	90,91%	30	100,0%	223	86,77%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: En las apendicectomías el 17,39% de pacientes se automedicó, lo hicieron el 9,09% de casos con colecistectomía y ninguno de los pacientes sometidos a laparotomía, haciendo un global de automedicación del 13,23%.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 9

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
automedicación**



OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015

Cuadro 10

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
medicación previa

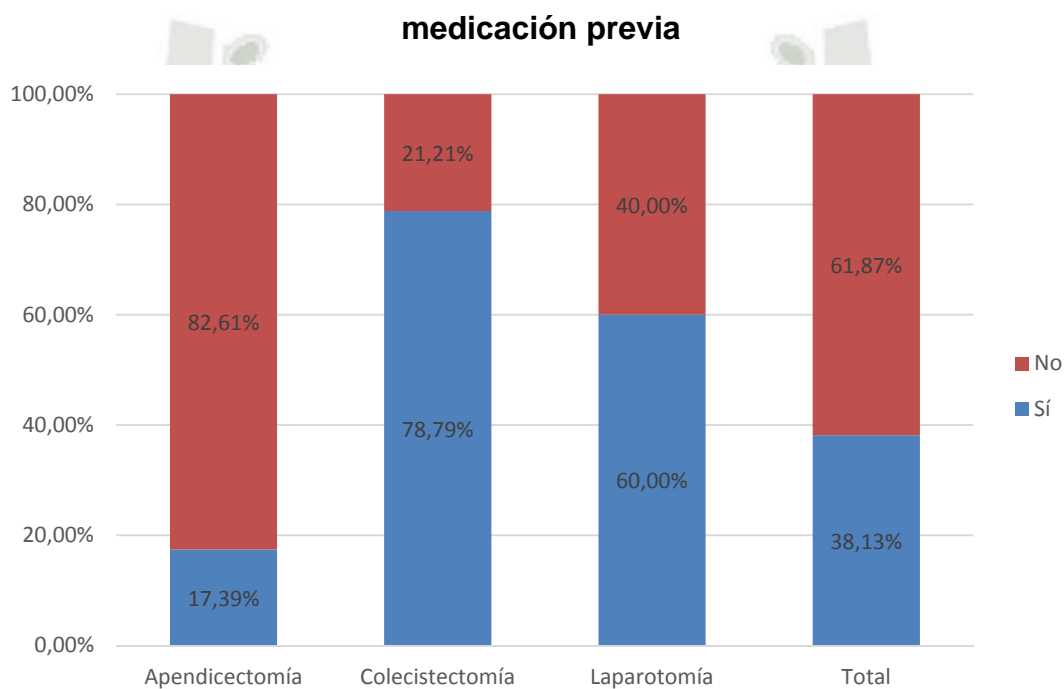
Med. Previa	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	28	17,39%	52	78,79%	18	60,00%	98	38,13%
No	133	82,61%	14	21,21%	12	40,00%	159	61,87%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: Hubo uso de medicación previa en 17,39% de las apendicectomías, 78,79% en las colecistectomías y 60% en las laparotomías.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 10

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
medicación previa**



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 11

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y tiempo
de demora para consulta**

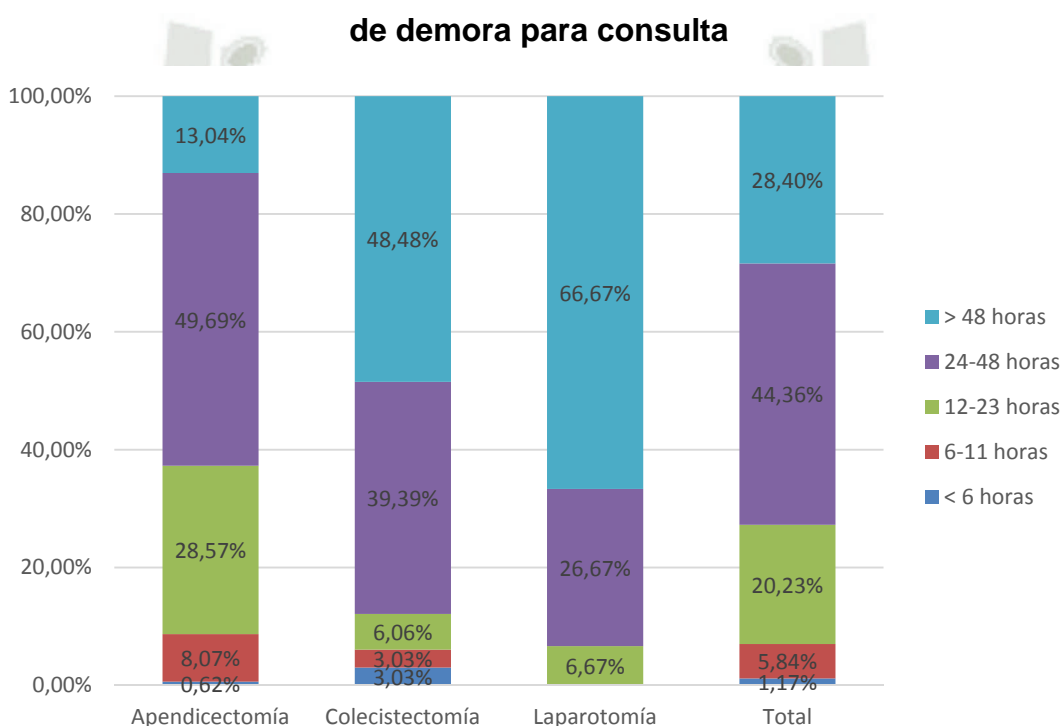
Tiempo	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 6 h	1	0,62%	2	3,03%	0	0,00%	3	1,17%
6-11 h	13	8,07%	2	3,03%	0	0,00%	15	5,84%
12-23 h	46	28,57%	4	6,06%	2	6,67%	52	20,23%
24-48 h	80	49,69%	26	39,39%	8	26,67%	114	44,36%
> 48 h	21	13,04%	32	48,48%	20	66,67%	73	28,40%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: El tiempo de demora para consulta fue mayor en laparotomía (66,67% esperó más de 48 horas) y en la colecistectomía (48,48% esperó más de 48 horas), mientras que en la apendicectomía el 49,69% esperó de 24 a 48 horas.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 11

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y tiempo
de demora para consulta**



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 12

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y tiempo
de demora para cirugía (oportunidad Quirúrgica)**

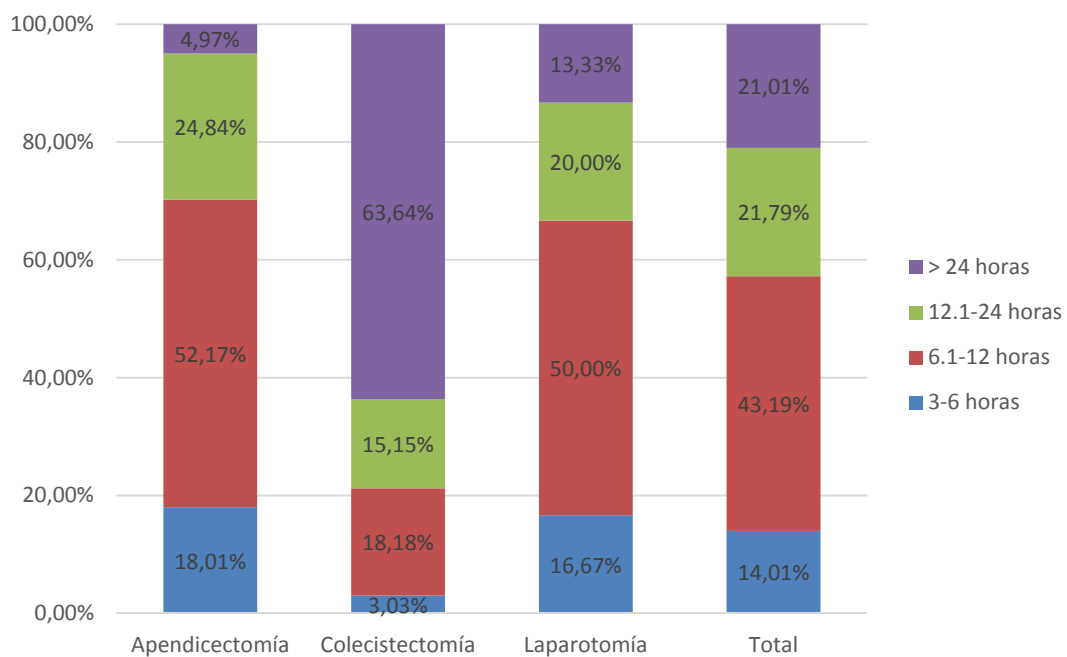
Tiempo	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
3-6 h	29	18,01%	2	3,03%	5	16,67%	36	14,01%
6.1-12 h	84	52,17%	12	18,18%	15	50,00%	111	43,19%
12.1-24 h	40	24,84%	10	15,15%	6	20,00%	56	21,79%
> 24 h	8	4,97%	42	63,64%	4	13,33%	54	21,01%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: La espera para cirugía fue de 6 a 12 horas en 52,17% de apendicectomías, mayor a 24 horas en un 63,64% en las colecistectomías, y de 6 a 12 horas en 50% de pacientes sometidos a laparotomía.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 12

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y tiempo de demora para cirugía (oportunidad Qx)



OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015

Cuadro 13

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y tiempo
total de enfermedad

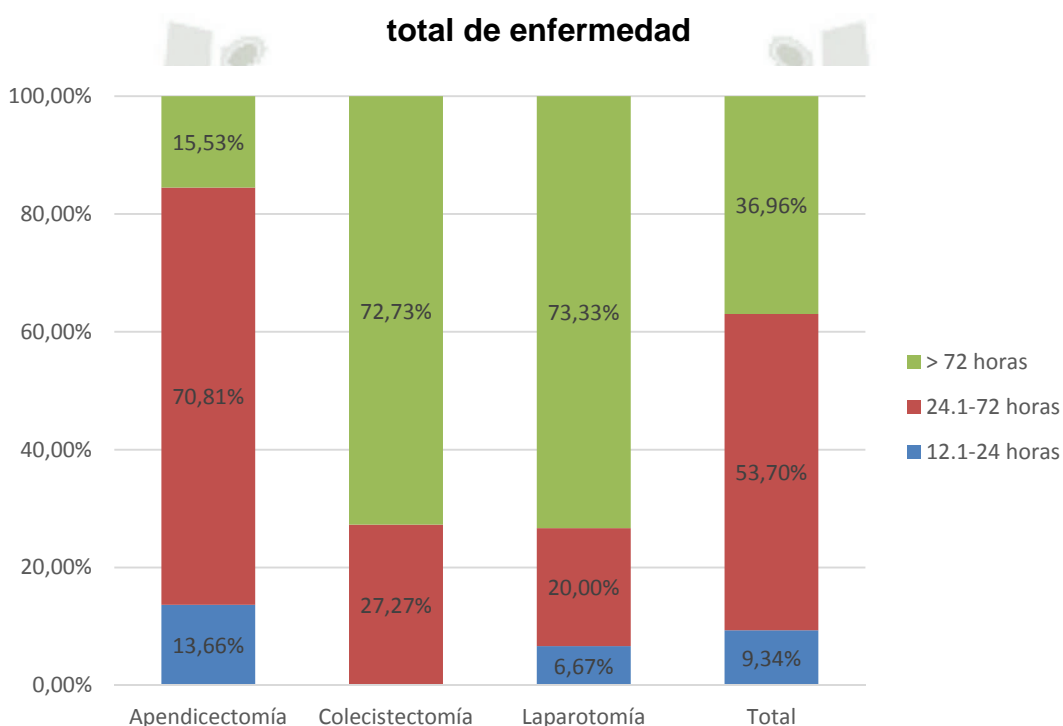
Tiempo	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
12.1-24 h	22	13,66%	0	0,00%	2	6,67%	24	9,34%
24.1-72 h	114	70,81%	18	27,27%	6	20,00%	138	53,70%
> 72 h	25	15,53%	48	72,73%	22	73,33%	95	36,96%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: El tiempo total de enfermedad fue mayor en la colecistectomía y laparotomía (duración mayor a 72 horas en 72,73% y 73,33% respectivamente), mientras que en la apendicectomía el 70,81% estuvo de 24 a 72 horas.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 13

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y tiempo
total de enfermedad**



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 14

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
presencia de complicaciones**

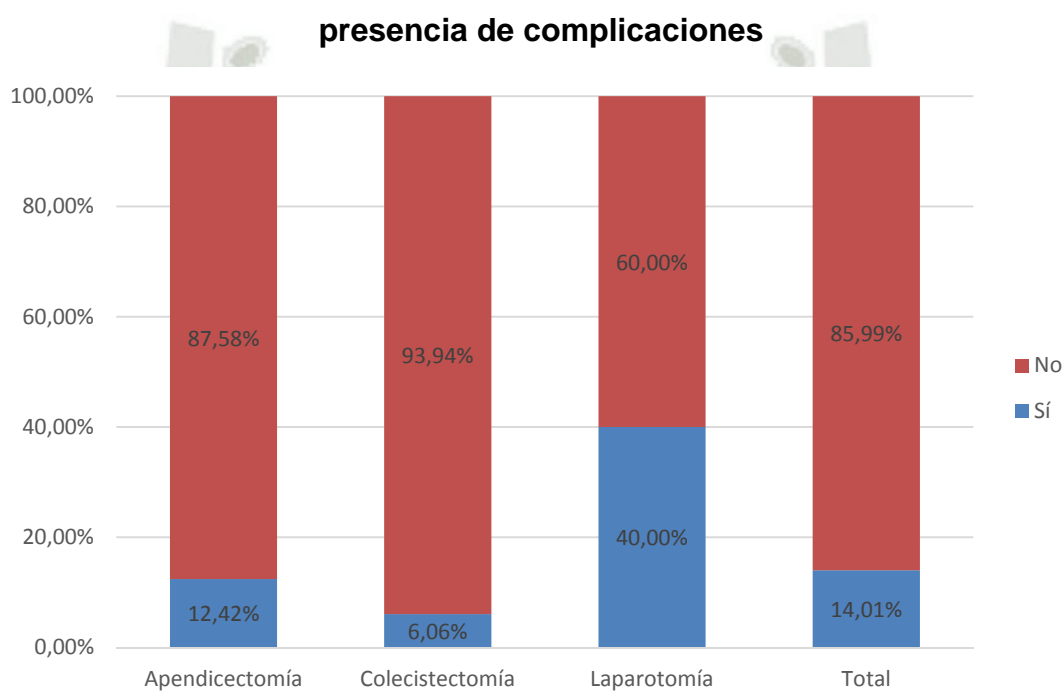
Complicaciones	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	20	12,42%	4	6,06%	12	40,00%	36	14,01%
No	141	87,58%	62	93,94%	18	60,00%	221	85,99%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: En las apendicectomías se presentaron en 12,42% de casos, en las colecistectomías en 6,06% y en las laparotomías se observaron 40% de complicaciones.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 14

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
presencia de complicaciones**



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 15

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y tipo de complicaciones

Complicac	Ap. No complicada		Ap. complicada		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin complic	99	92,52%	42	77,78%	62	93,94%	18	60,00%	221	85,99%
Inf. H. oper	6	5,61%	6	11,11%	2	3,03%	8	26,67%	22	8,56%
ITU	0	0,00%	2	3,70%	0	0,00%	2	6,67%	4	1,56%
Sepsis	2	1,87%	2	3,70%	0	0,00%	0	0,00%	4	1,56%
Neumonía	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	6,67%	2	0,78%
Eviscerac.	0	0,00%	2	3,70%	2	3,03%	0	0,00%	2	0,78%
Total	107	100,0%	54	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

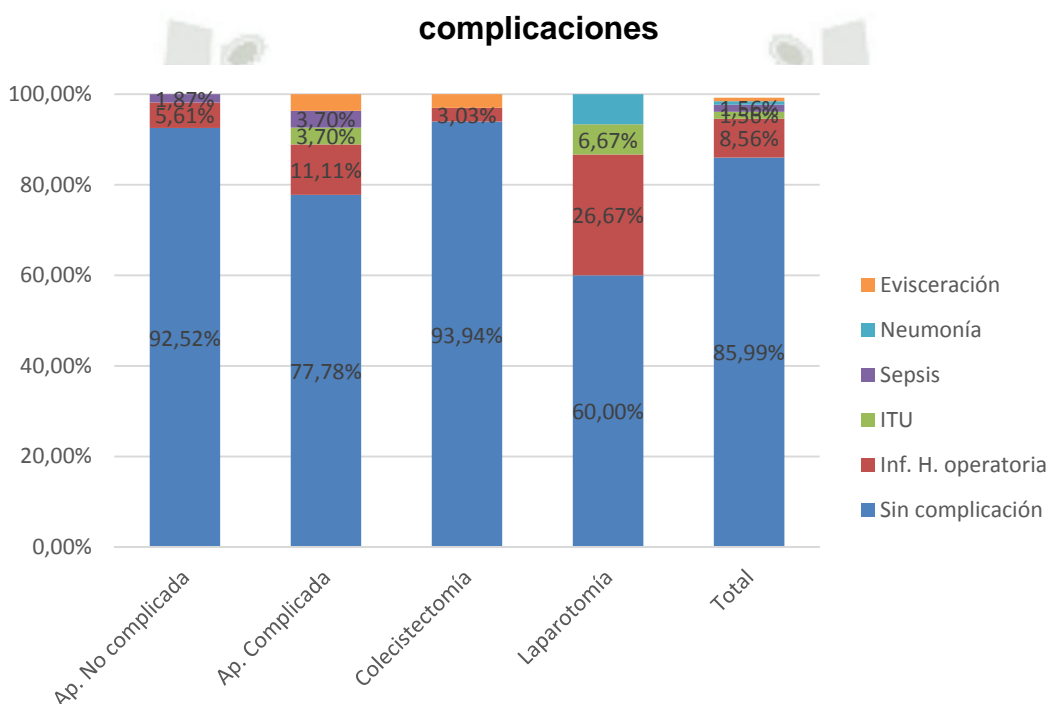
G. libertad = 12 p < 0,05

Interpretación: La principal complicación en las apendicectomías por apendicitis complicada y no complicada fue la infección de herida operatoria (11,11%) y (5,61%) respectivamente, en las colecistectomías fueron: la infección de herida operatoria y la evisceración (3,03% cada una) y en las laparotomías también predominó la infección de herida operatoria (26,67%); en forma general la complicación más frecuente fue la infección de herida operatoria. (8,56%).

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 15

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y tipo de complicaciones



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 16

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y estancia
hospitalaria**

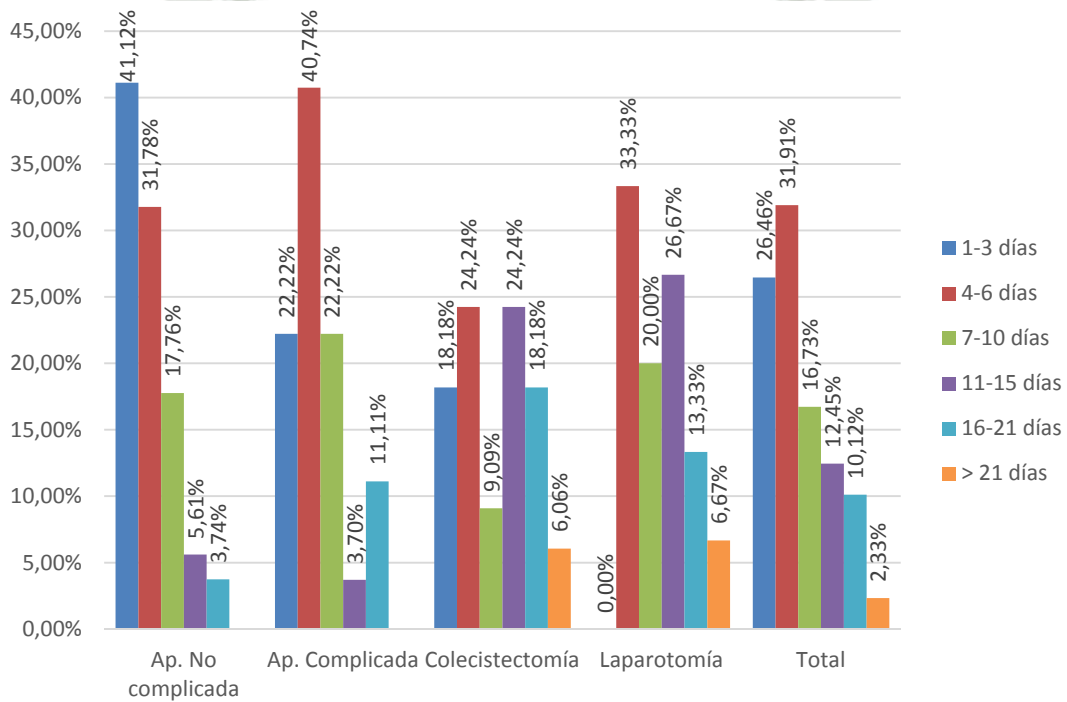
Estancia	Ap. No complicada		Ap. complicada		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1-3 días	44	41,12%	12	22,22%	12	18,18%	0	0,00%	68	26,46%
4-6 días	34	31,78%	22	40,74%	16	24,24%	10	33,33%	82	31,91%
7-10 días	19	17,76%	12	22,22%	6	9,09%	6	20,00%	43	16,73%
11-15 días	6	5,61%	2	3,70%	16	24,24%	8	26,67%	32	12,45%
16-21 días	4	3,74%	6	11,11%	12	18,18%	4	13,33%	26	10,12%
> 21 días	0	0,00%	0	0,00%	4	6,06%	2	6,67%	6	2,33%
Total	107	100,0%	54	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: En las apendicectomías por apendicitis no complicada vemos que el 41,12% de casos permaneció entre 1 y 3 días hospitalizado; y en el caso de apendicitis complicadas vemos que un 40,74% estuvo entre 4 y 6 días; en las colecistectomías hubo dos picos de 24,24% entre los 4 y 6 días y entre los 11 y 15 días, y en las laparotomías el 33,33% de casos permaneció entre 4 y 6 días; y en forma general el intervalo de días estancia hospitalaria que predominó fue entre 4 y 6 días.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 16

Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y estancia hospitalaria



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 17

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
condición de alta**

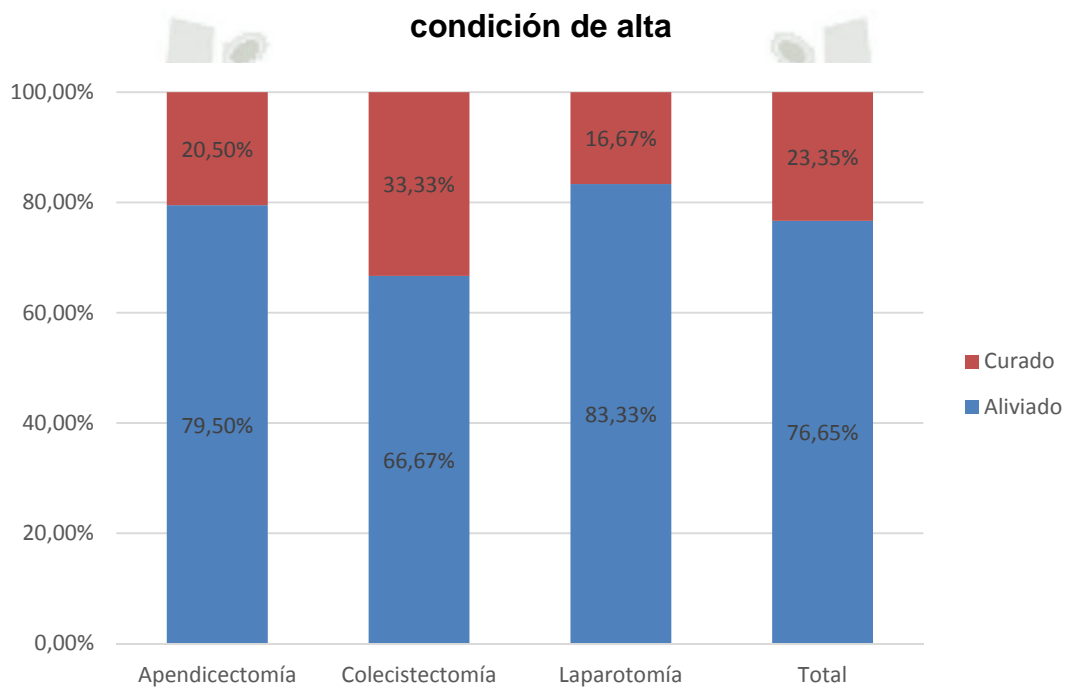
Condición	Apendicectomía		Colecistectomía		Laparotomía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aliviado	128	79,50%	44	66,67%	25	83,33%	197	76,65%
Curado	33	20,50%	22	33,33%	5	16,67%	60	23,35%
Total	161	100,0%	66	100,0%	30	100,0%	257	100,0%

Interpretación: El 79,50% de pacientes sometidos a apendicectomía salió como aliviado, lo hizo el 66,67% de pacientes con colecistectomía y el 83,33% de pacientes sometidos a laparotomía.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 17

**Distribución de pacientes intervenidos según tipo de cirugía y
condición de alta**



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 18

**Relación entre la oportunidad quirúrgica y la presentación de
complicaciones: Apendicectomía**

Apendicectomía		Complicación			
		Sí		No	
Espera	Total	N°	%	N°	%
3-6 horas	29	2	6,90%	27	93,10%
6.1-12 horas	84	8	9,52%	76	90,48%
12.1-24 horas	40	2	5,00%	38	95,00%
> 24 horas	8	8	100,00%	0	0,00%
Total	161	20	12,42%	141	87,58%

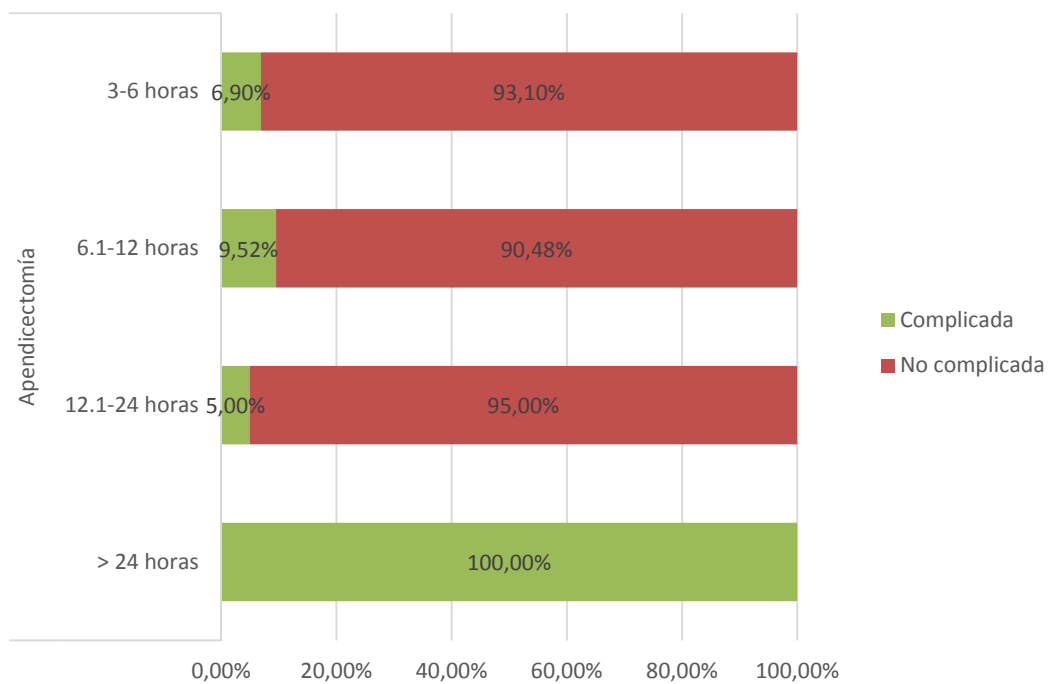
Chi²: 59,89 **p** < 0,05

Interpretación: En las apendicectomías, observamos que en el intervalo de oportunidad quirúrgica de **3-6 horas** hubo un 6,90% de pacientes con complicaciones; en el intervalo de **6.1-12 horas** un 9,52%; en el intervalo de **12.1-24 horas** 5%, y en **> de 24 horas** el 100,00% de los pacientes tubo complicaciones.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 18

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la presentación de complicaciones: Apendicectomía



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 19

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la presentación de complicaciones: Colectomía

Colecistomía		Complicación			
		Sí		No	
Espera	Total	N°	%	N°	%
3-6 horas	2	0	0,00%	2	100,00%
6.1-12 horas	12	0	0,00%	12	100,00%
12.1-24 horas	10	0	0,00%	10	100,00%
> 24 horas	42	4	9,52%	38	90,48%
Total	66	4	6,06%	62	93,94%

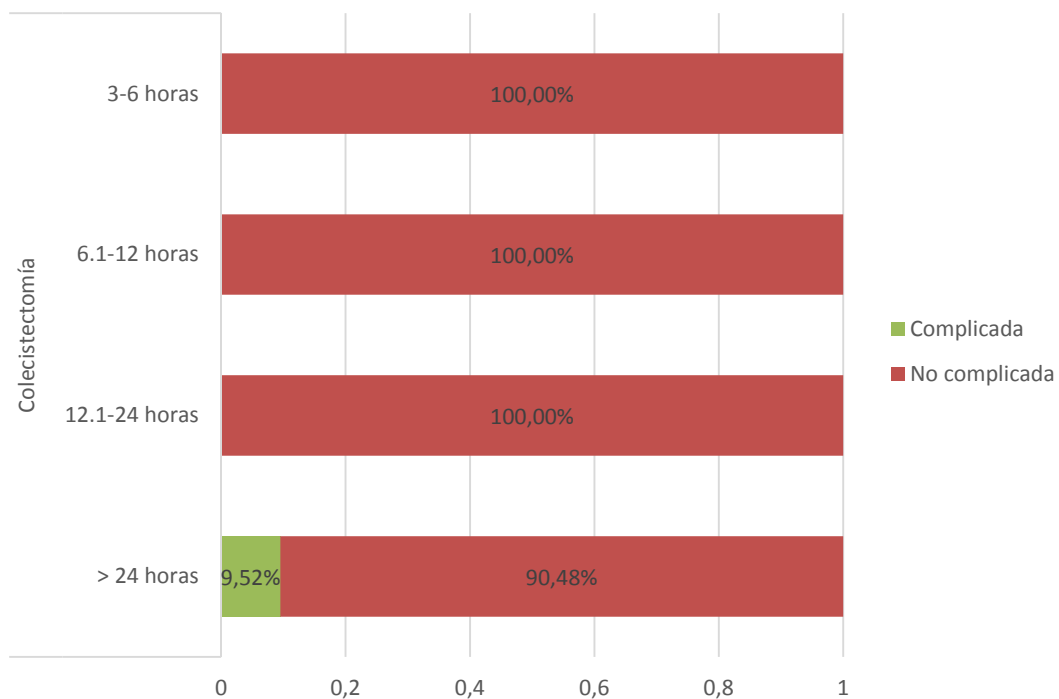
Chi²: 2,43 p > 0,05

Interpretación: En colectomía no hubo pacientes con complicaciones excepto los que tuvieron una oportunidad quirúrgica > de **24 horas** con un 9,52% de pacientes.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 19

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la presentación de complicaciones: Colecistectomía



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 20

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la presentación de complicaciones: Laparotomía

Laparotomía		Complicación			
		Sí		No	
Espera	Total	N°	%	N°	%
3-6 horas	5	2	40,00%	3	60,00%
6.1-12 horas	15	4	26,67%	11	73,33%
12.1-24 horas	6	6	100,00%	0	0,00%
> 24 horas	4	0	0,00%	4	100,00%
Total	30	12	40,00%	18	60,00%

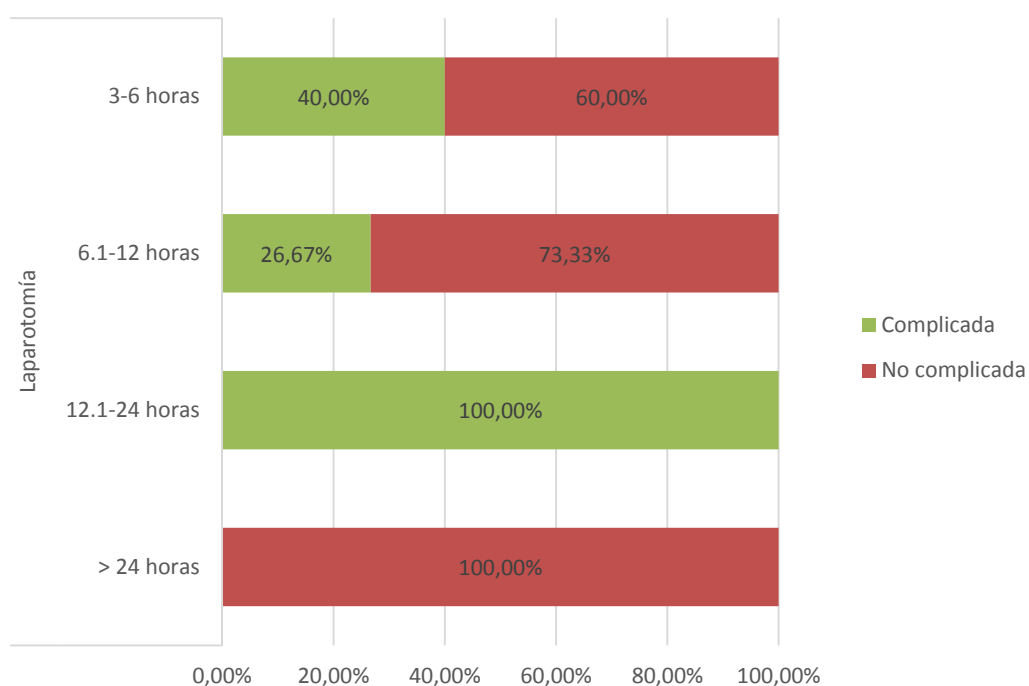
Chi²: 12,78 **p < 0,05**

Interpretación: En el caso de la laparotomía en el intervalo de oportunidad quirúrgica de **3-6 horas** hubo un 40,00% de pacientes con complicaciones, en el intervalo de **6.1-12 horas** un 26,67% y en el intervalo de **12.1-24 horas** el 100%.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 20

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la presentación de complicaciones: Laparotomía



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 21

**Relación entre la oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria:
Apendicectomía**

Apendicectomía		1-3 días		4-6 días		7-10 días		11-15 días		16-21 días		> 21 días	
Espera	Total	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
3-6 h	29	10	34,48%	15	51,72%	2	6,90%	0	0,00%	2	6,90%	0	0,00%
6.1-12 h	84	32	38,10%	23	27,38%	19	22,62%	6	7,14%	4	4,76%	0	0,00%
12.1-24 h	40	14	35,00%	18	45,00%	8	20,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
> 24 h	8	0	0,00%	0	0,00%	2	25,00%	2	25,00%	4	50,00%	0	0,00%
Total	161	56	34,78%	56	34,78%	31	19,25%	8	4,97%	10	6,21%	0	0,00%

$\text{Chi}^2 = 51,86$ $p < 0,05$

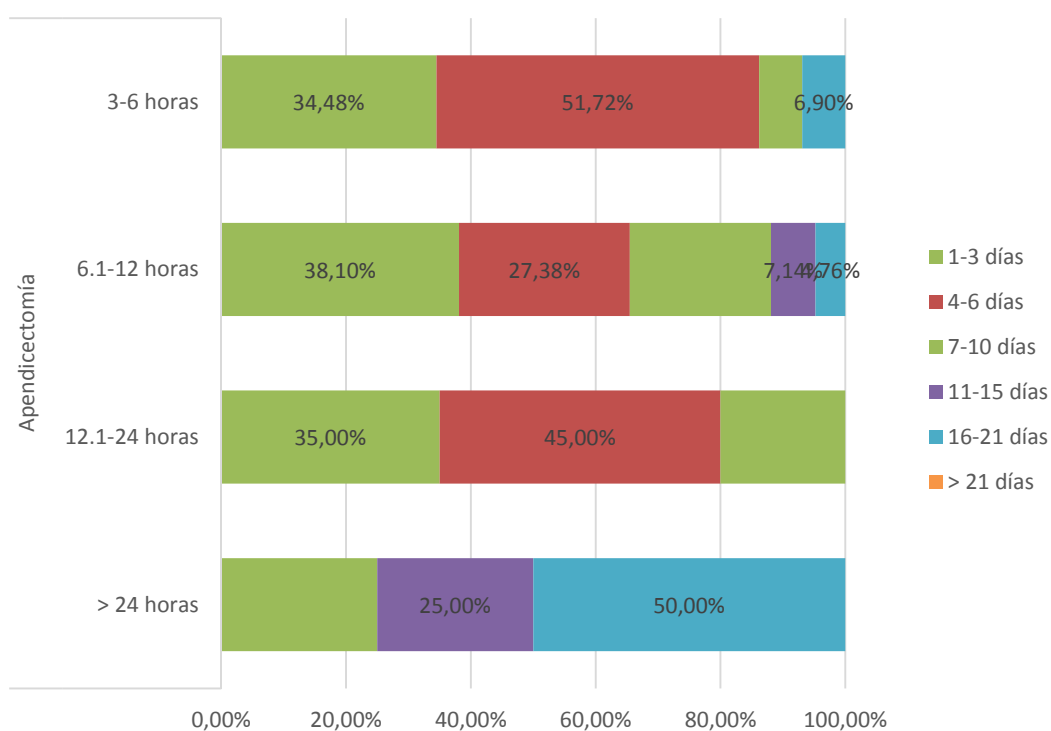
Interpretación: En las apendicectomías, observamos que en el intervalo de oportunidad quirúrgica de **3-6 horas** hubo un 51,72% de pacientes con una estancia hospitalaria de 4-6 días, en el intervalo de **6.1-12 horas** hubo un 38,10% de pacientes con una estancia hospitalaria 1-3 días; en el intervalo de **12.1-24 horas** hubo un 45,00% de pacientes con una estancia hospitalaria de 4-6 días, y los pacientes con una oportunidad quirúrgica de **más de 24 horas** tubo un 50,00% de pacientes con una estancia hospitalaria de 16 a 21 días.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 21

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria:

Apendicectomía



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 22

**Relación entre la oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria:
Colecistectomía**

Colecistectomía		1-3 días		4-6 días		7-10 días		11-15 días		16-21 días		> 21 días	
Espera	Total	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
3-6 h	2	0	0,00%	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
6.1-12 h	12	6	50,00%	2	16,67%	0	0,00%	4	33,33%	0	0,00%	0	0,00%
12.1-24 h	10	6	60,00%	2	20,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	20,00%	0	0,00%
> 24 h	42	0	0,00%	10	23,81%	6	14,29%	12	28,57%	10	23,81%	4	9,52%
Total	66	12	18,18%	16	24,24%	6	9,09%	16	24,24%	12	18,18%	4	6,06%

Chi²: 42,05 p < 0,05

Interpretación: En las colecistectomías, observamos que en el intervalo de oportunidad quirúrgica de **3-6 horas** hubo un 100,00% de pacientes con una estancia hospitalaria de 4-6 días, en el intervalo de **6.1-12 horas** hubo un 50,00% de pacientes con una estancia hospitalaria 1-3 días; en el intervalo de **12.1-24 horas** hubo un 60,00% de pacientes con una estancia hospitalaria de 1-3 días, y los pacientes con una oportunidad quirúrgica de **más de 24 horas** tubo un 28,57% de pacientes con una estancia hospitalaria de 11 a 15 días.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 22

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria:

Colecistectomía



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Cuadro 23

**Relación entre la oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria:
Laparotomía**

Laparotomía		1-3 días		4-6 días		7-10 días		11-15 días		16-21 días		> 21 días	
Espera	Total	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
3-6 h	5	0	0,00%	2	40,00%	1	20,00%	2	40,00%	0	0,00%	0	0,00%
6.1-12 h	15	0	0,00%	8	53,33%	5	33,33%	0	0,00%	2	13,33%	0	0,00%
12.1-24 h	6	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	66,67%	0	0,00%	2	33,33%
> 24 h	4	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	50,00%	2	50,00%	0	0,00%
Total	30	0	0,00%	10	33,33%	6	20,00%	8	26,67%	4	13,33%	2	6,67%

Chi²: 30,78 p < 0,05

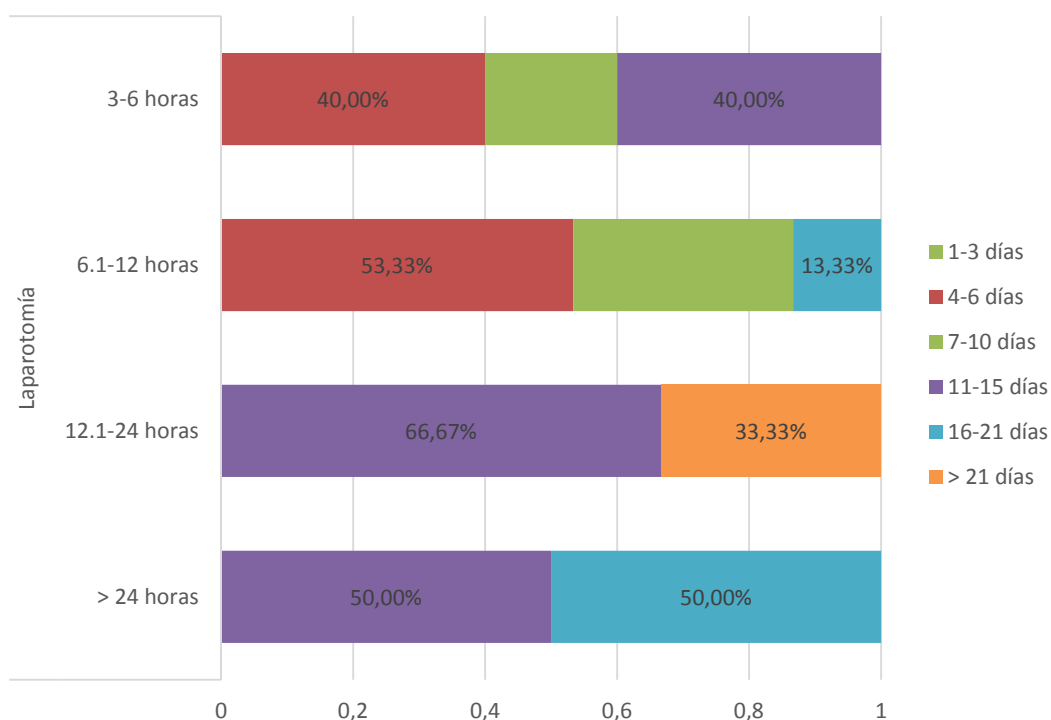
Interpretación: En las laparotomías, observamos que en el intervalo de oportunidad quirúrgica de **3-6 horas** hubo un 40,00% de pacientes con una estancia hospitalaria de 4-6 días y otro 40,00% de 11-15 días, en el intervalo de **6.1-12 horas** hubo un 53,33% de pacientes con una estancia hospitalaria 4-6 días; en el intervalo de **12.1-24 horas** hubo un 66,67% de pacientes con una estancia hospitalaria de 11-15 días, y los pacientes con una oportunidad quirúrgica de **más de 24 horas** tubo un 50,00% de pacientes con una estancia hospitalaria de 11 a 15 días y otro 50,00% de 16-21 días.

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 23

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria:

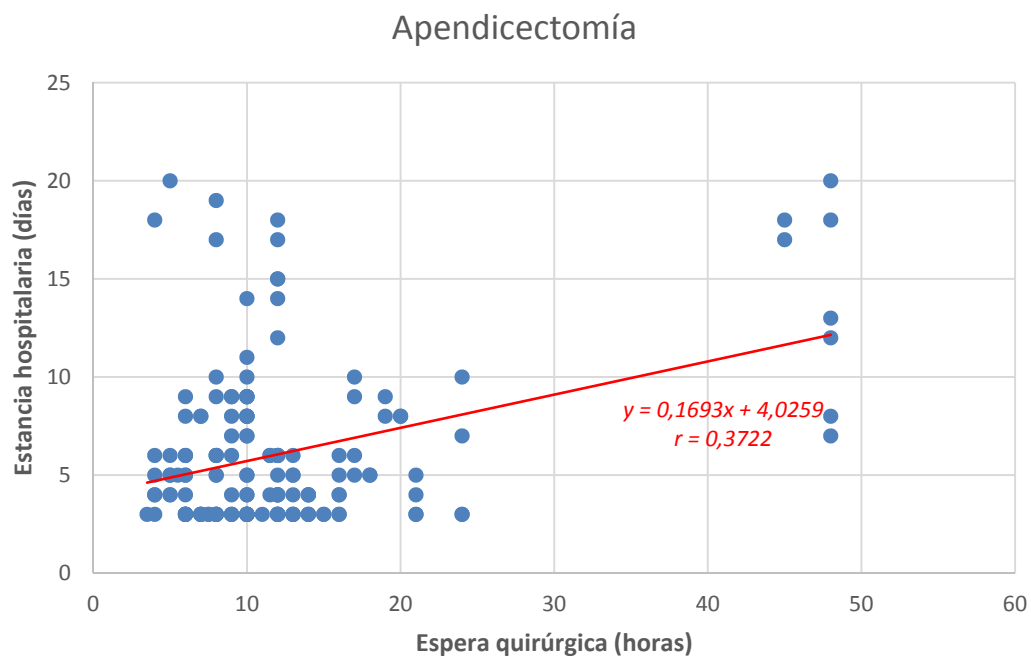
Laparotomía



**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

**Gráfico 24
DIAGRAMA DE DISPERSION**

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria



Interpretación: El diagrama de dispersión muestra una relación directa entre la variable independiente: Espera quirúrgica (horas) y la variable dependiente: Estancia hospitalaria (Días) en pacientes a los que se les realizó apendicectomía.

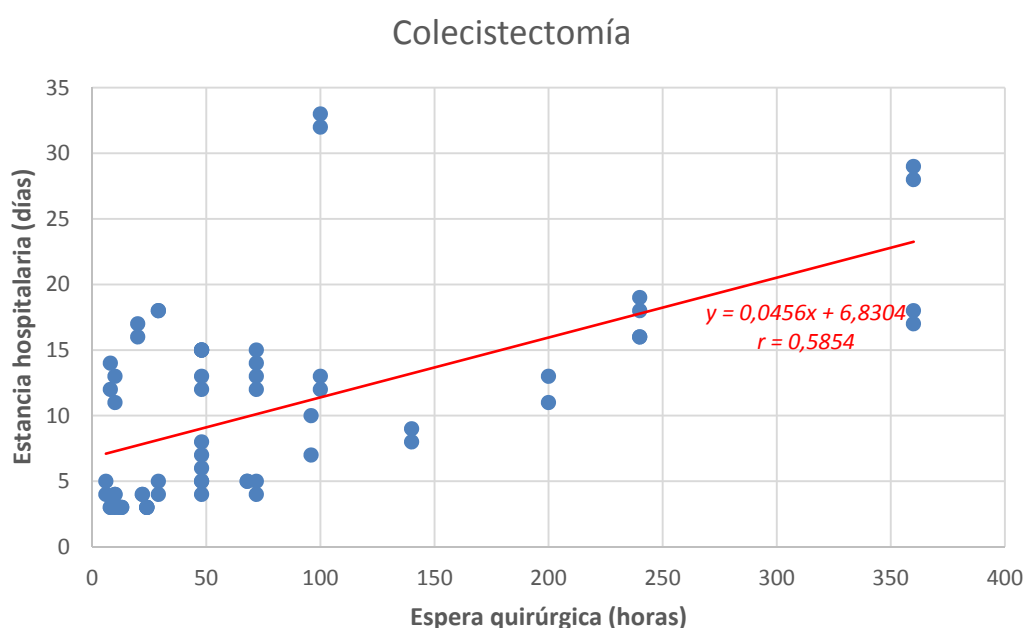
Teniendo un valor de $r = 0,3722$ lo cual indica una relación regular.

($p < 0,05$)

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

Gráfico 25
DIAGRAMA DE DISPERSION

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria



Interpretación: El diagrama de dispersión muestra una relación directa entre la variable independiente: Espera quirúrgica (horas) y la variable dependiente: Estancia hospitalaria (Días) en pacientes a los que se les realizó colecistectomía.

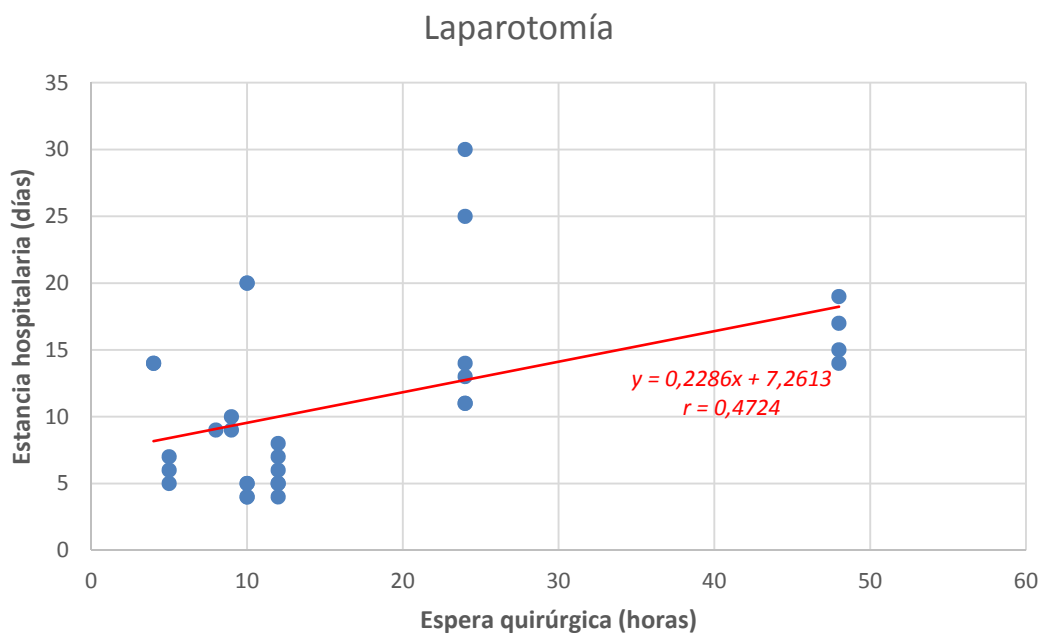
Teniendo un valor de $r = 0,5854$ lo cual indica una relación buena.

($p < 0,05$)

**OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA Y EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DEL ABDOMEN
AGUDO NO TRAUMÁTICO EN EL HRHD, AREQUIPA, 2015**

**Gráfico 26
DIAGRAMA DE DISPERSION**

Relación entre la oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria



Interpretación: El diagrama de dispersión muestra una relación directa entre la variable independiente: Espera quirúrgica (horas) y la variable dependiente: Estancia hospitalaria (Días) en pacientes a los que se les realizó colecistectomía.

Teniendo un valor de $r = 0,4724$ lo cual indica una relación regular.

($p < 0,05$)

CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para conocer la oportunidad quirúrgica y la evolución post-operatoria del abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015. Se realizó la presente investigación debido a que permite corroborar la relación entre el tiempo que es diagnosticado un paciente con abdomen agudo quirúrgico hasta el ingreso a sala de operaciones (oportunidad quirúrgica) y su evolución post operatoria, permitiendo así identificar precozmente un cuadro agudo quirúrgico abdominal y del mismo modo una intervención pronta, ya que esta patología es muy común en los servicios de emergencia, y de este modo contribuiremos en el manejo de dicha patología.

Para tal fin se revisaron las historias del total de casos que cumplieron los criterios de selección, en un total de 257 casos. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian los tiempos de oportunidad quirúrgica con la evolución mediante correlación de Pearson y se asocian variables categóricas con prueba Chi cuadrado.

El **Cuadro y Gráfico 1** muestran la distribución de pacientes según tipo de cirugía realizada y la edad; del total de pacientes, el 24,51% tuvieron entre 20 y 29 años; por tipo de cirugía, predominaron estas mismas edades en la apendicectomía y la colecistectomía, pero en la laparotomía el 40% de pacientes tuvo entre 40 y 49 años y 36,67% entre 50 y 59 años. La edad promedio tiende a incrementarse de 36,32 años promedio en la apendicectomía a 43,97 años en la colecistectomía, y a 48,67 años en la laparotomía.

Como podemos observar la edad que predomina en los pacientes a los que se les realizó apendicetomía y colecistectomía está en un rango de 20 a 29 años y ya en segundo lugar los pacientes entre 40 y 49 años, a diferencia de los pacientes que se les realizó laparotomía siendo más común en mayores; de 40 y 49 años y otro grupos de menor cantidad comprendido entre 50 y 59 años; la edad promedio en Apendicectomía de 36,32 años; 43,97 años en la colecistectomía, y de 48,67 años en la laparotomía, siendo más común pacientes de menor edad en apendicetomías, aumentando el rango en colecistectomías seguido por laparotomías.

El género de los pacientes según tipo de cirugía se observa en el **Cuadro y Gráfico 2**; en las apendicectomías el 60,87% de pacientes fueron varones, mientras que en la colecistectomía el 63,64% fueron mujeres, y en la laparotomía el 80% de pacientes fueron varones.

En este cuadro y gráfico observamos que en la apendicetomía y laparotomía predominan los pacientes varones a diferencia de la colecistectomía donde predominan las pacientes mujeres.

En el **Cuadro y Gráfico 3** se observa el estado civil de los pacientes; el 40,47% del total de casos fueron solteros, 29,57% fueron convivientes y 25,68% casados, con menor proporción de divorciados (2,72%) o viudos (1,56%).

Aquí vemos que la gran mayoría son pacientes solteros; en segundo lugar convivientes; tercer lugar casados; cuarto y quinto lugar siendo muy escasa la población de divorciados y viudos.

En el **Cuadro y Gráfico 4** se muestra la distribución de los pacientes intervenidos según nivel de instrucción; el 0,78% del total de casos fueron iletrados, 18,68% tenían educación primaria y 61,48% tuvieron educación secundaria y 17,90% educación superior, y técnica en 1,17% de casos. Se encontró que en los tres tipos de cirugía predominaron las personas con educación secundaria.

Aquí vemos que la mayoría de los pacientes tienen un grado de instrucción de secundaria completa en segundo lugar primaria completa tercer lugar educación superior en cuanto lugar con estudios técnicos y último lugar pacientes iletrados.

El **Cuadro y Gráfico 5** muestran la procedencia de los pacientes según tipo de intervención; la mayoría de pacientes eran de Arequipa (96,89% del total), con 1,56% de pacientes del Cusco y 1,56% de Moquegua.

Vemos en este caso que la gran mayoría de los pacientes son procedentes de Arequipa y un pequeño porcentaje de Cusco y Moquegua; lo que nos llama la atención aquí es que no hubo ningún paciente referido de la ciudad de Puno, siendo una de la ciudades que comúnmente refiere pacientes a Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

La ocupación de los pacientes según tipo de intervención se muestra en el **Cuadro y Gráfico 6**; en el grupo total predominaron las amas de casa (24,12%) seguidos de estudiantes (17,12%) y comerciantes (15,95%) y choferes (12,06%), con menor proporción de otras ocupaciones. En las apendicectomías predominaron los estudiantes (26,09%) mientras que en las colecistectomías lo hicieron las amas de casa (51,52%) y en las laparotomías los comerciantes y choferes (23,33% cada uno).

Aquí observamos que en su mayoría la población en estudio fueron amas de casa y de forma descendente; estudiantes, comerciantes, choferes y ya en menor proporción otras ocupaciones; en el caso de los pacientes a los que se les realizó la apendicetomía predominan los estudiantes ya que es un cuadro que afecta a pacientes jóvenes que coincide con los años de formación educativa; y como vemos la colecistectomías en pacientes amas de casa, mujeres y de mayor edad; y ya en el caso de laparotomía pacientes comerciantes y choferes.

En el **Cuadro y Gráfico 7** se aprecia los diagnósticos de cirugía abdominal no traumática intervenidos en el Hospital en el periodo de estudio; en el periodo de estudio predominaron las apendicitis agudas (62,65%), de ellas el

41,63% no complicadas y el 21,01% complicadas. Le sigue las colecistitis agudas (25,68%), y la obstrucción intestinal (10,89%), con 0,78% de casos de trombosis mesentérica. Se realizó apendicectomías en el 62,65% de casos, (62,26% por vía abierta y 0,39% por vía laparoscópicas); colecistectomías en 25,68% (24,12% abiertas, 1,56% laparoscópicas), y laparotomías en 11,67% de casos, como se aprecia en el **Cuadro y Gráfico 8**.

Como podemos observar la mayoría de patologías fue apendicitis aguda (62,65%) y entre complicadas y no complicadas la mayoría fueron las no complicadas, en segundo lugar estuvieron las colecistitis agudas (25,68%), en tercer lugar las obstrucciones intestinales (10,89%) y en último lugar las trombosis mesentéricas (0,78%) siendo muy escasa la cantidad de pacientes con este cuadro.

Datos que podemos contrastar con el estudio *“Influencia de la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur, Arequipa, EsSalud, 1999”* donde observamos que los diagnósticos de referencia fueron apendicitis aguda (34.89%) pacientes, colecistitis aguda (21.28%) pacientes, obstrucción intestinal (7.23%), abdomen agudo quirúrgico (6.8%) y otros (27.55%). No habiendo correlación entre el diagnóstico de referencia y el postoperatorio entre (15.2%) pacientes (13).

Entonces podemos observar la misma frecuencia de patologías en ambos estudios en primer lugar la apendicitis aguda segundo colecistitis aguda, tercero obstrucción intestinal y último lugar otros como trombosis mesentérica.

En el **Cuadro y Gráfico 9** se observa el antecedente de automedicación según tipo de cirugía; en las apendicectomías el 17,39% de pacientes se automedicó, lo hicieron el 9,09% de casos con colecistectomía y ninguno de los pacientes sometidos a laparotomía; haciendo un global de automedicación del 13,23%. Igualmente se observó en el uso de medicación

previa (**Cuadro y Gráfico 10**), con 17,39% en las apendicectomías, 78,79% en las colecistectomías y 60% en las laparotomías.

En el caso de automedicación se observa que se encontró más en pacientes apendicectomizados en segundo lugar colecistectomizados y ningún caso en la laparotomía; a diferencia de medicación previa donde se ve que en mayor cantidad se realizó en las colecistectomías, segundo lugar laparotomías y último lugar apendicetomías; vemos estas diferencias ya que al hablar de automedicación es la mediación que realiza el mismo paciente por su cuenta y la medicación previa es más relacionada a que el paciente ya tuvo algún contacto con algún personal de salud o ya se conozca el diagnóstico después de la evaluación en el servicio de emergencia del hospital más que todo relacionado a la colecistectomía y laparotomía porque al tener el diagnóstico con certeza se indica la medicación comúnmente analgésicos para su posterior intervención quirúrgica; y en el caso de la apendicetomía podemos relacionarlo a dos cosas: una de ellas es que el diagnóstico es errado o dudoso y se administró medicación en su mayoría analgésicos, lo cual en el peor de los casos llevaría a la complicación del cuadro y entorpecería el diagnóstico; o siendo otro el escenario en el que ya se sepa con certeza el diagnóstico de apendicitis y se decida su intervención quirúrgica ya se podría empezar a administrar medicamentos.

En el **Cuadro y Gráfico 11** se muestra el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la consulta al hospital. El tiempo de demora para consulta fue mayor en laparotomía (66,67% esperó más de 48 horas) y en la colecistectomía (48,48% esperó más de 48 horas), mientras que en la apendicectomía el 49,69% esperó de 24 a 48 horas.

Observamos que en el caso de la laparotomía y colecistectomías la mayoría de pacientes tubo un tiempo de enfermedad o tiempo de demora para la consulta mayor a 48 horas, a diferencia de la apendicectomía que en su mayoría el tiempo fue de 24 a 48 horas, lo cual podríamos relacionarlo a

diversos factores, el principal que se puede además también observar en el **Cuadro y Gráfico 9** que es la automedicación por las diferentes razones que fuesen, que en su mayoría se trata de analgésicos lo cual entorpece y dificulta el diagnóstico produciendo la complicación de este cuadro y la demora en acudir en este caso al servicio de emergencia del hospital. otra razón podría ser la medicación previa probablemente administrada en alguno puesto o centro de salud por un mal diagnóstico respaldadas también en el **Cuadro y Gráfico 10**; otras razones podrían ser que sean pacientes ancianos en los cuales la sintomatología es dudosa por la misma naturaleza de su edad que sería más asociada en el caso de laparotomía ya que tiene un promedio de 48,67 años que observamos en el **Cuadro y Gráfico 1**; otra razón podría ser la procedencia de los pacientes probablemente lejana; además que se podría encontrar la asociación de varias de estas razones ya mencionadas en otras palabras esta demora podría ser multifactorial.

En el **Cuadro y Gráfico 12** se muestra el tiempo de espera desde la llegada al hospital hasta el momento de intervención quirúrgica (que definimos como oportunidad quirúrgica). Fue de 6 a 12 horas en 52,17% de apendicectomías, mayor a 24 horas en un 63,64% en las colecistectomías, y de 6 a 12 horas en 50% de pacientes sometidos a laparotomía.

Como podemos ver la oportunidad quirúrgica en la mayoría de los casos fue de 6 a 12 horas hablando de apendicectomías y laparotomías, a diferencia de la colecistectomías que fue mayor de 24 horas. Entonces podemos decir que solo el 14,01% de pacientes se operaron de 3 a 6 horas considerándolo como un tiempo óptimo y que el 85,99% más de la mitad de los pacientes se operaron después de las 6 horas considerado como un tiempo prolongado, perdiendo su oportunidad quirúrgica lo que podría explicarse por el tiempo que lleva tomar exámenes de laboratorio, imagenológicos y más que todo la disponibilidad de sala de operaciones que en la mayor parte del tiempo está ocupada (13)

Este gráfico y cuadro podemos contrastar con el estudio *“Influencia de la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur, Arequipa, EsSalud, 1999”* que obtuvo los siguientes resultados: de 0 a 2 horas (5,95%); 2 a 6 horas (33,61%); de 6 a 12 horas (24,26%); de 12 a 24 horas (17,46%) y más de 24 horas (18,72%); observándose que el 39,56% de pacientes se operaron entre 2 y 6 horas y que el 60,44% de pacientes fueron operados después de las 6 horas (13).

Como vemos en ambos estudios el mayor porcentaje de pacientes perdieron su oportunidad quirúrgica, siendo mayor la cantidad de pacientes que la perdieron en el estudio actual.

El tiempo total de enfermedad desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso a sala de operaciones está en el **Cuadro y Gráfico 13**; fue significativamente mayor en la colecistectomía y laparotomía (duración mayor a 72 horas en 72,73% y 73,33% respectivamente), mientras que en la apendicectomía el 70,81% estuvo de 24 a 72 horas.

En este caso observamos que las patologías que más demoraron en total desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso a sala de operaciones fueron la colecistectomía y laparotomía, ambos con más de 72 horas, recordando que ambos tuvieron un tiempo de llegada a la consulta mayor a 48 horas, como se ve en el **Cuadro y Gráfico 11** y una oportunidad quirúrgica prolongada en el caso de la colecistectomía como se ve en el **Cuadro y Gráfico 12**, a diferencia de la apendicectomía que solo estuvo de 24 a 72 horas.

En el **Cuadro y Gráfico 14** se aprecia la presencia de complicaciones según tipo de cirugía; en las apendicectomías se presentaron en 12,42% de casos, en las colecistectomías en 6,06% y en las laparotomías se observaron 40% de complicaciones; La principal complicación en las apendicectomías por apendicitis complicada y no complicada fue la infección de herida operatoria 11,11% y 5,61% respectivamente, en las

colecistectomías fueron: la infección de herida operatoria y la evisceración (3,03% cada una) y en las laparotomías también predominó la infección de herida operatoria en un 26,67%; en forma general la complicación más frecuente fue la infección de herida operatoria con un 8,56%. (**Cuadro y Gráfico 15**)

Se observa que la intervención quirúrgica que tiene más complicaciones es la laparotomía la cual podemos relacionar al hecho que en su mayoría son pacientes mayores como lo respalda el **Cuadro y Gráfico 1**, otra razón puede ser el hecho que el tiempo total comprendido desde el tiempo de demora para la consulta y la oportunidad quirúrgica fueron muy prolongados; después de la laparotomía tenemos a la apendicectomía y colecistectomía; todo estos principalmente podemos atribuirlo al hecho que mientras más se prolonga la oportunidad quirúrgica el cuadro se agrava aumentando las posibilidades de sufrir complicaciones. Y lo que vemos en el **Cuadro y Gráfico 15** es que complicación fue más común en cada patología y observamos que la infección de herida operatoria predominó en las tres patologías principalmente en laparotomía (26,67%) además de complicaciones no quirúrgicas pero ya en un escaso porcentaje como la neumonía intrahospitalaria (6,67%) y la infección del tracto urinario(6,67%). En segundo lugar la apendicetomía por apendicitis complicada y no complicada con un 11,11% y 5,61% respectivamente de pacientes con infección de herida operatoria, observamos que la apendicitis complicada en escaso porcentaje se asocia a infección del tracto urinario en un 3,7% y evisceración en un 3,7% a diferencia de la apendicitis no complicada que no se asoció a ninguna de estas patologías. Y ya en tercer lugar la colecistectomía además de asociarse en un mismo porcentaje la infección de herida operatoria (3,03%) con la evisceración (3,03%).

En general o en total tenemos que lo más frecuente fue pacientes sin complicaciones (85,99%) seguido de las complicaciones en primer lugar complicaciones quirúrgicas: infección de herida operatoria (8,56%) y

evisceración (0,78%); seguida de las no quirúrgicas: infección del tracto urinario y sepsis con el mismo porcentaje (1,56%), y neumonía (0,78%).

Porcentajes que podemos contrastar con el estudio *“Influencia de la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur, Arequipa, EsSalud, 1999”* donde observamos que las complicaciones quirúrgicas más frecuente fueron: infección de herida operatoria 58.32% pacientes, hemorragia interna 11.90%, obstrucción intestinal 5.95%, evisceración y peritonitis con 4.76% ambas. Y las complicaciones no quirúrgicas más frecuentes fueron del aparato respiratorio en 35.18% pacientes, sepsis e infección del tracto urinario en 9.26% (13).

Podemos ver entonces que coincide como complicación más frecuente la infección de herida operatoria que es una complicación quirúrgica, y las demás complicaciones con similar frecuencia pero en menor proporción ya que en este estudio observamos que hay un mayor porcentaje de pacientes sin complicaciones y menos porcentaje con complicaciones.

La estancia hospitalaria en las diferentes cirugías se muestra en el **cuadro y Gráfico 16**; En las apendicectomías por apendicitis no complicada vemos que el 41,12% de casos permaneció entre 1 y 3 días hospitalizado; y en el caso de apendicitis complicadas vemos que un 40,74% estuvo entre 4 y 6 días; en las colecistectomías hubo dos picos de 24,24% entre los 4 y 6 días y entre los 11 y 15 días, y en las laparotomías el 33,33% de casos permaneció entre 4 y 6 días; y en forma general el intervalo de días estancia hospitalaria que predominó fue entre 4 y 6 días.

Lo que se observa aquí es que en el caso de las apendicitis no complicadas hubo más pacientes que estuvieron hospitalizados entre 1 y 3 días a diferencia de las apendicitis complicadas que en su mayoría estuvieron hospitalizados entre 4 y 6 días; aun así vemos que estos grupos estuvieron hospitalizados menos de 6 días. En el caso de la colecistectomía picos dos en 4 a 6 días y 11 a 15 días siendo este intervalo el que más días

de hospitalización tuvo, en este caso. Y en la laparotomía un pico de 4 a 6 días. Como vemos en general la mayoría de los pacientes estuvo hospitalizado en un intervalo de 0 a 6 días (58,37%), y más de 6 días (41,63%), haciendo la comparación con el estudio: *"Influencia de la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur, Arequipa, EsSalud, 1999"*; en el que se observa que permanecieron hospitalizados de 0 a 6 días (54.04%) y más de 6 días (45.96%) (13). Que como podemos ver son cifras muy parecidas solo con una leve diferencia, siendo mayor la cantidad de pacientes hospitalizados de 0 a 6 días en el presente estudio.

En el **Cuadro y Gráfico 17** se observa la condición de alta en los pacientes según lo consignado en la historia clínica por tipo de cirugía. El 79,50% de pacientes sometidos a apendicectomía salió como aliviado, lo hizo el 66,67% de pacientes con colecistectomía y el 83,33% de pacientes sometidos a laparotomía.

Se observa aquí que la mayoría de todos los pacientes de las tres patologías en su mayoría se les da de alta con la condición de aliviado cabe resaltar que se tomó este dato tal cual de las historias clínicas, lo cual no es la condición correcta ya que debería ser la condición como curado; lo que sí llamo la atención es que ningún paciente de los que fueron evaluados, ninguno tuvo la condición de fallecido.

La relación entre el tiempo de espera para la cirugía desde la atención hospitalaria (oportunidad quirúrgica) y la evolución posoperatoria en cuanto al desarrollo de complicaciones se muestra en los **Cuadros y Gráficos 18, 19 y 20**. En las apendicectomías, observamos que en el intervalo de oportunidad quirúrgica de **3-6 horas** hubo un 6,90% de pacientes con complicaciones; en el intervalo de **6.1-12 horas** un 9,52%; en el intervalo de **12.1-24 horas** 5%, y en **> de 24 horas** el 100,00% de los pacientes tubo complicaciones. En colecistectomía no hubo pacientes con complicaciones

excepto los que tuvieron una oportunidad quirúrgica **> de 24 horas** con un 9,52% de pacientes y en el caso de la laparotomía en el intervalo de oportunidad quirúrgica de **3-6 horas** hubo un 40,00% de pacientes con complicaciones, en el intervalo de **6.1-12 horas** un 26,67% y en el intervalo de **12.1-24 horas** el 100%.

Aquí podemos observar que si existe una relación directa en el caso de la apendicetomía y en la colecistectomía en cuanto a la oportunidad quirúrgica y la presencia de las complicaciones ya que hubo más porcentaje de pacientes con complicaciones a medida que la oportunidad quirúrgica se prolongaba, en otras palabras los pacientes que tuvieron más complicaciones fueron los que más demoraron en entrar a sala de operaciones. No siendo muy evidente este hallazgo en el caso de los pacientes que se les practico laparotomía.

Contrastando nuevamente con el estudio: *“Influencia de la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur, Arequipa, EsSalud, 1999”*. observamos que se encontró una relación directa entre el “tiempo de permanencia en policlínico” (que en este trabajo equivale a oportunidad quirúrgica) y número de pacientes con complicaciones postoperatorias. Lo cual lo relaciono con intervalos de “tiempo de permanencia en policlínico”. De 0 a 2 horas (21,54%), de 2 a 6 horas (26,15%), de 6 a 24 horas (24,62%) y más de 24 horas (27,69%) (13).

En los **Cuadros y Gráficos 21, 22 y 23** se muestra la relación entre la oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria; en todos los casos sea por apendicectomía, colecistectomía o laparotomía, se nota que el incremento de los días de hospitalización se asocia a una mayor duración del tiempo de espera quirúrgica de manera significativa ($p < 0.05$).

Encontrando una relación directa de la oportunidad quirúrgica con la estancia hospitalaria, a más tiempo de espera quirúrgica (oportunidad quirúrgica) se encontró que los pacientes post operados estuvieron más días hospitalizados.

Contrastando con el estudio: *“Influencia de la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur, Arequipa, EsSalud, 1999”*, observamos que también encuentra una relación directa entre el tiempo de “permanencia en policlínico” (oportunidad quirúrgica) y promedio de estancia hospitalaria, así los que permanecieron en policlínico de 0 a 2 horas estuvieron hospitalizados 7.14 días en promedio; de 2 a 6 horas estuvieron hospitalizados 8.24 días; de 6 a 24 horas estuvieron hospitalizados 9.44 días y más de 24 horas 14.68 días (13).

Entonces vemos que también se encontró esa relación directa entre oportunidad quirúrgica y estancia hospitalaria.

En los **Gráficos 24, 25 y 26** se observan los diagramas dispersión que muestra una relación directa y estadísticamente significativa ($p < 0,05$), entre la variable independiente: Espera quirúrgica (horas) y la variable dependiente: Estancia hospitalaria (Días). En el caso de la apendicectomía con un valor de $r = 0,3722$ lo cual indica una relación regular, en la colecistectomía $r = 0,5854$ lo cual indica una relación buena y en la laparotomía $r = 0,4724$ lo cual indica una relación regular.

Comparando con el estudio: *“Influencia de la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur, Arequipa, EsSalud, 1999”*, observamos que se aplicó Linear Regression Analysis a la relación entre el tiempo de permanencia en el policlínico (horas), (Variable Independiente) y Estancia Hospitalaria (Variable Dependiente), demuestra que p es < 0.01 y existe una relación directa estadísticamente significativa entre las variables con un 99% de nivel de confiabilidad (13).

Observamos entonces que se encontró la misma relación directa en ambos estudios.

Entonces en estos diagramas se demuestra que si existe una relación directa o positiva entre la variable independiente: **Espera quirúrgica (horas)** y la variable dependiente: **Estancia hospitalaria (Días)**. En otras palabras a más horas de espera quirúrgica más días de hospitalización.





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los pacientes intervenidos por abdomen agudo quirúrgico no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Primera. Fueron predominantemente jóvenes y en proporciones similares varones o mujeres, solteros con educación secundaria, amas de casa y estudiantes y procedentes de Arequipa.

Segunda. La oportunidad quirúrgica estuvo en el intervalo de 6 a 12 horas con un 43,19% de pacientes; fue de 6 a 12 horas en 52,17% de apendicectomías, mayor a 24 horas en un 63,64% en las colecistectomías, y de 6 a 12 horas en 50% de pacientes sometidos a laparotomía.

Tercera.- La evolución de los pacientes fue buena, con presentación de complicaciones en 14,01% de casos (menor en colecistectomías: 6,06% y en apendicectomías: 12,42%, que en laparotomías: 40%).

Cuarta.- La estancia hospitalaria fue de 4 y 6 días en un 31,91%, en las apendicectomías el 69,57% de casos permaneció entre 1 y 6 días; en las colecistectomías hubo dos picos de 24,24% entre los 4 y 6 días y entre los 11 y 15 días, y en las laparotomías el 33,33% de casos permaneció entre 4 y 6 días.

Quinta.- Existe relación estadísticamente significativa entre oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria, en cuanto una mayor espera quirúrgica mayor tiempo de hospitalización.

Sexta.- Existe relación estadísticamente significativa entre oportunidad quirúrgica y complicaciones postoperatorias, en cuanto una mayor espera quirúrgica mayor frecuencia de complicaciones.



RECOMENDACIONES

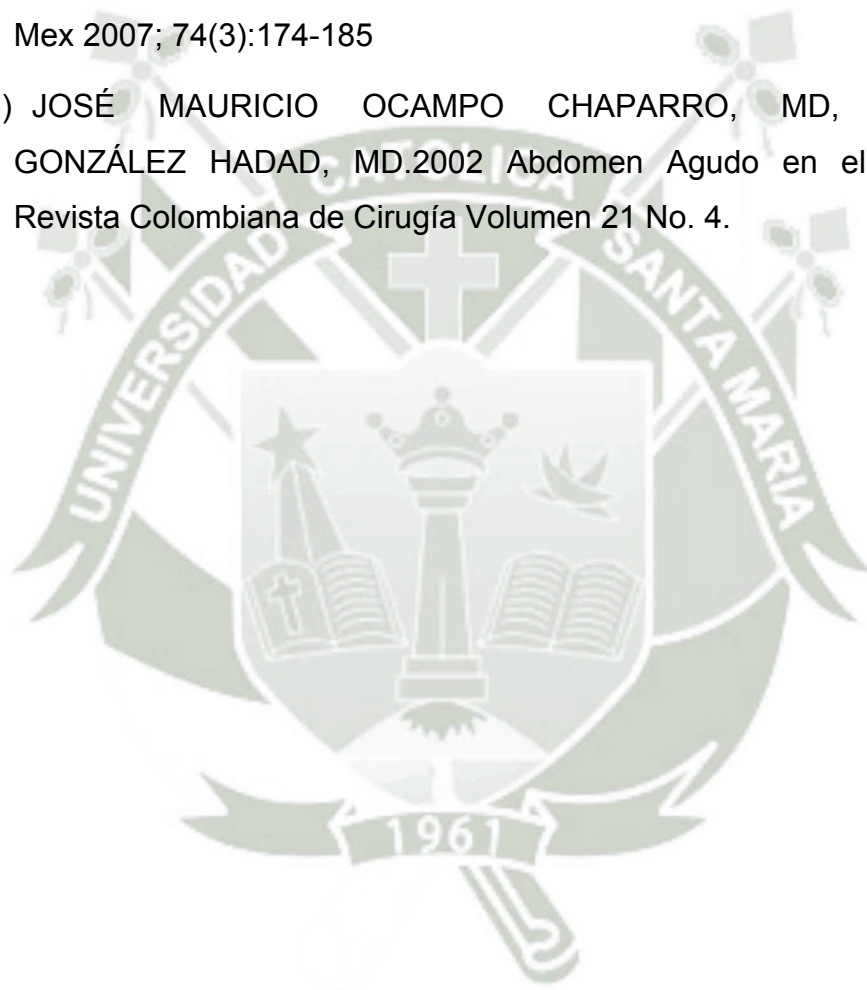
- Primera.-** Diagnosticar lo más pronto posible esta patología, para cuanto antes iniciar con el preoperatorio y su pronto ingreso a sala de operaciones, todo esto con una buena anamnesis y examen físico además de una debida supervisión para un diagnóstico certero y precoz.
- Segunda.-** Agilizar el preoperatorio con esto nos referimos a: exámenes laboratoriales e imagenológicos que se obtendrían más rápido si se cuenta con un laboratorio y personal exclusivo para emergencia; evaluaciones medicas como: riesgo quirúrgico cardiovascular y riesgo anestesiológico; los cuales podrían agilizarse con personal disponible las 24 horas; además de contar con más personal técnico para la movilización de los pacientes y para reclamar exámenes pre quirúrgicos.
- Tercera.-** Tener más disponibilidad de sala de operaciones lo cual se podría mejorar con mayor número de sala de operaciones para emergencias y su respectivo personal médico disponible a las 24 horas; ya que este es uno de los principales problemas.
- Cuarta.-** Capacitar al personal médico y contar con guías de práctica clínica para tener un pronto manejo de la patología desde el diagnóstico y todo el preoperatorio.
- Quinta.-** Informar sobre los resultados de esta investigación a las Autoridades de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza para que contribuya con el manejo de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

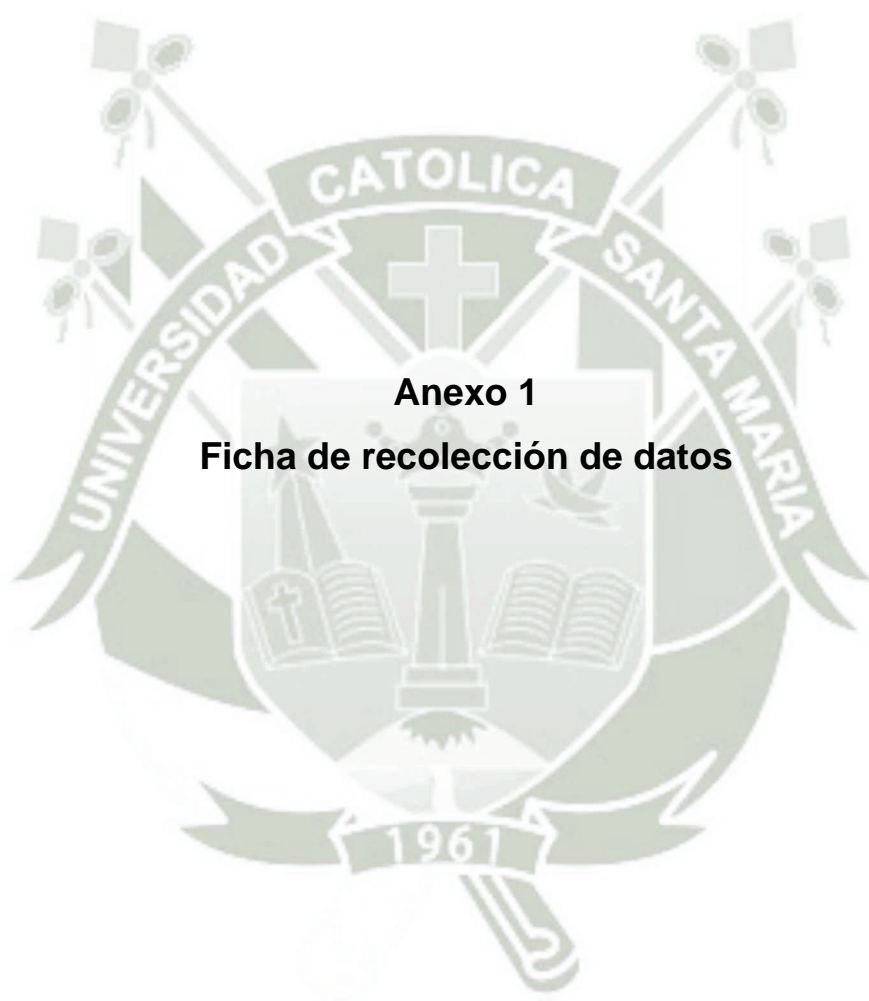
- 1) JONES RS, CLARIDGE J. 2013. Abdomen agudo. En: Townsend C, Beauchamp RD, Evers BM, editores. Sabiston, Tratado de cirugía. 19a edición. Génova, Madrid: Editorial El sevier Iberoamericana; p. 1221-38
- 2) CARTWRIGHT S, KNUDSON M. 2011. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Frequency of acute surgical abdomen in patients consulting the emergency service. rev. colomb. cir. vol.26 no.1 Bogotá Jan/Mar. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822011000100005
- 3) FILEN W. KASPER D, FAUCI A (EDS). HARRISON'S 2006. Dolor abdominal. Principios de Medicina Interna. 16ª edición. Santiago de Chile: Editorial McGraw Hill; p. 95-8
- 4) ESSALUD. 2014 Directiva de Gerencia General 007-GG-ESSALUD-2014. Normas para la Gestión de la Atención Quirúrgica en los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD. 2014.
- 5) GRANCELLI H. 2008. Oportunidad quirúrgica en la insuficiencia mitral grave asintomática. Rev. argent. Cardiol. 76(4): 257-259.
- 6) HOWELL JM, EDDY OL, LUKENS TW, THIESSEN ME, WEINGART SD, DECKER W.W. 2010. Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis. Ann Emerg Med. Jan. 55(1):71-116.
- 7) SALMINEN P, PAAJANEN H, RAUTIO T. 2015. Antibiotic Therapy vs Appendectomy for Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: The APPAC Randomized Clinical Trial. JAMA. Jun 16. 313 (23):2340-8.

- 8) BICKELL NA, AUFSES AH JR, ROJAS M, BODIAN C. 2006. How time affects the risk of rupture in appendicitis. *J Am Coll Surg*. Mar. 202(3):401-6.
- 9) ABOU-NUKTA F, BAKHOS C, ARROYO K, KOO Y, MARTIN J, REINHOLD R. 2006 et al. Effects of delaying appendectomy for acute appendicitis for 12 to 24 hours. *Arch Surg*. May. 141(5):504-6; discussion 506-7.
- 10) MIGUEL A. MONTORO, MENCHU CASAMAYOR. ¿2011?. Dolor Adbominal Agudo. Servicio de Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Miguel Servet. Universidad de Zaragoza. Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/06_Dolor_abdominal_agudo.pdf
- 11) FAIR BA, KUBASIAK JC, JANSSEN I. 2015, et al. The impact of operative timing on outcomes of appendicitis: a National Surgical Quality Improvement Project analysis. *Am J Surg*. 2015 Mar. 209 (3):498-502.
- 12) STRASBERG SM. 2008, Acute calculous cholecystitis. Clinical practice. *N Engl J Med*. 2008 Jun 26. 358(26):2804-11.
- 13) GUTT CN, ENCKE J, KONINGER J. 2013, et al. Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). *Ann Surg*. 2013 Sep. 258(3):385-93.
- 14) CÉSPEDES ROJAS CARLOS HUMBERTO. 1999. Influencia de la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur, Arequipa, EsSalud, 1999. Tesis para optar el grado académico de “Magíster en Salud Pública”. Escuela de postgrado, Universidad Católica de Santa María, 2000.
- 15) ORÍA A, ALVAREZ J, FRIDER B, CHIAPPETTA L, AHUMADA T Y COLS. 1988. Oportunidad quirúrgica en la colecistitis aguda. *Rev. argent. cir*, 1988;55(1/2):16-23.

- 16) MARCIAL VÁSQUEZ VÁSQUEZ. 1999 Abdomen Agudo Quirúrgico Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.1999; 29-33. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rfmh_urp/v01_n1/a08.htm
- 17) MOISÉS MUÑIZ CHAVELAS, LUIS ALBERTO NÚÑEZ TRENADO, CARLOS LÓPEZ FLORES,* MARÍA MARGARITA BAQUERO, JAVIER GARCÍA ÁLVAREZ, ROBERTO PÉREZ GARCÍA. 2007. Abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico. Rev Hosp Jua Mex 2007; 74(3):174-185
- 18) JOSÉ MAURICIO OCAMPO CHAPARRO, MD, ADOLFO GONZÁLEZ HADAD, MD.2002 Abdomen Agudo en el Anciano. Revista Colombiana de Cirugía Volumen 21 No. 4.







Ficha de recolección de datos

Nombre del paciente:.....Nro. H. Cl.....

Edad.....años Sexo: M () F ()

E. Civil:..... Grado de Instrucción:.....

Procedencia:.....

Ocupación:.....

Automedicación: No (), Si (), que medicamento:.....

Medicación previa: No (), Si (), que medicamento:.....

T. de enfermedad desde inicio de síntomas hasta llegada al hospital.....horas

T. entre inicio de enfermedad y el primer contacto con servicio de salud.....horas

T. entre el contacto con un servicio de salud y su llegada a HRHDE:.....horas

T. entre la llegada al HRHDE y su ingreso a sala de operaciones.....horas

T. Total entre inicio de la enfermedad y momento quirúrgico.....horas

Diagnóstico: Apendicitis aguda () Obstrucción intestinal ()

Colecistitis aguda (), Perforación gástrica (), Trombosis
mesentérica () Otros:.....

Operación: Apendicectomía (), Colecistectomía (), Colostomía ()

Resección- anastomosis (), Laparotomía () Otro:.....

Tipo de Cirugía: Abierta (), Laparoscópica ()

Complicaciones en el postoperatorio:

Ninguna (), Infección de herida operatoria (), Hemorragia/Hematoma ()

Evisceración (), Dehiscencia anastomosis (), Neumonía (),

Abscesos (), Fistulas (), Sepsis (), Infección del tracto urinario (),

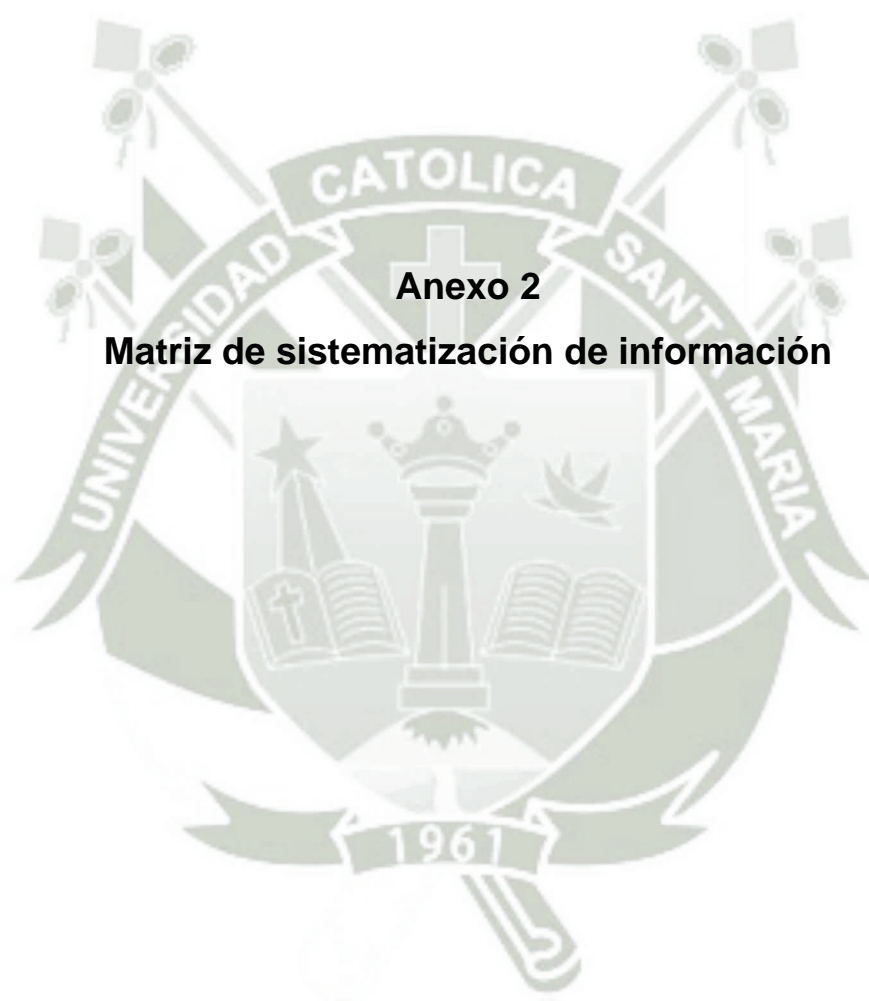
Atelectasias () Otros.....

Estancia Hospitalaria: Hasta 3 días (), de 4 a 6 días (), de 7 a 10 días

(), De 11 a 15 días (), de 16 a 21 días (), de más de 21 días ()

Condiciones al alta: Fallecido (), Curado (), Aliviado ()

Observaciones:.....



N°	Edad	Sexo	E ciril	g iastrec	Proce	Ocupación	Automed	Med presT1	T2	T3	T4	T5	Dx	Otros dx	Operación	Tipo Cz	Complicaciones	Estancia	Condición
1	33 f	Conv	Conv	sup. C	AGP	Cocinera	No	No	15	-	-	3,5	18,5: Ap aguds	Gangrenas	Apandicetomía	Laparoscópica	No	hasta 3 días	Aliviado
2	26 f	solt	casad	sup. C	AGP	estudiante	no	no	10	-	-	10	20: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
3	23 m	Conv	casad	sup. C	AGP	operador	no	no	14	-	-	7	21: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
4	24 m	Conv	Conv	sup. C	AGP	operador	no	no	8	-	-	6	14: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
5	18 m	solt	solt	sec. C.	AGP	estudiante	no	no	12	-	-	9	21: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
6	18 m	solt	solt	sec. C.	AGP	estudiante	no	no	14	-	-	10	24: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
7	33 m	solt	solt	sup. C	AGP	taxista	No	No	6	-	11,5	17,5	Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	de 4-6 días	curado
8	24 m	Conv	Conv	sec. C.	AGP	albañil	No	No	7	-	5,5	12,5	Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	de 4-6 días	Aliviado
9	47 m	divorciado	divorciado	sec. C.	AGP	comerciante	No	No	4	-	-	9	13: Ap aguds	peritonitis. L	Apandicetomía	abierta	no	de 4-6 días	Aliviado
10	30 m	solt	casad	sup. C	AGP	operador	No	No	10	-	-	8	18: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	de 4-6 días	Aliviado
11	62 m	casad	casad	sup. I.	AGP	chofer	No	si	16	-	-	8	24: trombosis Mesenterica	gangrenas	laparotomias	abiertas	no	de 7-10 días	curado
12	16 m	solt	solt	sec. C.	AGP	estudiante	No	si	16	-	-	4	20: Ap aguds	peritonitis. G	Apandicetomía	abierta	si. infección. H.Op.	de 16-21 días	Aliviado
13	30 f	Conv	Conv	sup. C	AGP	poliguera	No	No	16	-	-	4	20: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
14	25 f	solt	casad	sup. C	AGP	estudiante	no	no	12	-	-	10	22: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
15	28 m	casad	casad	sup. C	AGP	estudiante	no	no	15	-	-	8	23: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
16	25 m	Conv	Conv	sup. C	AGP	operador	No	No	10	-	-	6	16: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
17	55 m	casad	casad	sec. C.	AGP	comerciante	No	si	18	-	-	5	23: trombosis Mesenterica	gangrenas	laparotomias	abiertas	no	de 7-10 días	Aliviado
18	18 m	solt	solt	sec. C.	AGP	estudiante	No	No	11	-	-	10	21: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
19	19 m	solt	solt	sec. C.	AGP	estudiante	No	No	12	-	-	11	23: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
20	33 m	solt	solt	sup. C	AGP	chofer	No	No	8	-	-	12	20: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	de 4-6 días	curado
21	17 m	solt	solt	sec. C.	AGP	estudiante	No	si	18	-	-	5	23: Ap aguds	peritonitis. G	Apandicetomía	abierta	si. infección. H.Op.	de 16-21 días	Aliviado
22	26 m	Conv	casad	sec. C.	AGP	albañil	No	No	8	-	-	5	13: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	de 4-6 días	Aliviado
23	40 m	casad	casad	sec. C.	AGP	comerciante	No	No	10	-	-	6	16: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	de 4-6 días	Aliviado
24	31 m	solt	solt	sup. C	AGP	operador	No	No	11	-	-	9	20: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	de 4-6 días	Aliviado
25	36 m	Conv	Conv	primaria. I.	AGP	agricultor	No	No	18	-	-	12	30: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
26	31 m	Conv	Conv	sec. C.	AGP	chofer	No	No	24	-	-	7	31: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
27	33 f	casad	casad	sec. C.	AGP	ama de casa	No	No	20	-	-	7	21: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
28	24 f	solt	casad	sec. C.	pedregal. AGP	ama de casa	No	No	24	-	-	12	36: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
29	55 m	casad	casad	secundaria. I.	AGP	chofer	No	si	24	-	-	24	48: colecistitis. Ag	colecistitis. Ag	colecistectomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
30	27 f	solt	solt	sup. C	AGP	costurera	No	No	20	-	-	15	35: Ap aguds	colecistitis. Ag	colecistectomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
31	45 m	Conv	Conv	sec. C.	AGP	estudiante	No	si	48	-	-	12	60: colecistitis. Ag	colecistitis. Ag	colecistectomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
32	35 m	solt	Conv	sec. C.	AGP	estudiante	No	No	24	-	-	13	37: colecistitis. Ag	colecistitis. Ag	colecistectomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
33	19 m	solt	solt	sec. C.	AGP	estudiante	No	No	24	-	-	8	32: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
34	19 f	solt	solt	sec. I.	AGP	cochera	No	No	24	-	-	13	31: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
35	18 f	solt	solt	sec. C.	AGP	estudiante	No	No	13	-	-	21	34: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
36	51 f	Conv	Conv	sec. C.	AGP	estudiante	No	No	15	-	-	10	25: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
37	20 m	conv	conv	sec. C.	moliendo. AGP	ama de casa	No	No	20	-	-	24	44: Ap aguds	peritonitis. L	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
38	20 m	solt	solt	sec. C.	AGP	soldador	No	No	18	-	-	9	21: Ap aguds	peritonitis. L	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
39	19 m	solt	solt	sup. I.	AGP	estudiante	si	No	24	-	-	14	38: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
40	20 m	solt	solt	sup. C	AGP	estudiante	si	No	24	-	-	6	30: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
41	28 f	Conv	Conv	sec. I.	AGP	ama de casa	No	No	24	-	-	10	34: Ap aguds	peritonitis. L	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
42	26 f	solt	solt	sec. C.	AGP	estudiante	No	No	11	-	-	16	21: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
43	50 m	divorciado	divorciado	sec. I.	AGP	comerciante	No	No	18	-	-	8	26: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
44	43 m	Conv	Conv	primaria. C.	AGP	agricultor	si	No	21	-	-	6	27: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
45	30 m	solt	solt	sec. I.	AGP	comerciante	si	No	24	-	-	6	30: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
46	21 m	solt	solt	sup. C	AGP	estudiante	No	No	24	-	-	13	37: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
47	21 f	solt	solt	sec. C.	AGP	chofer	No	No	24	-	-	12	60: Ap aguds	peritonitis. L	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
48	40 m	casad	casad	sec. C.	AGP	chofer	No	No	48	-	-	10	26: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado
49	23 f	casad	casad	primaria. C.	AGP	pastrero	No	No	16	-	-	10	26: Ap aguds	gangrenas	Apandicetomía	abierta	no	hasta 3 días	Aliviado

100	35 m	soñ	sec. C.	AGP	taxista	No	24	13	37	colectivitis. Ag	colectectomia abierta	No	hasta 3 días	curado
101	18 m	soñ	sec. C.	AGP	estudiante	No	24	8	32	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	curado
102	19 f	soñ	sec. I.	AGP	cochera	No	24	13	31	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	Alivado
103	18 f	soñ	sec. C.	AGP	estudiante	No	13	21	34	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	Alivado
104	51 f	Coar	sec. C.	mollendo. AQ	ama de casa	No	15	10	25	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	curado
105	20 m	Coar	sec. C.	AGP	solidador	No	20	24	44	Ap aguda	peritonitis. L	No	hasta 3 días	Alivado
106	20 m	soñ	sec. C.	AGP	estudiante	No	18	3	27	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	Alivado
107	19 m	soñ	sup. I.	AGP	estudiante	No	24	14	38	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	Alivado
108	21 m	soñ	sup. C.	AGP	estudiante	si	24	6	30	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	Alivado
109	28 f	Coar	sec. I.	AGP	ama de casa	No	24	10	34	Ap aguda	peritonitis.L	No	hasta 3 días	curado
110	26 f	soñ	sec. C.	AGP	estudiante	No	11	16	27	Ap aguda	supurada	No	hasta 3 días	Alivado
111	50 m	divorciado	sec. I.	AGP	comerciante	No	18	8	26	Ap aguda	supurada	No	hasta 3 días	Alivado
112	43 m	Coar	primaria. C.	AGP	agricultor	si	21	6	27	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	Alivado
113	30 m	soñ	sec. I.	AGP	comerciant	si	24	6	30	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	Alivado
114	21 m	soñ	sup. C.	AGP	estudiante	No	24	7.5	31.5	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	Alivado
115	21 f	soñ	sec. C.	AGP	estudiante	No	24	13	31	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	Alivado
116	42 m	casad	sec. C.	AGP	chofer	No	48	12	60	Ap aguda	peritonitis.L	No	hasta 3 días	Alivado
117	23 f	casad	primaria. C.	AGP	chofer	No	16	10	26	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	hasta 3 días	Alivado
118	60 f	Coar	primaria. C.	AGP	ama de casa	si	48	5	53	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
119	63 f	casad	primaria. C.	AGP	ama de casa	No	48	10	58	Ap aguda	peritonitis.L	No	de 4-6 días	Alivado
120	50 m	soñ	sup. c.	AGP	periodista	No	24	11.5	35.5	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	curado
121	47 m	casad	sec. C.	AGP	carpintero	No	48	8	56	Ap aguda	peritonitis.L	No	de 4-6 días	Alivado
122	50 m	casad	sup. c	AGP	electricista	No	48	5	53	Ap aguda	peritonitis.L	No	de 4-6 días	Alivado
123	51 m	casad	sup. c	AGP	chofer	No	48	6	54	Ap aguda	peritonitis.L	No	de 4-6 días	Alivado
124	38 f	casad	tecnico. Sup	AGP	comerciant	No	19	17	36	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	curado
125	38 m	casad	sup. I.	AGP	taxista	No	20	16	36	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
126	35 f	Coar	tecnico. Sup	AGP	comerciante	No	20	18	38	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	curado
127	37 m	casad	sup. I.	AGP	chofer	No	18	18	36	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
128	46 f	soñ	sec. I.	AGP	comerciant	No	24	14	38	Ap aguda	peritonitis.L	No	de 4-6 días	Alivado
129	31 m	soñ	sec. C.	AGP	comerciant	No	24	12	36	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
130	26 f	Coar	sec. c	AGP	ama de casa	No	24	13	37	Ap aguda	peritonitis.L	No	de 4-6 días	Alivado
131	46 f	soñ	primaria. I.	AGP	ama de casa	si	48	21	63	Ap aguda	peritonitis.L	No	de 4-6 días	Alivado
132	60 f	casad	sec. C.	AGP	agricultor	si	25	12	37	Ap aguda	peritonitis.L	No	de 4-6 días	Alivado
133	47 m	casad	sec. I.	AGP	chofer	No	20	16	36	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
134	17 m	soñ	sec. C.	mollendo. A(estudiante	si	48	4	52	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
135	74 f	casad	primaria. C.	AGP	ama de casa	No	24	22	46	colectivitis. Ag	colectectomia abierta	No	de 4-6 días	curado
136	27 f	Coar	sec. I.	AGP	ama de casa	si	24	23	53	colectivitis. Ag	colectectomia abierta	No	de 4-6 días	curado
137	37 f	Coar	sup. I.	AGP	ama de casa	si	24	48	72	colectivitis. Ag	colectectomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
138	33 m	casad	sec. C.	cucco	chofer	No	24	10	34	obst. litect.	reseccion-anast.	No	de 4-6 días	Alivado
139	51 f	casad	primaria. I.	moquegua	ama de casa	No	24	6	30	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	curado
140	19 f	soñ	sec. C.	AGP	comerciant	si	48	12	60	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
141	54 f	Coar	asalfabta	AGP	comerciant	si	48	13	61	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	curado
142	19 m	soñ	sec. C.	AGP	estudiante	si	24	14	38	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
143	31 m	soñ	primaria. C.	AGP	llanero	si	48	4	52	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
144	20 m	soñ	sec C.	AGP	publicista	No	14	12	26	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	Alivado
145	23 m	soñ	sup. c	AGP	estudiante	No	48	10	58	Ap aguda	peritonitis.L	No	de 4-6 días	curado
146	18 f	soñ	sec. C.	cucco	estudiante	si	48	8	56	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 4-6 días	curado
147	49 m	casad	sup. c	AGP	electricista	No	24	9	33	Ap aguda	Apandicetomia abierta	No	de 7-10 días	Alivado
148	43 m	casad	sec. C.	AGP	obrero	No	31	7	38	Ap aguda	peritonitis.g	No	de 7-10 días	Alivado
149	66 m	Coar	primaria. C.	spbo. AGP	agricultor	No	36	8	44	Ap aguda	peritonitis.L	No	de 7-10 días	curado

150	20 f	Conv	exp. I.	AQP	estudiante	No	16			20	26	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 7-10 días
151	22 f	Conv	sec. C.	AQP	ama de casa	si	13			48	63	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 7-10 días curado
152	25 f	casad	sec. C.	AQP	ama de casa	No	15			13	34	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 7-10 días curado
153	51 f	solt	sec. C.	AQP	contadora	No	15			17	32	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 7-10 días Aliviado
154	38 m	Conv	sec. C.	AQP	agricultor	si	48			12	60	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 11-15 días curado
155	38 f	solt	sup. C.	AQP	ama de casa	No	48			12	60	Ap aguda	Apandicetomía abierta	si, ITU	de 11-15 días curado
156	71 f	Conv	primaria, C.	AQP	ama de casa	No	24			24	48	obst. Intest.	laparotomía, reze	si, infección, H.Op.	de 11-15 días Aliviado
157	56 m	Conv	primaria, C.	AQP	agricultor	No	48			24	48	obst. Intest.	laparotomía, reze	si, infección, H.Op.	de 11-15 días Aliviado
158	57 m	divorciado	sec. C.	AQP	comerciant	si	38			10	58	Ap aguda	Apandicetomía abierta	si, infección, H.Op.	de 11-15 días Aliviado
159	19 m	solt	sec. C.	AQP	estudiante	si	24			8	32	Ap aguda	Apandicetomía abierta	si, infección, H.Op.	de 16-21 días Aliviado
160	32 f	solt	sec. C.	AQP	ama de casa	si	48			20	68	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 16-21 días Aliviado
161	59 f	solt	sec. C.	AQP	ama de casa	si	45			48	63	colecistitis, A, pirocolecto	colecistectomía abierta	No	de 16-21 días Aliviado
162	27 f	solt	sup. C.	AQP	ingeniara	si	24			48	72	Ap aguda	Apandicetomía abierta	si, infección, H.Op.	de 16-21 días curado
163	33 f	solt	sec. C.	AQP	obrero	No	96			6	102	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 4-6 días Aliviado
164	62 m	Conv	sec. C.	AQP	chofer	No	96			10	106	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 4-6 días Aliviado
165	63 m	Conv	sec. C.	AQP	taxista	si	24			68	32	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 4-6 días Aliviado
166	36 f	Conv	sec. C.	AQP	ama de casa	No	3			72	75	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 4-6 días curado
167	30 f	solt	primaria, C.	AQP	ama de casa	No	48			48	96	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 4-6 días Aliviado
168	48 m	conv	sec. C.	AQP	obrero	No	96			12	108	obst. Intest.	resecion-anaste	No	de 4-6 días Aliviado
169	47 m	Conv	sec. C.	AQP	comerciant	No	96			5	101	obst. Intest.	resecion-anaste	No	de 4-6 días Aliviado
170	47 m	Conv	primaria, C.	AQP	obrero	si	90			10	100	obst. Intest.	resecion-anaste	No	de 4-6 días Aliviado
171	50 m	Conv	sec. C.	AQP	comerciant	No	83			12	101	obst. Intest.	resecion-anaste	No	de 4-6 días Aliviado
172	27 f	Conv	sec. C.	AQP	ama de casa	si	72			24	36	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	hasta 3 días curado
173	26 f	solt	sec. C.	AQP	ama de casa	No	96			8	104	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	hasta 3 días curado
174	28 m	solt	sec. C.	AQP	comerciant	No	96			10	106	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	hasta 3 días Aliviado
175	25 f	Conv	sec. C.	AQP	ama de casa	si	72			96	168	colecistitis, Ag	colecistectomía Laparoscopica	No	de 7-10 días Aliviado
176	23 f	solt	sec. C.	moquegua	comerciant	si	72			140	212	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 7-10 días curado
177	54 m	Conv	sec. C.	AQP	comerciant	No	96			3	105	obst. Intest.	resecion-anaste	si, Atelecasis	de 7-10 días curado
178	21 f	solt	sec. C.	AQP	estudiante	si	72			24	96	Ap aguda	Apandicetomía abierta	si, infección, H.Op.	de 7-10 días curado
179	89 m	Conv	sec. C.	AQP	desemplead	si	96			10	106	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 7-10 días Aliviado
180	64 m	Conv	sec. C.	AQP	desemplead	No	96			10	106	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 7-10 días Aliviado
181	49 m	casad	sec. C.	AQP	agricultor	si	96			10	106	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 7-10 días Aliviado
182	81 m	vindo	primaria, I.	AQP	agricultor	No	96			48	144	Ap aguda	Apandicetomía abierta	si, infección, H.Op.	de 7-10 días Aliviado
183	60 m	casad	sec. C.	AQP	desemplead	no	72			6	78	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 7-10 días Aliviado
184	55 m	solt	sup. I.	AQP	desemplead	No	72			10	82	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 7-10 días Aliviado
185	42 m	Conv	sec. C.	AQP	chofer	si	72			3	81	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 7-10 días Aliviado
186	18 f	solt	sec. C.	AQP	estudiante	si	72			10	82	Ap aguda	Apandicetomía abierta	No	de 7-10 días Aliviado
187	40 m	conv	sec. C.	AQP	chofer	si	96			12	108	obst. Intest.	resecion-anaste	No	de 7-10 días Aliviado
188	37 f	casad	primaria, C.	AQP	comerciant	No	72			200	272	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 11-15 días Aliviado
189	65 f	solt	primaria, C.	AQP	ama de casa	si	6			100	106	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 11-15 días Aliviado
190	74 m	casad	sec. C.	AQP	comerciant	si	48			48	96	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 11-15 días Aliviado
191	74 f	divorciado	sec. C.	AQP	ama de casa	si	24			72	96	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 11-15 días curado
192	60 m	casad	sec. C.	AQP	ama de casa	si	90			10	100	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 11-15 días curado
193	62 f	vindo	primaria, I.	AQP	comerciant	No	96			8	104	colecistitis, Ag	colecistectomía Laparoscopica	No	de 11-15 días Aliviado
194	40 m	casad	sec. C.	AQP	agricultor	si	72			72	144	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	si, infección, H.Op.	de 11-15 días Aliviado
195	25 f	solt	primaria, I.	AQP	ama de casa	si	96			48	144	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	si, ITU	de 11-15 días Aliviado
196	44 f	solt	sec. C.	AQP	agricultor	si	120			4	124	obst. Intest.	resecion-anaste	si, infección, H.Op.	de 11-15 días Aliviado
197	23 m	solt	sec. C.	AQP	mozo	si	96			48	144	obst. Intest.	resecion-anaste	No	de 11-15 días Aliviado
198	33 f	casad	sec. C.	AQP	ama de casa	si	48			48	96	Ap aguda	Apandicetomía abierta	si, Sepsis	de 11-15 días Aliviado
199	32 m	conv	primaria, C.	AQP	chofer	si	96			29	125	colecistitis, Ag	colecistectomía abierta	No	de 16-21 días Aliviado

200	24 m	solet	sec. C.	AGP	desemplead	No	si	13	240	153	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 16-21 días	Aliviado
201	60 m	casad	primaria, C.	AGP	comerciant	No	si	48	240	288	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 16-21 días	Aliviado
202	44 f	conv	sec. C.	AGP	ama de casa	No	si	36	360	456	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 16-21 días	Aliviado
203	52 m	solet	sec. C.	AGP	chofer	No	si	48	48	36	obst. Intest.	reseccion-anast	abierto	No	de 16-21 días	curado
204	44 f	casad	sec. C.	AGP	ama de casa	No	si	168	10	178	obst. perforacion inte	reseccion-anast	abierto	si, Infeccion.H.Op.	de 16-21 días	Aliviado
205	75 m	casad	primaria, C.	AGP	ganadero	No	No	48	45	33	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	si, Sepsis	de 16-21 días	Aliviado
206	31 m	solet	sec. L.	AGP	agricultor	si	si	144	12	156	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	si, Enterococion, abscessos	de 16-21 días	Aliviado
207	43 f	solet	sec. L.	AGP	ama de casa	si	No	72	360	432	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	mas de 21 dic	Aliviado
208	73 f	casad	primaria, I.	AGP	ama de casa	si	si	36	100	196	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	si, Neumonia	mas de 21 dic	Aliviado
209	58 m	casad	primaria, I.	AGP	agricultor	No	si	72	24	34	obst. Intest.	reseccion-anast	abierto	si, Infeccion.H.Op.	mas de 21 dic	Aliviado
210	34 f	solet	sec. C.	AGP	obrero	No	No	36	6	102	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 4-6 días	Aliviado
211	62 m	Conv	sec. C.	AGP	chofer	No	si	36	10	106	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 4-6 días	Aliviado
212	60 m	Conv	sup. I.	AGP	comerciant	No	si	24	68	32	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 4-6 días	Aliviado
213	36 f	Conv	sec. C.	AGP	ama de casa	No	No	3	72	75	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 4-6 días	curado
214	30 f	solet	primaria, C.	AGP	ama de casa	No	No	48	48	36	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 4-6 días	Aliviado
215	48 m	conv	sec. C.	AGP	obrero	No	No	36	12	108	obst. Intest.	reseccion-anast	abierto	No	de 4-6 días	Aliviado
216	45 m	Conv	sec. C.	AGP	comerciant	No	No	36	5	101	obst. Intest.	reseccion-anast	abierto	No	de 4-6 días	Aliviado
217	47 m	Conv	primaria, C.	AGP	obrero	No	si	30	10	100	obst. Intest.	reseccion-anast	abierto	No	de 4-6 días	Aliviado
218	50 m	Conv	sec. C.	AGP	comerciant	No	si	83	12	101	obst. Intest.	reseccion-anast	abierto	No	de 4-6 días	Aliviado
219	27 f	Conv	sec. C.	AGP	ama de casa	si	No	72	24	36	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	hasta 3 dias	curado
220	26 f	solet	sec. C.	AGP	ama de casa	No	No	36	8	104	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	hasta 3 dias	curado
221	28 m	solet	sec. C.	AGP	comerciant	No	si	36	10	106	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	hasta 3 dias	Aliviado
222	26 f	Conv	sec. C.	AGP	ama de casa	No	si	72	36	168	colecistitis, Ag	colectectomía	Laparoscopica	No	de 7-10 días	Aliviado
223	24 f	solet	sec. C.	moquega	comerciant	No	si	72	140	212	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 7-10 dias	curado
224	54 m	Conv	sec. C.	AGP	comerciant	No	No	36	3	105	obst. Intest.	reseccion-anast	abierto	si, Atelectasia	de 7-10 dias	curado
225	20 f	solet	sec. C.	AGP	estudiante	No	si	72	24	36	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	si, Infeccion.H.Op.	de 7-10 dias	curado
226	83 m	Conv	sec. C.	AGP	desemplead	No	si	36	10	106	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	No	de 7-10 dias	Aliviado
227	64 m	Conv	sec. C.	AGP	desemplead	No	si	36	10	106	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	No	de 7-10 dias	Aliviado
228	43 m	casad	sec. C.	AGP	agricultor	No	si	36	10	106	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	No	de 7-10 dias	Aliviado
229	61 m	viude	primaria, I.	AGP	agricultor	No	No	36	48	144	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	si, Infeccion.H.Op.	de 7-10 dias	Aliviado
230	60 m	casad	sec. C.	AGP	desemplead	no	no	72	6	78	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	No	de 7-10 dias	Aliviado
231	56 m	solet	sup. I.	AGP	chofer	si	No	72	10	82	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	No	de 7-10 dias	Aliviado
232	42 m	Conv	sec. C.	AGP	chofer	si	No	72	3	81	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	No	de 7-10 dias	Aliviado
233	19 f	solet	sec. C.	AGP	estudiante	No	si	72	10	82	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	No	de 7-10 dias	Aliviado
234	40 m	conv	sec. C.	AGP	chofer	No	si	36	12	108	obst. Intest.	reseccion-anast	abierto	No	de 7-10 dias	Aliviado
235	38 f	casad	primaria, C.	AGP	comerciant	No	si	72	200	272	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 11-15 dias	Aliviado
236	65 f	solet	primaria, C.	AGP	ama de casa	No	si	6	100	106	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 11-15 dias	Aliviado
237	74 m	casad	sec. C.	AGP	comerciant	No	si	48	48	36	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 11-15 dias	Aliviado
238	74 f	divorciado	sec. C.	AGP	ama de casa	No	si	24	72	36	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 11-15 dias	curado
239	61 m	casad	sec. C.	AGP	comerciant	No	si	30	10	100	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 11-15 dias	curado
240	62 f	viude	primaria, I.	AGP	agricultor	No	si	36	8	104	colecistitis, Ag	colectectomía	Laparoscopica	No	de 11-15 dias	Aliviado
241	40 m	casad	sec. C.	AGP	comerciant	No	si	72	72	144	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 11-15 dias	Aliviado
242	25 f	solet	primaria, I.	AGP	ama de casa	si	si	36	48	144	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	si, Infeccion.H.Op.	de 11-15 dias	Aliviado
243	44 f	solet	sec. C.	AGP	agricultor	No	si	120	4	124	obst. Intest.	reseccion-anast	abierto	si, ITU	de 11-15 dias	Aliviado
244	23 m	solet	sec. C.	AGP	mozo	No	si	36	48	144	obst. Intest.	reseccion-anast	abierto	No	de 11-15 dias	Aliviado
245	33 f	casad	sec. C.	AGP	ama de casa	No	si	48	48	36	Ap aguda	Apandictectomía	abierto	si, Sepsis	de 11-15 dias	Aliviado
246	32 m	conv	primaria, C.	AGP	chofer	No	si	36	23	125	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 16-21 dias	Aliviado
247	25 m	solet	sec. C.	AGP	desemplead	No	si	13	240	153	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 16-21 dias	Aliviado
248	60 m	casad	primaria, C.	AGP	comerciant	No	si	48	240	288	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 16-21 dias	Aliviado
249	44 f	conv	sec. C.	AGP	ama de casa	No	si	36	360	456	colecistitis, Ag	colectectomía	abierto	No	de 16-21 dias	Aliviado



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“Oportunidad quirúrgica y evolución post-operatoria
del abdomen agudo no traumático en el Hospital
Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015”**

Autor:

LARRY GUITTON MANRIQUE

Proyecto de Tesis para

Optar el Título de

MÉDICO-CIRUJANO.

Arequipa - Perú

2016

I. PREÁMBULO

El abdomen agudo quirúrgico es un cuadro de emergencia que requiere de una intervención quirúrgica oportuna para salvar la vida de los pacientes. Los cuadros quirúrgicos no traumáticos suelen presentarse por complicaciones de patología abdominal bastante frecuente, como son la apendicitis aguda, la colecistitis aguda, la obstrucción intestinal o la perforación del tubo digestivo, principalmente. La instauración precoz y oportuna del tratamiento quirúrgico que busca solucionar el cuadro y retirar el potencial foco infeccioso o de complicación, marca el pronóstico de morbilidad y mortalidad de los pacientes (1).

Se define como oportunidad quirúrgica precisamente al momento más oportuno para la instauración del manejo quirúrgico en estos pacientes (5). Si bien el tiempo que toma la elaboración de una sospecha diagnóstica basada en la clínica y corroborada por medios auxiliares puede ser distinta para las diferentes patologías abdominales no traumáticas, y para la complejidad del servicio que atiende la emergencia, se considera que mientras más pronto el tratamiento mejor será el pronóstico, dependiendo obviamente de las condiciones del paciente, las características clínicas de un cuadro infeccioso, hallazgos de irritación peritoneal, entre otros(4).

La mayoría de cuadros quirúrgicos abdominales no traumáticos se solucionan dentro de las primeras 24 horas de producido el diagnóstico, pero puede haber ocasiones en las que condiciones del paciente como la automedicación con analgésicos o antibióticos, o por las características del servicio, se produzca demora en el manejo definitivo de los cuadros, de modo que surge la interrogante de conocer la oportunidad quirúrgica de las principales patologías no traumáticas de abdomen y su influencia en la evolución de los pacientes en el Hospital Regional Honorio Delgado.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la oportunidad quirúrgica y la evolución post-operatoria del abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Cirugía General
- Línea: Abdomen Agudo Quirúrgico

b) Análisis de Variables

VARIABLE	INDICADOR	VALORES O CATEGORIAS	TIPO DE VARIABLE
VARIABLES INTERVINIENTES/EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS			
Edad	Años de vida cumplidos según fecha de nacimiento	Años	Ordinal numérico
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal
Estado Civil	Estado Civil	Soltero Casado Conviviente	Nominal
Grado de Instrucción	Ultimo año de estudios culminado	Analfabeto Primaria incpl/compl Secundaria incpl/comp Superior incpl/compl	Nominal

Procedencia	Lugar donde vive habitualmente	Arequipa Otras provincias Otras regiones	Nominal
Ocupación	Labor a la que se dedica	Ninguna Ama de casa Obrero Empleado Otro:....	Nominal
Automedicación	Uso de medicamentos por cuenta propia	Si / No Tipo de medicamentos	Nominal
Medicación Previa	Medicamentos recetados previamente	Si / No Tipo de medicamentos	Nominal
Diagnostico	Diagnostico quirúrgico	Apendicitis aguda Colecistitis aguda Obstrucción intestinal Perforación digestiva Trombosis mesentérica Otros	Nominal
Operación	Cirugía fundamental realizada	Apendicectomía Colecistectomía Laparotomía Resección-anastomosis Colostomía Otros	Nominal
Tipo de abordaje	Abierta o laparoscópica	Abierta Laparoscópica	Nominal

VARIABLE INDEPENDIENTE			
Oportunidad quirúrgica (Momento más adecuado para que el paciente no tenga mayores complicaciones)	Tiempo de enfermedad desde inicio de síntomas hasta llegada al hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Menor de 6 horas - De 6 a 12 horas - De 12hs. a 24 hs. - 24 hs. 1 min a 48 hs. - Más de 48 hs. 	Numérica de razón
	Tiempo entre inicio de enfermedad y el primer contacto con un médico o servicio de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Menor de 6 horas - De 6 a 12 horas - De 12hs. a 24 hs. - 24 hs. 1 min a 48 hs. - Más de 48 hs. 	Numérica de razón
	Tiempo entre el contacto con un servicio de salud y su llegada a HRHDE	<ul style="list-style-type: none"> - Menor de 6 horas - De 6 a 12 horas - De 12hs. a 24 hs. - 24 hs. 1 min a 48 hs. - Más de 48 hs. 	Numérica de razón
	Tiempo entre la llegada al HRHDE y su ingreso a sala de operaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1 hora - 1.1 a 3 hs - 3.1 a 6 hs - 6.1 a 12 hs. - 12.1 a 24 hs - Más de 24 hs. 	Numérica de razón
	Tiempo Total entre inicio de la enfermedad y momento quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 3 hora - 3.1 a 6 hs - 6.1 a 12 hs. - 12.1 a 24 hs - 24.1 a 72 hs - Más de 72 horas 	Numérica de razón

VARIABLE DEPENDIENTE			
Evolución Post-operatoria (cuál ha sido su situación clínica luego de la operación)	Complicaciones en el postoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Infecc. herida operatoria - Hemorragia/Hematoma - Evisceración - Dehiscencia sutura - Abscesos - Fistulas - Sepsis - Neumonía - Atelectasia - Otros diagnósticos 	Nominal
	Estancia Hospitalaria (Tiempo de hospitalización)	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta 3 días - 4 a 6 días - 7 a 10 días - 11 a 15 días - 16 a 21 días - Más de 21 días 	Numérica de razón
	Condiciones al alta	<ul style="list-style-type: none"> - Curado - Aliviado - Fallecido 	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes intervenidos por abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa, 2015?
2. ¿Cuál es la oportunidad quirúrgica del abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa, 2015?
3. ¿Cuál es la evolución y las complicaciones de los pacientes

con abdomen agudo quirúrgico en su post-operatorio en el Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa, 2015?

4. ¿Cuál es la estancia hospitalaria de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en su post-operatorio en el Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa, 2015?
5. ¿Cuál es la relación entre oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria en pacientes con abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015?
6. ¿Cuál es la relación entre oportunidad quirúrgica y las complicaciones post-operatorias del abdomen agudo no traumático en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental.

e) **Nivel de investigación:** es un estudio observacional y retrospectivo.

1.3. Justificación del problema

Originalidad: Revisada la literatura local, se encontró el estudio: *“Influencia de la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur, Arequipa, EsSalud, 1999”*; el cual contribuyo como antecedente, pero con las modificaciones de espacio y tiempo.

Relevancia científica: Permite corroborar la influencia de tiempo de demora en el diagnóstico e instauración del tratamiento en patología quirúrgica en relación a la evolución de los pacientes.

Relevancia práctica: Permitirá identificar la oportunidad en el

manejo de la patología quirúrgica del abdomen agudo y sus momentos críticos, para diseñar estrategias para acortar los tiempos previos a la intervención.

Relevancia social: Ya que la patología quirúrgica aguda tiene una presencia permanente en los servicios de emergencia, el presente estudio beneficiará a toda la población que requiera manejo de urgencia.

Contemporaneidad: Ya que la patología quirúrgica es una patología siempre presente en la población general.

Factibilidad: El presente estudio requiere de recolección de datos de las historias clínicas sobre pacientes con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico que es un cuadro común en el HRHDE y no hay mayor impedimento para efectuar el trabajo.

Motivación personal: Por realizar una investigación en el área de la cirugía general.

Contribución académica: Con el presente estudio se pretende identificar el intervalo de tiempo “oportuno” en el cual debe intervenir un abdomen agudo quirúrgico para disminuir el número de complicaciones y la estancia hospitalaria.

Políticas de investigación: El desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina permite cumplir con las políticas de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Abdomen agudo quirúrgico

El dolor se define como una experiencia localizada y desagradable que refleja la existencia de un daño tisular presente o inmediato. El término dolor abdominal agudo se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación. La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que presenta establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación de este tipo (10). La denominación abdomen agudo hace referencia a los signos y síntomas de dolor y sensibilidad (tensión) abdominales, un cuadro clínico que obliga a menudo al tratamiento quirúrgico de urgencia. Este cuadro crítico tan complicado obliga a realizar un estudio exhaustivo e inmediato para determinar si es necesario operar y para iniciar el tratamiento apropiado (1). El dolor abdominal agudo es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo; en los Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5% son originadas por dolor abdominal (2). Son muchos los procesos (algunos de los cuales no son quirúrgico ni intraabdominales) que pueden producir dolor y sensibilidad abdominales agudos. Debido a ello, se debe hacer todo lo posible para establecer un diagnóstico correcto y poder elegir el tratamiento más adecuado (a menudo una laparoscopia o una laparotomía) (1).

Las patologías que derivan del abdomen agudo quirúrgico, varían según la edad y el sexo del paciente, por lo que vemos que, la apendicitis es más frecuente en los jóvenes, mientras que los trastornos biliares, la obstrucción intestinal, la isquemia, el infarto intestinal, y la diverticulitis son más frecuentes en los pacientes de edad avanzada. La mayoría de estos diagnósticos se deben a infecciones, obstrucción, isquemia o perforación (1).

Las causas médicas de un abdomen agudo pueden clasificarse en tres categorías endocrinas y metabólicas, hematológicas, y toxinas o fármacos. Entre las causas endocrinas y metabólicas cabe destacar la uremia, las crisis diabéticas, las crisis addisonianas, la porfiria intermitente aguda, la

hiperlipoproteinemia aguda y la fiebre mediterránea hereditaria. Entre los trastornos hematológicos cabe destacar las crisis drepanocíticas, la leucemia aguda y otras discrasias sanguíneas. Entre las toxinas y los fármacos que pueden causar un abdomen agudo destacan las intoxicaciones por plomo y otros metales pesados, el síndrome de abstinencia de narcóticos y las picaduras por viuda negra. Es importante tener presente estas posibilidades a la hora de evaluar a un paciente con dolor abdominal agudo (1).

La práctica médica obliga a diferenciar si un dolor abdominal agudo requiere estudios complementarios y cuáles precisan técnicas de imagen especializada, para valorar si es un proceso quirúrgico o médico (3). Debido al posible carácter quirúrgico del abdomen agudo, es necesario realizar una evaluación inmediata. La evaluación procede en el orden habitual: anamnesis, exploración física, pruebas de laboratorio y pruebas de imagen. Aunque estas últimas han mejorado la exactitud a la hora de establecer el diagnóstico correcto, las partes más importantes de la evaluación siguen siendo una anamnesis completa y una exploración física minuciosa. Aunque suelen ser una parte necesaria de la evaluación, las pruebas de laboratorio y de imagen dependen de los datos de la anamnesis y la exploración física (1).

a) Anatomía y fisiopatología

Podemos clasificar el dolor abdominal como visceral o parietal. El dolor visceral suele ser vago y poco localizado en el epigastrio, la región peri umbilical o el hipogastrio, dependiendo de que se originen en el intestino primitivo anterior, medio o posterior. Suele producirse por la distensión de una víscera hueca (1). El estímulo se transmite a través de las fibras C que forman parte de los nervios esplácnicos. Éstos transmiten impulsos de conducción lenta que dan lugar a un dolor mal delimitado, de comienzo gradual e intensidad creciente, denominado protopático. Así es el dolor referido por el paciente en el epigastrio, durante las fases iniciales de un cuadro apendicular. La cualidad del dolor es variable y oscila entre un urente hasta un dolor

manifiestamente cólico. Es un tipo de dolor que frecuentemente se asocia a síntomas vegetativos: inquietud, sudoración, palidez, náuseas y vómitos (10).

El dolor referido es aquel que se percibe en una zona alejada de la fuente del estímulo. Por ejemplo la irritación del diafragma puede provocar dolor en el hombro (1). Aparece cuando el estímulo visceral es más intenso o bien el umbral del dolor está disminuido. Su origen puede explicarse por la teoría de la convergencia-proyección. Así, las fibras que conducen los estímulos viscerales convergen en el asta posterior de la médula junto con las fibras que conducen los estímulos somáticos (p. ej: procedentes de la piel). Debido a que la densidad de estos últimos es muy superior y a que los impulsos procedentes de la piel son mucho más frecuentes, cuando un impulso de origen visceral es más intenso o el umbral del dolor está disminuido, las neuronas del asta posterior medular localizan erróneamente la procedencia del estímulo, situándolo en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular (10).

El dolor parietal corresponde con las raíces nerviosas segmentarias que inervan el peritoneo y suele ser más marcado y localizado (1). Aparece en casos de peritonitis. En este caso el impulso álgido se transmite a través de fibras mielínicas, que se hallan integradas en los nervios somáticos o cerebrospinales. Son de conducción rápida, poseen pequeños campos de recepción y producen un impulso álgido y bien localizado. En definitiva, son responsables del denominado dolor epicrítico, como el que se describe en el punto de McBurney en un caso de apendicitis aguda avanzada. Este tipo de dolor se localiza exactamente en la zona estimulada, agravándose con la tos, la deambulación y la palpación de la zona afectada. En todos estos casos es característica la presencia de hiperalgesia y defensa muscular (10).

La apendicitis aguda representa, probablemente, el ejemplo más representativo para ilustrar los tres tipos de dolor descrito, según la fase evolutiva de la enfermedad. En una etapa inicial, la distensión brusca del apéndice provocada por la oclusión del segmento proximal conduce a la aparición de un dolor visceral verdadero, localizado en la línea media superior

del abdomen. En una fase ulterior, la inflamación de la mucosa disminuye el umbral de percepción justificando la aparición de un dolor referido a la fosa ilíaca derecha. Finalmente la extensión del proceso inflamatorio al peritoneo determina la aparición de un dolor epicrítico, de mayor intensidad, localizado exactamente en la zona estimulada, junto con un área de hiperestesia cutánea y de defensa abdominal (10). Es muy importante determinar si el dolor es visceral, parietal o referido; normalmente, es posible establecer esta distinción basándose en una anamnesis minuciosa.

La entrada de bacterias o sustancias químicas irritantes en la cavidad peritoneo responde a la inflamación con un aumento del flujo sanguíneo, un incremento de la permeabilidad y la formación de un exudado fibrinoso en su superficie (1). El intestino puede experimentar también una parálisis local o generalizada. La superficie fibrinosa y la disminución de los movimientos intestinales pueden causar la formación de adherencias entre el intestino y el epiplón o la pared abdominal, favoreciendo la localización de la inflamación. Debido a ello, un absceso puede producir un dolor muy localizado con unos ruidos intestinales y una función gastrointestinal normales, mientras que un proceso difuso (como una úlcera duodenal perforada) produce un dolor abdominal generalizado con un abdomen tranquilo. La peritonitis puede afectar a toda la cavidad abdominal o solo a una parte del peritoneo visceral o parietal (1).

La peritonitis es una inflamación peritoneal por cualquier causa. Suele identificarse durante la exploración física por una sensibilidad marcada a la palpación, con o sin sensibilidad de rebote, y una reacción de defensa muscular. La peritonitis suele ser secundaria a una noxa inflamatoria, en la mayoría de los casos a una infección por microorganismos entéricos gramnegativos o anaerobios. También puede deberse a una inflamación no infecciosa, siendo uno de los ejemplos más frecuentes la pancreatitis. La peritonitis primaria es más frecuente en los niños y se debe en la mayoría de los casos a una infección por *Pneumococcus* o *Streptococcus* hemolíticos. Los adultos con nefropatía terminal que se someten a diálisis peritoneal pueden desarrollar infecciones en su líquido peritoneal, siendo los microorganismos

más frecuentes los cocos grampositivos. Los adultos con ascitis y cirrosis pueden desarrollar peritonitis primaria; en estos casos, los microorganismos causantes suelen ser *Escherichia coli* y *Klebsiella* (1).

b) Antecedentes y anamnesis

Es muy importante obtener una anamnesis detallada y organizada para poder formular un diagnóstico diferencial exacto y planificar el tratamiento posterior. Los últimos avances en las técnicas de imagen no pueden reemplazar y nunca reemplazarán la necesidad de que un facultativo experimentado explore al paciente. La anamnesis debe centrarse no solo en el estudio del dolor, sino también en los problemas procedentes y los síntomas asociados (1). El conocimiento de los antecedentes clínicos del paciente aporta valiosa información para orientar el diagnóstico. Especial relevancia tiene la edad del enfermo. Así, la probabilidad de que el abdomen agudo obedezca a una causa grave (rotura de aneurisma de aorta abdominal, isquemia mesentérica, infarto agudo de miocardio) es netamente superior en el anciano. Por otro lado, la expresividad clínica de determinadas enfermedades, –como la colecistitis aguda–, puede ser diferente en edades avanzadas, donde el dolor abdominal a menudo es un síntoma menor o incluso inexistente; (10). La presencia de factores de riesgo cardiovascular (p. ej: arterioesclerosis), arritmias cardíacas o un estado de hipercoagulabilidad debe siempre despertar la sospecha de un cuadro de isquemia intestinal, en cualquiera de sus modalidades clínicas. El antecedente de una laparotomía previa es importante, dado que la presencia de bridas intraperitoneales constituye la causa más frecuente de oclusión del intestino delgado, particularmente cuando la intervención se realizó sobre el apéndice o el colon pélvico (10).es ahí donde está la importancia de los antecedentes médico-quirúrgicos. Siempre que sea posible se deben realizar preguntas de respuesta abierta, estructurándolas para poder averiguar el momento de comienzo, las características, la localización, la duración, la posible irradiación y la cronología del dolor que experimenta el paciente. Resulta muy tentador hacer preguntas tales como ¿el

dolor es agudo? o ¿empeora al comer? Estas preguntas concretas de respuesta afirmativa o negativa pueden acelerar el proceso de la anamnesis, ya que no permiten al paciente contar lo que le pasa, pero nos arriesgamos a pasar por alto detalles fundamentales y posiblemente a obtener respuestas sesgadas. Es mucho mejor plantear preguntas tales como ¿qué opina de su dolor? o ¿hay algo que alivie o acentúe el dolor? a menudo, se puede obtener información adicional observando cómo describe el paciente el dolor que está experimentando (1). La identificación del dolor con un dedo nos indica a menudo un dolor que es mucho más localizado y característico de inervación parietal o inflamación peritoneal, a diferencia de las molestias vagas que se indican con la palma de la mano, que habitualmente son más características del dolor visceral de los procesos intestinales o de órganos macizos (1). Entonces podemos decir que Los parámetros considerados como guías para llegar al diagnóstico definitivo de "Abdomen Agudo Quirúrgico son: dolor, anorexia, náuseas y vómitos, fiebre, estreñimiento, diarreas, signos de rebote, hipersensibilidad, shock. Enfatizando en el DOLOR que es la piedra angular para llegar al diagnóstico (16).

c) Exploración física

La exploración física comienza siempre con una inspección general del paciente, y continúa con la inspección del propio abdomen. El dolor de los pacientes con irritación peritoneal se acentúa con cualquier actividad que movilice o distienda el peritoneo. Generalmente en la evaluación mantienen flexionadas las rodillas y las caderas para reducir la tensión sobre la pared abdominal anterior (1).

La inspección del abdomen resulta esencial para identificar la presencia de hernias y cicatrices quirúrgicas, a menudo implicadas en la patogénesis de la oclusión mecánica del intestino (10).

La auscultación puede aportar información muy útil sobre el tubo digestivo y el sistema vascular. Normalmente, se evalúan la cantidad y la calidad de los ruidos intestinales. Un abdomen tranquilo es indicio de íleo paralítico, mientras

que en la enteritis y la isquemia intestinal precoz se perciben unos ruidos intestinales hiperactivos. También hay que considerar el tono y el patrón de estos ruidos. La obstrucción mecánica del intestino se caracteriza por unos ruidos tintineantes de tono elevado que suelen aparecer en descargas y se asocian al dolor (1).

La palpación del abdomen debe realizarse con especial cuidado, comenzando por el punto más alejado de la zona problema con el fin de no provocar una contractura abdominal que dificulte la palpación de otras áreas. La mayoría de los médicos han sido instruidos para identificar algunos signos como señales evidentes de irritación peritoneal (dolor intenso tras la descompresión brusca del abdomen, hipersensibilidad desencadenada por la tos o los movimientos bruscos del mismo, contractura abdominal y dolor significativo al percutir el área comprometida) (10).

Siendo una de las conclusiones del estudio realizado en la “Universidad Ricardo Palma”, Facultad de medicina Humana: *“Los signos que indican cirugía de urgencia son: rebote, hipersensibilidad, rigidez”* (16).

2.2. Complicaciones

Las complicaciones intrahospitalarias pueden ser infecciosas y no infecciosas. Las complicaciones infecciosas es todo proceso infeccioso local o sistémico ocurrido durante la hospitalización y sin la evidencia de tener la infección en el momento del ingreso; y pueden ser quirúrgicas: infección de herida operatoria, hemorragia, hematoma, dehiscencia de la herida operatoria; eventración, abscesos, bilirragia, sepsis, escaras y no quirúrgicas: neumonía, infección de vías respiratorias, infección del tracto urinario, flebitis, gastroenterocolitis, dermatitis (14).

La complicación no infecciosa es todo proceso mórbido ocurrido desde el ingreso hasta el egreso del paciente, como resultado de la atención de este, y puede ser: fistula post-quirúrgica, hemorragia interna post-operatoria, bilirragia, hematoma post-quirúrgica, biliperitoneo, evisceración, íleo paralítico, pancreatitis necrótico-hemorrágica, etc. (14).

Las complicaciones postoperatorias contribuyen a prolongación de la estancia hospitalaria y alteran las condiciones de alta en otras palabras aumentan la mortalidad principalmente en pacientes ancianos como podemos observar en estos dos estudios: ” *Se han encontrado que los ancianos con esta patología (abdomen agudo quirúrgico) tienen no sólo una mayor necesidad de cirugía de urgencias, ser ingresados a la unidad de cuidado intensivo y requerir ventilación mecánica, sino también de una más prolongada estancia hospitalaria, mortalidad global y quirúrgica, lo cual indiscutiblemente representa un mayor costo para la atención en salud de estas personas.*”(18).

“*Se demostró, que la mortalidad es significativamente mayor en los ancianos con respecto a los jóvenes, así también el número de las patologías asociadas es un factor de riesgo para que presente complicaciones y, dada la fragilidad de su homeostasis, su tiempo de estancia intrahospitalaria se prolonga al doble*”.(19).

2.3. Oportunidad quirúrgica

El concepto de “oportunidad quirúrgica” es bastante heterogéneo; si bien el tiempo de espera para la intervención quirúrgica es un indicador de la respuesta de los servicios de salud, que expresa la capacidad para proporcionar asistencia sanitaria correcta en el tiempo adecuado (4), los tiempos pueden variar según el cuadro quirúrgico y la complejidad del establecimiento.

Se puede afirmar entonces que una intervención quirúrgica se realiza en el momento oportuno cuando el tiempo que separa el diagnóstico y la intervención es el más corto posible en el que se cumplen con los procesos previos de evaluación del paciente, como son su estabilización, solicitud de exámenes preoperatorios y preparación de la zona operatoria (5).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local y nacional

3.1. **Autor:** Céspedes Rojas Carlos Humberto

Título: Influencia de la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur, Arequipa, EsSalud, 1999

Fuente: Tesis para optar el grado académico de “Magíster en Salud Pública”. Escuela de postgrado, Universidad Católica de Santa María, 2000.

Resumen: Se revisó 235 historia de pacientes operados cuyos datos se depositaron en una ficha clínica, luego en Excel y en Linear Regresion Analysis, encontrándose: que el policlínico de Yanahuara transfirió 73 (31.06%) pacientes, Metropolitano 60 (25.53%) pacientes, Edmundo Escomel 54 (22.98%) pacientes, y de otros policlínicos (Melitón Salas y policlínicos fuera de la ciudad de Arequipa que pertenecen a la Red Asistencial del Hospital Nacional del Sur ESSALUD) 48 (20.43%).

La mayoría de los pacientes 131 (55.78%) se encuentra entre 21 y 60 años, o sea en edad reproductiva, correspondiendo al sexo femenino 122 (52%) y al sexo masculino 113 (48%).

Permanecieron en el policlínico antes de ser referidos 0 y 6 horas 136(57.87%) pacientes, considerando como tiempo Bueno de permanencia en policlínico y 99 (42.13%) pacientes, considerando como un retraso para el tratamiento quirúrgico oportuno de estos pacientes. Los policlínicos que están fuera de la ciudad son los que más se demoran en referir a los pacientes quirúrgicos.

Existe 12.40% de pacientes que son transferidos a otros servicios por falta de diagnóstico. Promedio de enfermedad antes de ser operado fue 62.6 horas.

Los diagnósticos de referencia fueron apendicitis aguda (34.89%) pacientes, colecistitis aguda (21.28%) pacientes, obstrucción intestinal (7.23%), abdomen agudo quirúrgico (6.8%) y otros (27.55%). No habiendo correlación entre el diagnostico de referencia y el postoperatorio entre (15.2%) pacientes.

El promedio de permanencia en el hospital antes de ser operados fue 18.2 horas.

Las complicaciones postoperatorias se presentaron en (55.32%) pacientes de los cuales 37.69% fueron complicaciones quirúrgicas, 35.39% complicaciones no quirúrgicas, y 26.96% presentaron ambas complicaciones.

Las complicaciones quirúrgicas más frecuente fueron: infección de herida operatoria 58.32% pacientes, hemorragia interna 11.90%, obstrucción intestinal 5.95%, evisceración y peritonitis con 4.76% cada una.

Las complicaciones no quirúrgicas más frecuentes fueron del aparato respiratorio en 35.18% pacientes, sepsis e infección del tracto urinario en 9.26% y otros.

La tasa de Mortalidad fue (6) 2.55% de los cuales 4 (75%) pacientes fueron transferidos después de 24 horas.

Se observó que existe una relación directa entre el tiempo de permanencia en policlínico y número de pacientes con complicaciones postoperatorias.

Permanecieron hospitalizados de 0 a 6 días (54.04%) de pacientes considerando como un tiempo Normal y más de 6 días 45.96% de pacientes considerando como un tiempo de hospitalización Prolongado.

Existe una relación directa entre el tiempo de permanencia en policlínico y promedio de estancia hospitalaria, así los que permanecieron en policlínico de 0 a 2 horas estuvieron hospitalizados 7.14 días en promedio; de 2 a 6 horas estuvieron hospitalizados 8.24 días; de 6 a 24 horas estuvieron hospitalizados 9.44 días y más de 24 horas 14.68 días y aplicando Linear Regression Analysis demuestra que p es menor que 0.01 y existe una relación directa estadísticamente significativa entre las variables al 99% grado de confiabilidad.

Se concluye que existe una relación directa entre la oportunidad quirúrgica y el postoperatorio, debiéndose estudiar otros factores como tiempo de permanencia en el hospital previo al acto quirúrgico

A nivel internacional

3.2. **Autor:** Oría A, Alvarez J, Frider B, Chiappetta L, Ahumada T y cols.

Título: Oportunidad quirúrgica en la colecistitis aguda

Fuente: Rev. argent. cir, 1988;55(1/2):16-23.

Resumen: Entre enero de 1986 y octubre de 1987, 124 enfermos con colecistitis aguda fueron incluidos en un estudio prospectivo con el propósito de diseñar un algoritmo para uso de un hospital general de agudos. En 13 de ellos la ecografía al ingreso demostró imágenes compatibles con colecistitis necrótica y todos fueron operados de urgencia, confirmándose el diagnóstico en 12. A los restantes 111 se los trató médicamente durante 12 a 24 horas y luego de reevaluarlos se los dividió en 3 grupos: 1) 5 enfermos que se habían agravado fueron operados de urgencia; 2) 46 que habían mejorado fueron tratados médicamente y 3) 60 que no habían mejorado ni empeorado fueron sorteados para cirugía inmediata (n =28) o tratamiento médico (n = 32). No hubo mortalidad en toda la serie. Se efectuó colecistectomía a todos los enfermos operados de urgencia, pero en sólo el 40% se realizó colangiografía operatoria. La ecografía en el diagnóstico de la colecistitis necrótica tuvo una sensibilidad del 70% y una especificidad del 98%. Se concluye que la cirugía inmediata es imprescindible cuando existen evidencias ecográficas de necrosis vesicular.

4. OBJETIVOS.

4.1. General

Conocer la oportunidad quirúrgica y la evolución post-operatoria en relación a pacientes con abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

4.2. Específicos

- 1) Describir las características epidemiológicas de los pacientes intervenidos por abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2015.
- 2) Conocer la oportunidad quirúrgica del abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa, 2015?
- 3) Describir la evolución y complicaciones de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en su post-operatorio en el Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa, 2015
- 4) Determinar la estancia hospitalaria en pacientes con abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015
- 5) Determinar si existe relación entre oportunidad quirúrgica y la estancia hospitalaria en pacientes con abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015
- 6) Determinar si existe relación entre oportunidad quirúrgica y complicaciones post-operatorias del abdomen agudo no traumático en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015

5. Hipótesis

Dado que existen complicaciones post operatorias es probable que exista una relación directa con la oportunidad quirúrgica en pacientes con abdomen agudo quirúrgico no traumático.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la observación documental.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. M.I.N.S.A.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio de los pacientes se realizará en forma histórica en el periodo comprendido entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre del 2015.

2.3. **Unidades de estudio:** Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo no traumático en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2015.

2.4. **Población:** El universo fue de 968 pacientes con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico que ingresaron al HRHDE, se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas conocidas:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z\alpha^2} + p \cdot q}$$

Dónde:

N = tamaño de la población = 968 pacientes

n = tamaño de la muestra

Z α = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de intervenciones oportunas = 0.35

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 257,08 \approx 257 casos

Con un margen de error del 5% obteniendo de 257 casos (historias clínicas), que se tomaron aleatoriamente de los registros de historias clínicas del año 2015.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes desde los 15 años de edad
- De ambos sexos
- Diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico no traumático.
- Intervenido en el servicio de Cirugía del H.R.H.D.E.

- **Criterios de Exclusión**

- Historias clínicas incompletas.
- Pacientes con abdomen agudo quirúrgico y con comorbilidades que alteren su evolución postoperatoria.
- Pacientes con abdomen agudo traumático.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitará el permiso con la Dirección del Hospital, la jefatura del servicio de Cirugía, con Estadística y archivos para obtener la autorización para acceder a las historias clínicas.

Se revisarán las historias clínicas de pacientes operados por abdomen agudo quirúrgico no traumático que cumplan los criterios de selección. Las variables de interés serán recogidas en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación del instrumento por tratarse de una ficha de recolección de datos; ya que no calificamos, ni evaluamos la validez de las acciones que lleve a cabo un sujeto; el instrumento de este estudio es únicamente para recopilación de datos.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleara estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La relación de variables numéricas se determinó con correlación de Pearson, y la asociación de variables categóricas con prueba chi cuadrado, considerando significativa una diferencia de $p < 0,05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Dic 15				Ene 16				Feb 16			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica			■	■								
3. Aprobación del proyecto					■	■						
4. Ejecución							■	■				
5. Análisis e interpretación									■	■		
6. Informe final											■	■

Fecha de inicio: 01 de Diciembre 2015

Fecha probable de término: 28 de Febrero 2016

