



Esta obra está bajo una
[Licencia Creative Commons
Atribución - 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)
Vea una copia de esta licencia en
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>





FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital II-1 Moyobamba, 2023

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Diana Carolina Lizana Becerra
<https://orcid.org/0009-0000-2441-4257>

Asesor:

Méd. Raúl Pablo Alegre Garayar
<https://orcid.org/0000-0002-6406-4199>

Coasesor:

Méd. Alejandra Karin Bacilio Cardozo
<https://orcid.org/0009-0001-8168-3653>

Tarapoto, Perú

2025



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital II-1 Moyobamba, 2023

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Diana Carolina Lizana Becerra

Sustentado y aprobado el 10 de marzo del 2025, por los siguientes jurados:

Presidente de Jurado
Méd. Esp. Manuel Isaac Pérez
Kuga

Secretario de Jurado
Blgo.Mblgo. M.Sc. Heriberto
Arévalo Ramírez

Vocal de Jurado
Méd. Fredy Huamán Hidalgo

Tarapoto, Perú

2025



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ACTA DE SUSTENTACIÓN

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano
Modalidad Tesis

En los ambientes de la Sala de Exposiciones Pabellón "A" de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín Tarapoto - Ciudad Universitaria, siendo las ...18:15... horas, del día lunes 10 de marzo del año dos mil veinticinco se reunieron el Jurado Evaluador de Tesis en mérito a la **Resolución Decanal N° 021-2025-UNSM-FMH/D** de fecha **03-03-2025**, integrado por los señores docentes:

Méd. Esp. Manuel Isaac Pérez Kuga	:	Presidente
Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez	:	Secretario
Méd. Fredy Huamán Hidalgo	:	Vocal

Para evaluar el Informe de Tesis titulado: **Características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital II-1 Moyobamba 2023**, presentado por la Bachiller en Medicina Humana, **DIANA CAROLINA LIZANA BECERRA**, asesorado por el **Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar** y la coasesoria **Méd. Alejandra Karin Bacilio Cardozo**; para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.

Visto y escuchada la sustentación de tesis y las respuestas a las preguntas formuladas y teniendo en cuenta los méritos al referido trabajo de investigación, así como el conocimiento demostrado por la sustentante el Jurado en pleno lo declara **...Aprobada...** con el calificativo de **...Buena...** con la nota de **...Dieciséis (16)**.

Siendo las **...19:15...** horas del día 10 de marzo del 2025, el Presidente de Jurado dá por finalizado el acto de sustentación. En consecuencia, queda en condición de realizar los trámites para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.


Méd. Esp. Manuel Isaac Pérez Kuga
PRESIDENTE


Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez
SECRETARIO


Méd. Fredy Huamán Hidalgo
VOCAL

Constancia de asesoramiento

Quien suscribe el presente documento,

HACE CONSTAR:

Que, habiendo acompañado en la elaboración del proyecto de tesis titulado: **Características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital II-1 Moyobamba, 2023.**

Elaborado por el tesista, Bach. en Méd. Humana: **Diana Carolina Lizana Becerra**

Por lo tanto, doy luz verde a los trámites pertinentes, adhiero a este documento como prueba y rubrico.

Tarapoto, 10 de marzo del 2025.


Asesor
Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre
Garayar


Coasesor
Méd. Alejandra Karin Bacilio
Cardozo

Declaratoria de autenticidad

Diana Carolina Lizana Becerra, con DNI N° 71583738, egresado de la Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín, autor de la tesis titulada: **Características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital II-1 Moyobamba, 2023.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis que presento es el fruto de mi labor y pertenece únicamente al investigador.
2. Las citas y las referencias de todas las fuentes bibliográficas han sido examinadas con meticulosidad durante la elaboración de esta investigación.
3. En ningún momento he recurrido al plagio en la creación de esta tesis.
4. Los datos que se ofrecen son exactos y no han sido modificados ni tomados de fuentes ajenas. Por ende, cada dato proporcionado en esta investigación debe ser visto como una aportación genuina a la realidad en cuestión.

En virtud de lo mencionado anteriormente, asumo total responsabilidad por mis actos y me comprometo a honrar todas las normativas nacionales y las leyes actuales en la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 10 de marzo del 2025.


Diana Carolina Lizana Becerra
DNI N° 71583738



Ficha de identificación

<p>Título Característica epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el hospital II-1 Moyobamba, 2023.</p>	<p>Área de investigación: Ciencias de la salud Línea de investigación: Enfermedades no transmisibles Sublínea de investigación: Cirugía Grupo de investigación: (indicar Resolución) Tipo de investigación: Básica <input checked="" type="checkbox"/>, Aplicada <input type="checkbox"/>, Desarrollo experimental <input type="checkbox"/></p>
<p>Autor: Diana Carolina Lizana Becerra</p>	<p>Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana https://orcid.org/0009-0000-2441-4257</p>
<p>Asesor: Raúl Pablo Alegre Garayar</p>	<p>Dependencia local de soporte: Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana Unidad o Laboratorio Medicina Humana https://orcid.org/0000-0002-6406-4199</p>
<p>Coasesor: Alejandra Karin Bacilio Cardozo</p>	<p>Contraparte científica: Facultad o Institución: Hospital II-1 Moyobamba Unidad o Laboratorio: Hospital II-1 Moyobamba País: Perú https://orcid.org/0009-0001-8168-3653</p>

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis queridos padres Modesto Lizana y Olga Becerra, por creer en mí y por haber sido mi soporte en todo este largo camino, de igual forma a mis hermanos, y en especial a mi amigo Maycol Rengifo, por confiar en mí y ser mi apoyo incondicional, aún desde el cielo; gracias a todos a ellos soy lo que soy y por/para ellos es este logro.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios, por darme la vida, la salud, la compañía, la fortaleza necesaria y por su sabiduría. Gracias a su cuidado y su amor incondicional pude seguir perseverando con mis metas.

Agradezco a mis padres Modesto y Olga, porque me han enseñado a perseverar hasta alcanzar mis objetivos. A mis hermanos por su apoyo incondicional y confiar en mi.

A mis amigos más cercanos por incentivar me a seguir adelante y de forma particular a mi amiga Méd. Cinthya Palomino por su apoyo constante y por alentarme siempre a ser mejor cada día.

Agradezco también a mi asesor Méd. Pablo Alegre y coasesor Méd. Alejandra Bacilio, ambos por guiarme y por sus conocimientos en la investigación que permitieron concluir con este trabajo.

Finalmente, agradezco al Hospital MINSA II-1 Moyobamba por abrirme sus puertas para la ejecución de este trabajo.

Índice general

Ficha de identificación.....	6
Dedicatoria.....	7
Agradecimientos	8
Índice general.....	9
Índice de tablas	11
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN	14
1.1. Marco general del problema	14
1.2. Formulación del problema de investigación	16
1.3. Hipótesis de investigación.....	16
1.4. Objetivos	17
1.4.1 Objetivo general	17
1.4.2 Objetivos específicos.....	17
1.5. Justificación de la investigación	17
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.2. Fundamentos teóricos.....	22
2.3. Definición de términos básicos.....	30
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS	31
3.1. Ámbito y condiciones de la investigación	31
3.1.1 Contexto de la investigación.....	31
3.1.2 Periodo de ejecución	31
3.1.3 Autorizaciones y permisos.....	31
3.1.4 Control ambiental y protocolos de bioseguridad	31
3.1.5 Aplicación de principios éticos internacionales	31
3.2. Sistema de variables.....	32
3.2.1 Variable principales	32
3.2.2 Variables secundarias	32

	10
3.2.3 Descripción de variables por objetivos específicos.....	32
3.3 Diseño de la investigación	34
3.3.1. Tipo y nivel de la investigación	34
3.3.2. Población y muestra	35
3.3.3 Diseño analítico, muestral y experimental	36
3.3.4 Instrumento.....	37
3.4 Procedimientos de la investigación	37
3.4.1. Actividades del objetivo específico 1	37
3.4.2. Actividades del objetivo específico 2	38
3.4.3. Actividades del objetivo específico 3	38
3.4.4. Actividades del objetivo específico 4	38
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
4.1 Resultado específico N°1	39
4.2 Resultado específico N°2.....	40
4.3 Resultado específico N°3.....	43
4.4 Resultado específico N°4.....	46
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	57

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Descripción de variables por objetivos</i>	32
Tabla 2 <i>Sexo de los pacientes (n=130)</i>	39
Tabla 3 <i>Edad de los pacientes (n=130)</i>	39
Tabla 4 <i>Procedencia de los pacientes (n=130)</i>	40
Tabla 5 <i>Tiempo de enfermedad - Horas</i>	40
Tabla 6 <i>ASA clasificación (n=130)</i>	41
Tabla 7 <i>Comorbilidad (n=130)</i>	41
Tabla 8 <i>Diagnóstico preoperatorio (n=130)</i>	42
Tabla 9 <i>Imágenes para el diagnóstico (n=130)</i>	43
Tabla 10 <i>Tiempo operatorio (n=130)</i>	43
Tabla 11 <i>Cirugía realizada (n=130)</i>	44
Tabla 12 <i>Muerte intraoperatoria (n=130)</i>	44
Tabla 13 <i>Tipo de incisión (n=130)</i>	45
Tabla 14 <i>Resección intestinal (n=130)</i>	45
Tabla 15 <i>Ostoma (n=130)</i>	45
Tabla 16 <i>Uso de dren (n=130)</i>	45
Tabla 17 <i>Tipo de DREN (n=130)</i>	46
Tabla 18 <i>Complicaciones (n=130)</i>	46
Tabla 19 <i>Muerte postoperatoria (n=130)</i>	47
Tabla 20 <i>Estancia hospitalaria (n=130)</i>	47
Tabla 21 <i>Diagnóstico postoperatorio (n=130)</i>	48

RESUMEN

Características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

Este estudio tiene como objetivo proporcionar una perspectiva más completa sobre los problemas quirúrgicos de emergencia abdominal más comunes, enfocándose en las características epidemiológicas, resultados preoperatorios y postoperatorios de los pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II-1 Moyobamba durante 2023. El propósito es generar datos relevantes que contribuyan a mejorar la atención quirúrgica en emergencias a nivel nacional. **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, diseño observacional y transversal. La muestra está conformada por 130 pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II-1 Moyobamba, durante el año 2023, y que cumplen con criterios de inclusión y exclusión ya establecidos. Una vez obtenidos los datos, se ingresó en Microsoft Excel para proceder con su depuración y tabulación. Luego, se exportó al software estadístico SPSS V24 para realizar los análisis inferenciales correspondientes. Por último, se mostró en forma de tablas. **Resultados:** La distribución de los pacientes por sexo muestra un 50% de hombres y un 50% de mujeres. La mayoría provienen de zonas urbanas (66,9%). El grupo de edad más afectado es el de adultos entre 30 y 59 años (59,2%). El 33,8 %, buscó atención médica el primer día de inicio de los síntomas. La clasificación ASA II (48,5%) predominó. Los diagnósticos preoperatorios comunes fueron la apendicitis aguda (71,6%), seguida de colecistitis (6,9 %) y hernias abdominopélvicas con o sin obstrucción (10,1%). Como ayuda diagnóstica de imagen más empleado empleó fue la ecografía (86,9 %). La gran parte de las intervenciones (51,5 %) fueron de corta duración, siendo comúnmente con un 56,2% las apendicectomías convencionales. **Conclusión:** La apendicitis aguda fue la patología más frecuente confirmada (73,7%), la mayoría de los pacientes (80,8%) no presentó comorbilidades. Las complicaciones postoperatorias fueron bajas, siendo frecuente la peritonitis (11,5%), y con un 1,5% los casos tanto de abscesos, obstrucción intestinal y el ingreso a UCI. No se registraron muertes. De los intervenidos, el 76,9% fueron dados de alta en menos de 4 días.

Palabras clave: Cirugía abdominal, características epidemiológicas, emergencia quirúrgica, complicaciones postoperatorias.

ABSTRACT

Epidemiological and surgical characteristics in adults undergoing emergency abdominal surgery at the Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

This study aims to provide a more comprehensive perspective on the most common abdominal emergency surgical problems, focusing on the epidemiological characteristics, preoperative and postoperative outcomes of patients undergoing emergency abdominal surgery at the MINSA II-1 Moyobamba Hospital during 2023. The purpose is to generate relevant data that will contribute to improve emergency surgical care at the national level. **Objective:** To determine the epidemiological and surgical characteristics of adults undergoing emergency abdominal surgery at the Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023. **Materials and methods:** Descriptive study, observational and cross-sectional design. The sample consisted of 130 patients who underwent emergency abdominal surgery at the Hospital MINSA II-1 Moyobamba, during the year 2023, and who met the inclusion and exclusion criteria already established. Once the data were obtained, they were entered into Microsoft Excel to proceed with their depuration and tabulation. Then, it was exported to SPSS V24 statistical software to perform the corresponding inferential analyses. Finally, it was displayed in tabular form. **Results:** The distribution of patients by sex shows 50% men and 50% women. The majority come from urban areas (66.9%). The most affected age group is adults between 30 and 59 years old (59.2%). Thirty-three point eight percent sought medical attention on the first day of symptom onset. ASA II classification (48.5%) predominated. Common preoperative diagnoses were acute appendicitis (71.6%), followed by cholecystitis (6.9%) and abdominopelvic hernias with or without obstruction (10.1%). The most commonly used diagnostic imaging aid was ultrasound (86.9 %). Most of the interventions (51.5 %) were of short duration, with conventional appendectomies being the most common (56.2 %). **Conclusion:** Acute appendicitis was the most frequent pathology confirmed (73.7%), most of the patients (80.8%) did not present comorbidities. Postoperative complications were low, with peritonitis being frequent (11.5%), and with 1.5% cases of abscesses, intestinal obstruction and admission to the ICU. No deaths were recorded. Of those who underwent surgery, 76.9% were discharged in less than 4 days.

Key words: abdominal surgery, epidemiological characteristics, surgical emergency, postoperative complications.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco general del problema

La cirugía abdominal de emergencia conlleva una serie de aspectos médicos, estadísticos y económicos asociados a la necesidad de intervención quirúrgica en situaciones de emergencia que afecten a la zona abdominal. Debe tenerse en cuenta que este tipo de operación se realiza en circunstancias críticas en las que existe una amenaza inminente para la vida del paciente debido a una afección médica que requiere una intervención quirúrgica inmediata. Estas condiciones pueden ser, entre otras, apendicitis aguda, perforaciones intestinales, obstrucciones intestinales o hemorragias abdominales.

Tal es el caso del siguiente estudio que realizó una revisión sistemática y un metaanálisis de las emergencias quirúrgicas abdominales en adultos, en África subsahariana, con el fin de estimar su prevalencia y tasa de mortalidad. Se incluyeron datos de 78 estudios. Encontrando que la cirugía abdominal de emergencia más prevalente es la apendicitis: 30,0%, seguida de la obstrucción intestinal: 28,6%; y en menor porcentaje se incluye la peritonitis, hernias estranguladas y traumatismo abdominal. Además, se encontró una alta tasa de mortalidad de 7,4%, una morbilidad postoperatoria global de 24,2%; e infección del sitio quirúrgico de 14,4% (1).

A pesar que este estudio reveló una prevalencia alta de mortalidad y complicaciones en las emergencias quirúrgicas abdominales, sugieren que se deberían desarrollar en el futuro estudios que se centren en investigar cuáles son los factores asociados que provocan estas cifras altas en este tipo de operaciones, así como en la comprensión de que estos factores pueden contribuir a la mejora de las medidas preventivas en los sistemas sanitarios y en la gestión de los pacientes, con el objetivo de reducir eficazmente la tasa global de muertes en estos pacientes (1).

De este modo, este estudio ofrece una visión crítica sobre el problema de las cirugías abdominales de emergencia en todo el mundo, centrada específicamente en la coyuntura africana y destacando la urgente necesidad de afrontar los retos de la asistencia quirúrgica de emergencia en esta región.

Por otro lado, en muchos casos, el diagnóstico preciso de la condición subyacente puede ser desafiante debido a la naturaleza aguda de la situación y a la presentación clínica variable. Una evaluación rápida y precisa del paciente es esencial para

establecer la naturaleza y el procedimiento de la intervención quirúrgica, lo que a su vez requiere una rápida movilización de los recursos, incluidos el personal médico, quirúrgico y de enfermería, así como el equipo y las instalaciones quirúrgicas adecuados. La disponibilidad de estos recursos puede variar según la ubicación geográfica, el tipo de institución médica y la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Así mismo, las cirugías abdominales de emergencia conllevan un mayor riesgo de complicaciones debido a la urgencia del procedimiento, la posible falta de preparación preoperatoria del paciente y la gravedad de la condición subyacente. Estas complicaciones pueden incluir infecciones, hemorragias, disfunción orgánica, con el riesgo consecuente de muerte del paciente. Después de la cirugía, el paciente también requiere cuidados postoperatorios intensivos y seguimiento para monitorear la recuperación, prevenir complicaciones y garantizar una transición segura de regreso a la salud plena.

Así sucede en el siguiente estudio transversal realizado en un hospital zonal consultor del norte de Tanzania. Se extrajeron muestras secuenciales de pacientes ingresados e intervenidos quirúrgicamente por cuadros abdominales agudos no traumáticos. El objetivo era describir el tiempo de espera preoperatorio, determinar las causas de los retrasos y analizar los resultados posteriores de estas intervenciones quirúrgicas. Participaron en el estudio 111 personas con una media de edad de 29 años. El tiempo medio de espera preoperatoria en el hospital fue de 10,5 horas, y la mayoría sufrió retrasos de más de 6 horas. Entre las causas más frecuentes de los retrasos quirúrgicos se encontraban la escasez del personal, la falta de disponibilidad de espacio en el quirófano y factores asociados al diagnóstico y al propio personal sanitario.(2)

El retraso en la llegada al hospital (síntomas ≥ 24 horas) y el tiempo prolongado de espera (>6 horas) se relacionaban de forma significativa con complicaciones intrahospitalarias, entre las que se incluían la dehiscencia de la herida, la reintervención, la infección del sitio quirúrgico y las complicaciones que precisaron ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Estos resultados demostraron que una gran proporción de pacientes con afecciones experimentaron retrasos en la intervención quirúrgica en el momento del ingreso hospitalario. En este sentido, estos retrasos tuvieron un efecto desfavorable en los resultados de los pacientes, ya que se halló que tanto el retraso en la llegada al hospital como el retraso en el ingreso hospitalario tenían un efecto perjudicial en los resultados de los pacientes (2).

La otra preocupación de este tipo de intervenciones quirúrgicas es que originan una importante sobrecarga económica para el sistema sanitario, el paciente y/o la familia, sobre todo si se requieren cuidados intensivos prolongados, rehabilitación o tratamiento de las complicaciones. En síntesis, la problemática de la cirugía abdominal de emergencia comprende desde la evaluación y diagnóstico oportunos hasta la intervención quirúrgica a tiempo, los cuidados postoperatorios y el control de los riesgos y costos asociados. La efectividad de la atención en estas cirugías depende de la capacidad del sistema sanitario para disponer de recursos de forma rápida y eficiente, así como de la habilidad del equipo médico para adoptar decisiones críticas en situaciones de emergencia.

En vista de lo anterior, nos damos cuenta de que la carga global de morbilidad asociada a la atención quirúrgica aún no está bien definida y de que las cifras existentes pueden ser artificialmente bajas. En este sentido, los esfuerzos quirúrgicos mundiales se han visto obstaculizados por la falta de datos que muestren la magnitud de la necesidad insatisfecha de intervención quirúrgica.(3) Precisamente en Perú, un país en vías de desarrollo, que busca alcanzar una cobertura adecuada de los servicios quirúrgicos, no se dispone de un sistema de información suficiente e ideal para medir el estado de la atención quirúrgica, así como de un registro epidemiológico oficial y exhaustivo de las patologías quirúrgicas.

Se han realizado múltiples estudios epidemiológicos locales-regionales, pero son individuales y no integrados para tener una visión nacional de la problemática de la atención quirúrgica. Por todo ello se plantea la necesidad de aportar a incrementar el conocimiento en esta línea de investigación, el presente estudio, no solo de la incidencia de los problemas quirúrgicos de emergencia más frecuentes, sino también de las características demográficas, resultados preoperatorios y postoperatorios a 30 días de los pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II-1 Moyobamba del año 2023.

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuáles son las características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023?

1.3. Hipótesis de investigación

Como no se afirma o niega, los aspectos epidemiológicos y quirúrgicos de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba,

2023, por lo que se considera un estudio de alcance descriptivo, siendo así la hipótesis implícita.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar las características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar las características epidemiológicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023; según sexo, edad y procedencia.
- Describir las características preoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.
- Describir las características intraoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.
- Describir las características postoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

1.5. Justificación de la investigación

La necesidad de conocer a fondo los factores epidemiológicos que influyen en la incidencia y las características de la cirugía abdominal de emergencia en la población adulta es el problema que se examina en esta investigación. Este tipo de estudio busca identificar aspectos demográficos, como edad y género, como también busca condiciones médicas subyacentes, que podrían afectar el riesgo de requerir una cirugía abdominal de emergencia. Además, se investigan los factores quirúrgicos, como el tipo de operación, las complicaciones postoperatorias y los resultados a corto y largo plazo, con el fin de mejorar la planificación y el tratamiento de estos pacientes en el ámbito clínico.

La importante carga de intervenciones quirúrgicas abdominales de emergencia en los sistemas sanitarios es la razón que subyace a la génesis de este reto de investigación. Estos procedimientos están relacionados con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, y a menudo requieren una toma de decisiones rápida y correcta por parte de los profesionales médicos. Es esencial comprender las características quirúrgicas y epidemiológicas únicas de los pacientes que reciben estas operaciones para maximizar

los recursos, mejorar los resultados clínicos y disminuir la demanda de servicios hospitalarios.

Así mismo, debido a la disponibilidad de bases de datos hospitalarias e historias clínicas que contienen información detallada sobre los pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia, la viabilidad de llevar a cabo esta investigación es alta. Además, existen protocolos estandarizados para la recopilación y el análisis de los datos quirúrgicos y epidemiológicos, lo que facilita la obtención de resultados precisos y fiables. Los avances en la metodología estadística y el apoyo institucional a la investigación médica permiten abordar con rigor los objetivos propuestos, lo que contribuye al acervo de conocimientos en el campo de la cirugía abdominal de emergencia en adultos.

Al conocer mejor los aspectos epidemiológicos y quirúrgicos de las intervenciones abdominales de emergencia en adultos, se pueden poner en práctica métodos más eficaces de prevención, detección precoz y tratamiento adecuado de estos problemas médicos urgentes. De este modo se mejora la calidad de vida de las personas afectadas y se reduce la carga financiera y administrativa que soportan los hospitales y el sistema sanitario en general. Además, al fomentar un tratamiento más eficaz y basado en la evidencia, esta investigación ayuda a la optimización de los recursos disponibles para la atención sanitaria, lo que beneficia a toda la comunidad al mejorar la seguridad de los pacientes y los resultados sanitarios en circunstancias de este tipo de intervenciones quirúrgicas abdominales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

Kandasami et al. (4), en el año 2020, publicaron un artículo científico, titulado "Cirugía general de emergencia en un hospital público de Malasia", un estudio tipo retrospectivo, en el que se revisaron las historias médicas de los procedimientos de cirugía general de este hospital a lo largo de 2017, así mismo se obtuvieron los aspectos sociodemográficos de los pacientes, el momento de la cirugía y los resultados, en el que 2.960 intervenciones de cirugía general que se realizaron, 1.720 (58,1%) fueron procedimientos de emergencia, encontrándose el grupo de etario más frecuente en los 37,9 años, con predominio del sexo masculino (57,5%) sobre el femenino (42,5%). También, se observaron dos o más comorbilidades en 300 (17,4%) casos de pacientes sometidos a este tipo de intervención. El hallazgo patológico más frecuente en las intervenciones de emergencia fue la apendicitis (43%), seguida de las infecciones de piel y partes blandas (31,6%), sin embargo, los trastornos de colon y recto fueron la tercera afección más común, representando el 6,7%. La mediana de la estancia hospitalaria para la cirugía de emergencia es significativamente mayor que para la cirugía electiva, $p < 0,01$; así como el ingreso en UCI del 4% frente al 1,2%, respectivamente. Sin embargo, la mortalidad a 30 días fue de 86 (5%) casos, mientras que no hubo mortalidad en la cirugía electiva.

Jiménez y García (5), el año 2021, realizaron en Cuba un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, sobre "Intervenciones quirúrgicas de urgencia en el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos" sobre una muestra de 196 intervenciones quirúrgicas de emergencia. Obtuvieron los siguientes resultados: con 116 procedimientos (59%), marzo fue el mes con mayor número de intervenciones. Los pacientes varones constituyeron la mayoría del total, con 103 casos (52,55%). La proporción entre hombres y mujeres fue de 1:0,9, lo que significa que nueve mujeres fueron intervenidas de urgencia por cada diez hombres operados. Entre los pacientes, el grupo de edad de 18 a 35 años constituía el 30,10%, con 59 casos. La apendicitis aguda representó la mayoría de las entidades nosológicas con 49 casos, es decir, el 25%. Le siguieron la colecistitis aguda y la peritonitis, con 29 casos (14,80%) y 18 casos (9,18%), respectivamente.

Nacional

Pinares et al. (6), el año 2021, publicaron un artículo científico titulado "Características clínicas y morbimortalidad en cirugía abdominal de emergencia en pacientes con COVID-19", un estudio multicéntrico descriptivo, retrospectivo y observacional. Se intervinieron quirúrgicamente 45 pacientes que presentaban enfermedad abdominal aguda de tres hospitales a nivel nacional, con un diagnóstico serológico de COVID-19. El 55,55% eran varones y el 44,44% féminas, con una media de edad de 48,33 años. De las intervenciones realizadas, el 64,44% fueron apendicectomías.; el 17,77% resección intestinal más ostomía; el 4,44% laparotomía exploratoria más rafia de perforación, y en menor frecuencia con igual porcentaje del 2,22% se incluyeron colecistectomía, resección intestinal más anastomosis y laparotomías exploratorias. Los diagnósticos postoperatorios más comunes fueron 64,44% casos de apendicitis, 15,55% casos de obstrucción intestinal, 6,66% casos de perforación de víscera hueca y en menor porcentaje 2,22% colecistitis. Mientras que las complicaciones en el postoperatorio se dieron en el 35,55% de los casos (16 de 45 pacientes), siendo las más frecuentes la insuficiencia respiratoria (15,55%) y la insuficiencia renal aguda (13,33%), y en menor porcentaje fueron las ISO superficiales (8,88%). En lo que respecta a la mortalidad, dos pacientes (4,44%) fallecieron por insuficiencia respiratoria grave.

El grupo de investigación y colaboradores de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (7), en el año 2023, publicaron su estudio denominado: "Cirugía general de emergencia en el Perú", Fue un estudio de cohorte observacional prospectivo, multicéntrico, realizado en hospitales de todo el Perú entre octubre de 2022 y enero de 2023, en el que participaron 24 hospitales, 16 de ellos adscritos al Ministerio de Salud (MINSA). El estudio incluyó la atención de 1351 pacientes. El 49,5% de los pacientes fueron hombres y el 50,5% mujeres, con una edad promedio de 48 años y el 71% de la población adulta menor de 60 años. Del mismo modo, más de la mitad de los pacientes que requirieron una intervención quirúrgica de emergencia presentaban una patología previa; las patologías vasculares, que incluyen la hipertensión arterial, representaron la mayoría de estos casos (14,29%), seguidas de las endocrinopatías (7,03%), además 52.04% tenían un ASA II, mientras que 32.94%, un ASA I. Las enfermedades inflamatorias fueron el motivo más frecuente de cirugía de emergencia, con 1236 casos (91% de todas las cirugías). Cuarenta casos de cirugía abdominal sin motivo conocido ocuparon el segundo lugar, y luego hubo 39 casos con origen traumático. Por el contrario, el 3% de los casos incluían intervenciones por neoplasias y problemas postoperatorios. Las tres causas más frecuentes de enfermedades inflamatorias fueron la obstrucción intestinal (9%), la colecistitis y colangitis (25%) y la apendicitis (más del

50% de los casos). El ultrasonido es el procedimiento más utilizado en el diagnóstico por imagen. Sin embargo, la TC fue útil en el 42% de las complicaciones post procedimiento y en el 50% de las etiologías de abdomen agudo indeterminado. La cirugía convencional fue la técnica más utilizada en la población estudiada; sin embargo, sólo el 28% de los pacientes del MINSA y el 63% de los de ESSALUD se sometieron a cirugía laparoscópica, lo que representó el 45% de todos los procedimientos. Sin embargo, uno de cada tres individuos experimentó un problema postoperatorio. Entre los distintos centros, la estancia media en el hospital fue de seis días. La mortalidad fue del 3,9% y el 4,8% de los pacientes necesitaron una nueva intervención quirúrgica.

Portugal (8), el 2019, publica su trabajo de investigación titulado: "Factores asociados a la mortalidad postoperatoria en la cirugía de emergencia por obstrucción intestinal en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período 2016 - 2018", llevó a cabo un estudio observacional, transversal y retrospectivo. En el estudio participaron 264 pacientes con una edad media de 69,6 años, con un número ligeramente superior de varones (56,1%) que de mujeres (43,9%). Más del 63% de los pacientes presentaban comorbilidades médicas, como hipertensión arterial, enfermedades neurológicas y diabetes mellitus de tipo 2. Las comorbilidades quirúrgicas estaban presentes en todos los casos. El 32,9% de los pacientes presentaban comorbilidades quirúrgicas, siendo la cirugía abdominal previa la más frecuente. El lapso de tiempo medio entre el comienzo de los síntomas y el momento del ingreso en el hospital fue de 4 días, y el lapso de tiempo medio entre la llegada al hospital y el ingreso en el quirófano fue de 23 horas. El tipo de obstrucción más prevalente fue la obstrucción benigna, que representó el 80,3% de los casos, mientras que la obstrucción maligna supuso el 19,7%. Las complicaciones más frecuentes tras la intervención fueron la infección del lecho quirúrgico, el íleo prolongado y la dehiscencia anastomótica. El estudio registró una tasa de mortalidad postoperatoria del 9,8%, con 26 pacientes fallecidos tras la intervención.

Local

Tavera (9), en el año 2023, publica su investigación titulada "Factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022", se trató de un estudio transversal, básico, correlacional y no experimental que incluyó a 66 pacientes con diagnóstico de patología biliar tras colecistectomía laparoscópica. La complicación inmediata más frecuente observada fue el dolor postoperatorio moderado (63,6%), seguido de náuseas y/o vómitos, ictericia, eventración y coledocolitiasis residual e infección del sitio operatorio. El sexo desempeñó un papel en el tipo de complicaciones experimentadas, siendo las

mujeres más propensas a sufrir náuseas y/o vómitos debido a un ayuno insuficiente, mientras que los hombres eran más propensos a la ictericia. Además, el estado de la vesícula biliar, sobre todo si era purulenta, y el tipo de incisión quirúrgica, sobre todo si estaba limpia y contaminada, se asociaron a infecciones del sitio quirúrgico. Estas variables resultaron significativas para comprender los factores relacionados con las complicaciones postoperatorias en pacientes tras una colecistectomía.

2.2. Fundamentos teóricos

Abdomen agudo

Cualquier dolencia que se limite a la zona abdominal y que se manifieste bruscamente de una o varias de las siguientes formas -contractura muscular, cambios en el peristaltismo o un empeoramiento de la enfermedad general que provoque hipotensión y shock- se denomina abdomen agudo. Por otro lado, las personas que tienen dolor durante más de seis horas suelen necesitar cirugía de emergencia (10).

No todos los casos de "abdomen agudo" requieren cirugía de emergencia, a pesar de que la palabra es sinónimo de esta afección. Por otra parte, experiencias pasadas han demostrado la gran eficacia de la intervención precoz en procesos patológicos como la peritonitis, la obstrucción intestinal y la hemorragia interna. Se puede especular que, si se requiere cirugía, debe hacerse de manera temprana, ya que la morbilidad y la mortalidad aumentan significativamente con el retraso en la cirugía (10).

Ante cada paciente, se debe distinguir si se trata de una cirugía abdominal, es decir, un procedimiento abdominal que requiere una intervención urgente. Si esto no es factible porque los hallazgos de la exploración física, analítica o radiológica son insuficientes para justificar la intervención, la única alternativa es ingresar al paciente y avisar al cirujano. Sin embargo, nunca es apropiado proporcionar un sedante y luego ver al paciente a las pocas horas o al día siguiente. Se deben administrar analgésicos si el dolor es intenso, pero solo después de que se haya realizado un diagnóstico y se haya determinado el curso de acción correcto. En otras palabras, el cirujano primero debe observar la situación para que los síntomas no queden enmascarados (10).

Henry y Thompson sugieren que es crucial clasificar con precisión a los pacientes en tres categorías basadas en datos clínicos: cirugía necesaria, cirugía no inmediatamente necesaria y cirugía innecesaria. Además, la Clasificación de Bockus se identifica como una herramienta importante para diferenciar las causas potenciales del abdomen agudo. La Clasificación de Bockus consta de tres grupos: el primer grupo comprende los procesos intraabdominales que exigen cirugía urgente, como la apendicitis aguda, la

obstrucción intestinal y la perforación de vísceras huecas. El segundo grupo engloba los procesos intraabdominales que no requieren cirugía, como la enfermedad péptica no complicada, la patología hepática y la gastroenteritis. Finalmente, el último grupo incluye procesos intraabdominales que no precisan cirugía, como la vasculitis, junto con procesos extraabdominales como el infarto agudo de miocardio, la neumonía y la cetoacidosis diabética. Este sistema de clasificación ayuda al diagnóstico preciso y al tratamiento adecuado de los pacientes con síntomas de abdomen agudo (11).

Abdomen agudo quirúrgico y cirugía general de emergencia (CGE).

Es razonable asumir que el dolor abdominal intenso y repentino que ocurre en pacientes previamente sanos y dura más de 6 horas generalmente se debe a una condición que requiere intervención quirúrgica (10), siendo esta la definición de abdomen agudo quirúrgico.

Encontrándose de que existe una especialidad, que es la cirugía de atención aguda (SCA), una especialidad dinámica que satisface una necesidad nacional en la atención del paciente, que incluye trauma, cuidados intensivos quirúrgicos y cirugía general de emergencia (12).

En otoño de 2011, el Dr. Wayne Meredith fue nombrado próximo presidente de la Asociación Americana de Cirujanos Traumatólogos (AAST). Encargó al Comité de Evaluación de Resultados y Gravedad del Paciente de la AAST la creación de una definición integral y basada en datos de la CGE. "Cualquier paciente (hospitalizado o en el servicio de emergencia) que requiera una evaluación quirúrgica emergencia (quirúrgica o no quirúrgica) por una patología dentro del ámbito de la cirugía general según la definición de la Junta Estadounidense de Cirugía", según la definición del comité, se considera un paciente CGE. Fue necesario incluir tanto a los pacientes quirúrgicos como a los no quirúrgicos para definir con precisión el alcance de la CGE. Esto se debe al hecho de que varias situaciones agudas, como la obstrucción del intestino delgado causada por adherencias o una perforación de diverticulitis confinada sin peritonitis amplia, pueden requerir una evaluación quirúrgica sin necesidad de intervención quirúrgica (13).

Etiología y Clasificación

El abdomen quirúrgico agudo puede dividirse en cinco categorías, cada una con su propia etiología posible. La primera categoría es la hemorrágica, que puede estar causada por una úlcera péptica, un traumatismo abdominal, un embarazo ectópico o tumores vasculares. La segunda categoría es la perforativa, que abarca afecciones

como la úlcera péptica perforada, los traumatismos abdominales, los tumores de intestino delgado y grueso y la diverticulitis perforada. Las afecciones obstructivas incluyen hernias, adherencias o bridas posquirúrgicas, neoplasias, intususcepción, vólvulo intestinal, íleo biliar y estenosis pilórica hipertrófica. La cuarta categoría comprende problemas vasculares como la rotura o fisura de aneurisma aórtico abdominal, la fístula aortoentérica, la angiodisplasia y la isquemia mesentérica aguda. La quinta categoría es la inflamatoria, que incluye la apendicitis aguda, la colecistitis aguda, la colangitis aguda, la diverticulitis aguda del colon y la diverticulitis de Meckel. Además, también pueden sumarse el abdomen agudo retroperitoneal y neoplásico (10).

Epidemiología

En un amplio estudio, demostraron diferencias considerables entre pacientes de varias categorías de edad en lo que respecta a las etiologías y los resultados de las intervenciones quirúrgicas abdominales de emergencia. Descubrieron que 1456 pacientes con dolor abdominal agudo requirieron cirugía de emergencia, de los cuales 787 eran varones y 669 mujeres. La relación de pacientes con comorbilidades aumentó significativamente según las categorías de edad ($p < 0,001$). La comorbilidad más común fue la hipertensión arterial, a la que siguió la diabetes. Entre los 7 y 17 años, el asma fue la enfermedad pulmonar más frecuente (14).

Las etiologías de la cirugía abdominal de emergencia de acuerdo con la edad, se obtuvieron los siguientes resultados: en los pacientes de 7 a 17 años y de 18 a 64 años, la apendicitis aguda fue la causa más frecuente (88% y 47%, respectivamente), seguido de la obstrucción (5,5% y 17%, respectivamente). La tercera etiología más común fue la enfermedad testicular en los casos de 7 a 17 años, y la enfermedad biliar (13%) en los pacientes de 18 a 64 años. No obstante, la etiología más frecuente fue la obstrucción intestinal (45%), seguida de la enfermedad biliar (20%) y la apendicitis aguda (14%) en los pacientes de 65 años en adelante (14).

En lo referente a la distribución por edades los casos de apendicitis aguda, el máximo número de pacientes se registró entre los 7 y los 14 años de edad, y disminuyó en los años posteriores con el aumento de la edad (14).

Las principales causas de obstrucción intestinal fueron el cáncer de colon (30%) en general. De forma específica, en los pacientes de 7 a 17 años, las adherencias fueron las más frecuentes. En contraste, en los pacientes de 18 a 64 años, las causas de obstrucción intestinal fueron el cáncer de colon (27%), las adherencias (27%), la estrangulación (19%) y las hernias externas (7,5%). En los pacientes de 65 años o más,

las causas de obstrucción intestinal fueron también el cáncer de colon (32%), las adherencias (22%), las hernias externas (21%) y la estrangulación (16%) (14).

En cuanto a los resultados quirúrgicos, en los pacientes de 7 a 17 años no hubo mortalidad, y todos ellos fueron dados de alta del hospital y regresaron a casa. La tasa de morbilidad era del 12% en los pacientes de 18 a 64 años y del 25% en los pacientes que superan los 65 años. La tasa de morbilidad fue menor entre los 15 y los 44 años, pero aumentó con la edad a partir de los 45 años. En los pacientes de 65 años o más, se registraron más infecciones de heridas (25%) y neumonía (2,8%). Se observó anuresis en 6 pacientes (0,9%) de 65 años o más. En los pacientes de 18 a 64 años, la mortalidad fue del 0,2%, y del 1,8% en los pacientes de 65 años o más (14).

Síntomas y hallazgos clínicos

Según un estudio observacional en el cual se analizó 1000 casos de pacientes con dolor abdominal agudo, se determinó los siguientes factores de alto riesgo para abdomen agudo quirúrgico, las cuales son: historia de dolor de ≤ 48 h, dolor seguido de vómitos, tensión defensiva y dejar ir el dolor, edad avanzada y cirugía previa (15).

Entonces se demuestra que el dolor fue importante en muchos casos de los pacientes, ya sea un dolor continuo o más o menos constante, a excepción de una obstrucción del intestino delgado en el que se presenta cólicos. Así mismo, el dolor se llega a aliviar con la inspiración, preferencialmente en las patologías de la parte superior del abdomen. Se recomienda a otros pacientes la prueba de la tos por ser positivo en el diagnóstico de peritonitis, especialmente en apendicitis (16).

En otro estudio de 2280 paciente con dolor abdominal agudo, se llegó a determinar que la tensión defensiva generalizada se le asoció con los diagnósticos de apendicitis, íleo, pancreatitis y perforación de úlcera, mientras que la tensión defensiva localizada, se asoció a los diagnósticos de apendicitis, diverticulitis, enfermedad de la vía biliar y perforación de úlceras. Y en cuanto una de las patologías mas frecuentes de abdomen agudo, que es la apendicitis, se le describió el siguiente perfil diagnóstico: dolor intenso constante dependiente del movimiento en el cuadrante inferior derecho desde las 12 a 48 h, síntomas acompañantes: náuseas, vómitos y pérdida de apetito, exclusión diagnóstica de apendicectomía previa al ingreso hospitalario, dolor intenso a la palpación en el cuadrante inferior derecho, generalizado o en la mitad inferior, movimiento restringido de la pared abdominal, tensión defensiva, Murphy positivo y ruidos intestinales normales (17).

Diagnóstico

Anamnesis y examen físico

La anamnesis se incluye preguntas sobre cuándo comenzó el dolor, cuánto duró y dónde se localizó, proporcionando información importante sobre la condición médica. En cuanto la pregunta ¿cómo? (características del dolor) permiten una localización más fuerte de la causa. El dolor abdominal intenso y repentino suele ser un signo de perforación (úlceras, absceso, aneurisma aórtico) o isquemia. Por otro lado, es más probable que un aumento rápido del dolor se deba a una perforación cubierta, íleo por estrangulamiento o cólico biliar, cólico renal-ureteral, apendicitis, diverticulitis, pancreatitis o embarazo ectópico. (18) El examen físico abarca la inspección, auscultación, palpación y percusión (19).

Laboratorio

El alcance de los exámenes clínico-químicos va a depender de la sospecha diagnóstica. Los siguientes parámetros que deben determinarse como base: hemograma, proteína C reactiva, lipasa, creatinina, electrolitos, glicemia, lactato y sedimento urinario (20).

Pruebas de imagen

La radiografía de abdomen es una elección diagnóstica, sin embargo, no un procedimiento inicial importante y ahora ha sido desplazada en gran medida por la ecografía y la tomografía computarizada (TC) (21).

Su punto fuerte se centra en la detección de aire libre en cavidad abdominal, tanto de pie (preferible) como acostado sobre el lado izquierdo con el consejo de permanecer en la posición en la que se toma la radiografía durante unos minutos (20).

Un diagnóstico más eficaz es la ecografía del abdomen. No es invasivo y puede repetirse en cualquier momento. Se utiliza principalmente para la detección de líquido libre y la evaluación de órganos parenquimatosos. Sin embargo, los hallazgos ecográficos son claramente dependientes del operador, como se demuestra en un estudio multicéntrico prospectivo sobre el valor de la ecografía en el diagnóstico de apendicitis aguda, que mostró una sensibilidad del 55% (13 - 90%) y se informó una especificidad del 95 % (82 - 100 %)(22). Otro inconveniente de la ecografía es la evaluación limitada de los hallazgos intraabdominales cuando hay una superposición de aire. Por lo tanto, una radiografía abdominal general es más útil aquí. Debido a las deficiencias de otros métodos de imagen mencionados anteriormente, las indicaciones

para determinar el abdomen agudo se están desplazando cada vez más hacia la tomografía computarizada (21).

La tomografía computarizada espiral muestra las estructuras intraabdominales sin superposición, por lo que la posibilidad de evaluar simultáneamente el contraste de órganos y los vasos sanguíneos permite visualizar una amplia gama de hallazgos patológicos además de la resolución espacial local debido a la opción de contraste de órganos y la posible evaluación simultánea de vasos (angio-TC) hasta 2D o reconstrucción 3D de diferentes niveles de visualización diferenciados. La TC espiral es la herramienta diagnóstica de elección para todos los diagnósticos sospechosos que requieren una intervención inmediata (sangrado abundante, como la ruptura de un aneurisma) o una intervención urgente, como perforación gastrointestinal, isquemia o estrangulación del intestino delgado, siempre y cuando considerando que el paciente esté hemodinámicamente estable (23).

Algunos estudios de investigadores han medido la eficacia del diagnóstico por TC en la sospecha de abdomen agudo en términos de estancia hospitalaria más corta o reducción de las estancias hospitalarias después de completar el diagnóstico (20).

En un estudio aleatorizado, los pacientes con dolor abdominal agudo fueron observados como pacientes hospitalizados o remitidos inmediatamente para TC si no estaba clínicamente indicada una intervención quirúrgica inmediata. En este caso la estancia hospitalaria fue 1,1 días más corta en el grupo con diagnóstico inmediato y los hallazgos abdominales severos no previstos tendieron a reconocerse antes con una posible reducción de la mortalidad (24).

Tratamiento

Vía de acceso: Laparoscopia o laparotomía

La laparoscopia se usa como una opción de tratamiento para diagnosticar apendicitis y colecistitis. Otra área de indicación se da en presencia de síntomas abdominales poco claros y peritonitis abdominal baja en mujeres jóvenes (20).

Al-Mulhim et al. En su estudio recomienda la laparoscopia de urgencia basándose en una serie de 176 pacientes. De los 100 pacientes de esta serie, el 8% se cambió a laparotomía inmediatamente después de la laparoscopia, y los 92 pacientes restantes fueron tratados por laparoscopia. Esto tuvo éxito en 81 pacientes y 11 pacientes tuvieron que cambiar más tarde. Las intervenciones más importantes fueron: apendicectomía (31%), colecistectomía (19%) e intervención ginecológica de ovario (12%) (25).

Complicaciones postquirúrgicas

Infección

Las infecciones de las heridas quirúrgicas son frecuentes. No suele ser uno de los motivos de diagnóstico por imagen, a menos que se detecte un absceso subyacente o un absceso en la cavidad abdominal (26).

La celulitis puede manifestarse como un engrosamiento de la piel, una acumulación de grasa subcutánea o un aumento del grosor de la fascia superficial (26).

Los abscesos aparecen como colecciones de baja densidad con agrandamiento periférico, pueden o no incluir aire y presentan alteraciones inflamatorias en el tejido subcutáneo circundante (27).

Los seromas, que son acumulaciones de líquido que se resuelven progresivamente en las semanas iniciales tras la cirugía, se incluyen con frecuencia en el diagnóstico diferencial (28).

Hematoma

Con frecuencia se produce un pequeño hematoma incisional. Sin embargo, los problemas de coagulación o los daños en las arterias epigástricas durante una incisión abdominal o la inserción de un trocar pueden hacer que se convierta en un gran hematoma de la vaina rectal (28).

Evisceración/eventración

Cuando falla la cicatrización eficaz, se produce una evisceración aguda o dehiscencia de la pared. Todos los planos de la pared abdominal se ven afectados y las vísceras pueden emerger cuando la evisceración es completa (29). El íleo adinámico, la inflamación de la zona quirúrgica y la pérdida de líquido serosanguinolento -un exudado teñido de sangre- son los principales síntomas clínicos. La cirugía de emergencia y el cierre de la pared forman parte del tratamiento (30).

Cuando no se separa el plano cutáneo, la evisceración es parcial, y el paciente puede estabilizarse normalmente antes de la restauración de la pared abdominal (29).

La distensión creciente de la cicatriz de una herida tras una laparotomía, y menos frecuente tras una laparoscopia, en la que la piel y el tejido celular subcutáneo están íntegros, se conoce como eventración o hernia incisional. Es una consecuencia postoperatoria de la cirugía de abdomen (26).

Infección de la cavidad abdominal: absceso/peritonitis

Generalmente surgen por dos causas: dehiscencia de la herida o infección microbiana tras una intervención quirúrgica. También pueden ser el resultado de una perforación, una fístula o una infección de la pared abdominal. La peritonitis, los abscesos localizados y las colecciones inflamatorias pueden deberse a la contaminación peritoneal (28).

Los individuos diagnosticados de peritonitis en la tomografía, suelen presentar engrosamiento localizado o generalizado del peritoneo, aumento de la atenuación de la grasa mesentérica y aumento de la absorción del contraste. También es posible observar íleo paralítico que responde a cambios inflamatorios cercanos, colecciones asociadas y neumoperitoneo en situaciones de dehiscencia de herida o perforación (31).

Íleo/obstrucción intestinal

Se considera que el íleo postoperatorio es una reacción fisiológica a la cirugía. Después de la cirugía, se considera normal para el tránsito intestinal un período de recuperación de dos a siete días (32).

Es importante identificar el íleo paralítico, también conocido como patológico o prolongado, del íleo secundario, causado por factores extrínsecos como peritonitis o abscesos, cuando los síntomas persisten durante un período prolongado (26).

Para distinguir entre obstrucción intestinal e íleo paralítico, la TC es bastante útil (33). Es más probable que el íleo paralítico se deba a una dilatación de moderada a generalizada del colon y de las asas del intestino delgado sin zona de transición (26).

La obstrucción intestinal en los primeros 30 días tras la cirugía es infrecuente; las adherencias, a menudo por peritonitis, son el origen del 90% de estas obstrucciones. (33) También pueden estar relacionadas con hernias internas provocadas por anomalías mesentéricas u omentales postoperatorias (26).

Mortalidad en cirugía abdominal de emergencia

Numerosos estudios han evaluado los casos de mortalidad postoperatoria de la cirugía abdominal de emergencia; sin embargo, las cifras son variables y están determinadas sobre todo por el nivel hospitalario, el tipo de tratamiento y el país de la operación. Sin embargo, los estudios de mayor envergadura implican que el mismo tratamiento quirúrgico realizado de urgencia aumenta hasta ocho veces la mortalidad postoperatoria (34).

2.3. Definición de términos básicos

Adherencias

Son conexiones de tejido conjuntivo vascularizadas e inervadas que se forman esporádicamente entre las asas intestinales, el peritoneo y la pared abdominal (35).

Cirugía abdominal

Cirugía del aparato digestivo: Cirugía realizada sobre el aparato digestivo o sus partes (36).

Dehiscencia de la herida

Se define como la separación de los bordes de la piel con exposición del tejido blando subyacente (37).

Estancia hospitalaria

Es la cantidad de días que un paciente ha estado ingresado en un servicio de hospitalización. No obstante, la estancia hospitalaria es prolongada, si la duración de la misma es superior a 4 días en el caso de un hospital de nivel II-1, y a 9 días en el del nivel III (38).

Mortalidad postoperatoria

Se considera mortalidad postoperatoria la que se produce hasta el día 30 después de la cirugía, aunque el paciente tenga el alta hospitalaria (39).

Obstrucción intestinal

Obstrucción parcial o total del intestino delgado o grueso que no permite el movimiento adecuado de alimentos, líquidos, gases y heces. Las principales causas de obstrucción intestinal incluyen a veces la torsión del intestino, las hernias, la inflamación, las cicatrices producidas por intervenciones quirúrgicas y algunos tipos de cáncer, como el de estómago, colon y ovarios. En ocasiones también se deben a afecciones de los músculos intestinales, como la parálisis (40).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito y condiciones de la investigación

3.1.1 Contexto de la investigación

La presente investigación se realizó en el Hospital MINSA II-1 Moyobamba, en el distrito de Moyobamba, ubicado en la Av. Miguel Grau, en la provincia de Moyobamba, región San Martín – Perú.

3.1.2 Periodo de ejecución

Esta investigación se ejecutó en el periodo octubre – diciembre 2024

3.1.3 Autorizaciones y permisos

Para la siguiente investigación se envió una solicitud dirigida al Hospital MINSA II – 1 Moyobamba solicitando acceso al área de estadística e informática del nosocomio y archivos (ANEXO 3), posterior a ello se obtuvo el permiso y autorización de dirección del Hospital II MINSA – 1 Moyobamba (ANEXO 4).

3.1.4 Control ambiental y protocolos de bioseguridad

Dado que las historias clínicas se revisaron y se usó una ficha de recolección de datos y sin ninguna interacción con los pacientes en la indagación, no se empleó el control ambiental en este estudio. Se respetó las medidas de bioseguridad del Hospital MINSA II-1 Moyobamba al acceder al hospital, a las áreas administrativas y al área donde se guardan las historias médicas.

3.1.5 Aplicación de principios éticos internacionales

La siguiente investigación se realizó bajo los principios éticos básicos durante el proceso investigativo, el que se respetó la intimidad, la confidencialidad, la participación voluntaria de la persona en caso de requerirse, e informando los diversos alcances de la investigación según lo establecido en la Declaración de Helsinki(41), en los siguientes artículos 8, 24, 25 y 31; así mismo de la Ley General de Salud N° 26842(42), en tales artículos 15 y 25; así como en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú(43), de los artículos 63 y 89.

Por consiguiente, también se respetó los principios fundamentales de la ética médica(43), como la autonomía (la población de estudio estará formada por todos los

expedientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión), la beneficencia (los resultados de la investigación se aplicarán en beneficio de la población de estudio), la no maleficencia (la investigación en curso no pondrá en peligro en modo alguno la vida, la salud o el honor de la población de estudio) y la justicia (la población de estudio no tendrá en cuenta las identidades, y todos serán tratados por igual sin distinciones de ningún tipo).

3.2. Sistema de variables

3.2.1 Variable principales

Características epidemiológicas

Características preoperatorias.

Características intraoperatorias

Características postoperatorias.

3.2.2 Variables secundarias

Cirugía abdominal de emergencia

3.2.3 Descripción de variables por objetivos específicos.

Tabla 1

Descripción de variables por objetivos

Variable abstracta	Variable concreta		Medio de registro	Unidad de medida
Cirugía abdominal de emergencia	Características epidemiológicas		Ficha de recolección de datos	Cuantitativo, ordinal
	Edad	18 a 29 años 30 a 59 años ≥ de 60 años		
	Sexo	Masculino Femenino		
	Procedencia	Rural Urbano		
Objetivo específico N°2: Describir las características preoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.				
Variable abstracta	Variable concreta		Medio de registro	Unidad de medida
Cirugía abdominal de emergencia	Características preoperatorias		Ficha de recolección de datos	Cuantitativo, ordinal
	Tiempo de enfermedad	1-12 h 13-24 h		

	25-36 h 37-48 h 49-60 h 61-72 h >73 h	
ASA clasificación	ASA I ASA II ASA III ASA IV ASA V ASA VI	Cualitativo, ordinal
Comorbilidad	Diabetes Mellitus Hipertensión arterial Otro Ninguno	Cualitativo, nominal
Imágenes para el diagnóstico	Ecografía Rayos x TC	Cualitativo, nominal
Diagnóstico preoperatorio		Cualitativo, nominal

Objetivo específico N°03. **Describir las características intraoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.**

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Cirugía abdominal de emergencia	Características intraoperatorias	Ficha de recolección de datos	
	Tiempo operatorio	Corto: < 60 min Medio: > 60 min	Cualitativo, ordinal
	Cirugía realizada		Cualitativo, Nominal
	Muerte intraoperatoria	Si No	Cualitativo, Nominal
	Tipo de Incisión	Mediana Paramediana Transversa Rockey-Davis Inguinal Kocher Laparoscópica Laparoscópica convertida	Cualitativo, Nominal
Resección Intestinal	Si-anastomosis manual Si-anastomosis mecánica Sin anastomosis/ No	Cualitativo, Nominal	

Ostoma	Ileostomía en asa Colostomía en asa Ileostomía terminal Colostomía terminal No	Cualitativo, Nominal
Uso de dren	Si No	Cualitativo, Nominal
Tipo de dren	Laminar Tubular Succión negativa Otro	Cualitativo, Nominal

Objetivo específico N°04. **Describir las características postoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.**

Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Cirugía abdominal de emergencia	Características postoperatorias	Ficha de recolección de datos	Cualitativo, Nominal
	Complicaciones		
	ISO Hematoma incisional Evisceración Absceso Peritonitis Ileo Paralítico Obstrucción intestinal Ingreso a UCI Otro Ninguno		
	Diagnóstico postoperatorio		
Muerte postoperatoria	Si No	Cualitativo, Nominal	
Estancia hospitalaria	Prolongada (> 4 días) No prolongada (< 4 días)	Cualitativo, Nominal	

3.3 Diseño de la investigación

3.3.1. Tipo y nivel de la investigación

La presente investigación es de tipo básica, ya que su objetivo es ampliar conocimientos que puedan ser utilizados en otros estudios, más que aplicar sus hallazgos en la

práctica. Además, el nivel de estudio es de naturaleza descriptiva, ya que no busca evaluar una presunta relación causa-efecto, sino que sus datos son utilizados con finalidades puramente descriptivas. Es de diseño observacional, ya que no se modificarán variables, y transversal, porque se realizará en un tiempo determinado (44).

3.3.2. Población y muestra

Población (N=197)

La población de este estudio está conformada por un total de 197 pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

Muestra

La muestra estuvo constituida por los pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023; considerando los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia
- Pacientes de 18 a 60 años de edad
- Historias clínicas completas
- Procedimientos de emergencia. Se incluyen los pacientes reoperados tras cirugía previa.
- Para cualquier tipo de intervención (laparoscópica, abierta y laparoscópica convertida).
- Intervenciones quirúrgicas durante el periodo 2023

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de los pacientes menores de 18 años de edad y mayores de 60 años.
- Historias clínicas incompletas
- Historias clínicas no legibles
- Pacientes gestantes y menores de edad, puesto que constituyen un grupo quirúrgico distinto al de la población general.

- Las intervenciones quirúrgicas electivas (procedimientos planificados o semielectivos en los que el paciente ingresa de emergencia, pero es dado de alta y reingresa por patología quirúrgica ambulatoria).

Tamaño de la muestra (n=130)

En la presente investigación el tamaño de la muestra se calculó con la siguiente fórmula:

Donde:

n = Tamaño de la muestra

z = Valor para intervalo de confianza de 95% de confianza. El valor de "Z" es igual a 1,96.

e = Margen de error (0.05)

p = Probabilidad de éxito. (0.5)

q = Probabilidad de fracaso (0.5)

N = Tamaño de la población (197)

Se reemplazaron los valores y se obtuvo que:

Hecho el cálculo, se consiguió una muestra de 130 pacientes.

Muestreo

Muestreo no probabilístico, ya que por conveniencia se eligieron las historias clínicas que cumplieron los criterios establecidos (inclusión y exclusión). El tamaño muestral es de 130 pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023, según la fórmula utilizada.

3.3.3 Diseño analítico, muestral y experimental

Se aplicó el diseño de la investigación no experimental, puesto que no se manipularán las variables, según el siguiente diagrama:

M ----- > O1

M ----- > O2

M ----- > O3

M ----- > O4

Donde:

M = Muestra

O1 = Características Epidemiológicas

O2 = Características Preoperatorias

O3 = Características Intraoperatorias

O4 = Características Postoperatorias

3.3.4 Instrumento

La investigación se llevó a cabo mediante la técnica de guía de recolección de datos a los pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

En cuanto a la recolección de datos se utilizó como instrumento una ficha de recolección (ANEXO 01) que fue validado por juicio de expertos (ANEXO 2).

La sección de la ficha contiene cuatro dimensiones: Características epidemiológicas, características preoperatorias, características intraoperatorias y características posoperatorias, de los pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia; abarcando un total de 20 ítems. Los ítems se distribuyen de la siguiente manera:

- Características epidemiológicas: En esta dimensión corresponden a 3 ítems (1, 2, 3)
- Características preoperatorias: En cuanto a esta dimensión abarca 5 ítems (4, 5, 6, 7, 8)
- Características intraoperatorias: Está representado por 8 ítems (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16)
- Características posoperatorias: Está comprendido por 4 ítems (17, 18, 19, 20)

3.4 Procedimientos de la investigación

3.4.1. Actividades del objetivo específico 1

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023; según sexo, edad y procedencia.

Una vez recogidos los datos, se introdujeron en el procesador de datos Microsoft Excel para su limpieza y tabulación. A continuación, los datos se exportaron al programa estadístico SPSS V24 para analizar los resultados inferenciales.

Por último, los resultados se presentaron en una tabla.

3.4.2. Actividades del objetivo específico 2

Objetivo: Describir las características preoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

Una vez recogidos los datos, se introdujeron en el procesador de datos Microsoft Excel para su limpieza y tabulación. A continuación, los datos se exportaron al programa estadístico SPSS V24 para analizar los resultados inferenciales.

Por último, los resultados se presentaron en una tabla.

3.4.3. Actividades del objetivo específico 3

Objetivo: Describir las características intraoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

Una vez recogidos los datos, se introdujeron en el procesador de datos Microsoft Excel para su limpieza y tabulación. A continuación, los datos se exportaron al programa estadístico SPSS V24 para analizar los resultados inferenciales.

Por último, los resultados se presentaron en una tabla.

3.4.4. Actividades del objetivo específico 4

Objetivo: Describir las características postoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

Una vez recogidos los datos, se introdujeron en el procesador de datos Microsoft Excel para su limpieza y tabulación. A continuación, los datos se exportaron al programa estadístico SPSS V24 para analizar los resultados inferenciales.

Por último, los resultados se presentaron en una tabla.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultado específico N°1

OE1: Determinar las características epidemiológicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023; según sexo, edad y procedencia.

Se tomó en consideración el sexo, la edad y la procedencia.

Tabla 2
Sexo de los pacientes (n=130)

Sexo	Frecuencias	%
Femenino	65	50.0 %
Masculino	65	50.0 %

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la distribución de sexo, se encontró que existe una igualdad, 50 % son hombres y 50 % son mujeres. En comparación con otros estudios similares, se observa una proporción ligeramente distinta o variable. Por ejemplo, en el estudio internacional de Kandasami P et al (4), en los 1720 procedimientos de emergencia realizados se encontró un predominio del sexo masculino (57,5%) sobre el femenino (42,5%); similares resultados se encontró en la investigación de Jiménez L. y García N. (5), donde los pacientes varones constituyeron la mayoría del total (52,55%) con respecto a las mujeres (47,45%). Estos resultados también coinciden con el estudio nacional de Pinares D et al (6), en el que 55,55% eran varones y el 44,44% féminas. Sin embargo, en otro estudio nacional y multicéntrico del grupo de investigación y colaboradores de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (7), sus resultados muestran un predominio de las mujeres de 50,5%, frente a los hombres que fue de 49,5%. Por lo tanto, se evidencia en todos estos estudios una diferencia mínima de porcentaje, de este modo, tantos hombres como mujeres son casi igualmente susceptibles a ser intervenidos a una cirugía abdominal de emergencia.

Tabla 3
Edad de los pacientes (n=130)

Edad	Frecuencias	%
De 18 a 29 años	52	40 %
De 30 a 59 años	77	59.2 %
≥ de 60 años	1	0.8%

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la edad, se observa en la tabla 3, que el grupo de edad con mayor número de casos (30 a 59 años, 59,2%) representa a adultos con una edad media de 34,6 años.

En otros estudios se encontraron cifras similares. En uno de ellos, como en de Kandasami P et al, se comprobó que el grupo de edad más frecuente es el de 37,9 años(4), al igual que en el estudio de Jiménez L. y García N. que estuvo comprendido entre los 18 y 35 años constituyendo el 30,10% del total(5). Estos datos diversos en general se puede deber a que estos grupos etarios son más propensos a presentar apendicitis aguda y que su incidencia disminuye en los años posteriores con el aumento de la edad(14).

Tabla 4

Procedencia de los pacientes (n=130)

Procedencia	Frecuencias	%
Rural	43	33.1 %
Urbano	87	66.9 %

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, en cuanto a la procedencia según la tabla 4, la mayoría de los pacientes provienen de zonas urbanas (66.9%) y sólo 33.1% son de zonas rurales. No encontramos datos similares en comparación con otros estudios, por lo que no los contrastamos. Estas cifras encontradas, destaca una desigualdad en el acceso a la atención médica oportuna, ya que las personas de áreas rurales enfrentan barreras geográficas y económicas para recibir atención médica en momentos tempranos.

4.2 Resultado específico N°2

OE2: Describir las características preoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

Tabla 5

Tiempo de enfermedad - Horas

Horas	Frecuencia	%
1-12	37	28.5%
13-24	44	33.8%
25-36	6	4.6%
37-48	11	8.5%
49-60	2	1.5%
61-72	14	10.8%
>73	16	12.3%

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al tiempo de enfermedad; se aprecia en la tabla 5, que una mayor proporción de pacientes, es decir el 33,8% (n=44) acudieron al nosocomio el primer día de presentarse los síntomas. Como también se puede apreciar que el 28,5% de los pacientes buscaron atención dentro de las primeras 12 horas, lo cual indica que los síntomas eran lo suficientemente severos. De igual manera se puede identificar que el

12,3%(n=16) de los pacientes se presentaron a este nosocomio después de las 72 horas, es decir más de 3 días, cuyos casos las patologías abdominales quirúrgicas fueron complicadas. No obstante en otro estudio similar de Portugal J (8), el lapso de tiempo medio entre el comienzo de los síntomas y el momento del ingreso en el hospital fue de 4 días, y el lapso de tiempo medio entre la llegada al hospital y el ingreso en el quirófano fue de 23 horas. Esto nos permite deducir que en ambos estudios presentó patologías abdominales agudas en el que requerían una intervención quirúrgica oportuna.

Tabla 6
ASA clasificación (n=130)

ASA-CLASF.	Frecuencias	%
ASA I	62	47.7 %
ASA II	63	48.5 %
ASA III	4	3.1 %
ASA IV	1	0.8 %
ASA V	0	0%

Fuente: Elaboración propia

En el caso sobre la clasificación ASA en la tabla 6, de los pacientes intervenidos, predominó el tipo II (48.5 %) frente al tipo I (47.7 %); situación similar en el estudio de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (7) en el que 52.04% tenían un ASA II, mientras que 32,94%, un ASA I. Las semejanzas del tipo de ASA prevalente, se pueden atribuir a que la mayoría de los pacientes están en un grupo etario de adultos, el cual se caracterizan que la mayor parte de ellos presentan un buen estado físico general o con una comorbilidad controlada, que no produce incapacidad o limitación funcional, antes de la cirugía, lo cual facilita una recuperación más rápida y con menos complicaciones.

Tabla 7
Comorbilidad (n=130)

Comorbilidad	Frecuencias	%
Diabetes mellitus	3	2.3 %
Hipertensión arterial	4	3.1 %
Ninguno	98	75.4 %
Otro	25	19.2 %

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla 7, de los pacientes intervenidos, el 75,4% no presentaba ninguna comorbilidad, pero el 19,2% sí, pero no se debía a la presencia de diabetes mellitus o hipertensión arterial, sino a la presencia de obesidad, así como de enfermedades

hepáticas y renales. En consecuencia, la prevalencia tanto de diabetes mellitus como de hipertensión arterial fue baja en esta población de estudio, con un 2,3% y un 3,1%, respectivamente. No obstante, en la investigación de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú, se descubrió que las patologías vasculares, que incluyen la hipertensión arterial, representaron solo el 14,29 % de los casos, seguidas de las endocrinopatías, con un 7,03 %(7). Estas bajas cifras de pacientes con comorbilidades pueden deberse a la alta frecuencia de estas patologías quirúrgicas en la población adulta joven o a la falta de un diagnóstico oportuno y adecuado de estas comorbilidades.

Tabla 8
Diagnostico preoperatorio (n=130)

Dx Preoperatorio	Frecuencias	%
Apendicitis aguda, no complicada	88	67.7 %
Colecistitis crónica calculosa, reagudizada	9	6.9 %
Abdomen agudo quirúrgico	7	5.4 %
Apendicitis aguda, complicada	5	3.9 %
Hernia inguinal, con obstrucción	5	3.9 %
Hernia inguinal, sin obstrucción	4	3.1 %
Enfermedad de la vesícula biliar, no especificada	3	2.3 %
Obstrucción intestinal	3	2.3 %
Hernia eventracional	2	1.5 %
Hernia umbilical, con obstrucción	1	0.8 %
Hernia umbilical sin obstrucción	1	0.8 %
Peritonitis generalizada	1	0.8%
Absceso intraabdominal	1	0.8 %

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al diagnóstico preoperatorio, en la tabla 8 se consideró que había más casos de apendicitis agudas no complicadas (67,.7 %; n=88), mientras que el 3,9% son de apendicitis aguda complicada, seguidos de colecistitis (6,9 %; n=9) y las hernias en general (10,1%; n=13), mientras que los casos de abdomen quirúrgico y obstrucción intestinal representaron un 5,4 % y un 2,3 %, respectivamente. Todas estas patologías se consideran enfermedades inflamatorias, en el que el siguiente estudio de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (7) se descubrió que esta fue la causa más frecuente de cirugía de emergencia (el 91 % de todas las cirugías). Por el contrario, el 3 % de los casos incluían intervenciones por neoplasias y problemas posoperatorios.

Tabla 9
Imágenes para el diagnóstico (n=130)

Imagen - Dx	Frecuencias	%
Ecografía	113	86.9 %
TC	17	13.1 %

Fuente: Elaboración propia

Del total de las cirugías abdominal por emergencia, como ayuda diagnóstica de imagen, según la tabla 9, el 86,9 % se obtuvo mediante ecografías y el 13,1 % mediante tomografía computarizada. La apendicitis, por ejemplo, es una patología quirúrgica de emergencia que se requiere un método efectivo para su diagnóstico: la ecografía abdominal. Se trata de un método no invasivo que puede repetirse en cualquier momento. Se emplea principalmente para detectar líquido libre y evaluar órganos parenquimatosos (22). Además, en este hospital hay mayor accesibilidad a este tipo de estudios de imagen.

En cambio, la tomografía se utilizó en casos complejos o cuando la etiología no era concluyente, siendo la herramienta diagnóstica de elección para todos los diagnósticos sospechosos que requieren una intervención inmediata o urgente(28). Sin embargo, en algunas situaciones no se empleó porque no había disponibilidad de este equipo o porque no había especialista. A esto hay que sumar la urgencia y la escasez de recursos económicos de los pacientes. Resultados similares se obtuvieron en el estudio de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú, en el que este hospital también participó, y en el que se concluyó que la ecografía es el procedimiento más utilizado en el diagnóstico por imagen. Sin embargo, la Tomografía fue útil en el 42 % de las complicaciones posprocedimiento y en el 50 % de las etiologías de abdomen agudo indeterminado(7).

4.3 Resultado específico N°3

OE3: Describir las características intraoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSa II - 1 Moyobamba, 2023.

Tabla 10
Tiempo operatorio (n=130)

T. operatorio	Frecuencias	%
Corto < 60 min	67	51.5 %
Medio > 60 min	63	48.5 %

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de las cirugías (51,5 %; n=67) duraron menos de 60 minutos, de acuerdo en la tabla 10, lo que puede deberse al tipo de patologías atendidas, como la apendicitis no complicada, que requieren procedimientos relativamente menos complejos.

Tabla 11
Cirugía realizada (n=130)

Cirugía realizada	Frecuencia	%
Apendicectomía convencional	73	56.2%
Apendicectomía laparoscópica	15	11.6%
Colecistectomía laparoscópica	10	7.7%
Laparatomía exploratoria, apendicectomía	9	6.9%
Hernioplastía inguinal	9	6.9%
Laparatomía exploratoria	6	4.6%
Hernioplastía umbilical	2	1.5%
Hernioplastía eventracional	2	1.5%
Laparatomía exploratoria, colecistectomía	2	1.5%
Colecistectomía convencional	1	0.8%
Relaparatomía exploratoria	1	0.8%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de esta investigación que se muestra en la tabla 11, que muestra una alta frecuencia de apendicectomías convencionales (56,2 %; n=73), a diferencia de la laparoscópica, que era del 11,6 %. Se observaron resultados similares en las hernioplastias en general (9,9 %) y en las laparotomías exploratorias (13%), que optaron por este tipo de intervención quirúrgica. Por el contrario, en la patología vesicular se evidencia un predominio del abordaje laparoscópico, con un 7,7 % frente al 0,8 % de la convencional. Estos resultados coinciden con este estudio nacional de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (7), en el que la cirugía convencional fue la técnica más utilizada en los pacientes (55%); sin embargo, sólo el 28% de los pacientes del MINSA y el 63% de los de ESSALUD se sometieron a cirugía laparoscópica.

Tabla 12
Muerte intraoperatoria (n=130)

Muerte intraoperatoria	Frecuencias	%
no	130	100.0 %

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las muertes intraoperatorias, no se registró ninguna, como se muestra en la tabla 12, lo que refleja la buena labor del equipo quirúrgico al igual que el hecho de que la mayoría de los casos de patologías abdominales de emergencia eran poco complejos, como se evidencia en este estudio.

Con respecto al tipo de incisión, resección intestinal, ostoma, uso y tipo de dren, se encontró los siguientes resultados:

Tabla 13
Tipo de incisión (n=130)

Tipo de incisión	Frecuencias	%
Kocher	1	0.8 %
Laparoscópica	25	19.2 %
Laparoscópica convertida	2	1.5 %
Mediana	19	14.6 %
Paramediana	4	3.1 %
Rockey- Davis	62	47.7 %
Transversa	11	8.5 %
inguinal	6	4.6 %

Fuente: Elaboración propia

La incisión Rockey-Davis (47,7 %; n=62) fue la más utilizada (tabla 13), lo cual es acorde con el tipo de procedimientos realizados (principalmente apendicectomías). Seguida de la laparoscópica (19,2%; n=25), de las cuales se relacionan con los procedimientos de colecistectomías.

Tabla 14
Resección intestinal (n=130)

Resección Intestinal	Frecuencias	%
Si-anastomosis manual	2	1.5 %
Sin anastomosis/ No	128	98.5 %

Fuente: Elaboración propia

Dentro de todas las intervenciones, solo dos casos (1,5 %) requirieron resección intestinal, mientras que la gran mayoría de pacientes (n=128; 98.5%) no lo requirió (Tabla 14).

Tabla 15
Ostoma (n=130)

Ostoma	Frecuencias	%
Colostomía en asa	1	0.8 %
Ileostomía en asa	1	0.8 %
Ninguno	128	98.5 %

Fuente: Elaboración propia

De los dos casos que requirieron resección intestinal, también se les realizó ostomas, en la tabla 15 se puede evidenciar que en un paciente se realizó una colostomía en asa (0,8%) y en otro una ileostomía en asa (0,8%), lo que refleja la baja gravedad de las patologías quirúrgicas.

Tabla 16
Uso de dren (n=130)

Uso de dren	Frecuencias	%
Si	27	20.8 %
no	103	79.2 %

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la tabla 16; el uso del dren fue limitado (20.8%; n=27); en comparación de que una gran proporción de pacientes no utilizaron (79,2%; n=103). Los pacientes que usaron dren se debieron a que presentaron patologías abdominales quirúrgicas complicadas (apendicitis aguda complicada, patologías biliares complicadas, obstrucción intestinal y en abscesos) las cuales también cursaban con peritonitis y otras complicaciones.

Tabla 17
Tipo de DREN (n=130)

Uso de DREN	Tipo de DREN	Frecuencias	%
Si	Laminar	20	74.1 %
	Tubular	4	14.8 %
	otro	3	11.1 %

Fuente: Elaboración propia

Como consecuencia de la tabla anterior; la tabla 17 muestra que el dren que tuvo predominio fue el laminar (74.1%; n=20), puesto que es una opción más accesible en el hospital.

4.4 Resultado específico N°4

OE4: Describir las características postoperatorias de los adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, 2023.

Tabla 18
Complicaciones (n=130)

Complicaciones	Frecuencias	%
Absceso	2	1.5 %
ISO	1	0.8 %
Ileo Paralítico	1	0.8 %
Ingreso a UCI	2	1.5 %
Peritonitis	15	11.5 %
Obstrucción intestinal	2	1.5 %
Ninguno	105	80.8 %
Otro	2	1.5 %

Fuente: Elaboración propia.

Como puede verse en la Tabla 18, hubo una tasa baja de complicaciones (19,2%; n=21), lo que indica que la mayoría de los pacientes (80,8%) se recuperaron bien, sin experimentar ninguna complicación. Sin embargo, la peritonitis (11,5%; n=15) fue más frecuente que otras complicaciones porque los pacientes con afectación quirúrgica abdominal complicada (apendicitis aguda complicada, pancreatitis aguda complicada) tuvieron más riesgo de padecerla. En cambio, la obstrucción intestinal, el absceso y el ingreso en la UCI representaron el 1,5% de todos los casos, respectivamente. Los pacientes que acudieron a la UCI presentaban abdomen agudo quirúrgico y abscesos

intraabdominales. En los casos de obstrucción intestinal, se debió a la hernia inguinal incarcerada y vólvulo.

En cambio, en estudios con una alta población, como en el de Kandasami P et al (con una aproximado más de 1000 paciente), se encontró un ligero aumento de las complicaciones, que el ingreso a UCI en la cirugía de emergencia es significativamente mayor que la cirugía electiva; 4% frente al 1,2%, respectivamente (4). En otro estudio de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú, se encontró que, de todos los pacientes, 32% presentaron complicaciones, donde más de un tercio de estas complicaciones aquellas, solo requirieron soporte y manejo médico (Clavien-Dindo grado I) (7), es decir aquellas complicaciones que desviarían del curso postoperatorio normal sin necesidad de tratamiento farmacológico o intervenciones quirúrgicas, endoscópicas y radiológicas. En el que los regímenes terapéuticos aceptables son: medicamentos como antieméticos, antipiréticos, analgésicos, diuréticos, electrolitos y fisioterapia (45).

Mientras que, en un estudio local de Tavera T(9), de las patologías vesiculares se encontró que la complicación inmediata más frecuente observada fue el dolor postoperatorio moderado (63,6%), seguido de náuseas y/o vómitos, ictericia, eventración y coledocolitiasis residual e ISO.

Tabla 19
Muerte postoperatoria (n=130)

Muerte postoperatoria	Frecuencias	%
No	130	100.0 %

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados anteriormente mencionados sobre las complicaciones en la tabla 18, se contrastan con la ausencia de mortalidad postoperatoria en la tabla 19. No obstante, en un estudio con mayor población, como el de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú, se encontró casos de mortalidad que fue del 3,9% (7).

Tabla 20
Estancia hospitalaria (n=130)

Estancia hospitalaria	Frecuencias	%
No prolongada(<4días)	100	76.9 %
Prolongada(>4días)	30	23.1 %

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los pacientes tuvo una estancia hospitalaria no prolongada (<4 días, 76.9 %, n=100) como se muestra en la tabla 20, lo que indica una recuperación rápida y un manejo eficiente de los recursos hospitalarios. En otro estudio como de Kandasami P et al(4), menciona que la mediana de la estancia hospitalaria para la cirugía de emergencia

es significativamente mayor que la cirugía electiva. Mientras que en el estudio de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (7), la estancia media en el hospital fue de seis días.

Tabla 21
Diagnóstico postoperatorio (n=130)

Tipo	Frecuencia	Total
Apendicitis aguda, no complicada	62	47.6%
Apendicitis aguda, complicada	34	26.1%
Colecistitis crónica calculosa, reagudizada	9	6.9%
Hernia inguinal, con obstrucción	5	3.8%
Hernia inguinal, sin obstrucción	4	3.1%
Pólipo Vesicular	2	1.5%
Síndrome adherencial	2	1.5%
Eventración	2	1.5%
Peritonitis generalizada, apendicitis aguda	1	0.8%
Peritonitis biliar	1	0.8%
Ascariasis biliar	1	0.8%
Abdomen agudo quirúrgico, hepatopatía difusa	1	0.8%
Absceso intraabdominal interasas	1	0.8%
Hernia umbilical, sin obstrucción	1	0.8%
Hernia umbilical, con obstrucción	1	0.8%
Hernia epigástrica	1	0.8%
Obstrucción intestinal, vólvulo sigmoides	1	0.8%
Obstrucción intestinal por bridas	1	0.8%

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, en los diagnósticos postoperatorios según la tabla 21, se confirmó que el 73,7% (n=97) de los casos corresponde a apendicitis aguda en general; seguida de casos de 6,9% (n=9) tanto de colecistitis como de las hernias inguinales, y con un 2% en los siguientes casos de pólipo vesicular, síndrome adherencial y eventración. Se logra encontrar una concordancia con estudios internacionales en la principal patología quirúrgica. En el siguiente estudio de Kandasami P et al(4), el hallazgo patológico más frecuente en las intervenciones de emergencia fue la apendicitis (43 %), seguido de las infecciones de piel y partes blandas (31,6 %). En esta investigación de Jiménez L. y García N. (5) se obtuvieron resultados similares, ya que la apendicitis aguda representó la mayoría de las entidades nosológicas, es decir, el 25 %. Le siguieron la colecistitis aguda y la peritonitis, con 29 casos (14,80 %) y 18 casos (9,18 %), respectivamente.

Del mismo modo, hubo resultados coincidentes con estudios nacionales como en el de Pinares D et al(6), en los que los diagnósticos postoperatorios más comunes fueron: 64,44 % de apendicitis, 15,55 % de obstrucción intestinal, 6,66 % de perforación de víscera hueca y 2,22 % de colecistitis. Otra investigación, el de la Sociedad de Cirujanos

Generales del Perú (7) reveló que las tres causas más frecuentes de enfermedades inflamatorias fueron la obstrucción intestinal (9 %), la colecistitis y colangitis (25 %) y la apendicitis (más del 50 % de los casos).

CONCLUSIONES

En este estudio, en cuanto a las características epidemiológicas de los pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencias, se observa que la distribución de pacientes por sexo es casi igual, con un 50% de hombres y un 50% de mujeres. Así mismo, la mayoría de los pacientes provienen de zonas urbanas (66,9%). El grupo más afectado, son los adultos de entre 30 y 59 años (59,2%).

Con respecto a las características preoperatorias, se encontró que la mayoría de los pacientes el 33,8 %, buscan atención médica el primer día de inicio de los síntomas. La mayor parte de los pacientes (75,4 %) no presentaron comorbilidades, pero el 2.3 % presentó diabetes mellitus y el 3.1 % hipertensión arterial. La clasificación ASA II (48,5%) predominó. Los diagnósticos preoperatorios mas comunes fueron la apendicitis aguda (71,6%), seguida de colecistitis (6,9 %), de hernias en general (10,1%), y en menor porcentaje, el abdomen quirúrgico (5,4%) y obstrucción intestinal (2,3 %). Como ayuda diagnóstica de imagen, predominó el empleo de las ecografías (86,9 %).

En términos de las características intraoperatorias, la mayoría de las intervenciones (51,5 %) fueron de corta duración, siendo comúnmente con un 56,2% las apendicectomías convencionales, seguidas de las apendicectomías laparoscópicas (11.6%), y de las colecistectomías laparoscópicas (7.7%). No se registró ninguna muerte intraoperatoria. De las cirugías realizadas, la incisión Rockey-Davis (47,7 %) fue la más utilizada, seguida de la laparoscópica (19,2%); así mismo, solo dos casos (1,5 %) requirieron resección intestinal. El uso del dren fue limitado (20.8%), predominando el tipo laminar (74.1%).

Finalmente, referente a las características postoperatorias, el estudio muestra una baja tasa de complicaciones (19,2%), siendo la más frecuente la peritonitis (11,5%); sin embargo, la mayoría de los pacientes (80,8%) no presentaron alguna complicación. El 76,9% de los casos fueron dados de alta en menos de 4 días. La mortalidad en este estudio fue nula. En los diagnósticos postoperatorios, se confirmó que el 73,7% corresponde a apendicitis aguda; seguidos de casos de colecistitis (6,9%), hernias inguinales (6,9%).

RECOMENDACIONES

Una de las principales recomendaciones, uno es mejorar el acceso a la atención médica en zonas rurales, donde los pacientes enfrentan barreras geográficas y económicas para recibir atención oportuna. Segundo, se sugiere implementar servicios móviles de salud, telemedicina y fortalecer las infraestructuras sanitarias locales. Además, se deben promover campañas de concientización sobre los síntomas de las enfermedades abdominales agudas, como la apendicitis, para facilitar diagnósticos tempranos y reducir los tiempos de espera para cirugía.

También es crucial mejorar la detección y manejo de comorbilidades en los pacientes, especialmente en adultos mayores. Aunque la mayoría de los pacientes no presentan comorbilidades graves, se recomienda seguir fortaleciendo la capacitación en la identificación temprana de condiciones como la hipertensión y diabetes, que pueden afectar los resultados postoperatorios. El manejo integral de estos pacientes contribuiría a mejorar la recuperación y disminuir posibles complicaciones durante el proceso quirúrgico.

Por último, es importante optimizar los recursos diagnósticos y quirúrgicos en situaciones de emergencia, especialmente la disponibilidad de tecnologías como la tomografía computarizada para casos complejos, en relación con la clínica presentada. La mejora en la accesibilidad a estas herramientas, junto con la optimización de los protocolos quirúrgicos, garantizaría un diagnóstico más preciso y procedimientos más eficientes, contribuyendo a una mejor calidad de atención y reduciendo tiempos de intervención y recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ndong A, Togtoga L, Bah MS, Ndoye PD, Niang K. Prevalence and mortality rate of abdominal surgical emergencies in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Surg.* el 24 de enero de 2024;24:35.
2. Mchele GM, Mwanga AH, Kitua DW, Chugulu S. Preoperative waiting time and outcomes of non-traumatic emergency abdominal surgeries: Insights from a zonal referral hospital in northern Tanzania, a reference for health centers with similar capacities. *Surg Pract Sci.* 2023;14.
3. Gil Martínez J, Rodríguez González JM, Parrilla Paricio P. Cooperación en cirugía en el siglo XXI. *Cir Esp.* el 1 de octubre de 2018;96(8):466–72.
4. Palayan K. Emergency general surgery in a public hospital in Malaysia. 2020;75(5).
5. Jiménez-Franco LE, García-Pérez N, Jiménez-Franco LE, García-Pérez N. Intervenciones quirúrgicas de urgencia en el Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. *Rev Inf Científica [Internet].* agosto de 2021 [citado el 29 de junio de 2023];100(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332021000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Carrillo DP, Checa DO, Hernandez IV, Quintana KR, Alvarez JA, López JA. Características clínicas y morbimortalidad en cirugía abdominal de emergencia en pacientes con COVID-19. *Horiz Méd Lima.* el 30 de marzo de 2021;21(1):e1330–e1330.
7. Grupo de investigación y colaboradores de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú. Cirugía general de emergencia en Perú: Un estudio multicéntrico prospectivo. *Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú.* agosto de 2023;20(1):31–43.
8. Portugal Torres JD. “Factores asociados a mortalidad post operatoria en cirugía de emergencia por obstrucción intestinal en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2016 - 2018”. 2019 [citado el 17 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8199>
9. Tavera Villena TBL. Factores asociados a complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, enero 2021 a junio 2022. *Repos - UNSM [Internet].* el 3 de enero de 2023 [citado el 29 de junio de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/4687>

10. Fernández MAC, Comesaña ED, Rodríguez FJG, Freire MNB, González PP, Martínez LL, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. el 1 de mayo de 2020;13(10):523–40.
11. Bockus HL. GASTROENTEROLOGÍA. 3 vol [Internet]. 3a ed. Barcelona: Salvat; 1965 [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.iberlibro.com/GASTROENTEROLOG%C3%8DA-3-vol-Bockus-Henry-L/10378767560/bd>
12. Shafi S, Aboutanos MB, Agarwal S, Brown CVR, Crandall M, Feliciano DV, et al. Emergency general surgery: definition and estimated burden of disease. J Trauma Acute Care Surg. abril de 2013;74(4):1092–7.
13. General Surgery Residency. The American Board of Surgery Surgical Council on Resident Education. Curriculum Outline: Patient Care and Medical Knowledge. 2011 - 2012 [Internet]. 2011 2012. Disponible en: <https://www.absurgery.org/xfer/curriculumoutline2011-12.pdf>
14. Takayama Y, Kaneoka Y, Maeda A, Fukami Y, Takahashi T, Uji M. Etiologies and outcomes of emergency surgery for acute abdominal pain: an audit of 1456 cases in a single center. Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc. abril de 2020;46(2):363–9.
15. Brewer BJ, Golden GT, Hitch DC, Rudolf LE, Wangenstein SL. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. Am J Surg. febrero de 1976;131(2):219–23.
16. Bennett HD, Tamber LJMT, Campbell WB. Use of coughing test to diagnose peritonitis. BMJ. el 21 de mayo de 1994;308(6940):1336.
17. Verde PE, Decker F, Yang Q, Franke C, Ohmann C. Diagnostische Profile bei akuten Bauchschmerzen mit multinominaler logistischer Regression. GMS Med Inform Biom Epidemiol. el 17 de julio de 2007;3(2):Doc11.
18. Lippert H. Appendix. En: Praxis der Chirurgie. Stuttgart: Thieme; 1998. p. 692–702.
19. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Deutsches Ärzteblatt. 2009 [citado el 19 de julio de 2023]. Das akute Abdomen aus internistischer Sicht. Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/64651/Das-akute-Abdomen-aus-internistischer-Sicht>

- 20.Grundmann RT, Petersen M, Lippert H, Meyer F. Das akute (chirurgische) Abdomen – Epidemiologie, Diagnostik und allgemeine Prinzipien des Managements. *Z Für Gastroenterol.* junio de 2010;48(6):696–706.
- 21.Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Deutsches Ärzteblatt. 2002 [citado el 19 de julio de 2023]. Akutes Abdomen: Bildgebung heute. Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/34307/Akutes-Abdomen-Bildgebung-heute>
- 22.Franke C, Böhner H, Yang Q, Ohmann C, Röher HD. Ultrasonography for diagnosis of acute appendicitis: results of a prospective multicenter trial. *Acute Abdominal Pain Study Group. World J Surg.* febrero de 1999;23(2):141–6.
- 23.Gore RM, Miller FH, Pereles FS, Yaghamai V, Berlin JW. Helical CT in the evaluation of the acute abdomen. *AJR Am J Roentgenol.* abril de 2000;174(4):901–13.
- 24.Ng CS, Watson CJE, Palmer CR, See TC, Beharry NA, Housden BA, et al. Evaluation of early abdominopelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. *BMJ.* el 14 de diciembre de 2002;325(7377):1387.
- 25.Al-Mulhim AS, Nasser MA, Abdullah MM, Ali AM, Kaman L. Emergency laparoscopy for acute abdominal conditions: a prospective study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* agosto de 2008;18(4):599–602.
- 26.de Araújo Martins-Romeo D, Rivera Domínguez A. Complications after abdominal surgery. *Radiol Engl Ed.* el 1 de marzo de 2023;65:S99–108.
- 27.Fayad LM, Carrino JA, Fishman EK. Musculoskeletal Infection: Role of CT in the Emergency Department. *RadioGraphics.* noviembre de 2007;27(6):1723–36.
- 28.Gore RM, Berlin JW, Yaghamai V, Mehta U, Newmark GM, Ghahremani GG. CT diagnosis of postoperative abdominal complications. *Semin Ultrasound CT MRI.* el 1 de junio de 2004;25(3):207–21.
- 29.Viscuso MN, Minutta MR, Hernández DV, Carlin PMS, del Pueblo CS, Soria MJP. Abdominal wound dehiscence. Risk factors, incidence and mortality of 914 abdominal wall closures performed by residents of general surgery. *Rev Hispanoam Hernia.* 2019;7(3):107–12.
- 30.Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Ruiz B, Roig J, Gironès J, Pujadas M, et al. Factores de riesgo de dehiscencia aguda de la pared abdominal tras laparotomía en adultos. *Cir Esp.* el 1 de mayo de 2005;77(5):280–6.

31. Filippone A, Cianci R, Pizzi AD, Esposito G, Pulsone P, Tavoletta A, et al. CT findings in acute peritonitis: A pattern-based approach. *Diagn Interv Radiol.* 2015;21(6):435–40.
32. Venara A, Neunlist M, Slim K, Barbieux J, Colas PA, Hamy A, et al. Postoperative ileus: Pathophysiology, incidence, and prevention. *J Visc Surg.* 2016;153(6):439–46.
33. Frager DH, Baer JW, Rothpearl A, Bossart PA. Distinction between postoperative ileus and mechanical small-bowel obstruction: Value of CT compared with clinical and other radiographic findings. *Am J Roentgenol.* 1995;164(4):891–4.
34. Scott JW, Olufajo OA, Brat GA, Rose JA, Zogg CK, Haider AH, et al. Use of National Burden to Define Operative Emergency General Surgery. *JAMA Surg.* el 15 de junio de 2016;151(6):e160480.
35. Arung W, Meurisse M, Detry O. Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions. *World J Gastroenterol WJG.* el 7 de noviembre de 2011;17(41):4545–53.
36. Fritz S, Chaitow L, Hymel GM. CHAPTER 15 - Medical Treatment for Illness and Injury. En: Fritz S, Chaitow L, Hymel GM, editores. *Clinical Massage in the Healthcare Setting [Internet].* Saint Louis: Mosby; 2008 [citado el 19 de febrero de 2024]. p. 514–33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323039963500234>
37. FitzHarris G. chapter 5 - General Postoperative Complications and How to Prevent Them. En: Bailey HR, Billingham RP, Stamos MJ, Snyder MJ, editores. *Colorectal Surgery [Internet].* Philadelphia: W.B. Saunders; 2013 [citado el 19 de febrero de 2024]. p. 75–92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781437717242000052>
38. Ruíz Semba ER. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina interna. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016. Repos ACADÉMICO USMP [Internet]. 2016 [citado el 20 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2610>
39. Errasti Alustiza J, Cermeño Toral B, Campo Cimarras E, Romeo Ramírez JA, Sardón Ramos JD, Reka Mediavilla L, et al. Factores de riesgo de mortalidad postoperatoria en el cáncer colorrectal: seguimiento de una cohorte en una unidad especializada. *Cir Esp.* el 1 de febrero de 2010;87(2):101–7.

40. Definición de obstrucción intestinal - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/obstruccion-intestinal>
41. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
42. Ley N.º 26842 [Internet]. [citado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
43. Consejo nacional del colegio médico del Perú, editor. SECCIÓN PRIMERA DE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS EN LA MEDICINA. el 10 de septiembre de 2021; Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2021/09/PROYECTO-DE-CODIGO-DE-ETICA-PARA-PAG-WEB-carta-20-CDyL-1-16-09-2021.pdf>
44. Veiga De Cabo J, Fuente Díez EDL, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Segur Trab [Internet]. marzo de 2008 [citado el 29 de noviembre de 2024];54(210). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
45. Pérez-Rubio Á, Sebastián Tomás JC, Navarro-Martínez S, González Guardiola P, Torrecillas Meroño DG, Domingo del Pozo C. Incidencia de la patología abdominal quirúrgica urgente durante la pandemia por SARS-CoV-2. Cir Esp. el 1 de diciembre de 2020;98(10):618–24.

11. Muerte intraoperatoria	
a. Si	b. No
12. Tipo de Incisión	
a. Mediana	b. Paramediana
c. Transversa	d. Rockey-Davis
e. Inguinal	f. Kocher
g. Laparoscópica	h. Laparoscopica convertida
13. Resección Intestinal	
a. Si-anastomosis manual	b. Si-anastomosis mecánica
c. Sin anastomosis/ No	
14. Ostoma	
a. Ileostomía en asa	b. Colostomía en asa
c. Ileostomía terminal	d. Colostomía terminal
e. Ninguno	
15. Uso de DREN	
a. Si	b. No
16. Tipo de DREN	
a. Laminar	b. Tubular
c. Succión negativa	d. otro
IV. CARACTERÍSTICAS POSTOPERATORIAS	
17. Complicaciones	
a. ISO	b. Hematoma incisional
c. Evisceración	d. Absceso
e. Peritonitis	f. Ileo Paralítico
g. Obstrucción intestinal	h. Ingreso a UCI
i. Otro	j. Ninguno
18. Diagnóstico postoperatorio: ()	
19. Muerte postoperatoria	
a. Si	b. No
20. Estancia hospitalaria	
a. Prolongada (> 4 días)	b. No prolongada (< 4 días)

*Se tomó como referencia los ítems del Instrumento validado por la investigación realizada por el Grupo de investigación y colaboradores de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú. Cirugía general de emergencia en Perú: Un estudio multicéntrico prospectivo(7), por ajustarse a las variables que se están utilizando en la presente investigación, además de contar con la validación respectiva.

VALIDACIÓN POR EXPERTOS

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

- Apellidos y nombres del experto : Dr. Jorge Charahua Huerta.
- Institución donde labora : Hospital II - 1 Moyobamba.
- Especialidad : cirugía general y laparoscópica.
- Instrumento de evaluación : Ficha de recolección de datos.
- Autor (s) del Instrumento (s) : Diana Carolina Lizana Becerra.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Muy deficiente (1) Deficiente (2) Aceptable (3) Buena (4) Excelente (5)

Criterios	Indicadores	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades de acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a las variables.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a las variables, de manera que permiten hacer inferencias en función al problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con las variables, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos y variables del estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de las variables.				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL					44	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 44

Tarapoto 20 de Junio del 2024



 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL II - 1 MOYOBAMBA
 Jorge A. Charahua Huerta
 CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
 RNE: 28968
 Sello personal y firma

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

- Apellidos y nombres del experto : Dr. *Alexander Pérez Távora*
- Institución donde labora : *Hospital II-1 Moyobamba*
- Especialidad : *Cirujía general y laparoscópica*
- Instrumento de evaluación : *Ficha de recolección de datos*
- Autor (s) del Instrumento (s) : *Diana Carolina Lizasoarena*

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Muy deficiente (1) Deficiente (2) Aceptable (3) Buena (4) Excelente (5)


Criterios	Indicadores	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades de acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a las variables.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a las variables, de manera que permiten hacer inferencias en función al problema y objetivos de la investigación.				X	
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con las variables, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos y variables del estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de las variables.				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
PUNTAJE TOTAL					44	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 44

Tarapoto *20* de *Junio* del 2024


 Dr. Alexander Pérez Távora
 CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCÓPICO
 Sello Personal y Firma
 R.M. 32187

INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

I. DATOS GENERALES

- Apellidos y nombres del experto : Dr. *Märkel William Vasquez Garbajal*
- Institución donde labora : *Hospital II-3 Moyabamba*
- Especialidad : *Cirugía General y Laparoscópica*
- Instrumento de evaluación : *Ficha de Resolución de datos*
- Autor (s) del Instrumento (s) : *Diana Carolina Lizaso Beerra*

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Muy deficiente (1) Deficiente (2) Aceptable (3) Buena (4) Excelente (5)

Crterios	Indicadores	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades de acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable, en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a las variables.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a las variables, de manera que permiten hacer inferencias en función al problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con las variables, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos y variables del estudio.				X	
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de las variables.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.				X	
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.				X	
PUNTAJE TOTAL						43

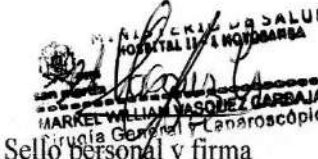
(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

43

Tarapoto de *Junio* del 2024


 Sello personal y firma
 MÄRKEL WILLIAM VASQUEZ GARBAJAL
 Cirugía General y Laparoscópica

**SOLICITUD AL HOSPITAL MINSA II-1 MOYOBAMBA PARA
AUTORIZACIÓN DE REGISTRO DE DATOS**

"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia en Honor
a las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

SOLICITO INFORMACIÓN PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tarapoto, 07 de agosto del 2024

SEÑOR:

DRA. DIANA MARTINEZ CHUQUIZUTA

DIRECTOR DEL HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

Atención: **M.C. ALEXANDER PÉREZ TAVARA**

Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación.

De mi especial consideración:

Yo Diana Carolina Lizana Becerra, identificado con DNI 71583738 y domicilio en la Calle la alameda del Edén cdra 4, S/N, Nueva Cajamarca; con número de celular N° 912713500, con correo electrónico: dclizanab@alumno.unsm.edu.pe, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo estudiante de la FACULTAD DE MEDICINA HUMANA, de la ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA de la Universidad Nacional de San Martín, a usted con el debido respeto me presento y le manifiesto:

Siendo requisito indispensable el recojo de datos necesarios para la tesis titulada: "**Características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el hospital II - 1 Moyobamba, 2023**"; contando como asesor al Dr. Raúl Pablo Alegre Garayar y co asesor a la Dra. Alejandra Karín Bacilio Cardozo, para lo cual solicito su autorización para el acceso a las historias clínicas de los pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia, en el periodo de enero a diciembre del año 2023. Así, mismo me comprometo a compartir con la Institución los resultados y sirva para la mejora continua de los servicios de salud. Para este efecto adjunto proyecto de investigación aprobado por la Universidad en mención.

Por lo expuesto tenga a bien atender mi solicitud.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente;



Diana Carolina Lizana Becerra

DNI: 71583738

Email: dclizanab@alumno.unsm.edu.pe

N° celular: 912713500



AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL MINSA II-1 MOYOBAMBA PARA EL REGISTRO DE DATOS



**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO
HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA**
UNIDAD DE CAPACITACIÓN Y APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

N° Reg. 011-2024424063

Moyobamba, 12 de agosto 2024

CARTA N° 048- 2024-DIRESA-OGESS-AM/HII-1M-UCADel.

SEÑORA:
DIANA CAROLINA LIZANA BECERRA
Estudiante de Medicina Humana
Universidad Nacional de San Martín
Ciudad.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN.

REFERENCIA: a) Solicitud S/N de fecha 07 de agosto 2024

Por el presente reciba un saludo cordial, visto su solicitud presentada y en base a las coordinaciones realizadas por esta Unidad, se **AUTORIZA** el ingreso al Área de Admisión y Archivo Clínico para el acceso de Historias Clínicas, en base al reporte estadístico sobre pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el periodo de enero a diciembre del año 2023; como parte de las acciones para la recopilación de información para elaboración de proyecto de tesis titulado "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS EN ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA,2023".

En ese sentido, previo al ingreso del Área de Archivo Clínico, debe apersonarse a la Unidad de Estadística e Informática para las coordinaciones necesarias en base al objetivo de la recopilación de la información, para el otorgamiento del reporte de las historias clínicas; debiendo mostrar el presente documento al personal de dichas áreas, a efectos que le brinden las facilidades. Una vez culminado y aprobado el proyecto de tesis por la universidad, hacer llegar un ejemplar a la Unidad de Capacitación y Apoyo a la Docencia e Investigación para su custodia en la Biblioteca del Hospital Moyobamba.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

Atentamente;


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA
 Dr. Alexander Perez Távora
 JEFE DE LA UNIDAD DE
 CAPACITACION Y DOCENCIA
 C.M.P. 53810 R.W.E. 22/167

C.C.
INTERESADO
UCADH
APT/ver

Características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital II- 1 Moyobamba, 2023

por Diana Carolina Lizana Becerra

Fecha de entrega: 02-abr-2025 09:11a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2570553370

Nombre del archivo: Med_Humana_TESIS_Diana_Carolina_Lizana_Becerra.docx (3.75M)

Total de palabras: 15220

Total de caracteres: 86419

Características epidemiológicas y quirúrgicas en adultos sometidos a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital II-1 Moyobamba, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	tesis.unsm.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	scgp.org Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%