



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los
pacientes mayores de 50 años laparotomizados. Hospital María
Auxiliadora.2018-2020

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Pachas Polo Gabriela Alessandra (ORCID: 0000-0001-6103-0906)

ASESOR:

Dr. Bazán Palomino Edgar Ricardo (ORCID: [0000-0002-7973-2014](https://orcid.org/0000-0002-7973-2014))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no transmisibles

LIMA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Se dedica este trabajo a Dios por haberme ayudado en todo el camino de mi carrera médica y a darme fuerza para nunca rendirme y llegar a mí meta de ser médico.

A mi madre Milagros Polo, por ser mi motor, y a mi familia por siempre apoyarme, animarme, entenderme en todo momento y poder vencer los obstáculos del camino de esta carrera.

AGRADECIMIENTO

Agradezco su contribución para el desarrollo de esta tesis a mi asesor en el tema, el Dr. Bazán, por la ayuda, motivación y conocimiento científico en cada paso a realizar el desarrollo de la tesis.

Mi agradecimiento también va hacia el Hospital María Auxiliadora por permitirme el acceso a su institución para poder realizar el desarrollo de la tesis.

A mis docentes que a lo largo de esta carrera contribuyeron con mi formación universitaria.

ÍNDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del Jurado.....	iv
Índice.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Realidad problemática.....	9
1.2 Trabajos previos.....	10
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	14
1.4. Formulación del problema.....	19
1.5 Justificación.....	19
1.6 Objetivos.....	20
II.MÉTODOS	21
2.1 Diseño de estudio de investigación.....	21
2.2 Variables Operacionalización.....	21
2.3 Población y muestra.....	21
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	22
2.5 Métodos de análisis.....	23.
2.6 Aspectos éticos.....	23

III.RESULTADOS.....	24
IV. Discusión.....	27
V. Conclusiones.....	30
VI. Recomendaciones.....	31
VII. Referencias bibliográficas	

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de esta investigación ha sido determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a laparotomía en el Hospital María Auxiliadora. 2018-2020.

Métodos: En cuanto a los métodos se utilizó Observacional, descriptivo, transversal.

Resultados: En cuanto a los resultados, con respecto a la edad se establece de 50 60 años en 1.3% de los pacientes que fallecen entre los procedimientos de laparoscopia y de 60 a 70 años se presenta en el 2.5% al igual que los pacientes mayores de 70, en cuanto al sexo establecemos que el 2.5% de las mujeres fallecen y el 3.8% de los varones fallecen posterior a la laparotomía, el estado civil presentamos que tanto los solteros casados y otros estados civiles presenta 1.3% y convivientes en el 2.5%, en las comorbilidades la hipertensión arterial en el 1.3%, diabéticos el riesgo se eleva a 2.5%, en el diagnóstico operatorio obstrucción intestinal muriendo 1.3%, trauma abdominal se presentó en el 2.5%, en cuanto al tiempo con el abdomen abierto posterior a una laparotomía de 4 días de 1.3% de 5 a 9 días de 1.3% de 10 a 14 días en el 2.5% y más de 14 días en 1.3%.

Conclusiones: Se concluyó que, las comorbilidades principales que se asociaron a fallecimiento de los pacientes por laparotomía están presentes la diabetes mellitus y la hipertensión arterial con 2.5 y 1.3%., el diagnóstico operatorio principal se da en relación al trauma abdominal abierto con fallecimiento de 2.5%. las técnicas quirúrgicas con mayor mortalidad es la bolsa de Bogotá con 3.8%., El tiempo hospitalario en abdomen abierto principalmente se da de 10 a 14 días con 2.5% y complicaciones por la laparotomía en 2.5% se dan las infecciones.

Palabras clave: Laparotomía, trauma, comorbilidad.

ABSTRACT

Objective: The objective of this research has been to determine the epidemiological, clinical and surgical characteristics of patients undergoing laparotomy at the María Auxiliadora Hospital. 2018-2020.

Methods: Regarding the methods, it was used Observational, descriptive, cross-sectional.

Results: Regarding the results, with regard to age, it is established as 50-60 years in 1.3% of the patients who die between laparoscopic procedures and from 60 to 70 years it appears in 2.5%, as in older patients out of 70, regarding sex, we establish that 2.5% of women die and 3.8% of men die after laparotomy, the marital status we present how much married singles and other marital statuses present 1.3% and cohabiting in 2.5 %, in comorbidities arterial hypertension in 1.3%, diabetics the risk rises to 2.5%, in the operative diagnosis intestinal obstruction dying 1.3%, abdominal trauma appeared in 2.5%, regarding the time with the posterior open abdomen to a laparotomy of 4 days of 1.3% from 5 to 9 days of 1.3% from 10 to 14 days in 2.5% and more than 14 days in 1.3%.

Conclusions: It was concluded that the main comorbidities that were associated with the death of patients due to laparotomy are diabetes mellitus and arterial hypertension with 2.5 and 1.3%. The main operative diagnosis is in relation to open abdominal trauma with death of 2.5%. The surgical techniques with the highest mortality is the Bogotá bursa with 3.8%. Hospital time in open abdomen is mainly 10 to 14 days with 2.5% and complications due to laparotomy in 2.5% there are infections.

Keywords: Laparotomy, trauma, comorbidity.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

La intervención quirúrgica denominada laparotomía es una técnica quirúrgica que se lleva a cabo con la finalidad de realizar una apertura con una solución en continuidad y además con el propósito de explorar y a la vez examinar alguna alteración que se presenta a nivel abdominal, en esta intervención quirúrgica se conoce dos formas de realizarlo a través de una laparotomía que es simple y otro tipo que es laparotomía de tipo exploratoria donde después de haberse realizado esta se realiza una laparostomía para evitar la aparición de posibles consecuencias después de haberse realizado una intervención de tipo exploratoria que es quirúrgica (1,2)

Esta intervención quirúrgica denominada laparostomía después de haber llevado a cabo una intervención quirúrgica denominada laparotomía de tipo exploratoria se lleva a cabo de forma primordial y es más común su práctica, debido a que mediante esta técnica se pueden muchas veces diagnosticar patologías a nivel abdominal que no se pueden identificar a través de otras técnicas de tipo quirúrgicas o incluso con otros exámenes que son útiles para un diagnóstico como las pruebas que no son invasivas entre las cuales tenemos la tomografía que es axial y computarizada. (3, 4,5)

Hoy en la actualidad en Latinoamérica se conoce que en los pacientes que sufren algún tipo de trauma abdominal o que requieren de una intervención de tipo quirúrgica en el área abdominal en un 75% aproximadamente de estos casos se ha optado por elegir la técnica que es quirúrgica de tipo laparotomía de forma exploratoria, además que en los pacientes en los que se optó por realizar esta técnica que es quirúrgica para el tratamiento de alguna patología que es abdominal, de este conjunto solo el 3 a 5% de los casos aproximadamente presentan algún tipo de consecuencias tiempo después de haberse realizado la intervención que es quirúrgica. (6,7)

La laparostomía o intervención de tipo quirúrgica y abdominal es un procedimiento que va a consistir en ejecutar un cierre que es diferido a nivel de la cavidad del abdomen después de haberse realizado una intervención

quirúrgica llamada laparotomía. Este procedimiento tiene la ventaja de que facilita que no se produzca una acumulación de líquido a nivel de la cavidad del abdomen e incluso tiene como principal ventaja que esta técnica facilita que se realice un drenaje de tipo abdominal facilitando que se permita evitar consecuencias después de esta intervención quirúrgica tales como una hipertensión a nivel abdominal o en el peor de los casos un síndrome de tipo comportamental en el abdomen. (8, 9,10)

1.2. Trabajos previos

Antecedentes Internacionales

Cárdenas, en Managua en Nicaragua durante el año 2019, se ejecutó un estudio de tipo cuantitativo a la vez observacional e incluso analítico y también del tipo de casos e incluso del tipo controles y también retrospectivo titulado: “Componentes de peligro que están relacionados con dehiscencia en la herida a consecuencia de la intervención denominada laparotomía en los pacientes hospitalizados en el área de cirugía.” (11) Esta investigación se realizó con la finalidad de reconocer cuales son los componentes de peligro que están vinculados a presentar dehiscencia en la herida de la intervención que es quirúrgica de tipo laparotomía, en esta investigación se contó con la participación de 190 a 200 pacientes que fueron sometidos a una laparotomía y que además cumplieran con los criterios de tipo inclusión y además con los criterios de tipo exclusión. En esta investigación se llegó a la conclusión que los principales componentes característicos del tipo social y del tipo demográfico que se vinculan estrechamente con la aparición de la dehiscencia en la herida de tipo quirúrgica son que el paciente tenga una edad que sea mayor de 65 años en un 75% aproximadamente de los casos y la edad del sexo masculino en un 57% aproximadamente de los casos siendo la edad la de mayor importancia en este tipo de consecuencia después de intervención que es quirúrgica.(11)

Menéndez, en Bogotá en Colombia en el año 2018, se ejecutó un estudio de tipo analítico a la vez observacional e incluso retrospectivo y que además es de casos y también de controles titulado “Vínculo existente entre la obesidad y la evolución de consecuencias después de una intervención que es quirúrgica en los

pacientes que han sido sometidos a una laparostomía en el área correspondiente a cirugía” (12). Esta investigación se llevó a cabo con el fin de definir cuál es el vínculo existente entre el síndrome de obesidad y la progresión de consecuencias luego de una intervención de tipo quirúrgica en los pacientes que han sido sometidos a laparotomía en el área correspondiente a cirugía. Para esta investigación se contó con el apoyo de 300 a 303 pacientes que han sido sometidos a laparotomía y que cumplieron con los criterios que son de tipo inclusión y los criterios de tipo exclusión. En este estudio se llegó a la conclusión que el trastorno de obesidad específicamente que corresponde a nivel de obesidad perteneciente al tipo I con un 62% hasta un 65% aproximadamente de los casos que fueron sometidos a estudio están relacionado estrechamente con la aparición de consecuencias después de una intervención quirúrgica en este caso laparotomía. (12)

Bastidas, en Bogotá en Colombia en el año 2019, se realizó una investigación que fue del tipo observacional además de modo transversal e incluso analítico titulado : “Frecuencia de componentes de peligro en relación a infección en el lugar donde se realizó la intervención de tipo quirúrgica denominada laparoscopia en comparación con laparotomía en el área de cirugía ” (13). Esta investigación se ejecutó con el fin de reconocer y determinar la frecuencia de los componentes de peligro para presentar alteración de tipo infeccioso en el lugar donde se realizó la intervención que fue quirúrgica en los pacientes con edades que oscilan entre dieciocho años a más edades y que fueron sometidos a intervención que fueron quirúrgica específicamente laparotomía o laparoscopia , para este estudio se contó con la colaboración de 120 a 140 pacientes que fueron intervenidos a este tipo de intervención que fue quirúrgica y que además cumplieron con los criterios que son de tipo inclusión y además los criterios de tipo exclusión. En esta investigación se llegó a la conclusión que aquel componente de predisposición que prevalece con una mayor frecuencia en los casos estudiados es el lugar donde se localiza la herida de la intervención con un 78 hasta un 80% aproximadamente pero también se conoce que no existe una prevalencia resaltante en componentes de peligro tales como la existencia de enfermedades que son crónicas en los pacientes que han sido sometidos a este tipo de intervención ya que solo tiene un porcentaje del 10% hasta el 15%

aproximadamente, además en la investigación no se pudo contar con el historial completo de los pacientes siendo este un obstáculo para el estudio.(13)

Callejas, en Santiago de los Caballeros en Guatemala en el año 2015, se realizó un análisis de investigación que fue del tipo retrospectivo y de tipo descriptivo titulado: “Componentes de tipo epidemiológico-clínico y a la vez quirúrgico en los pacientes que han sido sometidos a relaparatomía que no ha sido planificada causado por un trauma de tipo abdominal”(14). Este estudio se llevó a cabo con la finalidad de identificar los componentes de tipo epidemiológico-clínico y quirúrgico en los pacientes adultos e incluso en los pacientes que son niños en quienes se les ha realizado una relaparatomía que no ha sido planificada a consecuencia de un trauma a nivel abdominal en el nosocomio donde se realizó el estudio, para este análisis se contó con la participación de 484 a 487 pacientes que fueron sometidos a esta intervención quirúrgica y que cumplieron con los criterios inclusión y exclusión. En esta investigación se llegó a la conclusión que en cuanto a los pacientes que fueron sometidos a una relaparotomía que no ha sido planificada tienen una mayor frecuencia de presentación en los pacientes cuyas edades oscilan entre los dieciocho hasta los treinta años con un 87% a 87,5% aproximadamente de los casos y el sexo en que se presenta con mayor frecuencia es en los pacientes correspondientes al sexo masculino en un 72% a 72,6% aproximadamente. (14)

Monzón, en Cienfuegos en Cuba durante el año 2020, se llevó a cabo un estudio de tipo investigación del tipo observacional y a la vez descriptivo incluso de tipo longitudinal y de modo prospectivo titulado “Características propias de las relaparotomías que han sido realizadas en un nosocomio” (15). Este estudio de investigación se realizó con la finalidad de determinar las características que son específicas de la relaparotomía en el área de cirugía, para esta investigación se contó con la colaboración de entre 130 hasta 140 que fueron sometidos a una intervención del tipo quirúrgica específicamente relaparatomía y que además cumplieron con los criterios de tipo inclusión y con los criterios de tipo exclusión. En esta investigación se llegó a la conclusión que en las personas que formaron parte de este estudio la frecuencia de que se realicen diversas veces una intervención quirúrgica denominada relaparotomía tiene un estrecho vínculo con

un aumento de muertes en los pacientes que pasan por esta intervención que es quirúrgica en un 70 a 75% aproximadamente de los casos. E incluso que el principal desencadene de muerte en estos pacientes es la alteración de la función de diversos órganos en un 67% hasta un 75% aproximadamente de los casos que fueron estudiados. (15)

Antecedentes nacionales

Quijada, en Huancayo en el Perú durante el año 2020, se llevó a cabo un estudio de tipo observacional además del tipo descriptivo e incluso del modo transversal llamado: “Componentes de epidemiología también componentes clínicos e incluso quirúrgicos en los pacientes que han sido sometidos a la intervención llamada laparostomía.” (16). Este tipo de estudio de investigación se realizó con la finalidad de identificar cuáles son los componentes de epidemiología, además de componentes clínicos y los componentes quirúrgicos presentes en los pacientes que han sido sometidos a una intervención denominada laparostomía, en este estudio se contó con la participación de 128 a 130 pacientes que cumplieron con los criterios de tipo inclusión y que además cumplieron con los criterios de tipo exclusión. En esta investigación se llegó a la conclusión que la continuidad con la que se realiza una laparostomía durante el periodo de un año es de 31% hasta un 31,54% aproximadamente y que además mayormente se produce en personas cuyas edades oscilan entre los 62 a más años en un 57% aproximadamente de los casos y que además que se produzca la muerte de los pacientes está relacionado en un 55% hasta un 57% aproximadamente con presentar antecedentes de cirugías en años que han sido anteriores a esta. (16)

Yovera, en Chiclayo en el Perú durante el año 2016, se ejecutó una investigación de tipo observacional a la vez descriptivo y del mismo modo transversal que fue titulado: “Componentes de epidemiología, componentes clínicos y componentes quirúrgicos en pacientes que han sido sometidos a una intervención de tipo quirúrgica de tipo relaparotomía en el nosocomio” (17). Este estudio se ha realizado con el fin de reconocer cuáles son los componentes significativos en los pacientes que han sido sometidos a intervenciones de tipo quirúrgica específicamente a relaparotomía en el nosocomio donde se realizó la investigación, para este estudio se contó con la participación de 120 a 123

pacientes que fueron sometidos a esta intervención y que además cumplieron con los criterios de tipo inclusión y además con los criterios de tipo exclusión. En esta investigación se llegó a la conclusión que la técnica correspondiente a relaparotomía se realiza principalmente en pacientes cuyas edades oscilan entre sesenta y cinco años a más con un porcentaje que va desde el 64% hasta el 64,5% aproximadamente y que la principal patología de tipo crónica que está vinculada estrechamente con este proceso de tipo quirúrgico es la hipertensión de tipo arterial en un 35 a 35,6% aproximadamente. (17)

Chávez, en Piura en el Perú en el año 2020, se ha ejecutado un estudio de investigación que fue del tipo observacional además del tipo retrospectivo, e incluso del tipo descriptivo y además del modo transversal y además fue titulado: “Componentes de tipo epidemiológico además de tipo clínicas e incluso del tipo quirúrgicos en los pacientes que han sido sometidos a una intervención de tipo quirúrgica específicamente laparotomía en el nosocomio” (18) Esta investigación se realizó con el fin de definir cuáles han sido los componentes de tipo epidemiológico, los componentes de tipo clínicos y además los componentes de tipo quirúrgicos en aquellos pacientes que han pasado por una intervención de tipo quirúrgica específicamente la laparotomía, para este estudio se contó con el apoyo de 68 a 70 que fueron sometidos a este tipo de intervención y que además han cumplido con los criterios de tipo inclusión e incluso también han cumplido con los criterios de tipo exclusión. En este estudio se llegó a la conclusión que los pacientes que se han sometido a este tipo de intervención que es quirúrgica específicamente a laparotomía presenta diversas complicaciones después de haberse sometido a esta intervenciones entre las cuales tenemos el presentar dolor tiempo después de haberse realizado esta intervención en un 30% hasta un 31,3% aproximadamente.(18)

1.3. Teorías relacionadas al tema

Método de intervención de tipo quirúrgica llamada laparotomía

Este método de intervención o que incluso recibe el nombre de abdomen de tipo abierto, se define como el procedimiento de tipo quirúrgico en el cual va a ocurrir la división de los bordes que son faciales a nivel del abdomen, estos bordes no

han sido aproximados de manera intencional. Este método que es de tipo quirúrgico necesita estrictamente de un cierre que es transitorio (19, 20,21)

Este procedimiento que es de tipo quirúrgico denominada abdomen de tipo abierto se denomina como una opción de tipo quirúrgico que se usa fundamentaste en aquellas situaciones que son extremas y requieren de una rápida intervención para evitar posibles consecuencias desencadenadas por la laparotomía días despues de haberse realizada esta. (22,23)

Además este tipo de método de tipo quirúrgico también es una opción de tratamiento que puede suceder solo por unos días o incluso prolongarse hasta meses. Durante el tiempo que dure este método usualmente se da solución al foco de tipo infeccioso para que así el paciente puede salir de su estado crítico y consecuentemente a esto se va a recuperar de forma completa la pared del abdomen lo que lleva a la recuperación completa del paciente pero que se va a dar de forma lenta pero también de forma progresiva. (24,25)

Incluso dentro las ventajas que proporcionan utilizar este método de tipo quirúrgico se pueden observar estrechamente cuando existe una muy buena evolución de los síntomas y signos que presenta el paciente, según diversas investigaciones este método al ser utilizado en múltiples pacientes diagnosticadas con patología que requieren como tratamiento este tipo de métodos que son quirúrgicos se ha evidenciado que disminuyo la frecuencia de muerte en estos pacientes en cambio evolucionaron de forma muy favorable y en un tiempo corto demostrando su efectiva en comparación con otras que se han utilizado en este tipo de patologia es por lo cual este método debería ser puesto en técnica en este tipo de situaciones. (26,27)

Usos que se le da a este método de tipo quirúrgico

Las referencias que dan algunas guías de forma técnica referentes a los métodos de tipo quirúrgico que se utilizan en determinadas patologías de tipo abdominal son las intervenciones de tipo quirúrgica para el control en los daños en un 55% hasta un 57% aproximadamente, en las sepsis que tienen origen intrabdominal y son severas en un 47 a 48% aproximadamente de los casos. (28)

También este método se puede utilizar en los síndromes de tipo compartimental en el área abdominal con un 37% a 39% aproximadamente de los casos, además para el cierre en la pared del abdomen de predominio a tensión en un 28% hasta el 29% aproximadamente de los casos y por último cuando existe una pérdida que es masiva de la pared del abdomen en un 27% hasta el 29% aproximadamente de los casos. (29)

Efectos que son ventajosos y desventajas de este tipo de método

Según diversas investigaciones se ha llegado a deducir que este tipo de intervenciones que son quirúrgicas y que se denomina laparostomía tiene como fundamental ventaja que en casi en la mayor parte de los casos en donde ha sido utilizada esta técnica se disminuye la probabilidad de presentar consecuencias días después de haberse realizado una laparotomía. Tales ventajas van desde que evita la aparición de un síndrome del tipo compartimental en un 73% hasta el 75% aproximadamente de los casos y de forma fundamental presentar un mejor control de la existencia de secreciones que son infecciosas en un 62% hasta un 67% aproximadamente de los casos (30)

Aunque este método también ha presentado complicaciones que suelen ser muy desfavorables para los pacientes que son sometidos a este método de tipo quirúrgico, los cuales van desde una pérdida de tipo hidroelectrolítica en un 25% hasta un 27% aproximadamente de los casos, también evisceración en un 32% hasta un 34% aproximadamente de los casos, también la posible formación de las fistulas que son enteroatmosféricas en un 27% de los casos en los que se investigó en los cuales este tipo de complicación va a imposibilitar de forma muy significativa que la solución de la cirugía se de en su totalidad y el pronóstico en el paciente evolucione de forma muy favorable.(31)

Incluso se conoce que debido a que el paciente se somete a diversas intervenciones que son del tipo quirúrgicas existe la posibilidad de que se dé la formación de ostomías en un 55% hasta un 57% de los casos, además de retracción que es aponeurótica en un 75% a 77% de los casos y además existe la posibilidad que se genere la formación de adherencias que son intraperitoneales en un 64% de los casos. (32)

Es por que debido a estas severas complicaciones en muchos casos se va a generar la formación de un abdomen que es de muy difícil abordaje para ser reconstruido y consecuentemente para que se genere un cierre en el abdomen que sea adecuado en un tiempo corto por lo tanto este tipo de alteración se suele llamar como un abdomen que es hostil y que aunque se suele presentar en un porcentaje bajo de los casos suele ocasionar alto índice de mortalidad en los pacientes que lo presentan. (33)

Ventajas de realizar un cierre que es temporal en el abdomen

El método que se basa en el cierre de modo temporal del abdomen según diversas investigaciones suele presentar múltiples ventajas que van a beneficiar al paciente en los cuales se realicen y que su diagnóstico necesite estrechamente de este tratamiento para tener una favorable evolución además que su uso suele reducir la frecuencia de muertes que se presentan en estas patologías. (34)

Los objetivos por los cuales se realicen este método de tipo quirúrgico son fundamentalmente drenar de forma periódica la cavidad del abdomen y que tiene un beneficio en 45% de los casos, además suele facilitar el cierre en la pared del abdomen de forma muy fácil y sencilla en casi la totalidad de los casos con diagnóstico de patologías que son abdominales e incluso también permite una prevención de la evisceración facilitando que no se produzca esta complicación en un periodo próximo. (33)

Incluso este método facilita que el área abdominal se encuentre ventilada de forma beneficiosa, por consecuente también tiene como ventaja que evita que se dé un cierre de la pared del abdomen principalmente de tensión por lo que se infiere que permite que se prevenga la aparición del síndrome de tipo hipertensión en el abdomen, además permite que se conserve de un modo muy adecuado y favorable la aponeurosis evitando así que se deteriore este tejido y al mismo tiempo evita que se presente complicaciones y por último va a facilitar la deambulación del paciente en un tiempo que es corto permitiendo que la recuperación del paciente se de forma más rápida y por consecuente su pronóstico sea más favorable. (32,35)

Principales consecuencias

Sepsis en el abdomen

Esta complicación se denota como una respuesta que es inflamatoria de tipo sistémica que se ha originado por un suceso de tipo infeccioso en la zona intraabdominal. Con respecto a la solución de la sepsis que se engloba en el abdomen como en el caso de una peritonitis que es secundaria engloba un suceso que puede separarse en tres fases debido a tres motivos. (35)

Entre los tres motivos encontramos primeramente al proceso cuando un foco de tipo infeccioso no se puede resolver con una sola intervención quirúrgica por lo tanto se tiende a tomar otra opción de tratamiento como una intervención que es quirúrgica y que es conocida como relaparotomía que es programada o incluso el método por el cual se va a mantener abierta la cavidad del abdomen por lo tanto se va a considerar como un absceso de gran dimensión que a la vez va a necesitar de que se realicen continuos lavados y además de esto se produzca un cierre en el abdomen que es temporal hasta que la herida evolucione de forma favorable. (36)

Incluso cuando el médico tratante llega a la conclusión que el paciente diagnosticado con alguna patología abdominal no se encuentra en condiciones que le faciliten tolerar este tipo de intervención que es quirúrgica ya que esta puede ser muy prolongada y además afectaría de manera significativa la fisiología en el paciente por lo tanto este no se encontrara en condiciones que sean óptimas para que se dé una recuperación de forma favorable. A la vez al formarse un extenso edema a nivel visceral este suele dificultar que se produzca un cierre a nivel de la pared abdominal y por lo tanto genera como consecuencia que se produzca un síndrome de tipo compartimental días después de haberse realizado la intervención de tipo quirúrgica.(35.36)

1.4. Formulación del Problema

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes mayores de 50 años sometidos a laparotomía en el Hospital María Auxiliadora. 2018-2020?

1.5. Justificación

Existen diferentes intervenciones quirúrgicas a realizarse en pacientes con patologías que comprometen el abdomen, comprometiéndolo en muchos casos la salud y la vida de las personas.

Se considera una cirugía abdominal exploratoria a la laparotomía, en la que se seleccionan las paredes abdominales teniendo como finalidad conocer el origen y realizar el diagnóstico correcto, permitiendo solucionar los problemas y complicaciones que ponen en peligro la vida de los pacientes.

Es importante conocer las características epidemiológicas, Clínicas y quirúrgicas facilitando el control de futuras infecciones o patologías a causa del procedimiento de laparotomía, poder actuar de manera oportuna evitar consecuencias luego de esta intervención quirúrgica.

1.6. Objetivos

Objetivo general

Determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a laparotomía en el Hospital María Auxiliadora. 2018-2020.

Objetivos específicos

- Cuantificar la mortalidad hospitalaria general en pacientes tratados con laparotomías
- Determinar las características epidemiológicas como edad, sexo, procedencia y estado civil.
- Determinar la presencia de comorbilidades que pueda presentar el paciente.
- Describir las características quirúrgicas según el diagnóstico quirúrgico inicial, el número de intervenciones quirúrgicas, número de días que permanecen con el abdomen abierto los pacientes de la población en estudio.
- Describir las características de la técnica empleada y determinar el promedio de días de hospitalización que tiene el paciente antes del cierre definitivo.

II. METODOLOGÍA

2.1. Diseño de estudio de Investigación

Observacional, descriptivo, transversal.

2.2. Operacionalización de variables

Ver anexo n° 02

2.3. Población y Muestra

Población

Se conformó por pacientes mayores de 50 años laparotomizados en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo 2018 -2020.

Se realizó una revisión de las historias clínicas por el autor para seleccionar la población de estudio.

Las historias pertenecían al servicio de cirugía general del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo 2018-2020, luego de haber aplicado los criterios de inclusión y exclusión, solo 80 historias cumplían con estos.

Muestra

No se obtuvo muestra, se trabajó con la población total.

Criterios de selección

Inclusión

Historia clínica del paciente mayor de 50 años que fue sometido a laparotomía en el Hospital María Auxiliadora. 2018-2020.

Exclusión

- Historia clínica ilegible o incompleta
- Historia clínica no encontrada
- Historia clínica de pacientes que solicitaron su alta voluntaria.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Se realizó un estudio documental pasando los datos a una ficha de recolección de los mismos, Luego de obtener los permisos correspondientes se procedió a la evaluación análisis de los datos. Posteriormente, se digitaron todos los datos de la ficha de recolección de datos.

La recolección de datos y análisis estuvo a cargo del investigador

2.5. Método de Análisis

Los resultados se procesaron en paquetes estadísticos convencionales, donde se analizó la frecuencia y descripción de cada uno de los ítems de acuerdo a los objetivos planteados para este estudio.

2.6. Aspectos éticos

El presente estudio se tomó en cuenta los principios éticos. Además, todos los datos recabados se manejaron con estricta confidencialidad, anónima y privacidad, no se utilizaron datos que puedan identificar a los pacientes del hospital, No se requirió consentimiento informado para dar respuesta a la encuesta, puesto que se trata de un estudio sin intervención mas que de las historias clínicas no de pacientes.

III. RESULTADOS

Tabla 1

Variables		No mortalidad		Mortalidad		or	ICOR		p
		n	%	n	%				
Edad	50-60	45	56.3%	1	1.3%	4.5	4.05	27	0
	60-70	20	25.0%	2	2.5%	2.00	1.8	12	
	>70 años	10	12.5%	2	2.5%	0.1	0.1	0.67	
Sexo	Mujeres	30	37.5%	2	2.5%	1.00	0.90	6.00	0.00
	Hombres	45	56.3%	3	3.8%				
procedencia	Urbana	20	25.0%	2	2.5%	0.67	0.60	4.00	0.02
	Urbana Rural	15	18.8%	1	1.3%	0.38	0.34	2.25	
	Rural	40	50.0%	1	1.3%	4.00	3.60	24.00	
Estado civil	Solteros	20	25.0%	1	1.3%	0.80	0.72	4.80	0.42
	Casados	25	31.3%	1	1.3%				
	Convivientes	15	18.8%	2	2.5%	0.50	0.45	3.00	
	Otros	15	18.8%	1	1.3%				

Con respecto a la edad se establece de 50 60 años en 1.3% de los pacientes que fallecen entre los procedimientos de laparoscopia y de 60 a 70 años se presenta en el 2.5% al igual que los pacientes mayores de 70 años ambos presenta una significación estadística en relación a la edad estableciéndose mayores riesgos de los 70 a 60 años con riesgo de dos veces más de presentar riesgo de mortalidad.

Con respecto al sexo establecemos que el 2.5% de las mujeres fallecen y el 3.8% de los varones fallecen posterior a la laparotomía y presente un riesgo no significativo aunque existe relación entre ambas variables.

Prospecto la procedencia de los que fallecieron se establecen en zona urbana en el 2.5% urbano rural en 1.3% igual que la zona rural ambas variables están relacionadas entre sí pero el riesgo es mayor especialmente en pacientes que provienen de área rural con un riesgo más de 4 veces de fallecer.

En el caso del estado civil presentamos qué tanto los solteros casados y otros estados civiles presenta 1.3% de morbilidad y así mismo son convivientes en el

2.5% el riesgo no fue significativo y no existe relación estadística entre ambas variables.

Tabla 2

Variables		No mortalidad		Mortalidad		or	ICOR		p
		n	%	n	%				
comorbilidades	No	10	12.5%	1	1.3%	0.67	0.60	4.00	0.00
	Antecedentes Qx	15	18.8%	1	1.3%				
	HTA	5	6.3%	1	1.3%	1.43	1.29	8.57	
	DM	7	8.8%	2	2.5%				
	Asma	25	31.3%	0	0.0%	0.00	0.00	0.00	
	otras	13	16.3%	0	0.0%				
Diagnostico operatorio original	Obstrucción intestinal	25	31.3%	1	1.3%	1.67	1.50	10.00	0.42
	Pancreatitis	15	18.8%	1	1.3%				
	Peritonitis	20	25.0%	1	1.3%	2.67	2.40	16.00	
	Trauma Abdominal	15	18.8%	2	2.5%				
tecnica quirúrgicas	Bolsa de Bogota + Vac	60	75.0%	2	2.5%	6.00	5.40	36.00	0.00
	Bolsa de Bogota	15	18.8%	3	3.8%				
N. de intervenciones por paciente	2-3.	60	75.0%	2	2.5%	6.00	5.40	36.00	0.00
	más de 4	15	18.8%	3	3.8%				
tiempo de adbomen abierto	1-4d	25	31.3%	1	1.3%	1.67	1.50	10.00	0.42
	5-9d.	15	18.8%	1	1.3%				
	10-14d.	20	25.0%	2	2.5%	0.67	0.60	4.00	
	más de 14d	15	18.8%	1	1.3%				
Complicaciones de laparostomia	Fístula	20	25.0%	1	1.3%	1.33	1.20	8.00	0.00
	infección Qx.	30	37.5%	2	2.5%				
	retracción peritoneal	15	18.8%	1	1.3%	0.00	0.00	0.00	
	otras	10	12.5%	0	0.0%				
	Ninguna	10	12.5%	1	1.3%	0.00	0.00	0.00	

Para el caso de la tabla número 2 se presentan comorbilidades tanto para los antecedentes quirúrgicos hipertensión arterial en el 1.3% de mortalidad y para que ellos pacientes diabéticos el riesgo se eleva a 2.5% de mortalidad los que no presentan comorbilidades se presenta en el 1.3% de mortalidad y en el caso de los riesgos es mayor en pacientes diabéticos e hipertensos con riesgo de 1.43 veces las variables de comorbilidad y mortalidad en pacientes que son sometidos al aparato mía están relacionados entre sí.

Con respecto al diagnóstico operatorio original esto se intervinieron por obstrucción intestinal muriendo 1.3% de la población pancreatitis y peritonitis también presentaron similares tasas de mortalidad en el caso del trauma abdominal se presentó en el 2.5% estas variables están relacionadas entre sí especialmente traumado binaria y peritonitis con mayor riesgo de mortalidad en 2.67 veces más riesgo en el caso de pancreatitis y obstrucción intestinal el riesgo se le va a 1.67 ambas variables no están relacionadas entre sí.

Con respecto a las técnicas que utilizaba se realizó bolsa de Bogotá y el 3.8% de los fallecidos y bolsa de Bogotá más vacutainers en el 2.5% ambos presentan mayor riesgo de mortalidad de seis veces especialmente aquellos que necesitan bolsa otra más el vacutainers estando ambos variables relacionadas entre sí.

El número de intervenciones por paciente se da de dos a tres veces en el 2.5% de mortalidad y cuando presentan más de 4 intervenciones está en el 3.8% lo cual aumenta el riesgo de seis veces estando ambas variables relacionadas entre sí.

El tiempo en que el abdomen se encuentra abierto posterior de laparotomía presenta una mortalidad de una 4 días de 1.3 por ciento de 5 a 9 días de 1.3% de 10 a 14 días en el 2.5% y más de 14 días en 1.3 por ciento no existe riesgo atribuible con excepción de los primeros días posteriores de laparotomía con 1.67 veces más riesgo aunque las variables tiempo de abdomen abierto y mortalidad no están relacionadas entre sí.

Pero otro lado con respecto a las publicaciones de laparatomía presenta fístulas en 1.3% de los pacientes que tienen mortalidad al igual que la retracción peritoneal y en el caso de los pacientes que no presentan complicaciones sin embargo cuando se presenta una infección quirúrgica presenta un riesgo de mortalidad 2.5% el riesgo se le va a 1.33 veces más de sufrir mortalidad cuando existe infección quirúrgica o fístula estando relacionado ambas variables entre sí.

IV. DISCUSIÓN

Cadena en un trabajo de Nicaragua se establece una investigación En dónde establece el análisis de los componentes de peligro están relacionados a la dehiscencia de herida en una intervención de laparotomía en pacientes hospitalizados estableciéndose qué es mayor en pacientes con más edad la cual se corresponde con nuestra investigación en el 75% de los casos sin embargo dentro de los resultados que establecemos observamos que la edad se presenta mayoritariamente de 50 a 60 años teniendo en consideración que de ellos 1.3% fallece y 56.3% sobreviven por lo cual entra en divergencia ambos estudios.

En cuanto a Menéndez en un trabajo de Colombia establece la relación entre la obesidad y la evolución de las consecuencias después de la intervención presentando obesidad con complicaciones de laparotomía en el 65% de los casos sin embargo la obesidad no es una variable que esté planteada dentro de su objetivo de investigación pero si existen otras comorbilidades que también afectan especialmente en los pacientes que sobreviven en el 16.3% y en el caso de la diabetes mellitus produce una morbilidad de 2.5% por lo cual las alteraciones del estado metabólico generan repercusiones en la vida del paciente.

Bastidas en Bogotá en un trabajo colombiano en el año 2019 establece la frecuencia de componentes de peligro en relación a la infección quirúrgica por laparotomía encontrando que un grupo muestral amplio de 140 pacientes establece que el 80% presenta un componente de peligro especialmente asociado a las intervenciones y al historial completo de los pacientes tener consideración ellos nosotros observamos que dentro de los resultados principales el 6% aproximadamente fallece por lo que hay que tener en cuenta que la mayor parte de los pacientes presentan una mayor tasa de supervivencia a los procedimientos quirúrgicos por lo cual ambos estudios están emparentados.

Callejas en un estudio realizado en Guatemala en el año 2015 establece los componentes epidemiológicos y clínicos en que sean sometidos a intervenciones repetitivas presentando un grupo poblacional amplio de 487 pacientes muy

superior al nuestro En dónde establecen de qué es 72% era del sexo masculino En ese sentido la tasa de mortalidad fueron mayor para este sexo presentando el total de varones en el 60% aproximadamente por la cual ambos estudios establece una mayor tasa de morbilidad para los varones en el 3.8%.

Monzon en la isla de Cuba establece un título denominado características propias de las laparotomías y reintervenciones y un hospital en donde menciona que 75% de los casos tienen complicaciones presentando reintervenciones múltiples en ese sentido de los pacientes con respecto a sus reintervenciones generalmente presenta una evaluación de más de 4 intervenciones que produce mayor mortalidad en el 3.8% y se producen intervenciones como una supervivencia 18.8% por tanto existen mayor tasa de mortalidad en los pacientes reintervenidos.

Quijada en Huancayo en un trabajo desarrollado en el 2020 presenta un análisis de componentes de riesgo sobre características clínicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a laparotomía encontrando que el 31.54 % se produce en edades entre 62 años todo lo cual al establecer un comparativo entre nuestra investigación presenta que la mayor parte de pacientes las complicaciones se da entre los 50 60 años en el 57% aproximadamente por lo que esta edad implica una mayor tasa de incidencia sin embargo la mortalidad de estos pacientes está relacionada en el 57% de las cirugías anteriores sin embargo estos antecedentes quirúrgicos solamente se dan con una mortalidad de 1.3% por lo cual presenta menor es indicadores para nuestro estudio.

Yovera en un estudio chiclayano que establece los factores epidemiológicos y componentes clínicos quirúrgicos para los pacientes sometidos a laparotomía con reintervención representa que el 64% de los mismos oscilan en edades entre 65 a 70 años lo cual está en concordancia con nuestra investigación presentando una patología crónica que está vinculada con el proceso quirúrgico como la hipertensión arterial en el 35% sin embargo en los pacientes evaluados la hipertensión ciudad en 6.3% de los pacientes que sobreviven y 1.3% de los pacientes que fallecen siendo importante los eventos cardiovasculares que podrían estar los asociados al fallecimiento de estos pacientes.

Chávez y una investigación realizada en Piura estudia los componentes el primer lógicos clínicos y quirúrgicos los pacientes intervenidos por laparotomía establece que la mayor parte de los pacientes se encuentra en un intervalo 68 70 años lo cual es coincidente con nuestra investigación sin embargo en la corte presenta edad es un poco más temprano asimismo las reintervenciones se dan el 30% de los mismos teniendo en consideración ellos los antecedentes quirúrgicos se pueden presentar hasta un máximo 18% por lo que el estudio de Chávez presenta mayor tasa de incidencia en las re intervenciones quirúrgicas con laparatomia.

V. CONCLUSIONES

- Respecto al nombre intervenciones quirúrgicas como de la laparotomía también conocida como cirugía abdomen abierto presenta un total de 80 casos de los cuales existe 5 que presentan mortalidad que representa el 6.3%.
- Con respecto a la edad principalmente está entre los 60 70 años de los que fallecieron el 2.5% y en el sexo es mayoritario en hombres que fallecieron el 3.8%.
- La procedencia principalmente se da en zona urbana la mortalidad con 2.5%.
- El estado civil se presenta principalmente en convivientes de los que fallecieron con 2.5%.
- Las comorbilidades principales que se asociaron a fallecimiento de los pacientes por laparotomía están presentes la diabetes mellitus y la hipertensión arterial con 2.5 y 1.3%.
- El diagnóstico operatorio principal se da en relación al trauma abdominal abierto con fallecimiento de 2.5%.
- Las técnicas quirúrgicas con mayor mortalidad es la bolsa de Bogotá con 3.8%.
- El tiempo hospitalario en abdomen abierto principalmente se da de 10 a 14 días con 2.5% y complicaciones por la laparotomía en 2.5% se dan las infecciones.

VI. RECOMENDACIONES

Se debe contar con información estadística para este tipo de intervenciones con la finalidad de poder proyectar diferentes trabajos sobre la área quirúrgica para mejorar tanto los trabajadores como los internos de medicina para el informe para torio y así poder obtener mejores datos a través de información secundaria.

Se debe promover el trabajo multidisciplinario con diferentes especialidades debido a la presencia de algunas comorbilidades y complicaciones durante la evolución que afectan a los pacientes a nivel de la uci.

Se debe realizar una ampliación de los estudios para tener conocimiento sobre la técnica que permite al cirujano poder enfrentar los problemas en base a estrategias quirúrgicas y modificar complicaciones

Se debe realizar la selección y manejo cuidadoso de los pacientes con abdomen abierto, así como el tratamiento prolongado que facilitará los mejores resultados.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paul J. Chestovich 1. Minimally invasive is maximally effective: Diagnostic and therapeutic laparoscopy for penetrating abdominal injuries. 2015
2. Arias A, Vargas J. Abdomen abierto o laparotomía contenida. Multimed. 2019
3. Unidad de estadística e informática; Informe mensual de sala de operaciones año 2020/ Hospital Regional 2020
4. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Lancet. 2018
5. Kievit J, Krukerink M, Marang-van de Mheen PJ. Surgical adverse outcome reporting as part of routine clinical care. Qual Saf Health Care. 2018
6. Ibrahim A, Garba ES, Asuku ME. Challenges indisclosure of adverse events and errors in surgery; perspectives from sub-Saharan Africa. Pan African Medical Journal. 2019
7. World health Organization. Surgical Care at the District Hospital. WHO Library Cataloguin in Publication Data, 2019
8. Shahram P, Roohollah S, Forough I, Zahra J, Hamid R, Armaghan E, et al. Comparison of conservative management and laparotomy in the management of stable patients with abdominal stab wound. Am J Emerg Med. 2020
9. Wagner M, Tubre D, Asensio J. Evolution and Current Trends in the Management of Acute Appendicitis. Surgical Clinics of North America. 2018
10. Dai L, Shuai J. Laparoscopic versus open appendectomy in adults and children: A meta-analysis of randomized controlled trials. United European Gastroenterol J. 2017
11. Steven C. "Factores de Riesgo Asociados a Dehiscencia de Herida Quirúrgica tras Laparotomía, en pacientes del Servicio de Cirugía General, Hospital Gaspar García Laviana-Rivas, Enero 2014-Diciembre 2016. 2019
12. Manuel M. Relación entre la obesidad y la aparición de complicaciones después de una intervención quirúrgica en los pacientes que han sido sometidos a una laparotomía en el área correspondiente a cirugía. 2019

13. Alejandra B. Prevalencia de los factores de riesgo para infección del sitio operatorio por laparoscopia versus laparotomía del servicio de cirugía general en un hospital público de la ciudad de Bogotá durante el año 2017.2019
14. Luis C. Caracterización epidemiológica, clínica y quirúrgica de pacientes con relaparotomía no planificada por trauma abdominal.2015
15. Mayquel M. Caracterización de relaparotomías realizadas en el Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima.2020
16. Milagros Q. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a laparostomía, en el Hospital Nacional Ramiro Prialé de Huancayo 2016 – 2018.2020
17. Gabriel Y. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a relaparotomía, en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo 2014-2016.2016
18. Alexandra Ch. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes intervenidos por laparotomía en el Hospital Santa Rosa II-2 durante el periodo 2017-2019.2020
19. Gordon L., Patrick H., cols. Management of the Open Abdomen A National Study of Clinical Outcome and Safety of Negative Pressure Wound Therapy. Annals of Surgery. 2018
20. Bertelsen C, Fabricius R. Outcome of Negative-Pressure Wound Therapy for Open Abdomen Treatment After Nontraumatic Lower Gastrointestinal Surgery: Analysis of Factors Affecting Delayed Fascial Closure in 101 Patients. World J Surg. 2016
21. Cirocchi R, Birindelli A, Biffi W. What is the effectiveness of the negative pressure wound therapy (NPWT) in patients treated with open abdomen technique? A systematic review and meta-analysis. J Trauma Acute Care Surg. 2016
22. Pérez L., Pardellas H., Cáceres N., López A. Vacuum assisted closure: utilidad en el abdomen abierto y cierre diferido. Experiencia en 23 pacientes. Cir. Esp. 2018
23. Yuan Y, Ren J, He Y. Current Status of the Open Abdomen Treatment for Intra-Abdominal Infection. Hindawi Publishing Corporation. 2016
24. J EDLP. Perfil epidemiológico de los pacientes sometidos a laparostomía en el Hospital Universitario del Caribe 2019

25. Hussain M, Anwar-ul-Haq, Elahi F, cols. Bogota Bag- A Novel Experience at Saidu Teaching Hospital Swat. Journal of Saidu Medical College. 2019
26. Muhammad Y, Gondal KM. Use of the “bogota bag” for closure of open abdominal wound after exploratory laparotomy — our experience at Mayo Hospital Lahore. J Pak Med Assoc. 2016
27. Boele van Hensbroek P. Wind J. Temporary Closure of the Open Abdomen: A Systematic Review on Delayed Primary Fascial Closure in Patients with an Open Abdomen. World J Surg. 2019
28. Coccolini F, Montori G, Ceresoli M. IROA:International Register of Open Abdomen, preliminary results. World Journal of Emergency Surgery. 2017
29. Vincent JL, Sakr Y, Sprung CL, Ranieri M, Reinhart K. Sepsis in European intensive care units: Results of the SOAP Study. Crit Care Med. 2016
30. Angus D, Linde-Zwirble W; Lidicker J. Epidemiology of severe sepsis in the United States: Analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. Crit Care Med. 2016
31. Morykwa M. Argenta L., cols. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. Ann Plast Surg. 2017
32. Champault G, Magnier M, Patel J. L´evisceration element therapeutique des peritonitis. Nouv Presse Med. 2015
33. Angus D, Linde-Zwirble W; Lidicker J. Epidemiology of severe sepsis in the United States: Analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. Crit Care Med. 2016
34. Robson MC, S. D. (2001). Wound healing: biologic features and approaches to maximize healing trajectories. Curr Probl Surgery. 2016
35. Townsend M., R. D. (2013). Sabiston, Tratado de Cirugía. Fundamentos Biológicos de la Práctica Quirúrgica Moderna. (19 ed.). Barcelona, España: Elsevier España. 2016
36. Guía de Práctica Clínica GPC. Laparotomía y/Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el Adulto. 2018

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE
PACIENTES SOMETIDOS A LAPAROSTOMÍA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO
PRIALÉ PRIALÉ 2016 – 2018”**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°: _____

- 1) N° HISTORIA CLÍNICA: _____
- 2) FECHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: _____

I. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

- a. SEXO: _____
- b. EDAD: _____ años
- c. PROCEDENCIA: Rural: _____ Urbano: _____

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

COMORBILIDADES:

Diabetes Mellitus II: _____

Hipertensión Arterial: _____

Asma bronquial: _____

Neoplasia: _____

Antecedente quirúrgico: _____

Otros: _____

III. CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS:

❖ **DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO**

Peritonitis.....

Trauma abdominal.....

Pancreatitis.....

Obstrucción intestinal.....

OTRO (mencionar): _____

❖ **TÉCNICA DE CIERRE TEMPORAL:**

❖ **NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:**

1.....

2.....

3.....

>3.....

❖ **TIEMPO CON EL ABDOMEN ABIERTO:** _____ días

❖ **COMPLICACIONES:** _____

❖ **MORTALIDAD:** SI: _____ >>>> INDICAR LA CAUSA

NO: _____

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a laparostomía en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Huancayo 2016 - 2018</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a laparostomía en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar las características epidemiológicas como edad, sexo. ❖ Identificar la presencia de comorbilidades que pueda presentar el paciente. ❖ Identificar la técnica empleada para el tratamiento quirúrgico y determinar el promedio de días de hospitalización que tiene el paciente antes del cierre definitivo. ❖ Identificar las complicaciones que puede presentar el paciente sometido a laparostomía. ❖ Cuantificar la mortalidad hospitalaria general en pacientes tratados con laparostomías durante el tiempo de ejecución del proyecto el cual es de aproximadamente 5 meses. ❖ Determinar los factores asociados a la mortalidad en pacientes postoperados con este procedimiento 	<p>Por ser un estudio OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO no se formula una hipótesis.</p>	<p>VARIABLE Laparostomía</p> <p>DIMENSIONES Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Epidemiología ➤ Clínica ➤ Quirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ TIPO DE INVESTIGACIÓN Investigación aplicada ❖ NIVEL DE INVESTIGACIÓN Descriptiva ❖ DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Estudio observacional, descriptivo, transversal ❖ POBLACIÓN Pacientes mayores de 15 años sometidos a laparostomía siendo al mes aproximadamente 4 o 5 pacientes, y en total 150 pacientes. ❖ TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Revisión de historias clínicas y uso de ficha de recolección de datos. ❖ PROCESAMIENTO DE DATOS Programas informáticos SPSS Vr. 25 y Microsoft Excel Vr. 2010. Asimismo, se empleará datos estadísticos como son las medidas de tendencia central, tablas de distribución de frecuencias, porcentajes y otros