UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
MAGISTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS

ABDOMEN AGUDO QUE COMPLICA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL RIOBAMBA

AUTOR**:** DR. DAVID ALBERTO CASTILLO CORTÉS.
TUTORA: DRA. MÓNICA ALTAMIRANO GÓMEZ. Msc.

GUAYAQUIL – ECUADOR
NOVIEMBRE 2016

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA	
FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL	
TÍTULO "Abdomen agudo que complica el diagnóstico médico en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba "	
Autor: Dr. Castillo Cortés David	REVISORES: Dr. Sócrates David Pozo V. TUTORA: Dra. Mónica Altamirano G.
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Medicina
CARRERA: MEDICINA	
FECHA DE PUBLICACIÓN: Diciembre 2016	N° DE PÁGS.: 40
ÁREA TEMÁTICA:	
PALABRAS CLAVES: *Abdomen agudo, dolor abdominal, pancreatitis aguda, apendicitis aguda, colelitiasis.*	

RESUMEN: El abdomen agudo es una patología multisindrómica siendo el motivo más común que lleva a la consulta médica, representando el 10% de las atenciones en el servicio de emergencia. Su conocimiento es fundamental para un adecuado diagnóstico y oportuno tratamiento que disminuya complicaciones y mortalidad por esta patología. El diagnóstico parcializado incrementa los casos erróneos y por ende una inadecuada terapéutica El objetivo de esta investigación será determinar las causas que provocan un diagnóstico erróneo de abdomen agudo, en el servicio de emergencia del Hospital del IESS-Riobamba. La metodología será un estudio cuantitativo, transversal, retrospectivo, con tabulación de datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a emergencia con diagnóstico de abdomen agudo, entre los meses de marzo a junio del 2016. Se examinaron 197 pacientes constituidos del 48,7% femenino y 51, 3% masculino, el grupo etario con mayor incidencia es el mayores de 70 años; los métodos diagnósticos más comunes aplicados son laboratorio clínico con el 53, 2% seguido de la ecografía con un 30%. Las patologías en orden de presentación al ingreso son: Abdomen agudo con 45, 2%, Colelitiasis con el 17, 8% y apendicitis aguda con el 16,2%, frente al diagnóstico de egreso en el siguiente orden: apendicitis aguda con el 34, 5% colelitiasis con 23, 4% y pancreatitis aguda de 9, 6%. Mostrando una diferencia significativa del 31% de diagnóstico errado; demostrando que la capacidad resolutiva con el diagnóstico clínico inicial incrementa los casos erróneos de diagnóstico definitivo. Como conclusión ante el manejo emergente del abdomen agudo en el servicio de emergencia es necesario la actualización por parte del personal médico para lleva a un diagnóstico preciso corroborado con medios diagnósticos confirmatorios.

N° DE REGISTRO(en base de datos):	N° DE CLASIFICACIÓN: Nº
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	

ADJUNTO PDF	SI [X]	NO [ ]
CONTACTO CON AUTOR: DAVID CASTILLO CORTÉS	Teléfono: 0983459835	E-mail: dcascor@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARÍA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante David Alberto Castillo Cortés, del Programa de Maestría, nombrado por el Decano de la Facultad de Medicina CERTIFICO: que el estudio de trabajo de titulación especial titulado **"Abdomen agudo que complica el diagnóstico médico en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social"** en opción al grado académico de Magíster en Emergencias Médicas, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente:

Dra. Mónica Altamirano Gómez. Msc.

TUTORA

Guayaquil, noviembre del 2016

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación se lo dedico a YHWH quien da la sabiduría y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia.

A mis padres forjadores de carácter, responsabilidad, disciplina, respeto; fuente de motivación para no declinar en la labor diaria.

AGRADECIMIENTO

A la Unidad de Postgrado de Investigación y Docencia (UPID) de la Universidad de Guayaquil, a la Dra. Mónica Altamirano Gómez, por su inmensa paciencia para guiar y asesorar para la culminación de este trabajo de investigación.

A las autoridades del Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba quienes han hecho posible la realización del presente trabajo investigativo en las instalaciones de esta prestigiosa casa de salud.

DECLARACIÓN EXPRESA

"La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL"

DR. DAVID CASTILLO CORTÉS

Abreviaturas.

AA:	Abdomen agudo
IESS:	Siglas del Instituto ecuatoriano de Seguridad Social.
SDA:	Síndrome Doloroso Abdominal.
SNA:	Sistema Nervioso Autónomo.
SNC:	Sistema Nervioso Central.
TC:	Tomografía Computarizada.
US:	Ultrasonografía.
AS-400:	Siglas del Sistema de Archivos de Datos del Hospital IEES.
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.
MSP:	Ministerio de Salud Pública.
CPRE:	Siglas del inglés: Pancreatografía Endoscópica Retrógrada.
Rx.:	Radiografía.
OMS	Organización Mundial de la Salud.

Tabla de contenido

Introducción 13
Delimitación del problema: 14
Formulación del problema: 15
Justificación: 15
Objeto de estudio: 15
Campo de acción o de investigación: 16
Objetivo general: 16
Objetivos específicos: 16
La novedad científica: 17
Capítulo 1 MARCO TEÓRICO 18
1.1 Teorías generales 18
1.2 Teorías sustantivas 21
1.3 Referentes empíricos 24
Capítulo 2 MARCO METODOLÓGICO 27
2.1 Metodología: 27
2.2 Métodos: 27
2.3 Premisas o Hipótesis 28
2.4 Población y muestra 28
2.5 Operacionalización de variables 29
2.6 Gestión de datos 30
2.7 Criterios éticos de la investigación 30
Capítulo 3 RESULTADOS 32
3.1 Antecedentes de la unidad de análisis o población 32
3.2 Diagnostico o estudio de campo: 33
Capítulo 4 DISCUSIÓN 42
4.1 Contrastación empírica: 42
4.2 Limitaciones: 44
4.3 Líneas de investigación: 44
4.4Aspectos relevantes 44
Capítulo 5 PROPUESTA 46
Conclusiones 52
Recomendaciones 54
Referentes bibliograficos 55
Anexos 59

RESUMEN

El Abdomen Agudo es una patología multisindrómica, siendo el motivo más común que lleva a la consulta médica; representando el 10% de las atenciones médicas en el servicio de emergencia. Su conocimiento es fundamental para dar un adecuado diagnóstico y oportuno tratamiento, que disminuya complicaciones y mortalidad por esta patología. El diagnóstico parcializado incrementa los casos erróneos y por ende una inadecuada terapéutica. El objetivo de esta investigación será determinar las causas que provocan el diagnóstico erróneo de abdomen agudo en el servicio de emergencia del Hospital del IESS-Riobamba. La metodología será un estudio cuantitativo, transversal, retrospectivo; con tabulación de datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a emergencia con diagnóstico de abdomen agudo, entre los meses de marzo a junio del 2016. Se examinaron 197 pacientes, constituidos del 48,7% femenino y 51,3% masculino, el grupo etario con mayor incidencia es el de mayor de 70 años; los métodos diagnósticos más comunes, aplicado son: Laboratorio Clínico con el 53,2%, seguido de la Ecografía, con un 30%, En cuanto a las patologías en orden de presentación al ingreso son: Abdomen Agudo con 45,2%, Colelitiasis con el 17,8% y Apendicitis aguda con el 16,2%, frente al diagnóstico de egreso en el siguiente orden: Apendicitis aguda con el 34,5%, Colelitiasis con 23,4% y Pancreatitis aguda de 9,6%. Mostrando una diferencia significativa del 31% de diagnóstico errado; demostrando que la capacidad resolutiva con el diagnóstico clínico inicial incrementa los casos erróneos de diagnóstico definitivo.

La prueba no paramétrica de Chi cuadrado con 224 grado de libertad refleja la capacidad resolutiva del diagnóstico médico inicial incrementa el diagnóstico inadecuado en la población usuaria del servicio de emergencia, aceptando el planteamiento de hipótesis nula

que manifiesta la capacidad resolutiva de diagnóstico médico inicial incrementa los casos de diagnóstico inadecuado.

Palabras clave: Abdomen Agudo, dolor abdominal, pancreatitis aguda, apendicitis aguda, colelitiasis.

ABSTRACT

Acute Abdomen is a multi-syndromic pathology, being the most common reason that leads to medical consultation; Representing 10% of medical care in emergency services. Their knowledge is fundamental to give an adequate diagnosis and timely therapeutic that reduces complications and mortality from this pathology. The partial diagnosis increases the mistaken cases and therefore an inadequate therapeutic. The objective of this this investigation will be to determine the causes that the cause's wrong diagnosis of abdomen acted in the emergency service of the Hospital of IESS Riobamba. The methodology will be a quantitative, cross-sectional retrospective study. The tabulation of data obtained from the medical records of the patients who entered an emergency with a diagnosis of acute abdomen between March-June of 2016. We studied 197 patients, consisting of 48, 7% to female and 51, 5% to male; the ethnic group with the highest incidence is those older than 70 years. The most used diagnostic means are clinical laboratory with 53, 2%, followed by ultrasound with 45, 2%, cholelithiasis with 17, 8% and acute appendicitis 16, 2% compared to the order of diagnosis of acute appendicitis with the 3, 4%; cholelithiasis 23, 4% and acute pancreatitis with 9, 6% showing a significance difference of 31% of the misdiagnoses, showing that the resolution capacity with the initial clinical diagnosis increases the erroneous cases of definitive diagnosis.

Statistically with the chi square test with 224 degrees of freedom shows that the resolution capacity with an initial diagnosis increases the inadequate diagnosis in the emergency service user population of the IESS Riobamba Hospital, accepting a null hypothesis that manifests that the resolving capacity of the initial medical diagnosis increases the cases of inadequate diagnosis.

Keywords: Acute abdomen, abdominal pain, acute pancreatitis, acute appendicitis, cholelithiasis.

Introducción

El dolor abdominal es considerado como una patología muy frecuente en los servicios de emergencias presentándose como situación desde lo más banal a condiciones que pueden comprometer la vida de los pacientes y que en muchos de los casos requerirá tratamiento clínico o quirúrgico urgente Actualmente se define al abdomen agudo como una entidad multisindrómica caracterizándose conceptualmente como: una agresión al compartimento peritoneal cuya manifestación principal será el dolor; progresando rápidamente hasta desarrollar fisiopatología intraabdominal con repercusiones sistémicas graves que pueden llevar a la muerte y que por eso es necesario un diagnóstico oportuno y que en la mayoría se torna complejo, difícil resolución porque aun en nuestros días pese a avances diagnósticos y terapéuticos no se ha logrado desentrañar la fisiopatología aun oscura desde el punto de vista de biología molecular, celular, laboratorio e incluso en la cirugía experimental.

En nuestro medio los pacientes que acuden por abdomen agudo generalmente son atendidos por primera vez por profesionales del servicio de Emergencia y en mucho de los casos de manera parcializada poniendo en peligro la vida del paciente; el grado de preparación de los profesionales médicos cada día enfrentan retos que estimulan su formación y superación médica de forma continua y actualizada con la finalidad de disminuir la parcialidad de atención hospitalaria; debe ser un compromiso de las instituciones universitarias, hospitalarias sobre todo de segundo nivel donde se genere y concentre el conocimiento, la experiencia para la formación científico-técnica y así prevenir complicaciones, promover salud y dar una mejor calidad de vida.

Delimitación del problema.

El abdomen agudo es una patología muy frecuente en las salas de emergencias, que conllevan una alta incidencia de complicaciones y mortalidad hospitalaria cuando no son diagnosticadas adecuadamente.

La conceptualización del abdomen agudo es vista de una forma distinta por parte de la población así como lo perciben los profesionales de la salud. Esto obedece a creencias culturales y educativas de la población que, sumándose a una inadecuada aplicación clínica dan un inoportuno diagnóstico ante una demanda de enfermos que en ocasiones acuden poli medicados, enmascarando el cuadro clínico con el que se enfrenta el personal médico sin una experiencia adecuada. Esto conlleva que se dificulte el diagnóstico y por ende una aplicación terapéutica efectiva a usuarios del servicio de emergencia de Hospital de IESS Riobamba.

Siendo el abdomen agudo una patología que se presenta en la mayoría de las salas de emergencia, en donde los profesionales de la salud sin experiencia en la detección precoz del AA determinarán un desenlace favorable o poner en riesgo la vida de los pacientes.

La investigación se desarrollará en la sala de emergencia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba, en el periodo marzo – junio del 2016.

Formulación del problema:

¿Cuáles son las causas más comunes para que el personal médico que atiende en la emergencia pueda cometer errores en el diagnóstico de los pacientes que presenten Abdomen Agudo, en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba?

Justificación:

El diagnóstico de abdomen agudo es un cuadro clínico muy complejo, llegar a su diagnóstico correcto conlleva un proceso sistemático, que en muchos de los casos, el personal médico expedito puede errar el diagnóstico y por ende serias consecuencias a los pacientes, incrementando con ello las complicaciones e incluso fallecimiento. Un diagnóstico oportuno, a través de un proceso técnico adecuado aplicado al paciente de forma correcta, disminuirá los casos de un diagnóstico errado y por ende menos complicaciones y mortalidad.

La disponibilidad de una guía de manejo, su aplicación en pacientes que se presentan con dolor abdominal y que se les diagnóstica abdomen agudo, permitirá reducir la presentación de diagnóstico fallido al ingreso, que desorienta el manejo terapéutico adecuado, restando el tiempo para la aplicación del tratamiento y con ello incrementando sus complicaciones por esta patología.

Objeto de estudio:

El abdomen agudo es una de las patologías que más se presenta en la práctica médica debido a que sus complicaciones son muy bastas y llevan a la muerte del paciente. El dolor abdominal se presenta en todas las etapas de la vida y enmascarados con múltiples patologías,

por lo que se hace difícil su diagnóstico en la mayoría de las presentaciones. A pesar de la complejidad es necesario esclarecer su diagnóstico inicial oportuno con el apoyo de instrumentos de diagnóstico que confirmen la patología para establecer su tratamiento.

Campo de investigación:

La habilidad en la evaluación de síndrome doloroso abdominal (SDA) dentro del diagnóstico de AA es un requisito esencial en la preparación del médico de emergencias. A pesar de los adelantos científicos de medios de diagnósticos en unidades hospitalarias, la frecuencia de esta enfermedad se ve marcada por el incremento de diagnósticos errados con repercusiones en la mortalidad, de ahí que la realización de un buen examen clínico, que es la piedra angular del inicio de una terapéutica adecuada y disminución de casos fallidos. Para la investigación se determina como campo específico la sala de emergencia del Hospital del IEES-Riobamba.

Objetivo general:

Determinar las causas que provocan un diagnóstico erróneo de Abdomen Agudo en el servicio de emergencia del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba.

Objetivos específicos:

- Definir las conceptualizaciones básicas referentes al objeto de estudio basada en las diferentes fuentes bibliográficas.

- Analizar los métodos de diagnósticos aplicados en la sala de emergencia del Hospital del IESS Riobamba en pacientes con Abdomen Agudo.

- Elaborar un manual de atención para pacientes con Abdomen Agudo.

La novedad científica:

En base de los hallazgos relacionados con los factores causales erróneos y con referentes bibliográficos, se elaborará un manual de atención para pacientes emergentes con dolor abdominal, enmarcado en el diagnóstico de AA, con la finalidad de reducir las complicaciones y la mortalidad por esta enfermedad.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 Teorías generales.

El abdomen agudo (AA) se lo considera como una entidad multisistémica, causante del 10% de las consultas en los servicios de emergencia y del mayor grupo de intervenciones quirúrgicas. Con esta consideración podría decir que "el abdomen agudo ocupa un lugar importante en la práctica médica diaria, debido a que es una manifestación de complicaciones de enfermedades preexistentes o de otras que se presentan con mínima o ninguna sintomatología" (Bermudez Balado A., 2012, p. 18). De ahí su importancia de reconocer la sintomatología desde un inicio cuando el paciente acude a la consulta médica.

En el análisis, el médico debe priorizar las situaciones clínicas que ponen en riesgo la vida de los pacientes, por lo que se deberá conocer las características clínicas. El AA es el dolor abdominal de mayor importancia por lo cual es necesario determinar sus características, de ahí que "se asocia tempranamente a otros signos de manera significativa, que es la mínima cantidad de signos clínicos que permiten el diagnóstico temprano, lo que es para abdomen agudo peritonítico, mientras que para el obstructivo es un dolor abdominal sordo con distensión abdominal y vómitos por rebosamiento" (Mayo Ossorio M. A, Abdomen Agudo, 2016, pp. 363-379). Desde esta perspectiva clínica se identifican principalmente las dos formas de AA, el abdomen agudo peritonítico y abdomen agudo traumático.

Las múltiples manifestaciones clínicas del AA que conllevan a la diferenciación de las dos principales condiciones: AA peritoneal y AA traumático estarán identificadas en el AA

peritoneal dado por un “dolor abdominal, defensa y contractura muscular abdominal, distensión abdominal, vómitos reflejos o por rebosamiento; mientras que el AA traumático es un dolor abdominal sordo con distensión abdominal y vómitos por rebosamiento” (Ch.E., 2013, pp. 49-53). Aunque el patrón principal es el dolor abdominal se circunscribe diferencias claras entre las dos condiciones del AA.

Si la sintomatología principal del AA es el dolor abdominal, el médico debe conocer la información nociceptiva y el mecanismo por el cual se produce, así lo describe Smith J., Lobo como estímulos mecánicos y químicos que viajan por fibras nerviosas tipo C al SNA simpático del asta posterior de la médula espinal cruzándose al lado opuesto y ascendiendo al SNC por los haces espinotalámicos y espinoreticulares; quienes hacen sinapsis en el tálamo y luego en la corteza cerebral somatoestésica para los espinotalámicos y en grupos de neuronas del sistema reticular para los espinoreticulares terminando en la corteza frontal cerebro límbica (Smith J., 2012, pp. 295-305). Esta es la manera como se logra comprender el dolor visceral.

En cambio, el dolor de origen somático se distingue según Marcelo Rodríguez Murillo en su investigación como, aquel dolor penetrante, bien localizado, intenso, constante, más definido que es causado por la irritación del peritoneo parietal por fibras mesodérmicas hacia estructuras de la pared inervadas por nervios espinales que reciben el estímulo de característica inflamatoria o química como lo es el líquido peritoneal infectado con contenido intestinal (M., 2013, pp. 731-741). Son prácticamente dos connotaciones de un solo aspecto clínico que el médico debe tener claramente establecido a la hora de valorar al paciente con dolor abdominal.

También es necesario tomar en cuenta la presentación del dolor referido, ocurre cuando el proceso irritativo abdominal está distante del sitio anatómico donde se presenta el dolor así lo refiere García M., y col. en su trabajo de investigación explicando que ello se debe a la convergencia de nervios viscerales con nervios somáticos originados en la médula espinal y que en algunos casos se encuentra lejos de la cavidad abdominal (García M., 2011, pp. 6069-6077). Esta forma de presentación hace más complicado el diagnóstico clínico de pacientes con abdomen agudo.

Por otro lado, el diagnóstico diferencial debe estar presente en el momento de la evaluación del paciente "tomando en cuenta las causas comunes de dolor abdominal agudo según el órgano de origen, localización así como patología extra abdominal de víscera hueca que puede dividirse en luminal, mural, y extramural que llegan a obstruirse como el árbol biliar, sistema genitourinario, examinar orificios herniarios" (2011 29(1), pp. 33-38) Indicando que son cuadros clínicos de dolor abdominal que no están dentro de la categoría de abdomen agudo que hay que detectarlos para ser descartados de un AA.

En la presentación del AA en grupos etarios debe tenerse en cuenta: el manejo del cuadro de dolor abdominal en los pacientes geriátricos se presenta como una entidad de difícil abordaje debido a los distintos cambios fisiológicos que ocurren como secuencias propias del envejecimiento, al cual se asocian patologías previas haciendo difícil integrar el diagnóstico retrasando el manejo y aumentando las complicaciones (J., 2016, pp. 101-103). Como una presentación atípica del dolor abdominal en pacientes geriátricos.

1.2 Teorías sustantivas.

Pese a los adelantos tecnológicos de medios diagnósticos que confirman sospecha diagnóstica del AA hoy en día mantiene los lineamientos ya establecidos. Se indica primeramente una detallada anamnesis, seguida de una exploración clínica completa, en segundo lugar, se establece la realización de exámenes de laboratorio de rutina y radiología simple de abdomen. En ocasiones esto es suficiente, aunque puede ser necesario confirmar el diagnóstico mediante ecografía o tomografía computarizada (TC). (González SM., 2012, pp. 355-364)

Estableciendo que la clínica es la base diagnóstica inicial para el proceso de diagnóstico definitivo y la terapéutica adecuada para dichos casos, no se pierde la metodología al tener adelantos tecnológicos. Dentro del examen clínico se ha recomendado el empleo de la Escala de Alvarado "es un sistema de clasificación clínico que puede ser empleado incluso desde médicos generales y cirujanos que consiste en ocho factores predictivos" (Quesaza L., 2015, pp. 121-128) con el propósito de disminuir diagnósticos errados o dar diagnósticos parcializados.

Para esta patología, apendicitis en concreto se ha estimado que es un diagnóstico netamente clínico, "se estima que por encima de una defensa o contractura en fosa iliaca derecha, existe una posibilidad alta de 77 y 90% de los casos, en el signo de Blumberg" (Clemente J.L., 2015, pp. 25-27) ello debe ser considerado por el profesional de la salud en la valoración inicial.

La habilidad en la evaluación del dolor abdominal es requisito esencial del médico de emergencia, pues es el dolor que manifiesta el paciente lo que lleva a buscar al médico, por tanto "es importante que se realice una detección rápida del dolor, que se pueda agilizar según el

sistema de criba valorando como una quinta constante vital" (Pérez Aznar C., 2015, pp. 5408-5411). Ello es tomado en cuenta por ser considerado el AA como una patología multisindrómica.

Ante tal situación el médico de emergencia debe optar de diferentes medios para llegar a confirmar su sospecha diagnóstica "por ser un grupo de enfermedades agudas que ponen en riesgo la vida al admitir su ingreso intrahospitalario en las admisiones de cirugías emergentes dentro de las 24 horas de duración" (Wong CS., 2012, pp. 23-25), orientando desde su ingreso para confirmación diagnóstica el empleo de dichas pruebas.

La primera prueba en orientar esta condición clínica se ha considerado la radiografía y tomografía de abdomen, pero se ha demostrado "que los errores en la preparación del paciente llevan a interpretación de imágenes por parte del personal médico; la radiografía simple de abdomen no es un examen más solicitado y que tiene un papel establecido para la evaluación de abdomen agudo obstructivo" (Mandato Y., 2012, pp. 300-307). Estableciéndose prioridades para el uso de medios diagnósticos para la radiografía se ha establecido su limitación al 15% de los otros medios diagnósticos.

A través de esta priorización de medios diagnósticos se establecen en qué patologías pueden ser empleados los estudios de imagen dependiendo de su sensibilidad y especificidad así lo comenta Artigas M., y col., manifiestan que un examen de imagen tendrá éxito cuando el diagnóstico inicial gestado por el médico, a través de la clínica manifiesta por el paciente y exploración confirman o descartan la elección del medio diagnóstico. Estos medios diagnósticos se tornan inapropiados cuando son utilizados de forma rutinaria sin que haya correlación clínica

(Artigas M., 2015, pp. 1-11) consolidándose las bases para la utilización de estudios de imagen de forma adecuada.

Con estas consideraciones “la tomografía computarizada (TC) es considerada el caballo de tiro dentro del trastorno de AA por su gran exactitud y más aún en los cuadros clínicos complicados y su gran beneficio cuando se emplean contraste oral o rectal para diferenciar de las colecciones que es donde no se encuentran practicidad en su uso, más bien su empleo es en el post quirúrgico complicado para delinear la anatomía” (Chung R., 2013, pp. 588-596) quedando restringido su uso para condiciones mucho más complejas que no se ven justificadas durante la exploración clínica inicial.

El AA se presenta como un amplio espectro de condiciones clínicas por esa razón el Colegio Americano de Radiología mantiene el criterio que el uso de los estudios de imagen para la confirmación del dolor abdominal están basados en la localización del dolor para ello la ultrasonografía (US) es recomendada para evaluar flaco derecho y cuadrante superior derecho, la TC para los cuadrantes derecho e izquierdo y parte baja del abdomen; sin embargo consideran que hay situaciones que dependen del género y la edad de los pacientes. (Mazzei MA., 2013, pp. 1-9), por ello su utilidad en patologías pancráticas, patologías del árbol biliar, donde guarda especificidad.

Pero también se ha visto su utilidad sobre todo en casos para detectar el sitio, el nivel y la causa de obstrucción intestinal y los signos de isquemia. Sin embargo, con el transcurrir de los años el diagnóstico por imagen ha sido responsable del aumento con una creciente fuente de

exposición a radiación a pacientes adultos (Ruiz G., 2015, pp. 1-6) Confirmando una vez mas su inclusión a determinadas patologías.

1.3 Referentes empíricos.

Los factores psicosociales o socioculturales desempeñan unos papeles preponderantes ante la valoración médica del cuadro de dolor abdominal. Así se ha catalogado que la perspectiva que la sociedad mantiene ante el dolor inicia en etapas tempranas de la vida, así lo definen estudios relacionados que dicen: "Por otra parte, la experiencia de dolor persistente comienza temprano; tanto como el 38% de los niños y adolescentes muestra informar la presencia de dolor, sin embargo la ciencia del dolor sigue creciendo otorgando una taxonomía precisa basada en la evidencia de las condiciones del dolor, lo que facilitará mejoras en el diagnóstico y el tratamiento" (Robert R. Edwards, 2016, pp. 70-92). Con esta consideración el médico en emergencia debe tener en cuenta que el dolor se percibe con mayor intensidad en los pacientes de sexo femenino que los masculinos.

Bajo esta indicación se demuestra, las mujeres presentan una frecuencia mayor de dolor de origen músculo esquelético o visceral como también un dolor relacionado a enfermedades autoinmunes. Es más probable que vayan al médico y que relaten el dolor como un síntoma, uso más frecuente de analgésicos, incluso cuando se igualan los sexos con relación a la frecuencia del dolor y su grado de severidad. (Claudia Carneiro de Araújo Palmeira, 2011, pp. 449-458).

Los pacientes de edad avanzada también mantienen un reto al médico de emergencias; se ha demostrado a través de un estudio realizado por Bryan E., que menos del 50% de los

pacientes atendidos son de edad avanzada y son hospitalizados, de ellos el 30 al 40% tienen resolución quirúrgica y 40% de estos pacientes son diagnosticados erróneamente, incrementando la mortalidad al 10%. El autor alega que son múltiples los factores que llevan a esta condición, una es la función inmune disminuida a esta edad, enfermedades subyacentes o enfermedades malignas (E., 2015, pp. 296-297). Indicando que los diagnósticos erróneos más frecuentes son efectuados en personas mayores, por ser la población más vulnerable a esta entidad.

Por consiguiente, son los adultos mayores que presentan mayores patologías relacionadas con el AA, así lo demuestra un estudio realizado en el país centroamericano donde "la oclusión intestinal se presenta 28.6%, la colecistitis aguda 24,23% donde es la causa más frecuente en esta edad" (Sánchez P., 2010, pp. 1-13) correlacionando patologías prexistentes que complican aún más el cuadro clínico.

En cambio la presentación de apendicitis en estos grupos etarios es infrecuentes, pero la sintomatología predominante es el dolor abdominal en un 97, 2% y el examen clínico que detecta ese dolor abdominal en el 66,4% de los casos es el signos de Blumberg; con predominancia en pacientes varones 63%, correlacionando con la ecografía con una sensibilidad de 75-90% con especificidad de 86-100% (Samaniego C., 2006, pp. 29-32) datos correlacionados en poblaciones de grupos etarios distintos a adultos mayores.

En la cultura médica se crea controversia ante la prescripción de analgésicos previo a diagnóstico definitivo "se ha demostrado que la administración de analgésicos para el dolor abdominal, enmascara la sintomatología y la exploración clínica y la mayoría de los pacientes

puede esperar hasta que después que el cirujano evalúe al paciente" (Wolfe JM., 2000, pp. 250-253) controversia que se mantiene hasta el día de hoy y que se equipara con los pacientes poli medicados o auto medicados que ingresan a las salas de emergencia enmascarando cuadro clínico.

La OMS ha establecido las aplicaciones de analgesia en caso de dolor agudo sugiere "el Tramadol dentro de la segunda línea para el manejo del dolor agudo, especialmente de origen neuropático, el somático visceral no inflamatorio con preferencia de su administración de forma aislada" (Daza J., 2011, pp. 63-71). Siendo su utilidad factible para estos casos.

En un estudio observacional descriptivo se planteó la calidad de diagnóstico de AA en los niveles primarios y secundarios de atención, concluyeron que la correlación diagnóstica primaria de es menor del 50%, pero si toman en cuenta el estudio histopatológico la correlación es 79% y que ello depende de la divesridad de recursos utilizados, de los procesos y la complejidad para los servicos de salud (Casado P., 2016, pp. 25-35). Por lo que tomaremos en cuenta para nuestra discusión.

Dentro de los factores predictivos de mortalidad por AA dentro de la presentación de obstrucción intestinal "considerando la edad de los pacientes mayores de 60 años que correspondió al 84.6% en este estudio realizado, con poca diferencia entre ambos sexos" (Domínguez E., 2015, pp. 1-6) Esto como una de las causas también frecuente en la edad adulta mayor.

CAPÍTULO 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Metodología:

La metodología cuantitativa es una de las dos metodologías de investigación que tradicionalmente se han utilizado en las ciencias empíricas. Se centra en los aspectos observables susceptibles de cuantificación, y utiliza la estadística para el análisis de los datos. (Pérez A. 2011). Para la presente investigación se tomarán las historias clínicas de las pacientes objeto de estudio, mismas que serán tabuladas con la finalidad de obtener los resultados estadísticos de esta patología.

Metodología analítica porque permitirá identificar las causas que están asociadas con la enfermedad, transversal y retrospectivo porque se realizará en un momento determinado del tiempo y los datos serán recogidos directamente de las historias clínicas y de eventos que ya se registraron entre los meses de marzo a julio del 2016. (Cohen, L 2010)

2.2 Métodos

Método bibliográfico empleado en la construcción de las teorías generales, teorías sustantivas y referentes empíricos. Para el sustento del presente trabajo se recurrirá a recursos bibliográfico de los últimos cinco años los mismos que se obtendrán por medio de buscadores como Linari, Sciencedirect, Ovids.

Observación directa y participativa. Se diseña un instrumento denominado ficha de recolección de datos a partir de la historia clínica de pacientes que ingresaron al sistema de datos AS-400 del Hospital del IESS-Riobamba.

2.3 Hipótesis.

Si se realiza un correcto diagnóstico para identificar los casos de abdomen agudo se contribuiría a evitar diagnósticos errados y las complicaciones que ello conlleva.

2.4 Población y muestra

Según Arias F. (2012) define a la población como el conjunto finito o infinito de elementos con características comunes.

Según López F (2013), define a la muestra como la parte de la población que se selecciona, de la cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuarán la medición y la observación de las variables objeto de estudio

Para el desarrollo del presente estudio, el mismo se llevó a cabo considerado los casos presentados en la sala de emergencias del Hospital del IESS situado en Riobamba, entre los meses de marzo a junio del 2016 comprendido en una población de 957 pacientes quienes presentaron cuadro de dolor abdominal. Para la muestra sólo se consideró a los que fueron diagnosticados con abdomen agudo que de acuerdo a las historias clínicas corresponden a 197 pacientes seleccionados a través de la elaboración de instrumento de recolección de muestra

aplicada a la ficha médica , considerando dicha muestra se procederá a trabajar con todo el grupo mencionado. **Ver Anexo 1.**

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión

- Pacientes que ingresaron al Servicio de Emergencia bajo el diagnóstico de Abdomen Agudo.
- Diferentes grupos etarios y sexo que cumplan con criterio resolutivo de la Unidad de Salud.
- Criterio clínico de la definición para el caso.

Exclusión

- Criterio clínico de capacidad no resolutiva de la Unidad de Salud.
- Pacientes transferidos.
- Pacientes con historia clínica incompleta.

2.5 Operacionalización de variables.

La categoría diagnóstica cuya dimensión es el diagnóstico parcializado será medida con el reporte clínico del diagnóstico de ingreso de los pacientes que son examinados en la sala de emergencia del Hospital IESS Riobamba. Las categorías culturales cuya dimensión es la administración de medicamentos previa a la evaluación clínica; el instrumento a trabajar es el historial clínico del paciente que es ingresado al servicio de emergencia. La categoría académica cuya dimensión es el diagnóstico definitivo que se indica al egreso del paciente que es valorado

en emergencia y que se reporta como instrumento de medición en el historial clínico. **Ver Anexos 2 y 3.**

2.6 Gestión de datos.

Se elaboró una ficha de recolección de datos a partir de historial clínico de pacientes que ingresaron al Sistema de datos del AS-400 del Hospital IESS Riobamba, previa autorización de las respectivas autoridades hospitalarias; una vez recopilada la información se procederá a procesarla a través del sistema operativo Microsoft Excel® y el resultado del análisis se expondrá a través de gráficos, que brinda paquetes estadísticos de software de disponibilidad gratuita. Las fuentes bibliográficas fueron recopiladas a través de buscadores como Sciencedirect, Ovids, conservando las normas de antiplagio. **Ver anexo 5**.

Los pacientes que se ingresen al estudio deberán cumplir con los criterios de inclusión ya establecidos los mismos que se identificarán en el historial clínico de cada paciente del que se analizará procedimiento diagnóstico, exámenes clínicos y paraclínicos realizados, con ello determinaremos las variables cualitativas que serán expresadas en frecuencias y porcentajes en forma de gráficos para mejor análisis.

2.7 Criterios éticos de la investigación

Se solicitó la autorización a las autoridades de la Dirección Médica del Hospital para la realización del presente trabajo de investigación direccionada a través del departamento de Docencia del Hospital del IESS Riobamba, mantenido bajo normas ético moral la confidencialidad de datos recopilados de los usuarios que se encuentran involucrados en este

estudio investigativo; se estableció que el presente estudio no presenta riesgo para los participantes. **Ver anexo 4.**

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1 Antecedentes de la unidad de análisis o población.

Chimborazo, provincia del Ecuador, ubicada en el centro del país en la región Sierra, que cuenta con la distribución política administrativa de diez cantones: Alausí, Colta, Cumandá, Chambo, Chunchi, Guamote, Guano, Pallatanga, Penipe y Riobamba, la cual es la capital de la provincia. Su superficie es de 6569 Km^2 con una población de 225.700 habitantes con un índice de crecimiento del 3% según estadísticas del INEC del 2010; con edad promedio de 27.8 años.

El Hospital IESS Riobamba se encuentra ubicado en las calles Chile 29-39 y Av. Unidad Nacional, del Barrio El Vergel de la parroquia Lizarzaburo de la ciudad de Riobamba, que históricamente fue fundada a partir de la caja de pensiones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en 1928 con la finalidad de dar atención a usuarios trabajadores de esta Caja de Pensiones. Para esa fecha se coloca la primera piedra para la construcción del actual edificio, siendo Alcalde de la ciudad el Doctor Edelberto Bonilla Oleas, declarándose como Hospital Regional 5, Nivel II de Complejidad. Inicialmente funcionó como clínica durante trece años; en 1969 se declara como Hospital con dotación inicial de cincuenta y seis camas y en agosto de 1992 en las calles antes mencionadas, da funcionamiento con la capacidad de 124 camas y que en la actualidad forman parte del Sistema de Gestión de Camas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) dentro del programa de Red de Salud Pública.

El Hospital IESS Riobamba brinda atención médica Ambulatoria en Consulta Externa, Fisioterapia, Odontología, Cirugía del día, Emergencia y hospitalización en las especialidades de

Cirugía general, Cirugía vascular, Cirugía Plástica, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Cirugía pediátrica, Urología, Oftalmología, Traumatología; Cardiología, Nefrología, Endocrinología, Oncología, Geriatría, Neurología, Psicología, Psiquiatría, Nutrición y Dietas; Gineco-Obstetricia, Neonatología, Pediatría; Unidad Cuidados Intensivos y Cuidados Intensivos Neonatales.

Al servicio de Emergencia ingresan distintos grupos etarios de personas con diferentes índoles de dolencias de las cinco parroquias urbanas de Riobamba: Lizarzaburu, Maldonado, Velasco, Veloz y Yaruquíes; así también de zonas rurales de Calpi, Cacha, Cubijíes, Flores, Pungalá, Punín, Químiag, San Luis y San Juan; también se reciben pacientes de las provincias aledañas como de Bolívar, Tungurahua, Cotopaxi, Pastaza, cumpliendo con un periodo de estancia hospitalaria entre ocho a diez días dependiendo de la complejidad de la patología y su evolución clínica; como así también son transferidos pacientes a unidades de tercer nivel de aquellos que sobrepasa nuestra capacidad resolutiva.

3.2 Diagnóstico o estudio de campo:

El diagnóstico de AA debe realizarse de forma acertada manteniendo para ello la actitud diagnóstica ya establecida y que coexiste desde el interrogatorio médico, examen clínico, y confinando sospecha diagnóstica con exámenes complementarios.

El diagnóstico de ingreso debe coincidir con la sintomatología que presenta el paciente y corroborada con los medios diagnósticos de esa marea la incidencia de diagnósticos erróneos disminuye favoreciendo procedimientos terapéuticos acertados.

No existe protocolo establecido para abordar el diagnóstico de AA, sin embargo, recientemente la Sociedad Japonesa de Medicina de Emergencia, en colaboración con cuatro sociedades de nivel mundial, estableció las bases para las directrices que conforman en un futuro la guía o protocolos de atención de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo.

RESULTADOS

CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN VARIABLE DEMOGRÁFICA EDAD Y SEXO

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
< DE 10	2	2,1	3	3,0	5	2,5
10 a 19	11	11,5	6	5,9	17	8,6
20 a 29	9	9,4	11	10,9	20	10,2
30 a 39	16	16,7	17	16,8	33	**16,8**
40 a 49	16	16,7	19	18,8	35	**17,8**
50 a 59	18	18,8	8	7,9	26	13,2
60 a69	12	12,5	12	11,9	24	12,2
> de 70	12	12,5	25	24,8	37	**18,8**
Total	96	48,7	101	51,3	197	100

Fuente: Sistema de registro médico AS-400 Hospital IESS Riobamba.
Elaborado por: David Castillo (2016).

De 197 pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital IESS Riobamba el 48.7% corresponde al sexo femenino y el 51.3 % al sexo masculino. De los grupos de edad de mayor representación están: los mayores de 70 años con el 18,8 %, de 40 a 49 años con el 17,8%, de 30 a 39 años con el 16,5%.

CUADRO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE VARIABLE DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

SIGNOS Y SINTOMAS	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
DOLOR ABDOMINAL	96	59,3	101	56,7	197	57,9
DISTENCION ABDOMINAL	7	4,3	15	8,4	22	6,5
ESTREÑIMIENTO	9	5,6	3	1,7	12	3,5
BLUMBERG	30	18,5	40	22,5	70	20,6
ICTERICIA	13	8,0	10	5,6	23	6,8
AUTOMEDICADO	7	4,3	9	5,1	16	4,7
Total	162	47,6	178	52,4	340	100

Fuente: Sistema de registro médico AS-400 Hospital IESS Riobamba
Elaborado por: David Castillo (2016).

La principal sintomatología y signos con la cual acudieron los pacientes y se logró detectar fueron: dolor abdominal el 57, 9%, Blumberg con el 29, 6% y distensión abdominal el 6.5%. Con predominio del sexo femenino, la sintomatología de dolor abdominal con el 59,3%, Blumberg con el 18.5% y estreñimiento el 5,6%. En cambio en los varones lo que prevaleció fue el dolor abdominal con el 59, 3%, el signo de Blumberg con el 22,5% y la distensión abdominal con el 8,4%.

CUADRO N ° 3

MEDIOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO

Complementarios	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Ecografía	53	28,6	58	31,4	111	30,0
TAC de abdomen	6	3,2	6	3,2	12	3,2
UroTAC	13	7,0	5	2,7	18	4,9
CPRE	11	5,9	7	3,8	18	4,9
Rx. Abdominal	6	3,2	8	4,3	14	3,8
Laboratorio	96	51,9	101	54,6	197	53,2
Total	185	50,0	185	50,0	370	100

Fuente: Sistema de registro médico AS-400 Hospital IESS Riobamba
Elaborado por: David Castillo (2016).

Medios diagnósticos empleados a los pacientes con abdomen agudo están: 53,2% laboratorio, 30% ecografía y 4,9% CPRE. En cuanto al sexo femenino representa el 51,9% a diferencia del masculino que es 54,6%. Para exámenes de laboratorio 28,6% se realizaron ecografía para el sexo femenino y el 31,4% lo realizaron los varones.

CUADRO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICO AL INGRESO

Diagnóstico al ingreso	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Abdomen Agudo	41	42,7	48	47,5	89	45,2
Adenitis mesentérica	1	1,0	0	0,0	1	0,5
Apendicitis Aguda	14	14,6	18	17,8	32	16,2
Colelitiasis	21	21,9	14	13,9	35	17,8
Colecistitis	1	1,0	3	3,0	4	2,0
Colido Renal	1	1,0	3	3,0	4	2,0
Dorsalgia	1	1,0	1	1,0	2	1,0
Gastritis	1	1,0	1	1,0	2	1,0
Gastroenteritis	1	1,0	6	5,9	7	3,6
Hernia Inguinal	0	0,0	1	1,0	1	0,5
Infección Urinaria	10	10,4	1	1,0	11	5,6
Litiasis Renal	0	0,0	1	1,0	1	0,5
Obstrucción Intestinal	2	2,1	1	1,0	3	1,5
Pancreatitis	2	2,1	3	3,0	5	2,5
Total	96	48,7	101	51,3	197	100

Fuente: Sistema de registro médico AS-400 Hospital IESS Riobamba
Elaborado por: David Castillo (2016).

Los principales diagnósticos que se identificaron al ingreso fueron: abdomen agudo representando el 45,2%, seguido de colelitiasis con el 17,8% y apendicitis aguda con el 16,2%. El comportamiento en cuanto a sexo, el femenino fue similar a lo general de 42,7% el Abdomen Agudo, 21,9% la Colelitiasis, y luego 14,6% Apendicitis aguda; en el caso del sexo masculino el orden de importancia fue de 47,5% Abdomen Agudo, seguido de Apendicitis aguda con el 17,8% y luego la Colelitiasis con el 13, 9%.

CUADRO N° 5

DISTRIBUCIÓN VARIABLE DIAGNÓSTICO AL EGRESO

Diagnóstico al egreso	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Obstrucción intestinal	5	5,2	3	3,0	8	4,1
Apendicitis Aguda	24	25,0	44	43,6	68	34,5
Apendicitis Gangrenosa	2	2,1	4	4,0	6	3,0
Calculo Renal	5	5,2	4	4,0	9	4,6
Colelitiasis	27	28,1	19	18,8	46	23,4
Colecistitis	5	5,2	3	3,0	8	4,1
Enfermedad Diverticular	2	2,1	0	0,0	2	1,0
Hernia	1	1,0	6	5,9	7	3,6
Hernia Umbilical	2	2,1	1	1,0	3	1,5
Ilion Obstructivo	1	1,0	0	0,0	1	0,5
Nefrolitiasis	1	1,0	1	1,0	2	1,0
Neumonía	3	3,1	0	0,0	3	1,5
Pancreatitis Aguda	10	10,4	9	8,9	19	9,6
Peritonitis	2	2,1	1	1,0	3	1,5
Urolitiasis	6	6,3	6	5,9	12	6,1
Total	96	48,7	101	51,3	197	100

Fuente: Sistema de registro médico AS-400 Hospital IESS Riobamba
Elaborado por: David Castillo (2016).

Según diagnóstico al egreso de los pacientes estudiados, el 34,5% de los casos fueron dados de alta con diagnóstico de Apendicitis Aguda, siendo esta la causa número dos a la hora del ingreso con solo el 16,2% de los pacientes identificados, con una diferencia porcentual de diagnóstico del **18,3%**; seguido de la Colelitiasis con el 23,4%, donde esta causa al ingreso solo representó el 17,8% de los pacientes, dejándose de diagnosticar el **5,6%**; y en tercer lugar la Pancreatitis aguda con el 9,6%, y al ingreso solo se diagnosticaron el 2,5%, no diagnosticándose el **7,1%**. Se aprecia una marcada diferencia porcentual de las patologías identificadas al ingreso con respecto al egreso de forma negativa.

El cuadro muestra el comportamiento de las patologías del egreso y en los dos momentos del diagnóstico, donde se puede apreciar que en el egreso se incrementan el número de casos con respecto al ingreso, y otras patologías aparecen; las que no fueron diagnosticadas en el momento del ingreso. En lo referente al sexo, en el femenino lo más representado fueron Colelitiasis con el 28,1 %, la cual al ingreso fue del 21,9%, con una diferencia significativa del **6,2%,** seguido de Apendicitis aguda con el 25%, y al ingreso estas patologías solo se identificaron el **14,6%** de los casos, dejándose de diagnosticar el 10,4% de los pacientes; y luego Pancreatitis aguda con el 10, 4%, y al ingreso 2,1%, no diagnosticándose el **8,3%.**

En el caso de los hombres la primera causa al egreso fue la Apendicitis agudas con el 43, 6%, la que al ingreso fue de 17,8%, con una diferencia de **25,8%**, seguida de Colelitiasis con 18,8%, que al ver el ingreso fue de 13,9%, con una diferencia de **4,9%**; y en tercer lugar la pancreatitis con 8,9%, donde esta patología en el ingreso fue del 3%, con una diferencia de **5,9%**.

Planteamiento

Ho: La capacitación resolutiva de diagnóstico médico inicial incrementa los casos de diagnóstico inadecuado en la población usuaria del servicio de emergencia del IESS Riobamba.

H1: La capacitación resolutiva de diagnóstico médico inicial no incrementa los casos de diagnóstico inadecuado en la población usuaria de los servicios de emergencia del IESS de Riobamba.

Al realizar el análisis con la prueba no paramétrica Chi cuadrado al 96,9% se ha esperado un recuento menor de 5. El recuento mínimo esperado es 0,01 del total de las casillas analizadas que fueron 247.

Dando un valor del Chi cuadrado de 552,5 con 224 grados de libertad, donde la significación asintótica de (dos caras) es de 0 ,000; aceptándose la hipótesis nula, lo que hace referencia estadísticamente que la capacidad resolutiva del diagnóstico médico inicial si incrementa el diagnóstico inadecuado en la población usuaria del servicio de emergencia del Hospital IESS Riobamba.

CAPÍTULO 4

DISCUSION

4.1 Contrastación empírica.

Dentro del diagnóstico de AA, la sintomatología preponderante que concuerda con las referencias bibliográficas citadas, es el dolor abdominal. En nuestro estudio representa 57,9% con mayor presentación en el sexo masculino, correlacionándolo con nuestra referencia teórica donde se presenta en un 66, 4% con el 8.5% de diferencia significativa.

El signo característico durante la evaluación clínica es el Blumberg con el 20,6% de representación, con el referente bibliográfico que es mayor, 63%; con una diferencia significativa de 42,4% y su presentación dominante en el sexo femenino.

En el campo de investigación, para corroborar diagnóstico de ingreso se utiliza ultrasonografía, de la cual hemos mencionado que se presenta un 28,6% en los casos de sexo femenino y un 31,4% en casos de pacientes masculinos. Seguido con los signos clínicos de Blumberg con el 20.6% de las atenciones médicas en emergencia. Para su diagnóstico confirmatorio se recurre al ultrasonido, que representa el 30% de los procedimientos de imagen realizados en otros sitios, por su grado de especificidad que llega hasta el 100% y sensibilidad del 90%. En el presente estudio no se evidencia mayoritariamente en uso de tomografía abdominal desde su ingreso como menciona la literatura, dejando la presentación clínica más compleja.

Está documentado que el 40% son diagnósticos errados, sobre todo en pacientes de edad avanzada, por los múltiples factores clínicos preexistentes; en el presente estudio, la edad prevalente de presentación es de 70 años en el sexo masculino, correlacionándolo en nuestra bibliografía con la edad de presentación de 60 años y de igual manera con prevalencia en el sexo masculino.

Se describe una diferencia significativa entre el diagnóstico de ingreso y el diagnóstico de egreso a las diferentes patología identificadas en estos dos tiempos dejándose de diagnosticar para apendicitis aguda que es la primera patología al egreso el 18,3%; se mantiene como diagnóstico de ingreso y egreso colelitiasis en segundo puesto sin embargo se coteja el 5,6%; pancreatitis aguda es el tercer diagnóstico de egreso dejando de diagnosticar al ingreso el 7,1%, Representando el 31,0% de diagnósticos no identificados al ingreso de la valoración de los pacientes con abdomen agudo, sabiendo que el diagnóstico es clínico, con una alta posibilidad entre el 77 al 90%, sobretodo en la valoración de apendicitis aguda que es la primera patología identificada al egreso y no se ha aplicado la valoración de Alvarado para esta patología específica. De la misma forma ocurre en la valoración al paciente por sexo donde el 24,9% corresponde al femenino y el 36,6% al masculino. La segunda forma clínica de presentación es colelitiasis, de igual modo se correlaciona con la exploración clínica que se le realiza al paciente y para su correlación ecográfica con el 30% de los estudios realizados.

Por tanto, las patologías en orden de presentación al momento de su ingreso son: Abdomen Agudo con 45,2%, Colelitiasis con el 17,8% y Apendicitis aguda con el 16,2%, frente al diagnóstico de egreso en el siguiente orden de presentación: Apendicitis aguda con el 34,5%,

Colelitiasis con 23,4% y Pancreatitis aguda de 9,6% prevalentes tanto en la documentación científica como en nuestro estudio dentro del diagnóstico de AA.

No hay evidencia significativa de complicaciones al diagnóstico, presentación de seis complicaciones de 197 pacientes atendidos en el servicio de emergencia.

4.2 Limitaciones.

El estudio se limita a identificar tres factores causales principales como determinante de la patología a estudiar. No se ha identificado seguimiento clínico del paciente ingresado hasta identificar el diagnóstico a su egreso por ser un estudio cualitativo no experimental.

4.3 Línea de investigación.

El presente trabajo investigación se deriva del Campo amplio: Ciencias de la Salud, Campo específico: Medicina y Campo disciplinar: Cuidado y Atención en Salas de Emergencia.

4.4 Aspectos relevantes.

Los aspectos más relevantes del presente trabajo son: el diagnóstico de ingreso se revierte al momento y durante el tratamiento. Es una patología muy frecuente en los pacientes de edad avanzada, se correlaciona bibliográficamente con la aplicación de estudios de imagen diagnóstica, detalla en orden de presentación de acuerdo a la presentación clínica. En la actualidad aún se practica la aplicación de analgésicos previa valoración por el especialista, a

pesar que se conoce del hecho de que no hay enmascaramiento del cuadro clínico al emplear determinados analgésicos, creando conflictos entre profesionales de la salud.

CAPÍTULO 5

MANUAL PARA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO ACERTIVO EN CASOS DE ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL RIOBAMBA

En la actualidad no se ha establecido un manual de atención específica para el cuadro de AA, a nivel mundial, pero desde hace dos años se ha establecido las directrices para la elaboración de un manual para atención de pacientes con AA por iniciativa de la Sociedad Japonesa de Medicina, donde se ha estipulado ya las principales directrices.

Introducción.

Estableciéndose al AA como una de las patologías más frecuentemente presentada en las salas de emergencias de las unidades de salud y su diagnóstico, al no ser establecido oportunamente mantiene un alto índice de diagnósticos erróneos que conllevan a un mal manejo terapéutico y alta mortalidad, sobre todo en pacientes de edad avanzada que se presentan con factores preexistentes de patologías subyacentes; con estos antecedentes y en vista que aún no se presenta un protocolo enmarcado al diagnóstico de AA se ve la necesidad de elaborar una guía y su aplicación en las salas de emergencia.

Justificación.

La sociedad japonesa de Medicina de Emergencia en conjunto con otros cuatro países han tomado la iniciativa de elaborar las directrices para el manejo del AA; en vista de los requerimientos de su aplicación para disminuir los casos de diagnósticos errados, se seguirá el lineamiento establecido en estudio inicial de las directrices del manejo del AA.

Objetivo.

Elaborar un manual de manejo para pacientes con diagnóstico de abdomen agudo para su aplicación en la sala de emergencia.

Factibilidad.

Este manual se tendrá presente en la sala de emergencia del Hospital IESS Riobamba con asequibilidad a todo el personal médico, paramédico y enfermería con su inmediata aplicación a paciente de ingreso con diagnóstico de AA.

Beneficiarios:

Su aplicación al usuario del servicio de emergencia con diagnóstico de ingreso AA, ejecutores de su aplicación, personal médico tratante, médico residente interno rotativo del área de emergencia.

Estrategias.

Grado de evidencia.

A	**RECOMENDACIÓN FUERTE** La prueba es fuerte con evidencia clínica efectiva; puede esperar.
B	**RECOMENDACIÓN PARA FUNCIONAR** La prueba es moderada o fuerte aunque la prueba de efectividad es escasa.
C1	La prueba de efectividad es escasa, pero **ES CONSIDERADA COMO FUNCIONAL** La efectividad posiblemente puede esperar.
C2	La prueba científica no es suficiente **AUNQUE LA RECOMENDACIÓN HECHA NO ES EVIDENTE,** la prueba no niega efectividad.
D	Considerada para ser **INACEPTADA**, hay pruebas médicas y circunstancia para negar efectividad.

INICIO DE ABORDAJE:

Paso 1.

Revisión de signos vitales:

Evaluar signos vitales al ingreso del paciente a emergencia. ABCD.

A. Vía aéreas

B. Respiración (Saturación de oxígeno)

C. Circulación

D. Neurológico (disfunción neurológica)

Si ABCD sin afectación pasar al **Paso 2.**

Si ABCD presenta afectación: Valorar posibilidad

1) Seguridad de la vía aérea.
2) Requerimiento de transfusión endovenosa.
3) Monitorizar al paciente.
4) Realizar Ecografía abdominal.
5) Realizar TAC abdominal.

CONSIDERAR CIRUGÍA EMERGENTE.

Descartar patologías emergentes:

1) IAM
2) Ruptura de aneurisma aórtico abdominal.
3) Embolismo pulmonar.

4) Taponamiento cardiaco.

Descartar enfermedad emergente:

1) Embarazo ectópico
2) Isquemia mesentérica
3) Colangitis aguda severa.
4) Pan peritonitis por choque séptico.

Paso 2.

Evaluación con historial clínico y examen físico:

1) HCL: investigar historia de dolor agudo de inicio súbito, repentino, progresivo o que se exacerba.
2) EXAMEN CLÍNICO:

   Dolor visceral o somático

   Localización.
3) Necesidad de cirugía:

   Sangrado activo

   Pan peritonitis

   Isquemia mesentérica

   Inflamación aguda por víscera abdominal.

Si el examen clínico se manifiesta positivo:

Signos de peritonismo

Signos de cirugías anteriores: que sospechen de síndrome adherencial, masas palpables, o pulsátil sincrónicas con el pulso radial o femoral.

Laboratorio y paraclínico:

EKG

Hemograma/ uro análisis, P función hepática, CPK, CK-MB, Troponinas, Amilasa Lipasa, prueba de función renal, test de embarazo

Gases arteriales, medición de lactato CIRUGÍA EMERGENTE.

Rx abdomen y tórax.

CUANDO TRANSFUNDIR EN AA.

1) Hemorragia y choque séptico: iniciar rápidamente expansores plasmáticos (Recomendación A)
2) Ante sospecha constante de infección intraperitoneal con compromiso hemodinámico (Recomendación A)
3) Pacientes que requieren transfusión masiva o que previamente tuvieron hipoalbuminemia (Recomendación C1)

CUANDO USAR ANALGESIA EN EL AA.

1) Puede usar analgesia antes del diagnóstico definitivo (Recomendación A)
2) Considerar que la analgesia oculta cuadro clínico.
3) Acetaminofén 1 gramo es recomendado sólo (Recomendación B)
4) Dependiendo de la intensidad del dolor se puede administrar analgesia endovenosa (Recomendación A)
5) Butilescopolamina puede usarse en el caso de dolor cólico (Recomendación B)

6) Los opioides pueden ser usados (Recomendación B).

CUANDO REQUERIR RA ABDOMEN:

Rx de abdomen es restringido, no tiene utilidad (Recomendación C2)

Sin embargo, se puede utilizar Rx abdomen si ultrasonido en emergencia no está disponible o ante la sospecha de cuadro obstructivo intestinal, perforación gastrointestinal, presencia de cálculo ureteral (Recomendación C1).

CUANDO ULTRASONOGRAFÍA:

Fundamentalmente recomendada (Recomendación A).

CUANDO TC DE ABDOMEN:

En todos los pacientes con AA (Recomendación A)

Sin embargo, omitir cuando el diagnóstico se ha confirmado ecográficamente.

CONCLUSIONES

En base a los indicadores estadísticos aplicados a la muestra de investigación detallada en la fase metodológica, se concluye que: a nivel general el grupo etario que presenta mayor incidencia de la patología de Abdomen Agudo es el mayor de 70 años de edad. En cuanto a la variable por sexo, en las mujeres el grupo más vulnerable es el comprendido entre 50 a 59 años, con un 18,8%. En los varones los mayores de 70 años con un 24,8. A nivel global, el siguiente grupo etario vulnerable es el comprendido entre los 40 a 49 años, seguido del grupo etario entre 30 a 39 años. Los varones son levemente más propensos (51,3%) que las mujeres (48,7%). Se requiere mantener una alerta en la sala de emergencia del Hospital del IESS-Riobamba, porque los casos de abdomen agudo son mayoritariamente en personas de la tercera edad y se observó que sus complicaciones son más severas y pueden atentar contra la vida de los pacientes.

El manejo emergente no ha requerido uso de medios diagnósticos para confirmar la patología de ingreso. Una conducta reflejada de 57.9% de casos con abdomen agudo (AA) emplea a penas 32. 2% de los medios diagnósticos, mayoritariamente con ultrasonografías, seguidas de tomografías.

En el porcentaje restante, los métodos diagnósticos más comunes, aplicados en el Hospital del IESS Riobamba en pacientes con Abdomen Agudo son: a nivel global el Laboratorio Clínico con un 53,2%. En cuanto a la variable por sexo, en lo femenino con un 51,9% y en el sexo masculino 54,6%. En el conteo global, el siguiente método de diagnóstico complementario es la

Ecografía, con un 30%, seguido de un grupo de técnicas complementarias de diagnóstico que oscilan de un 3% a 5% como son: TAC de abdomen, UroTAC, CPRE y Rx. Abdominal.

En cuanto a la actuación profesional de los médicos que trabajan en el servicio de emergencia del campo de estudio, el autor refiere: las patologías en orden de presentación al momento de su ingreso son: Abdomen Agudo (AA) con 45,2%, Colelitiasis con el 17,8% y Apendicitis aguda con el 16,2%, frente al diagnóstico de egreso en el siguiente orden de presentación: Apendicitis aguda con el 34,5%, Colelitiasis con 23,4% y Pancreatitis aguda de 9,6% prevalentes tanto en la documentación científica como en nuestro estudio dentro del diagnóstico de AA. La diferencia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico definitivo al egreso varía debido a que el Abdomen Agudo es una patología multisindrómica; por tanto, es necesaria la actualización constante del personal médico para llegar a un diagnóstico preciso, corroborando con el diagnóstico complementario y confirmatorio.

RECOMENDACIONES

No debería catalogarse de AA a todo paciente que ingresa con sintomatología abdominal, se consideraría como diagnóstico secundario al diagnóstico primario que enmarca las principales características clínicas de la enfermedad. Considerando que el grupo con mayor incidencia es el de adultos mayores, donde la patología puede ser más confundida por la cantidad de sintomatología de dolores abdominales que ellos pueden presentar y que pueden enmascarar el diagnóstico de AA, por lo que se debería ofrecer una atención especializada a este grupo etario.

Si bien hay patologías que se enmarcan al diagnóstico clásicamente clínico, son los medios diagnósticos que nos descartan nuestra sospecha clínica, por tanto, debe proveerse del implemento de diagnóstico y el profesional capacitado para tener confirmación oportuna de los diagnósticos emitidos para el caso.

Se recomienda que la sala de emergencia debería comandar el médico con mayor grado de experticia, para que el personal médico de menor experticia pueda ganar experiencia en base a la observación del trabajo de su jefe inmediato, logrando potenciar sus habilidades para diagnosticar efectiva y rápidamente la patología por la cual se consulta en la emergencia.

Como material de apoyo, recomendamos dar lectura al Anexo 4, donde se detalla lineamientos en base al marco teórico desarrollado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alberto C., (2014). Criterios de los estudiantes de medicina y expertos sobre el diagnóstico del abdomen agudo quirúrgico en el anciano. *Scielo, 28(4), 643-651.*
2. Artigas M., García M., Rodríguez C., Marquina D., Parrilla P. (2015). Routine abdominal x-ray in the emergency department: A thing of the past? *Radiología,* 2(1), 1-11.
3. Barriento C., Acála B., Pérez M., Aguilar J.L., De la Torre R., Ferri C. (2014).Grupo de trabajo de dolor agudo de la Sociedad Española del dolor; encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias, *Revista de la Sociedad Española de dolor,* 3- 11.
4. Bermúdez A., Rivero A., Barroetabena Y., Palierne R. (2012). Caracterización de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico Atención en el Centro Médico de Diagnóstico Integral Municio Pampán, *Mediciego*, 1–18.
5. Bernal C. (2010). *Metodología de la investigación administrativa, económica, humanidades y ciencias sociales,* Colombia Pearson Education.
6. Pérez C., Macías A., Magnto M., Ganzo P. (2015). Protocolo de manejo del dolor en urgencias. *Medicine,* 11(90), 5408 -5411.
7. Steeds Ch. E. (2013). The anatomy and physiology of pain, *Surgery*. 31, 49–53.
8. Carneiro C. (2011). Sexo y percepción del dolor y analgesia *Revista Brasileira de anestesiología,* 449-458.
9. Salas E. (2015). Analgesia pre-diagnóstica en el dolor abdominal, *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica,* LXXII (615) 441-445.

10. Smith J., Lobo D. Investigation of the acute abdomen, (2012). *Abdominal Surgery, 30(6),* 295-305.

11. Nikhil K., Hatrick A. (2016). Imaging and radiological interventions for the acute abdomen, *Emergency Surgery*, 09-001, 1-9.

12. Wong CS., Al-Ajami AK., Boshahri M.m Naqvi SA. (2013). Diagnosis of acute surgical abdomen - The best diagnostic tool to reach a final diagnostician, *Journal of Acute Disease (*2012), 23-25.

13. Quesada J. (2016). Abdomen agudo en paciente geriátrico. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXXIII (618)*. 101-103.

14. Beddy P., Keogan MT., Sala E., Geiffin N. Magnetic resonance imaging for the evolutation of acute abdominal pain pregnancy. *Semin Ultrasound CT MR 31, 433*-441.

15. Reginelli A., Mandato Y., Sollazzo A., Berritto D., Iacobellis F., Grassi R. (2012), Errors in the radiogical evaluation of the alimentary tract: part II., *Seminars in Ultrasound CT and MRI*¸ 1 (105) 308 - 317

16. Sánchez M., Fernández C., González D., Gonzales JL. (2012), Pain assessment using the Manchester triage system in Spanish emergency department emergency, p 202.

17. Flach A. (2014). Treatment of acute abdominal pain in the emergency room a systematic review of the literature. *Europe Journal Pain,* 1-11 .

18. Mayo M., Pacheco J.M., Vásquez J.M., (2016). Abdomen agudo, *Medicine 2(7)* 365-379.

19. Rodríguez M. (2013). Enfoque agudo del dolor abdominal. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica,* LXX (608). 731-741.
20. Manya P. (2013) Implementación de un sistema de seguridad y salud ocupacional en el Hospital IESS Riobamba, Centro Universitario Riobamba 1-208
21. Mazzei M.A., Guerrini S., Cioffi N., Gaginin L., Mazarini L., Capplino F., Giganti M., Volterrani L., (2013). Papel de la ecografía en la gestión del abdomen agudo, *Crit Ultrasonido,* 1-9.
22. Robert E., Dworkin M., Sullivan C., Turk. (2016) The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The Journal Pain.*70-93.
23. ErnnerB.(2015) Abdominal pain inelderly person htps://login.medscape.com
24. Clemente J.L., Vicente F., de Oca J., Hernández J.L., Zornoza G. (2015). Valoración en el diagnóstico de apendicitis aguda, *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra,* pp. 25-27.
25. Daza J., Ruiz O. Uso de opioides en el tratamiento del dolor. (2011). *Biociencias Vol. 6, N 2,* pp. 63-71.
26. Casado P., Pena Y., Reyna M., Méndez H., Remón M., Méndez J. (2016). Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria. *Revista de Archivos Médicos Camagüey, Vol 20 (1)*. pp. 25-35.
27. Ruiz G., García O., Quispe M., Muñoz Z. (2015) Concordancia entre el diagnóstico clínico presuntivo y el diagnóstico tomográfico abdomino-pelvico (2013). *Revista Mejicana Panacea, Vol 5(2)* pp. 1-6.

28. Sánchez P., Rodríguez Y., Vásquez R., Cordero C. (2010), Abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Hospital Vladimir Llich Lenín enero 2005 a enero 2008, *Red de revistas Científicas de América Latina, el caribe, España y Portugal ano XVI*, pp. 1-13.
29. Marchena A., Jimenez R., Sarmiento J.C. (2016). Morbilidad en pacientes operados por oclusión intestinal en el Servicio de Cirugía General.*Revista Finilay marzo Vol. 5 N (1)*, pp. 24-32.
30. Domínguez E., Císneros C.M., Pina L.R., Romero L. (2015), Factores predictivos de mortalidad em pacientes com oclusión intestinal, *Medisan 19(5)*, pp. 1-6.
31. Mayumi T., Yoshida M., Tazuma S., Furukawa A., Nishii O., Shigematsu K., Azuhata T., Itakura A., Kamei S., Kondo H., Maeda S., Mihara H., Mizooka M., Nishidate T., Obara H., Sato N., Takayama Y., Tsujikawa T., Fujii T., Miyata T., Maruyama I., Honda H., Hirata K. (2016), The practice guidelines for primary care of acute abdomen 2015. *Japanis J Radiol* 34, pp. 80-115.

ANEXOS

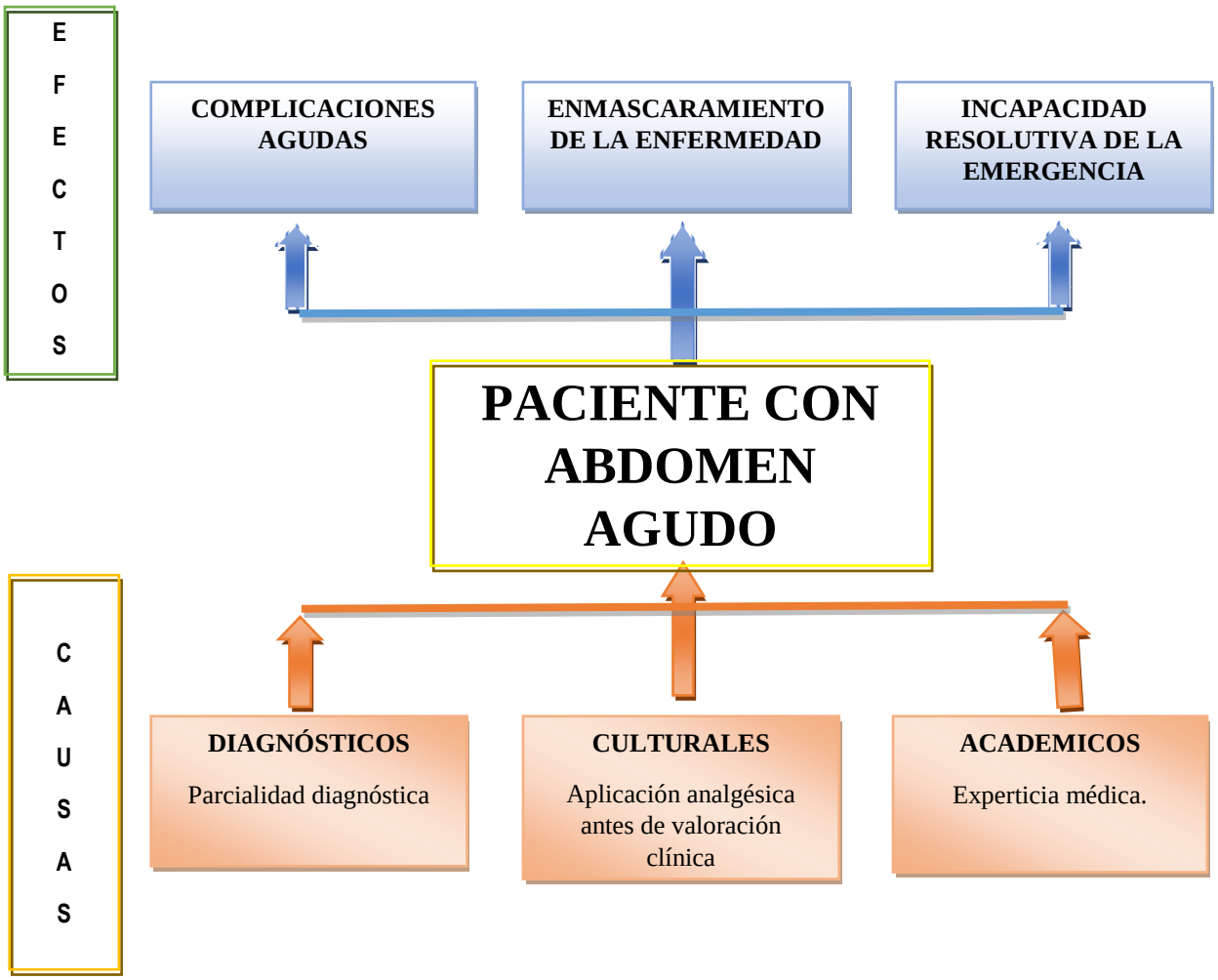
Anexo 1.

Instrumento de recolección de muestra.

Nº	Sexo	Edad	Instucción	Dg Ingreso	Dolor Abdomina	Distensión Abdo	Estreñimiento	Blumberg	Icterícia	Mc Burney	Psoas	Rousing	Murphy	P. ureterales	Automedicación	CPRE	UROTAC	Rx	Laboratorio	Eco	TAC Abdomen	Dg. Definitivo	T. quirurgico	T. clínico	Complicaciones	P. Dg especiales	Observaciones
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											
21																											
22																											
23																											
24																											
25																											
26																											
27																											

ANEXOS 2

Árbol de Problemas.



ANEXO 3

Operacionalización de variables

CUADRO No. 6

CATEGORÍAS	DIMENCIONES	INSTRUMENTO	UNIDAD DE ANALISIS
Diagnósticas	Parcialidad diagnóstica.	Historial clínico	Emergencia del Hospital IESS Riobamba
Culturales	Analgésicos previa valoración clínica	Historial Clínico	
Académicas	Diagnóstico Definitivo	Historial Clínico	

Fuente: Archivo médicos del sistema AS-400 Hospital IESS Riobamba
Elaboración: David Castillo Cortés (2016)

ANEXO 4.

Autorización del Hospital IESS Riobamba para realización del Trabajo de investigación.

Memorando Nro. IESS-HG-RI-DTMC-2016-1453-M

Riobamba, 25 de noviembre de 2016

PARA: David Alberto Castillo Cortes
Medico Residente

Sr. Ing. Jose Luis Barriga Arellano
Informático

ASUNTO: memo IESS-HG-RI-E-2016-0377-M autorizacion para recopilaciond e informacion.

De mi consideración:

Con memorandum IESS-HG-RI-E-2016-0377-M el Dr. David Castillo medico Residente del servicio de Terapia Intensiva expone:

"... me encuentro en la fase de recopilación de información para la tesissobre "Abdomen agudo que complica el diagnóstico médico en el Hospital del IESS Riobamba" solicito se me permita la obtención de información del registro AS-400 del Hospital en los meses marzo a junio del 2016 de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia con lo cual se me permitirá culminar el trabajo de titulación ofertado por la Universidad de Guayaquil con la obtención del título de Magister en Emergencia Médica."

Al amparo a memorandum IESS-HG-RI-DM-2016-4071-M en el que se me encarga la Direcciòn Mèdica, autorizo al Dpto de Sistema facilitar la información solicitada por el Dr Castillo, para que pueda realizar su trabajo de investigaciòn, luego de terminado, aprobado y defendido deberá presentar un ejemplar al Dpto de Docencia de esta unidad médica.

Por la atención que brinde a la presente reitero mi agradecimiento.

Atentamente,

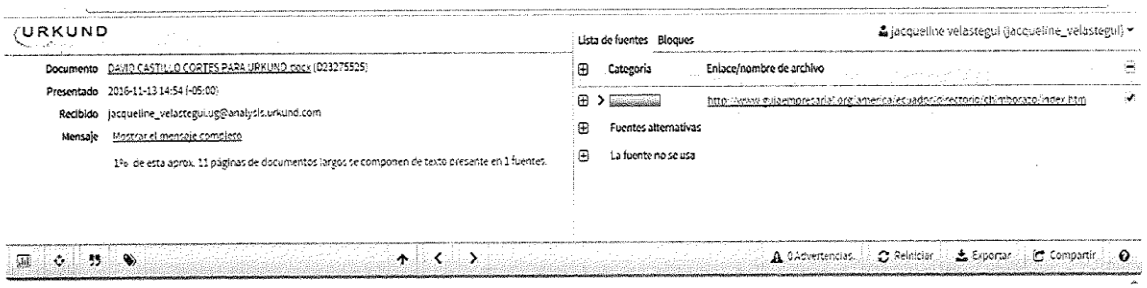
HOSPITAL DEL IESS RIOBAMBA
DIRECCION MEDICA
IESS DIRECTOR ENCARGADO

Dr. Anibal Rodrigo Alban Cascante
DIRECTOR TÉCNICO

Referencias:
- IESS-HG-RI-DM-2016-4071-M

ANEXO 5.

Prueba antiplagio.



Introduccion

El dolor abdominal es considerado como una patologia muy frecuente en los servicios de emergencias presentandose como situacion desde lo mas banal a condiciones que pueden comprometer la vida de los pacientes y que en muchos de los casos requerira tratamiento clinico o quirúrgico urgente Actualmente se define al abdomen agudo como una entidad multisindrómica caracterizándose conceptualmente como: una agresion al compartimento peritoneal cuya manifestacion principal será el dolor; progresando rapidamente hasta desarrollar fisiopatologia intraabdominal con repercusiones sistemicas graves que pueden llevar a la muerte y que por eso es necesario un diagnostico oportuno y que en la mayoria se torna complejo, dificil resolucion porque aun en nuestros dias pese a avances diagnosticos y terapeuticos no se ha logrado desentrañar la fisiopatologia aun oscura desde el punto de vista de biologia molecular, celular, laboratorio e incluso en la cirugia experimental.

En nuestro medio los pacientes que acuden por abdomen agudo generalmente son atendidos por primera vez por profesionales del servicio de Emergencia y en mucho de los casos de manera parcializada poniendo en peligro la vida del paciente; el grado de preparacion de los profesionales medicos cada dia enfrentan retos que estimulan su formacion y superacion medica de forma continua y actualizada con la finalidad de disminuir la parcialidad de atencion hospitalaria; debe ser un compromiso de las instituciones universitarias, hospitalarias sobre todo de segundo nivel donde se genere y concentre el conocimiento, la experiencia para la formacion cientifico-técnica y así prevenir complicaciones, promover salud y dar una mejor calidad de vida.

Dra. Mónica Altamirano Gómez.

TUTORA RESPONSABLE

ANEXO 6

Cronograma de Actividades.

CUADRO No. 9

ACTIVIDADES	AGOSTO	SEP	OCT	NOV
Inicio del Proceso de Unidad de Titulación Especial	√			
Carta de aceptación de la modalidad de titulación	√			
Cursos de actualización	√	√		
Presentación del tema de trabajo de titulación especial		√		
Elaboración del proyecto		√		
Presentación y aprobación del proyecto		√		
Recolección de la información			√	
Organización y manejo de la información			√	
Análisis, Tabulación e Interpretación de Resultados.				√
Elaboración del Informe y propuesta				√
Entrega del trabajo				√
Disertación y Socialización de la Tesis.				√

Elaboración: David Castillo (2016)