



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**CARACTERISTICAS CLINICAS Y QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES
OPERADOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL RICARDO
CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA 2022 A 2024**

Presentado por:

BOBADILLA HUARCAYA JOSE FERNANDO

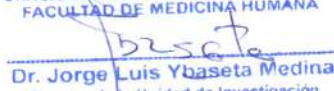
ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **2%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 21 de mayo del 2025

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “DANIEL ALCIDES
CARRIÓN”**



TESIS

**CARACTERISTICAS CLINICAS Y QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES
OPERADOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL
RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA 2022 A 2024**

Línea de investigación

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

BOBADILLA HUARCAYA JOSE FERNANDO

ASESOR:

Dr. HARRY RAÚL LEVEAU BARTRA

ICA – PERÚ

2025

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi madre y a mi padre,
por su apoyo constante en cada uno de mis pasos,
siempre me brindaron ánimos en este proceso complejo,
muchos de mis logros se los debo a ellos incluido este.

Agradecimiento

Agradezco en primer lugar a Dios,
por brindarme fortaleza y esperanza en los momentos más duros.
A mi padre José y a mi madre Dora,
que siempre me apoyaron en toda mi formación profesional.
A mis hermanos Adrian y Fabiola,
por llenarme de entusiasmo con sus ocurrencias.
Mi agradecimiento sincero a mi asesor Dr. Harry Leveau,
por sus lecciones oportunas para poder lograr
la realización de este trabajo.
A las personas que caminaron a mi lado,
en especial a quienes me brindaron
su ayuda en momentos cruciales
y me llenaron de confianza y seguridad.

INDICE

	Pag
Portada.	
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice de contenido	IV
Índice de tablas	V
Índice de figuras	VI
Resumen	VII
Abstract	VIII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	25
III. RESULTADOS	27
IV. DISCUSIÓN	36
V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES	40
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
VIII. ANEXOS	47

Índice de tablas

N°	Tabla	Pág
Tabla 1	Edad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	23
Tabla 2	Sexo de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	24
Tabla 3	Tipo de abdomen agudo quirúrgico de los pacientes operados en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	25
Tabla 4	Etiología del abdomen agudo quirúrgico de los pacientes operados en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	26
Tabla 5	Procedimiento quirúrgico de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	27
Tabla 6	Tiempo de hospitalización de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	28
Tabla 7	Complicaciones de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	29
Tabla 8	Reintervenciones por complicaciones de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	30
Tabla 9	Mortalidad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	31

Índice de figuras

N°	Figura	Pág
Figura 1	Edad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	23
Figura 2	Sexo de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	24
Figura 3	Tipo de abdomen agudo quirúrgico de los pacientes operados en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	25
Figura 4	Etiología del abdomen agudo quirúrgico de los pacientes operados en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	26
Figura 5	Procedimiento quirúrgico de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	27
Figura 6	Tiempo de hospitalización de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	28
Figura 7	Complicaciones de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	29
Figura 8	Reintervenciones por complicaciones de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	30
Figura 9	Mortalidad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024	31

Resumen

Objetivo: Determinar las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024.

Metodología. Estudio de tipo trasversal, retrospectiva, descriptiva y observacional, en una población de 480 pacientes operado por abdomen agudo quirúrgico, de donde se estudió en una muestra de 214 paciente, cuyos datos fueron obtenidos de sus historias clínicas y procesadas en el programa estadístico SPSS v29, analizadas de manera descriptiva y cuyos resultados se presentan con 95% de confianza. **Resultados.** El 7% pertenecían a edades de 15 a 30 años, el 22,9% a edades entre 31 a 45 años, en tanto que el 32,7% a edades de 46 a 60 años y el 37,4% a edades mayores de 60 años, el 52,8% del sexo femenino, el 6,1% los cuadros quirúrgicos eran de tipo inflamatoria, 54,2% eran de tipo infecciosa, 22,9% fueron de tipo obstructiva y el 16,8% de tipo isquémico, y según la etiología en el tipo inflamatorio predominó la colecistitis aguda o crónica sin infección con 53,8%, en tanto que en el de tipo infeccioso la patología que predominó fue la apendicitis aguda con 79,3%, mientras que en el de tipo obstructivo las bridas y adherencias fueron los más frecuentes con 63,2% y en las isquémica las que prevalecieron fueron las hernias estranguladas con o sin gangrena 75%. El 65% el tipo de intervención fue según la patología que ocasionó el cuadro quirúrgico mientras que el 35% la indicación solo fue laparotomía exploratoria. El 31,8% tuvieron un tiempo de hospitalización menor a 7 días, el 41,6% de 7 a 15 días, el 19,6% de 16 a 30 días y el 7% su tiempo de hospitalización superó los 30 días. El 27,1% presentaron alguna complicación posoperatoria, el 13,1% de los pacientes fueron reintervenidos y la mortalidad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico fue de 0,9%.

Conclusión: Desde el punto de vida general la apendicitis aguda es la patología que motivó la intervención quirúrgica en mayor porcentaje (43%).

Palabras clave: Características, clínicas, quirúrgicas, abdomen, agudo, quirúrgico.

Abstract

Objective: To determine the clinical and surgical characteristics of patients operated on for acute surgical abdomen at the Ricardo Cruzado Rivarola Hospital in Nazca from 2022 to 2024. **Methodology:** This is a cross-sectional, retrospective, descriptive, and observational study conducted on a population of 488 patients who underwent surgery for acute surgical abdomen. A sample of 214 patients was studied, with data obtained from their medical records and processed using the SPSS v29 statistical software. The data were analyzed descriptively, and the results are presented with a 95% confidence level. **Results:** 7% of patients were between 15 and 30 years old, 22.9% were aged 31 to 45, 32.7% were between 46 and 60, and 37.4% were over 60 years old. Of the total, 52.8% were female. Regarding the surgical condition types, 6.1% were inflammatory, 54.2% infectious, 22.9% obstructive, and 16.8% ischemic. According to etiology: In the inflammatory group, acute or chronic cholecystitis without infection was most common (53.8%). In the infectious group, acute appendicitis was predominant (79.3%). In the obstructive group, adhesions and bands were most frequent (63.2%). In the ischemic group, strangulated hernias with or without gangrene were most prevalent (75%). In 65% of cases, the type of surgical intervention corresponded to the pathology causing the acute abdomen, while in 35% the indication was exploratory laparotomy only. Hospitalization time was less than 7 days in 31.8% of patients, between 7 and 15 days in 41.6%, between 16 and 30 days in 19.6%, and over 30 days in 7%. Postoperative complications occurred in 27.1% of cases, 13.1% of patients required reoperation, and the mortality rate among patients operated on for acute surgical abdomen was 0.9%. **Conclusion:** From a general standpoint, acute appendicitis was the leading pathology prompting surgical intervention, accounting for the highest percentage (43%).

Keywords: Characteristics, clinical, surgical, abdomen, acute, surgical.

I. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

El dolor abdominal quirúrgico agudo se caracteriza por la aparición súbita de síntomas intensos en el abdomen, como dolor, vómitos y estreñimiento, los cuales pueden sugerir la presencia de una afección intraabdominal grave que ponga en riesgo la vida. En la mayoría de los casos, se requiere una intervención quirúrgica inmediata¹.

A nivel global esta condición es una de las principales razones de referencia para cirugía, representando el 33% de los procedimientos quirúrgicos. Se presenta con una frecuencia similar en hombres y mujeres. La tasa de mortalidad desde el diagnóstico en el quirófano hasta las dos semanas posteriores se estima entre un 10% y un 15%².

En el Perú, el abdomen agudo quirúrgico es una de las causas más comunes por las que las personas van de emergencia al hospital. En provincias, muchas veces el acceso tardío y la limitada infraestructura médica, aumentan el riesgo de complicaciones y mortalidad.

El dolor abdominal agudo es uno de los síntomas más frecuentes en la medicina de urgencias, representando hasta el 5% de los casos. Sus causas pueden ir desde afecciones leves hasta enfermedades potencialmente mortales, por lo que un tratamiento oportuno es clave para reducir la mortalidad³.

Aunque intensivistas, internistas y cirujanos comprenden bien las indicaciones para la cirugía, determinar el momento adecuado para intervenir sigue siendo un reto. Mientras algunos especialistas abogan por la cirugía en ciertos pacientes, otros son más cautelosos. Además, dentro del quirófano, las opiniones pueden diferir entre cirujanos, lo que hace que la elección de un procedimiento específico sea motivo de debate. Estos factores convierten a la sepsis intraabdominal en un tema de gran importancia y actualidad en el ámbito médico y quirúrgico⁴.

Por otro lado, la hernia diafragmática traumática ocurre en aproximadamente el 1% al 8% de las lesiones por trauma, y suele involucrar el desplazamiento del intestino grueso o el estómago, órganos que pueden sufrir gangrena y provocar una sepsis grave⁵.

Asimismo, las hernias representan una de las causas más frecuentes de obstrucción intestinal y dolor abdominal agudo. En muchos casos, estas pueden asociarse con gangrena o perforación intestinal, lo que posteriormente puede derivar en sepsis. Si no se trata a tiempo, esta condición puede causar alteraciones hemodinámicas y poner en riesgo la vida del paciente⁶.

En los países desarrollados, la isquemia intestinal causada por oclusión vascular representa el 2,1% de las cirugías abdominales de urgencia y el 0,1% de las hospitalizaciones. Sin embargo, su incidencia se incrementa con la edad, aumentando el riesgo de complicaciones como gangrena, perforación y formación de abscesos intraperitoneales⁷.

Realizamos este estudio porque no se cuenta con estudios relacionados con el tema en la región y por la relevancia de conocer las características de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico la que obedece a diversas causas con lo que buscamos parámetros comunes que faciliten un mejor tratamiento de estos pacientes así como de protocolizar los tratamientos.

Ante la falta de estudios similares en la región de Nazca, a pesar de su relevancia médica, este trabajo busca describir las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes con abdomen agudo para facilitar un manejo más eficaz y adecuado.

Antecedentes de la investigación

Internacionales

Caínzos-Fernández M⁸. Abdomen agudo quirúrgico en un Hospital de España en el 2020, Con el propósito de identificar las características de los pacientes operados por abdomen agudo. Resultados: El abdomen agudo quirúrgico tiene diversas causas, siendo las más comunes las de origen inflamatorio (como apendicitis, colecistitis y diverticulitis), perforante (úlceras pépticas perforadas o perforación intestinal), obstructivo (obstrucción del intestino delgado o colon) y hemorrágico (debido a traumatismos o embarazo ectópico). En esta revisión se abordarán los casos más frecuentes de cada categoría, incluyendo apendicitis, perforación de una víscera hueca, obstrucción intestinal por tumor de colon y trauma abdominal. Conclusión: La mayoría de los cuadros quirúrgicos abdominales obedecen a etiologías infecciosa.

Cortés Cardona C⁹. Factores de riesgo en complicaciones postoperatorias tras cirugía abdominal de urgencia en el Instituto Hondureño del Seguro Social, 2021. Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia. Diseño: Estudio transversal analítico retrospectivo. Muestra: 230 pacientes intervenidos quirúrgicamente por abdomen agudo. Resultados: La incidencia de complicaciones postoperatorias fue del 11,3%. La edad promedio de los pacientes fue de 40 años (± 15 años), y el 58,7% eran hombres. La mayoría de las cirugías se realizaron por enfermedad abdominal aguda no

traumática (93,9%), con laparotomía en el 74,3% de los casos. Las complicaciones infecciosas fueron las más comunes (73,1%), con una distribución según la clasificación de Clavien-Dindo: 26% en grado II, 48% en grado IIIa y 26% en grado IIIb. Entre las comorbilidades más frecuentes se encontraron hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal. Se identificaron como factores de riesgo para complicaciones postoperatorias el índice de Charlson ($p=0,000$; $\kappa=0,521$), la albúmina sérica ($p=0,000$) y el índice de riesgo nutricional ($p=0,000$). Conclusión: De acuerdo con Clavien-Dindo, las características socioclínicas más asociadas a complicaciones postoperatorias fueron abdomen agudo secundario a trauma, edad entre 61 y 70 años, y apendicitis aguda complicada. Las complicaciones infecciosas predominaron, siendo la mayoría de grado IIIa. En pacientes con diabetes, se observaron mayores complicaciones. El índice de Charlson se destacó como el factor más directamente relacionado con el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

Guerra MI¹⁰. Caracterización clínica, quirúrgica y epidemiológica de pacientes reintervenidos por afecciones abdominales agudas en Cuba, 2021. Objetivo: Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo para analizar las características de los pacientes sometidos a reintervención debido a cuadros de abdomen agudo. Muestra: 6.279 pacientes. Resultados: La tasa de reintervención representó el 1,7% de todas las cirugías mayores, con un 1,6% correspondiente a cirugías abdominales. Se observó un predominio de pacientes entre 46 y 60 años (37,8%) y del sexo femenino (55%). En el 91% de los casos, la cirugía inicial se realizó de manera urgente, siendo las principales causas la apendicitis aguda (21,7%) y la obstrucción intestinal (18%). El 72% de los pacientes requirieron reintervención dentro de los primeros cuatro días, principalmente por absceso intraperitoneal (39,6%) y dehiscencia de la sutura anastomótica (20,7%). El procedimiento más común fue la relaparotomía a demanda (98,1%), de las cuales el 18% se realizaron mediante laparotomía convencional. La tasa de mortalidad fue del 28%, siendo el shock séptico la causa de muerte en el 80,6% de los casos. Conclusión: La apendicitis aguda continúa siendo la indicación más frecuente de cirugía en casos de abdomen agudo quirúrgico.

Hernández Acosta, M¹¹. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con infecciones intraabdominales complicadas en un centro de alta complejidad de Medellín, 2021 Objetivo: Describir el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes

con abdomen agudo quirúrgico causado por infección intraabdominal, tanto de origen comunitario como hospitalario. Materiales y Métodos: Estudio transversal descriptivo en pacientes mayores de 15 años. Resultados: Se analizaron 446 pacientes, de los cuales 309 (69,3%) presentaban abdomen agudo quirúrgico por infección intraperitoneal adquirida en la comunidad, mientras que 137 (30,7%) tenían infección de origen hospitalario. La edad media fue de 57,5 años (rango intercuartílico: 36,0-70,0 años). Las complicaciones fueron más frecuentes en pacientes con infección adquirida en la comunidad (39,8%) en comparación con aquellos con infección hospitalaria (25,6%). *Escherichia coli* fue el agente etiológico más común en ambos grupos (60,5% en infecciones comunitarias y 42,3% en infecciones hospitalarias). Conclusiones: El perfil clínico-epidemiológico mostró que la población afectada era predominantemente de edad avanzada, con un alto porcentaje de peritonitis secundaria. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*.

Bejerano Durán R.¹² Perfil clínico y quirúrgico de pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia en Cuba, 2024. Objetivo: Analizar las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes operados por abdomen agudo. Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal con una muestra de 100 pacientes. Resultados: La mayoría de los pacientes eran mujeres (60,0%), y el grupo etario más frecuente fue entre 55 y 66 años (17,0%). El síntoma predominante fue dolor abdominal localizado en la fosa ilíaca derecha (33,0%), y la apendicitis aguda fue el diagnóstico más común (23,0%). El procedimiento quirúrgico más realizado fue la resección con anastomosis (20,0%). En el 78,0% de los casos no se registraron complicaciones, aunque se reportaron siete fallecimientos. Conclusión: La población estudiada estuvo compuesta mayormente por mujeres de entre 50 y 60 años. La apendicitis aguda fue la patología más diagnosticada en estos pacientes.

Abiodun Adeyanju M¹³. Patrones de síntomas de abdomen agudo en hospitales de atención terciaria en Nigeria, 2022. Objetivo: Determinar las causas del abdomen agudo en el contexto local. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo. Resultados: Se analizaron 113 pacientes, de los cuales 73 (65%) eran mujeres y 40 (35%) hombres. La mayor incidencia se observó en el grupo de 20 a 29 años, con 30 casos (26,5%). El síntoma predominante fue el dolor abdominal (99,1%), seguido de vómitos (44,2%). El diagnóstico más frecuente fue apendicitis, con 37 casos (32,7%), afectando a 19

hombres y 18 mujeres, siendo más común en el grupo de 20 a 29 años. La segunda causa más habitual de abdomen agudo fue la obstrucción intestinal (9,73%), con mayor prevalencia en pacientes de 50 a 59 años. Otras etiologías incluyeron peritonitis secundaria a perforación de vísceras, como perforación ileal por fiebre tifoidea, úlcera péptica perforada y perforación de la vesícula biliar. También se registró un caso de peritonitis primaria. Conclusión: Una adecuada historia clínica, exploración física detallada, estudios de imagen y pruebas de laboratorio accesibles permiten una intervención quirúrgica oportuna en los pacientes que la requieren, reduciendo así la morbilidad y mortalidad.

Nacionales

Herrera Cuizano, A¹⁴. Epidemiología de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (2020-2022). Objetivo: Analizar las características epidemiológicas de la úlcera péptica perforada. Métodos: Se realizó un estudio basado en la revisión de 47 historias clínicas durante un período de tres años. Resultados: Se incluyeron 43 pacientes, de los cuales 33 (76,8%) eran hombres y 10 (23,2%) mujeres. La mayoría (53%) tenía 60 años o más. Entre los factores de riesgo más comunes se identificaron el consumo de alcohol (18,6%) y el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE) (11,6%). La gastritis crónica fue la comorbilidad más frecuente (20,9%). El tiempo promedio de llegada a urgencias fue de tres días. El síntoma predominante fue el dolor abdominal, con hallazgos físicos de dolor a la palpación en el 97,7% de los casos, signos peritoneales en el 79,1% y neumoperitoneo en el 82,3%. Las principales complicaciones postoperatorias fueron neumonía nosocomial (18,6%) e infección del sitio quirúrgico (16,2%). Conclusiones: En este contexto, la úlcera péptica perforada afecta principalmente a hombres de edad avanzada sin antecedentes previos de enfermedad ulcerosa péptica.

Lagos Huaman, J¹⁵. Caracterización de pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de urgencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo, 2022. Objetivo: Analizar el perfil epidemiológico y clínico de los adultos mayores intervenidos quirúrgicamente por abdomen agudo. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal basado en la revisión de 118 historias clínicas. Resultados: El 47,46% de los pacientes tenían entre 60 y 70 años, y el 54,23% eran hombres. Se encontró que el 65,25% tenía antecedentes de cirugía. Las comorbilidades más

frecuentes fueron hipertensión arterial (28,81%) y obesidad (19,49%). El síntoma predominante fue dolor abdominal acompañado de vómitos en el 33,05% de los casos. La obstrucción intestinal fue el diagnóstico más común (41,53%). La resección intestinal con colostomía de Hartmann fue el procedimiento quirúrgico más realizado, con una mortalidad del 16,10%, siendo el shock séptico la causa de fallecimiento en el 94,74% de los casos. Conclusión: Los pacientes intervenidos con mayor frecuencia fueron hombres entre 60 y 70 años, con antecedentes quirúrgicos y comorbilidades como hipertensión y obesidad.

Carassa de la Cruz J¹⁶. Insuficiencia renal aguda en pacientes postoperados de cirugía abdominal de urgencia en un hospital de nivel III en Lima, Perú. Objetivo: Analizar la frecuencia de insuficiencia renal aguda (IRA) en pacientes sometidos a cirugía de emergencia por abdomen agudo. Materiales y métodos: Estudio transversal exploratorio. Se calcularon variables cuantitativas y se extrajeron conclusiones. Resultados: La insuficiencia renal aguda es una complicación perioperatoria de origen multifactorial que puede prevenirse con una adecuada preparación preoperatoria. Conclusión: Para reducir su incidencia, es fundamental evitar fármacos nefrotóxicos, controlar el equilibrio de líquidos y estabilizar la hemodinámica antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.

Calmet Rocca W¹⁷. Mortalidad en pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos tras cirugía abdominal de emergencia en un hospital de tercer nivel en Lima, Perú (2023). Objetivo: Evaluar la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia. Materiales y métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo y exploratorio basado en una serie de casos. Resultados: Se analizaron 135 pacientes, con una tasa de mortalidad en la UCI del 19,2% y una mortalidad hospitalaria del 27,4%. La patología más frecuente estuvo relacionada con el sistema biliar (24,4%), mientras que la mayor mortalidad por procedimiento se registró en pacientes sometidos a laparotomía con resección de intestino delgado (40%). Además, se encontró que la edad, el índice de comorbilidad de Charlson, las puntuaciones SOFA y APACHE, así como la dosis de noradrenalina, fueron significativamente más altas en los pacientes que fallecieron en la UCI. Conclusión: La mortalidad en la unidad de cuidados intensivos fue del 19,2%.

Alvarez Sanchez, L¹⁸. Mortalidad y complicaciones postoperatorias en cirugía abdominal de urgencia en pacientes con y sin SARS-CoV-2 en el Hospital Naval, 2024. Objetivo: Analizar la mortalidad y las complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia, comparando aquellos con y sin SARS-CoV-2. Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo basado en 207 casos de cirugía abdominal de urgencia. Resultados: El grupo etario más frecuente fue de 18 a 35 años (29,3%), con predominio masculino (60,9%). Respecto a las condiciones de salud, el 49,5% presentaba sobrepeso, el 11,4% tenía diabetes, el 10,4% hipertensión arterial, el 3% enfermedades cardiovasculares y el 5,7% patologías respiratorias. Se encontraron diferencias significativas en la mortalidad (6,7% en pacientes con COVID-19 vs. 1,4% en aquellos sin la infección, $p=0,025$) y en la incidencia de complicaciones (32,2% vs. 4,8%, $p=0,000$). Asimismo, se observaron mayores tasas de complicaciones respiratorias (20,0% vs. 10,0%, $p=0,000$), locales (15,6% vs. 2,9%, $p=0,000$) y trombóticas (6,7% vs. 1,4%, $p=0,025$) en los pacientes con SARS-CoV-2. Conclusión: Aunque no se encontraron diferencias significativas en las condiciones preexistentes entre ambos grupos, los pacientes con COVID-19 experimentaron una mayor tasa de mortalidad y complicaciones postoperatorias. Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar protocolos específicos para reducir la morbilidad y mortalidad en este grupo de pacientes.

Locales.

No se encontraron estudios similares en los repositorios de las universidades locales.

Marco teórico

El abdomen agudo se describe como un conjunto de signos y síntomas que conforman un síndrome, cuya manifestación principal es el dolor abdominal. Generalmente, requiere intervención quirúrgica para su tratamiento, con el fin de prevenir complicaciones graves que podrían comprometer la vida del paciente¹⁹.

Este dolor suele estar acompañado de signos de irritación peritoneal, evidenciados por rigidez o contractura de los músculos abdominales, aumento de la sensibilidad en el área, con o sin dolor de rebote, distensión abdominal y dificultad para moverse. Además, pueden presentarse síntomas como náuseas, vómitos y fiebre¹⁹.

El diagnóstico del abdomen agudo se fundamenta en la evaluación clínica y se complementa con estudios de imagen, como ecografía abdominal, radiografía simple en

tres proyecciones, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN). Estas pruebas son fundamentales para confirmar el diagnóstico¹⁹.

Cada estudio por imagen tiene un valor diagnóstico específico y los hallazgos positivos permiten identificar un cuadro de abdomen agudo. Su uso es esencial no solo para el diagnóstico, sino también en algunos casos con fines terapéuticos. Asimismo, resulta crucial para detectar posibles complicaciones y diferenciar esta condición de otras enfermedades¹⁹.

La cavidad abdominal cuenta con una amplia superficie de protección, estimada entre 1,0 y 1,7 m². Sin embargo, cuando se produce una inflamación difusa, la pérdida de líquido puede ser comparable a la que ocurre en una quemadura que afecte el 100 % de la superficie corporal. En condiciones normales, el líquido peritoneal contiene alrededor de 100 ml de ascitis serosa mínima, con menos de 30 g/L de proteínas y un recuento de glóbulos blancos inferior a 300/uL. No obstante, ante una infección, este líquido se transforma rápidamente en un exudado con un aumento variable en su volumen, concentración de proteínas y número de glóbulos blancos²⁰.

Las perforaciones pueden clasificarse en dos tipos: libres o contenidas. En las perforaciones libres, el contenido intestinal se derrama en la cavidad peritoneal, provocando una peritonitis secundaria (PS) de tipo difuso. En cambio, cuando la perforación es contenida, el proceso puede sellarse por completo o dar lugar a la formación de un absceso intraperitoneal, lo que conlleva distintos niveles de contaminación y riesgo de sepsis abdominal²¹.

Algunas condiciones pueden predisponer al desarrollo de enfermedades abdominales agudas, entre ellas, la obesidad mórbida, el embarazo ectópico, ciertas patologías ginecológicas y anomalías congénitas como hernias, malrotación intestinal y duplicaciones. Es especialmente relevante evaluar estos factores de riesgo en pacientes de edad avanzada, ya que enfermedades concomitantes como inmunosupresión, insuficiencia renal, diabetes o tuberculosis pueden modificar la presentación y evolución del dolor abdominal²².

Estos factores de riesgo no deben subestimarse, ya que pueden influir significativamente en la salud del paciente y en el curso de las enfermedades abdominales. Por ello, es fundamental que los profesionales de la salud estén capacitados para reconocer y tratar estos casos de manera adecuada. Aunque solo un pequeño porcentaje de pacientes con dolor abdominal (aproximadamente entre el 6 % y

el 7 %) requerirá intervención quirúrgica, la evaluación diagnóstica sigue representando un desafío clínico importante²².

Los pacientes de edad avanzada pueden desarrollar afecciones abdominales agudas que requieran intervención quirúrgica. En estos casos, los médicos y cirujanos deben actuar con extrema precaución debido a los riesgos elevados que implica la cirugía en este grupo etario. En el pasado, la edad avanzada se consideraba un factor de alto riesgo que desaconsejaba la cirugía. Sin embargo, actualmente se ha demostrado que los adultos mayores pueden tolerar procedimientos quirúrgicos complejos, que van desde cirugías ambulatorias con anestesia local, como la reparación de hernias inguinales, hasta intervenciones de gran magnitud, como las resecciones duodenopancreáticas (procedimiento de Whipple) para el tratamiento del cáncer de páncreas, con resultados favorables²³.

El concepto de "alto riesgo" en los pacientes mayores se debe a factores como el deterioro progresivo del organismo, una respuesta inmune debilitada, disfunción neurohormonal y una alta prevalencia de enfermedades asociadas. Entre estas patologías destacan la aterosclerosis avanzada, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la diabetes mellitus, todas ellas influenciadas por el estilo de vida y posibles deficiencias nutricionales²³.

Dolor abdominal

El dolor abdominal se clasifica en tres tipos: visceral, parietal y referido²⁴.

Dolor visceral: Se origina cuando los órganos abdominales son sometidos a estímulos nocivos. Se caracteriza por ser un dolor sordo y de localización imprecisa, debido a la inervación multisegmentaria de los órganos internos. Este tipo de dolor suele acompañarse de síntomas como náuseas, vómitos, palidez, sudoración e inquietud²⁴.

Dolor parietal: Se produce cuando el peritoneo parietal es irritado por un estímulo nocivo, generando una respuesta más localizada e intensa²⁴.

Contractura abdominal

En ciertos casos, la contractura puede extenderse a toda la musculatura de la pared abdominal, como ocurre en la peritonitis extensa causada por perforación gástrica, dando lugar al denominado "abdomen en tabla". Sin embargo, lo más común es que las contracturas y la rigidez muscular se limiten al área afectada, presentándose como una respuesta involuntaria ante la exploración médica²⁴.

Alteraciones del peristaltismo

Los trastornos vasculares, como la isquemia mesentérica, pueden desencadenar un aumento del peristaltismo antes de la aparición de una trombosis definitiva, lo que puede dar lugar a la presencia de sangre en las heces. En casos de obstrucción intestinal, si la pared abdominal es lo suficientemente delgada, es posible palpar el contenido fecal. Por otro lado, el íleo paralítico suele ser consecuencia de una irritación peritoneal extensa, como la que ocurre en perforaciones gástricas o pancreatitis agudas graves²⁴.

Alteración del estado general

El abdomen agudo suele presentarse con síntomas generales, entre los cuales destacan:

Hipotensión: Puede ser consecuencia de una hipertonía vagal, hemorragia o una gran pérdida de secreciones intestinales, lo que provoca deshidratación en el paciente²⁵.

Alteraciones del pulso: La taquicardia suele ser una respuesta compensatoria a la hipotensión, aunque en algunos casos puede presentarse bradicardia secundaria al aumento del tono vagal.

Síntomas de shock: Incluyen sudoración, palidez, escalofríos y presión arterial baja²⁵.

Evaluación clínica en pacientes con abdomen agudo

El primer paso es determinar si el sangrado intraperitoneal requiere una reanimación hemodinámica urgente o una laparotomía de emergencia. Si el paciente se encuentra estable, es fundamental realizar una historia clínica detallada para identificar las posibles causas del cuadro, complementada con un examen físico exhaustivo²⁵.

El abdomen agudo es la tercera causa más frecuente de consulta médica en adultos, después del dolor torácico y la disnea²⁶.

Impacto del sistema inmunológico y otros órganos. Debido a la disminución de la actividad de las células B y T, la respuesta inmunitaria se ve afectada, lo que aumenta la susceptibilidad a infecciones más severas y recurrentes. En estos casos, la fiebre es poco común, ya que la temperatura corporal puede descender en respuesta a los pirógenos, por lo que la hipotermia es un signo más confiable²⁶.

En el sistema urinario, la reducción de la filtración glomerular y del flujo sanguíneo renal, junto con una mayor proliferación bacteriana, pueden favorecer la aparición de infecciones del tracto urinario²⁶.

A nivel gastrointestinal, se observa un retraso en el vaciamiento gástrico, una disminución en la producción de prostaglandinas y un mayor riesgo de desarrollar enfermedad ulcerosa²⁶.

Los cambios en el sistema nervioso pueden contribuir a la aparición de demencia y deterioro cognitivo, lo que dificulta la comunicación efectiva con los médicos y puede hacer que los signos de irritación peritoneal sean menos evidentes o incluso ausentes²⁶.

Al igual que en otros grupos etarios, una historia clínica detallada es fundamental para la evaluación del paciente. La propia patología, además del diagnóstico presuntivo que se establece durante la exploración, puede proporcionar información valiosa sin necesidad de posponer el tratamiento definitivo mientras se esperan los resultados de pruebas de laboratorio o gabinete²⁷.

En la cirugía abdominal de emergencia, el aspecto más relevante es clasificar correctamente a los pacientes para determinar si requieren una intervención quirúrgica inmediata. Siempre que sea posible, es esencial obtener información directamente del paciente o, en su defecto, de su cuidador principal. Datos como cambios en el estado de alerta, pérdida del apetito o alteraciones en los hábitos intestinales pueden ser clave para orientar el diagnóstico²⁷.

Asimismo, se debe realizar un examen físico exhaustivo y estructurado, enfocado en la sospecha diagnóstica formulada tras el interrogatorio. Como se mencionó previamente, la ausencia de fiebre en estos pacientes debe generar sospecha de sepsis, especialmente si hay una tendencia a la hipotermia, ya que en este grupo etario es poco frecuente la elevación de la temperatura corporal como respuesta a una infección²⁷.

Una vez completada la evaluación clínica, se pueden seleccionar los estudios complementarios más adecuados. Sin embargo, es importante recordar que estas pruebas no deben retrasar el manejo definitivo del paciente²⁷.

Etiología

Existen diversas afecciones que pueden provocar o simular síntomas de abdomen agudo, ya sean de origen intraperitoneal, retroperitoneal o extraperitoneal²⁸.

Entre las causas más frecuentes de abdomen agudo de origen quirúrgico, la colecistitis ocupa el primer lugar, seguida de la hernia incarcerada, la apendicitis aguda y los tumores malignos, en un orden que varía según la edad del paciente²⁸.

Basándose en la literatura existente, en datos estadísticos y en una historia clínica detallada, es posible realizar una búsqueda dirigida de estas patologías según su prevalencia en pacientes de edad avanzada con dolor abdominal, incluso si los síntomas iniciales no son demasiado evidentes²⁸.

Historia Clínica y Examen Físico Para obtener un diagnóstico preciso, es fundamental llevar a cabo un cuestionario detallado que permita construir una historia clínica completa y realizar un examen físico exhaustivo del paciente. En caso de ser necesario, se deben solicitar pruebas adicionales para complementar la evaluación. Es recomendable entrevistar a los pacientes de manera estructurada, considerando su historial médico y quirúrgico personal, ya que esto proporciona información clave para guiar el diagnóstico y el tratamiento²⁹.

El dolor abdominal suele presentarse de forma difusa, lo que dificulta que el paciente identifique con exactitud su origen. Aunque es importante considerar la percepción del paciente, el médico debe asumir un rol activo en la evaluación, especialmente si cuenta con la asistencia de un examinador especializado. El interrogatorio debe abordar la naturaleza del dolor, síntomas asociados, antecedentes de cuadros similares, hábitos alimenticios y posible consumo de sustancias²⁹.

En el examen físico, cuando el dolor no está localizado en una zona específica, se recomienda realizar una evaluación sistemática de arriba hacia abajo para estructurar el análisis. Es esencial verificar la presencia de fiebre, ya que su aparición sugiere un proceso inflamatorio, infeccioso o infiltrativo más severo en la pared abdominal. Durante el primer minuto del examen, se deben observar aspectos generales del paciente, como el estado de conciencia, complexión, color de piel y otros signos visibles. Posteriormente, se procede a una evaluación regional del abdomen, dividiéndolo en cuadrantes y examinando cada uno con atención³⁰.

Un examen físico meticuloso y ordenado permite identificar información valiosa para el diagnóstico de patologías médicas y quirúrgicas de origen abdominal. Un análisis riguroso puede revelar hallazgos importantes, como la presencia de líquido peritoneal, peritonitis, quistes pancreáticos o metástasis umbilicales, conocidas como el signo de la Hermana María José³⁰.

La exploración debe realizarse con delicadeza, comenzando en las áreas no dolorosas y avanzando progresivamente hacia las zonas afectadas, evitando movimientos bruscos que puedan generar ansiedad en el paciente. Este debe mantenerse en una posición neutra, con las extremidades superiores descubiertas. La exposición de la región dolorosa debe ser rápida pero efectiva, empleando maniobras de contención y observando señales respiratorias, torácicas y abdominales superiores para optimizar la evaluación³⁰.

La evaluación abdominal es un componente clave en el análisis de pacientes con sospecha de abdomen agudo. Este proceso incluye inspección, auscultación, palpación y percusión, además de la verificación de signos clásicos como Blumberg, la prueba de los tos, Carnett, Murphy, psoas, obturador y Rovsing³¹.

Para garantizar una exploración precisa, se recomienda utilizar el abdomen como una pantalla inicial para evitar que el paciente observe el procedimiento. Esto ayuda a prevenir una tensión muscular voluntaria que podría alterar la percepción del dolor o llevar a respuestas inexactas durante la palpación³¹.

En conclusión, un examen físico adecuado, que incluya una exploración abdominal detallada, es esencial para un diagnóstico preciso de patologías médicas y quirúrgicas relacionadas con el abdomen. Realizar la exploración con calma, sin movimientos bruscos y utilizando maniobras de contención, permite obtener información clínica relevante. Un examen sistemático y completo facilita la identificación de hallazgos clave, optimizando el diagnóstico y el tratamiento del paciente³¹.

Pruebas complementarias

Para evaluar distintos aspectos orgánicos, se emplean diversas pruebas médicas, como análisis de sangre, detección de marcadores inflamatorios y estudios de imagen (radiografías, ecografías, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas). La selección de estos estudios debe considerar tanto su costo como su relevancia diagnóstica³².

Las pruebas complementarias se pueden clasificar en tres categorías principales:

Análisis de sangre: Incluye un hemograma completo, velocidad de sedimentación globular (VSG), estudios bioquímicos detallados y paneles de enzimas cardíacas para evaluar la función del corazón³².

Análisis de orina: Permite identificar posibles infecciones o alteraciones en el tracto urinario.

Estudios de imagen: Comprende radiografías, ecografías, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas para obtener una visualización detallada de la zona afectada³².

La elección de los exámenes adicionales dependerá del estado general del paciente y la localización del dolor. Un análisis de sangre sistemático es crucial, ya que permite detectar anemia o leucocitosis, lo que sugiere un proceso inflamatorio como colecistitis o apendicitis. Sin embargo, la ausencia de leucocitosis en etapas tempranas no descarta una afección abdominal aguda. Por otro lado, la presencia de hiperamilasemia es un indicio de pancreatitis³².

Las pruebas de laboratorio también ayudan a determinar si el paciente requiere hospitalización. Factores como leucocitosis con más de 12.000/mm³ y proteína C reactiva superior a 0,5 mg/dl pueden indicar la necesidad de un manejo más intensivo. Además, la evaluación de nitrógeno ureico en sangre (BUN), creatinina, amilasa y lipasa proporciona información valiosa para el diagnóstico diferencial y la orientación del tratamiento de diversas patologías abdominales³².

En adultos con sospecha de abdomen agudo, la evaluación inicial suele incluir una radiografía simple de tórax, lo que permite al médico orientar el diagnóstico diferencial y examinar posibles manifestaciones extratorácicas de la enfermedad abdominal³³.

La ecografía presenta una sensibilidad cercana al 65% y una especificidad del 72%. En contraste, la tomografía computarizada (TC), que ha revolucionado el diagnóstico por imágenes, ofrece una sensibilidad y especificidad que varían entre el 91-100% y el 95-99%, respectivamente³³.

Por otro lado, los estudios radiográficos tienen un rendimiento inferior, con sensibilidades entre el 30% y el 77%, y especificidades que oscilan entre el 75% y el 88%. Para una evaluación más completa, se suele realizar una ecografía abdominal, la cual contribuye a precisar el diagnóstico y definir el tratamiento más adecuado. Asimismo, este estudio permite descartar de manera eficiente patologías intraperitoneales y extraperitoneales que no requieran intervención quirúrgica³³.

La tomografía computarizada multicorte (TCMC) se considera el estándar de oro para la evaluación de patologías intraperitoneales. Gracias a sus reconstrucciones y distintos planos de visualización, facilita un estudio más detallado de las causas del dolor abdominal, proporcionando mayor precisión y certeza en el diagnóstico³³.

Seleccionar las pruebas complementarias adecuadas es clave para establecer un diagnóstico preciso basado en los hallazgos clínicos del paciente. Generalmente, estos estudios son fundamentales para confirmar o descartar una sospecha clínica inicial y, en algunos casos, pueden modificar el abordaje terapéutico³⁴.

Los datos obtenidos a partir de estas pruebas ofrecen una visión más clara del estado del paciente, ayudando a los médicos a tomar decisiones fundamentadas sobre el manejo del dolor abdominal agudo. Sin embargo, la interpretación de los resultados debe hacerse siempre dentro del contexto clínico adecuado, asegurando una evaluación continua del paciente para un diagnóstico acertado y un tratamiento eficaz³⁴.

Por último, es fundamental resaltar la importancia de la comunicación y la colaboración entre médicos y otros profesionales de la salud, como radiólogos y técnicos de

laboratorio clínico. Este trabajo en equipo resulta esencial para garantizar una atención integral y de calidad a los pacientes³⁴.

Clasificación En la literatura médica, se han desarrollado diversas clasificaciones para facilitar la comprensión y el diagnóstico de múltiples afecciones, particularmente aquellas que afectan la región abdominal. Estas categorizaciones ayudan a identificar las causas y características de distintos trastornos³⁵.

El abdomen agudo en adultos se divide en tres tipos principales: quirúrgico, no quirúrgico y mixto.

Abdomen agudo quirúrgico: Se caracteriza por dolor abdominal intenso y persistente, acompañado de signos peritoneales. Su diagnóstico y tratamiento requieren atención inmediata.

Abdomen agudo no quirúrgico: Generalmente está relacionado con patologías gastrointestinales de origen extraperitoneal o ginecológico³⁵.

Abdomen agudo mixto: Incluye elementos de ambos tipos anteriores³⁵.

Entre las causas más frecuentes en adultos se encuentran la apendicitis aguda, colecistitis, pancreatitis aguda y úlcera péptica perforada. El abordaje adecuado de estas afecciones requiere una evaluación clínica detallada, complementada con estudios de laboratorio y técnicas de imagen³⁵.

En algunos casos, la cirugía es necesaria para tratar la causa subyacente del abdomen agudo. Por ello, es fundamental que los médicos sean capaces de reconocer sus manifestaciones clínicas y actuar con rapidez para garantizar una atención efectiva. Un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno son clave para mejorar el pronóstico y reducir complicaciones³⁶.

Además de la exploración clínica y las pruebas de laboratorio, el diagnóstico puede apoyarse en estudios de imagen como ecografía abdominal, tomografía computarizada y resonancia magnética³⁶.

El tratamiento inicial suele ser conservador e incluye el uso de analgésicos, antiinflamatorios y fluidoterapia intravenosa. Sin embargo, cuando la situación lo amerita, la cirugía se convierte en la opción más adecuada. El pronóstico del abdomen agudo en adultos depende de la causa específica, la rapidez con la que se diagnostica y el acceso a un tratamiento adecuado³⁶.

Los pacientes que reciben atención médica oportuna tienen mayores probabilidades de recuperación con menores tasas de morbilidad y mortalidad³⁶.

Existen también otras clasificaciones etiológicas, como la de Christmann, que agrupa el abdomen agudo en cinco categorías.

Clasificación etiológica tradicional: Inflamatorio, Obstructiva, Perforativa, Vascular y Hemorrágico.

Clasificación etiológica según mecanismo fisiopatológico primario:

- Abdomen agudo inflamatorio
- Abdomen agudo infeccioso (incluido dentro del inflamatorio).
- Abdomen agudo obstructivo
- Abdomen agudo isquémico (vascular)

Estas categorías permiten tener un enfoque más clínico para poder tener un diagnóstico adecuado y así tener un abordaje oportuno, lo que reduce considerablemente un mal pronóstico.

Abdomen Agudo Inflamatorio: Esta enfermedad se manifiesta de manera espontánea, con un inicio súbito y agudo, donde el dolor es el síntoma principal. A menudo requiere intervención quirúrgica y puede presentarse en cualquier etapa de la vida³⁷.

Es una de las condiciones más frecuentes en los servicios de urgencias, siendo sus principales causas la apendicitis aguda, la colecistitis, la diverticulitis y la pancreatitis aguda. Se originan por inflamación del tracto gastrointestinal, frecuentemente con evolución rápida. Suelen requerir cirugía inmediata. La detección temprana es fundamental para reducir tanto la morbilidad como la mortalidad³⁷.

Abdomen agudo infeccioso (incluido dentro del inflamatorio)

Infecciones polimicrobianas, como en apendicitis o peritonitis secundaria a perforación que son las causas más comunes.

La apendicitis aguda es la causa más común de inflamación o infección abdominal aguda. Se produce debido a la inflamación e infección del apéndice cecal, ocasionada por la obstrucción de su lumen. Esta obstrucción puede ser consecuencia de cálculos fecales, crecimiento del tejido linfoide, parásitos, cuerpos extraños o tumores. Como resultado, se desarrollan infecciones polimicrobianas con la participación de microorganismos aeróbicos y anaeróbicos, siendo *Escherichia coli* y *Bacteroides fragilis* los patógenos más habituales³⁸.

También abarca afecciones del colon distal al ombligo, como la diverticulitis, que se caracteriza por la inflamación de pequeñas bolsas en la pared del colon. Entre otros trastornos gastrointestinales se encuentran las enfermedades inflamatorias crónicas,

como la enfermedad inflamatoria intestinal ulcerosa y la enfermedad de Crohn, que pueden comprometer distintas partes del tracto digestivo. Asimismo, pueden presentarse patologías que afecten el tránsito a través del estómago, el íleon, el yeyuno o el esófago³⁹.

El tratamiento de la apendicitis aguda consiste en la extirpación quirúrgica del apéndice, sin necesidad de terapia médica adicional. Esta intervención puede realizarse mediante cirugía abierta o por vía laparoscópica. La laparoscopia suele asociarse con menos complicaciones y un menor riesgo de infección de la herida. Sin embargo, en casos más avanzados, como necrosis apendicular, peritonitis, perforación o formación de abscesos, puede ser necesario administrar antibióticos tras la apendicectomía³⁹.

En el abdomen perforado agudo, la causa principal suele ser la ruptura de una úlcera péptica, afectando con mayor frecuencia al duodeno. Las úlceras duodenales tienden a perforar la cara anterior del bulbo duodenal, mientras que las úlceras gástricas perforan, por lo general, la pared anterior del antro pilórico. Los síntomas incluyen un dolor abdominal agudo y punzante en el sitio de la perforación, acompañado de náuseas, vómitos, dificultad respiratoria, inestabilidad hemodinámica y rápida evolución hacia el estado de choque⁴⁰.

Esta afección se reconoce por la tríada clásica de síntomas: dolor abdominal intenso, taquicardia y rigidez abdominal. El abordaje quirúrgico puede variar desde una reparación simple de la úlcera con cierre y refuerzo con epiplón, hasta procedimientos más complejos como la gastrectomía parcial y la sección del nervio vago. En aproximadamente un 20% de los casos de perforación, pueden verse comprometidos otros órganos como el páncreas, el hígado, el colon o la vesícula biliar, lo que requiere un tratamiento especializado adecuado⁴⁰.

Abdomen Agudo Obstructivo: Esta condición se caracteriza por una obstrucción parcial o total del intestino delgado y grueso, originada por causas mecánicas o funcionales, y constituye aproximadamente el 20% de las emergencias quirúrgicas abdominales. Las causas pueden ser tanto externas como internas, dependiendo de la porción intestinal afectada⁴¹.

Alrededor del 80% de los casos corresponden a obstrucciones del intestino delgado, siendo la mayoría consecuencia de adherencias entre asas intestinales, generalmente derivadas de cirugías abdominales previas, representando entre el 65% y el 75% de los casos. No obstante, en pacientes sin antecedentes quirúrgicos, la causa más frecuente es

la presencia de una hernia. Los síntomas habituales incluyen dolor abdominal, vómitos, distensión y dificultad para la evacuación intestinal⁴¹.

La tomografía computarizada (TC) es el estudio de imagen que proporciona mayor precisión en la evaluación de esta patología, permitiendo diferenciar entre una obstrucción parcial o completa, así como determinar su localización, la presencia de edema y posibles signos de isquemia. El tratamiento inicial se enfoca en la estabilización clínica del paciente antes de considerar una intervención quirúrgica⁴¹.

Abdomen Agudo Isquémico (Vascular): La isquemia mesentérica representa aproximadamente el 1% de los casos dentro de este tipo de enfermedad, pero su tasa de mortalidad es alarmante, alcanzando entre el 60% y el 80% en las primeras 24 horas. Esta afección puede originarse por trombosis arterial, embolia arterial, trombosis venosa o isquemia no oclusiva de origen mesentérico. Los síntomas más frecuentes incluyen dolor abdominal intenso y generalizado, acompañado de náuseas, vómitos y diarrea⁴².

La tomografía computarizada (TC) es la prueba de imagen con mayor sensibilidad y especificidad, alcanzando una precisión diagnóstica del 90% en estos casos. Es fundamental descartar otras patologías con manifestaciones similares, especialmente cuando los síntomas son inespecíficos. Aunque la angiografía es una alternativa diagnóstica, su carácter invasivo y menor disponibilidad en muchos centros médicos hace que la TC sea la opción preferida⁴³.

El manejo inicial incluye un monitoreo riguroso para corregir rápidamente cualquier desaturación o desequilibrio electrolítico, así como la administración de trombolíticos y anticoagulantes para minimizar el daño vascular. En los casos más graves, se recurre a la cirugía con el objetivo de evaluar la extensión del infarto, determinar la viabilidad del tejido y eliminar las áreas afectadas para restablecer el flujo sanguíneo intestinal⁴³.

Esta tercera clasificación, al igual que las anteriores, se basa en la etiología, pero se considera más práctica y aplicable en la práctica clínica. Su utilidad radica en que permite identificar de manera eficiente las distintas afecciones asociadas a este síntoma tan frecuente. A continuación, se presentan tres posibles causas del dolor abdominal⁴⁴:

Causas instrumentales (45%): Incluyen patologías como apendicitis, colelitiasis, úlcera gastroduodenal perforada, peritonitis y enfermedad inflamatoria intestinal. Estas condiciones suelen requerir intervención quirúrgica o un tratamiento específico para su adecuado manejo⁴⁴.

Alteraciones hemodinámicas (35%): Comprenden situaciones como hemorragias intestinales y ováricas, ruptura de aneurisma de aorta abdominal y ruptura esplénica.

Estas afecciones pueden provocar un dolor abdominal intenso y requieren evaluación y tratamiento médico de urgencia⁴⁴.

Trastornos neuromusculares (20%): Incluyen cólico biliar, cólico renal, pancreatitis y dolor postoperatorio. Estas enfermedades están relacionadas con alteraciones en los nervios y músculos del abdomen, lo que puede generar dolor agudo y persistente⁴⁴.

Manejo y tratamiento

La inequidad de género en la atención médica sigue siendo un problema recurrente, afectando particularmente a las mujeres. Se ha observado que a las mujeres se les administra con mayor frecuencia medicación para el alivio del dolor abdominal, mientras que los hombres tienden a recibir un tratamiento insuficiente ante los mismos síntomas y condiciones clínicas⁴⁵.

Esta desigualdad también se refleja en las tasas de mortalidad por abdomen agudo (AA) en personas mayores de 65 años, que varían entre el 1% y el 29% según el país. Además, el manejo del dolor abdominal se ve afectado por la subestimación o descripción inadecuada de los síntomas, lo que dificulta la obtención de datos precisos y el diagnóstico oportuno. Como consecuencia, un número indeterminado de casos de abdomen agudo puede ser tratado erróneamente como síndromes de dolor agudo inespecífico, sin llegar a un diagnóstico definitivo⁴⁵.

El retraso en el reconocimiento de la enfermedad, junto con un tratamiento inicial inadecuado y el uso excesivo de estudios de imagen y observación prolongada, incrementa significativamente los costos en la atención médica. Estos factores pueden llevar a la necesidad de intervenciones invasivas adicionales y a un mayor riesgo de complicaciones para el paciente⁴⁵.

Por ello, es fundamental mejorar los métodos diagnósticos para garantizar una detección temprana y un tratamiento oportuno, reduciendo así la morbilidad y mortalidad asociadas al abdomen agudo⁴⁵.

Es fundamental garantizar la equidad y eficiencia en la atención médica para asegurar el bienestar de todos los pacientes, sin distinción de género. La cirugía debe considerarse tan pronto como sea seguro realizarla. La tomografía computarizada (TC) ha demostrado ser una herramienta clave para disminuir la tasa de resultados adversos y evitar procedimientos innecesarios cuando el diagnóstico no está claro⁴⁶.

Indicaciones para cirugía

Abdomen agudo con infarto de un órgano grande: Esta condición representa una emergencia médica que requiere atención inmediata. En tales casos, es esencial trasladar

al paciente al quirófano lo antes posible para evitar una perfusión intestinal inadecuada y prevenir la progresión de la isquemia hasta una posible perforación⁴⁶.

Sospecha de irritación peritoneal: La manifestación de reflejos en la TC puede variar según la duración de la irritación y los síntomas previos del paciente. Ante una sospecha de irritación peritoneal, se deben analizar minuciosamente los hallazgos radiológicos y valorar la necesidad de una intervención quirúrgica⁴⁶.

Obstrucción arterial o venosa: La interrupción del drenaje venoso o de la circulación arterial ilíaca puede evolucionar rápidamente, derivando en signos clínicos de peritonitis y/o perforación. En estos casos, la cirugía es necesaria para restablecer el flujo sanguíneo y evitar complicaciones graves⁴⁶.

Perforación: La distensión abdominal acompañada de signos radiológicos de absceso o peritonitis señala la necesidad de una intervención quirúrgica urgente. En situaciones de perforación, la cirugía es crucial para eliminar la fuente de infección y prevenir su diseminación.

En conclusión, la presencia de estos signos debe llevar a considerar una cirugía inmediata. La TC ha demostrado ser una herramienta de gran valor en la toma de decisiones, ayudando a evitar intervenciones innecesarias y mejorando los resultados clínicos. La detección temprana y el tratamiento oportuno son fundamentales para una recuperación satisfactoria⁴⁷.

Estabilización del paciente

Si un paciente menor de 50 años presenta un dolor localizado y súbito, no se debe asumir automáticamente que se trata de apendicitis sin antes confirmar el diagnóstico. Se deben realizar los estudios necesarios y, si se sospecha abdomen agudo (AA), la cirugía debe efectuarse en un plazo máximo de 8 horas, ya que este grupo de pacientes no tolera la demora en la atención⁴⁷.

El abdomen agudo es una condición que requiere máxima prioridad y rapidez en su manejo. Dado que representa un riesgo vital, su diagnóstico se debe establecer en la primera etapa del abordaje clínico. Los pacientes con dolor abdominal deben considerarse en estado de emergencia, por lo que, con la ayuda de la laparoscopia, se debe identificar la localización del problema mediante la historia clínica, el examen físico y la evaluación de los órganos comprometidos. Con base en estos hallazgos, se tomará la decisión de remitir al paciente o proceder con una intervención quirúrgica si es necesario⁴⁷.

El 90% de los pacientes con abdomen agudo (AA) se someten a una laparotomía, aunque solo en el 50% de los casos la cirugía se realiza con un diagnóstico confirmado. Todos los pacientes con cirugía abdominal aguda deben ser evaluados de manera adecuada al menos cada seis horas, con un monitoreo constante de sus signos clínicos. El tratamiento se basa principalmente en un plan de reanimación que incluye la administración temprana de líquidos (PER), con el objetivo de mantener la presión arterial sistémica y garantizar un suministro adecuado de oxígeno y líquidos a los órganos vitales, como el cerebro, el corazón, los riñones y el intestino delgado⁴⁸.

La apendicectomía laparoscópica es el enfoque quirúrgico preferido para el tratamiento de la apendicitis. En aproximadamente el 90% de los casos, la cirugía se puede realizar mediante un abordaje laparoscópico transumbilical. Sin embargo, en situaciones más complejas, como la presencia de gangrena apendicular, perforación del apéndice o abscesos anexiales, el procedimiento inicial suele ser la laparoscopia, seguida de drenaje y tratamiento específico⁴⁹.

En casos de abscesos complicados, se recomienda la hospitalización del paciente para un seguimiento más cercano y un tratamiento adecuado. Se proporciona una hidratación adecuada y analgésicos para aliviar el malestar, además de administrar antibióticos durante 48 horas para prevenir la formación de un absceso subfrénico⁴⁹.

En situaciones más complejas, pueden ser necesarios procedimientos adicionales para tratar complicaciones derivadas de la apendicitis. Estas intervenciones son llevadas a cabo por especialistas y se adaptan a las características y necesidades individuales de cada paciente⁴⁹.

En cualquier caso, la detección temprana y la intervención quirúrgica oportuna son claves para una recuperación exitosa. Ante la presencia de síntomas compatibles con apendicitis, es fundamental acudir de inmediato a un centro médico para una evaluación profesional⁴⁹.

Complicaciones y Pronóstico Cuando algunas condiciones de abdomen agudo (AA) no son diagnosticadas o cuando los tratamientos administrados no son adecuados, pueden surgir complicaciones potencialmente mortales. Sin embargo, no todas las complicaciones derivadas de enfermedades abdominales conducen necesariamente a consecuencias fatales⁵⁰.

La apertura de un absceso apendicular y la consiguiente peritonitis, así como la perforación de un divertículo con peritonitis asociada, pueden provocar la diseminación de microorganismos como *Escherichia coli*, bacterias anaerobias y otros patógenos en la

cavidad peritoneal, lo que puede dar lugar a la formación de un absceso retroperitoneal en la fosa ilíaca. En algunos casos, el tratamiento conservador puede llevar a la persistencia del absceso por largos períodos o a su recurrencia, a veces con signos que sugieren la presencia de otras afecciones internas⁵⁰.

Además, es importante destacar que ciertos factores de riesgo, como la edad avanzada, la presencia de enfermedades concomitantes y el acceso limitado a servicios médicos especializados, pueden aumentar la probabilidad de desarrollar complicaciones⁵¹.

Por lo tanto, un enfoque integral y multidisciplinario es esencial para garantizar una adecuada gestión de los síntomas del AA y prevenir complicaciones que podrían ser fatales⁵¹.

El pronóstico de los pacientes con complicaciones locales o sistémicas determinará la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico. Para evaluar el pronóstico, es crucial considerar diversos factores como la edad del paciente, la presencia de factores de riesgo, el grado de disfunción orgánica, el estado de choque, así como parámetros analíticos e imágenes diagnósticas⁵¹.

Teniendo en cuenta estos aspectos, la valoración del pronóstico y la elección del tratamiento más adecuado para cada paciente deben basarse en un análisis detallado de múltiples factores. La información obtenida a partir de estos parámetros permitirá tomar decisiones fundamentadas y diseñar planes de tratamiento individualizados y eficaces⁵¹.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024?

Problemas específicos

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024?

¿Cuáles son las características quirúrgicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024?

Justificación e importancia de la investigación

Justificación.

Este estudio es crucial debido al impacto significativo del abdomen agudo quirúrgico en la salud pública, tanto a nivel global como regional y nacional. La mortalidad y morbilidad asociadas a esta condición no solo tienen repercusiones clínicas, sino también económicas y sociales. Los costos asociados con el manejo del abdomen agudo, incluyendo hospitalizaciones prolongadas, cirugías de emergencia y complicaciones postoperatorias, representan una carga significativa para los sistemas de salud y para las familias afectadas.

Importancia práctica. Este estudio permitió identificar brechas en la atención de pacientes con abdomen agudo quirúrgico, así como proponer estrategias para mejorar la calidad y equidad en el acceso a los servicios de salud. Los resultados podrán guiar el diseño de políticas públicas enfocadas en la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento efectivo de esta condición.

Importancia teórica. Abdomen agudo quirúrgico en adultos es una problemática de salud global que requiere una comprensión integral desde los ámbitos internacional, latinoamericano y nacional. Este estudio busca contribuir al conocimiento y a la mejora de la atención sanitaria para esta condición, impactando positivamente en la salud de las comunidades y en la eficiencia de los sistemas de salud.

Importancia metodológica científica. El estudio aportará información valiosa para los investigadores que pueden utilizar los resultados para tomar como parámetros de comparación con sus hallazgos y tener una discusión de las realidades de cada zona que es la razón del avance de la ciencia.

Importancia social. Los resultados de esta investigación son de utilidad para los profesionales de la salud de este nosocomio para tener una evidencia de sus procedimientos y poder mejorar sus indicadores de calidad en beneficio de la sociedad.

Viabilidad. Investigación viable, que fue autofinanciado por el investigador, no presentándose conflicto de intereses en su ejecución, además de contar con los casos necesarios para tener una muestra representativa de estudio.

Objetivos

Objetivo general

Determinar las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Objetivos específicos

Determinar las características clínicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Determinar las características quirúrgicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis

No aplica debido a que es un estudio descriptivo

Variables

Variable de estudio

Abdomen agudo quirúrgico

Variables de caracterización

Características clínicas

- Edad
- Sexo
- Tipo de abdomen agudo quirúrgico
- Etiología

Características quirúrgicas

- Procedimiento quirúrgico
- Tiempo de hospitalización
- Complicaciones
- Reintervenciones
- Mortalidad

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo.

Observacional: Pues el estudio no manipuló variables ni aplicó intervenciones experimentales. Solo se observan y registran los datos existentes.

Transversal: Porque las variables se midieron en un único punto en el tiempo, sin seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo.

Retrospectivo: Debido a que, los datos analizados provienen del pasado, es decir, se revisan registros previos en lugar de recolectar información en tiempo real.

Descriptivo: En razón de que el estudio se enfoca en caracterizar la población estudiada (pacientes operados de abdomen agudo) sin establecer relaciones causales ni hipótesis analíticas.

Nivel: Descriptivo

Diseño. Descriptivo

Población. Pacientes con abdomen quirúrgico tratados en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca entre los años 2022 a 2024 que son 480 pacientes adultos.

Muestra

Fórmula para estimar proporciones con población conocida

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 480$$

$$p = 0.5 = \text{Proporción que incrementa el tamaño de muestra}$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = 214$$

Muestreo. Probabilístico al azar simple a fin de evitar sesgos en la selección de los casos.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Paciente mayor de 14 años que fue intervenido quirúrgicamente por abdomen agudo.

Paciente con datos completos en su historia clínica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con neoplasias

Pacientes con abdomen agudo por proyectil de arma de fuego o arma blanca, pues son patologías que requieren de otras variables.

La técnica. La técnica fue la documental, al tratarse de revisiones de historias, clínicas a las que se accedieron con el permiso de la alta dirección del Hospital de Nazca luego de la aprobación del proyecto de tesis por parte del Comité de Investigación de la Facultad de Medicina Humana.

Instrumento.

Ficha de recolección validado por 3 expertos (Ver anexos)

Procesamiento de datos.

Los datos que se obtenidos desde las historias clínicas se trasladaron de manera codificada a una hoja Excel, de donde a partir de este programa sea extrapole al programa estadístico SPSS v29 y obtener los resultados indicados mediante tablas descriptivas con resultados presentados con 95% de confianza.

Ética.

La investigación tuvo en cuenta los principios éticos para el desarrollo de estudios en humanos.

Principio de no hacer daño. La investigación se desarrolló en los registros clínicos de los participantes seleccionados, no extendiendo la probabilidad de daño físico o mental.

Principio de beneficencia. El estudio se realizó con la finalidad de comprender aspectos clínicos y quirúrgicos de los pacientes operados por abdomen agudo la que favorece a un mejor tratamiento de los mismos.

Principio de justicia. Todos los pacientes tuvieron un trato justo y equitativo

III. RESULTADOS

Tabla 1. Edad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Edad	N°	Porcentaje
15 a 30 años	15	7,0%
31 a 45 años	49	22,9%
46 a 60 años	70	32,7%
> 60 años	80	37,4%
Total	214	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla N° 1, de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por abdomen agudo quirúrgico el 7% pertenecían a edades de 15 a 30 años, el 22,9% a edades entre 31 a 45 años, en tanto que el 32,7% a edades de 46 a 60 años y el 37,4% a edades mayores de 60 años.

Figura 1. Edad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

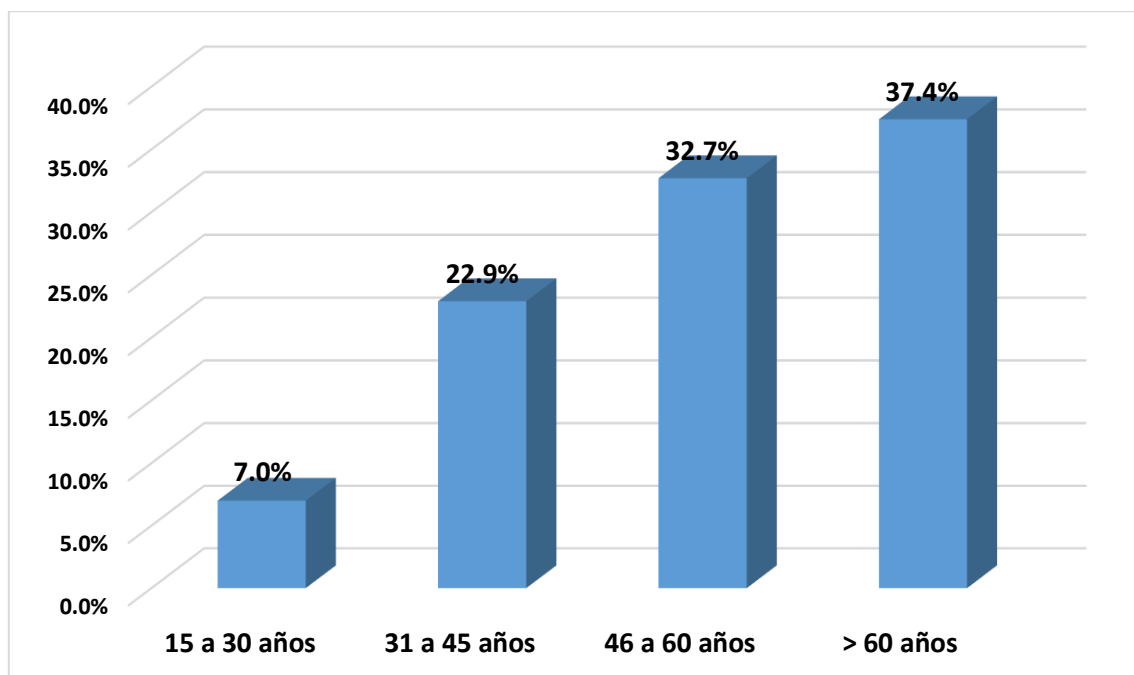


Tabla 2. Sexo de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Sexo	N°	Porcentaje
Masculino	101	47,2%
Femenino	113	52,8%
Total	214	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De los pacientes operados por abdomen agudo quirúrgico mostrados en la tabla 2, el 47,2% fueron del sexo masculino y el 52,8% del sexo femenino.

Figura 2. Sexo de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

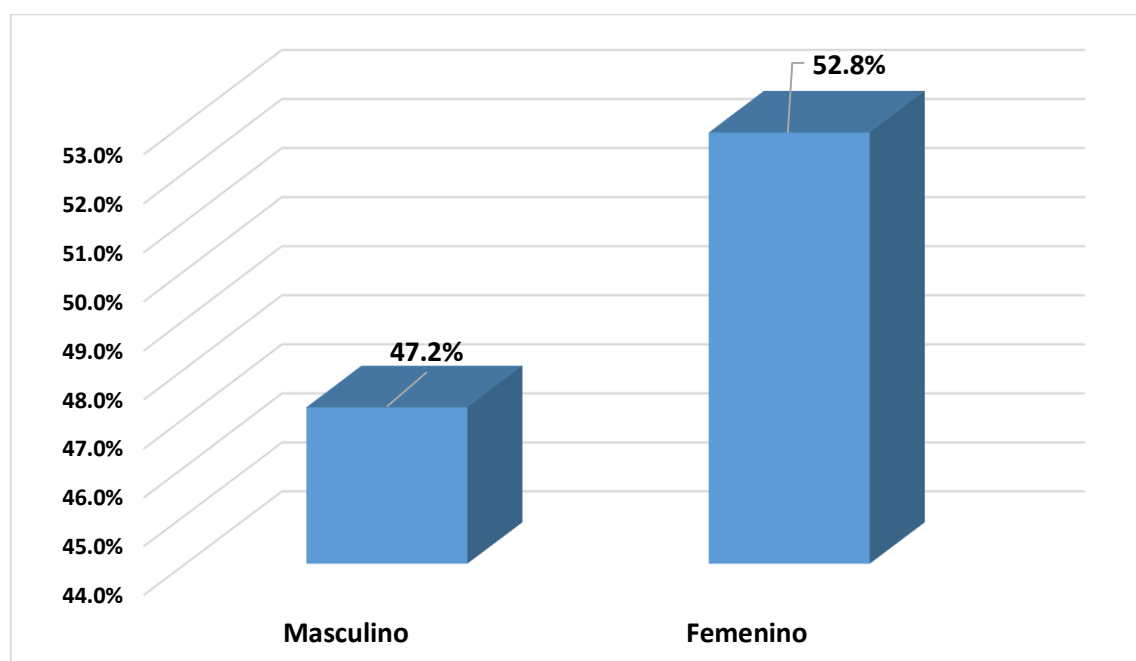


Tabla 3. Tipo de abdomen agudo quirúrgico de los pacientes operados en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Tipo	N°	Porcentaje
Inflamatoria	13	6,1%
Infecciosa	116	54,2%
Obstructiva	49	22,9%
Isquémica	36	16,8%
Total	214	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 3 se observa que el 6,1% de los pacientes operados por abdomen agudo quirúrgico eran de tipo inflamatoria, 54,2% eran de tipo infecciosa, 22,9% fueron de tipo obstructiva y el 16,8% de tipo isquémico.

Figura 3. Tipo de abdomen quirúrgico de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

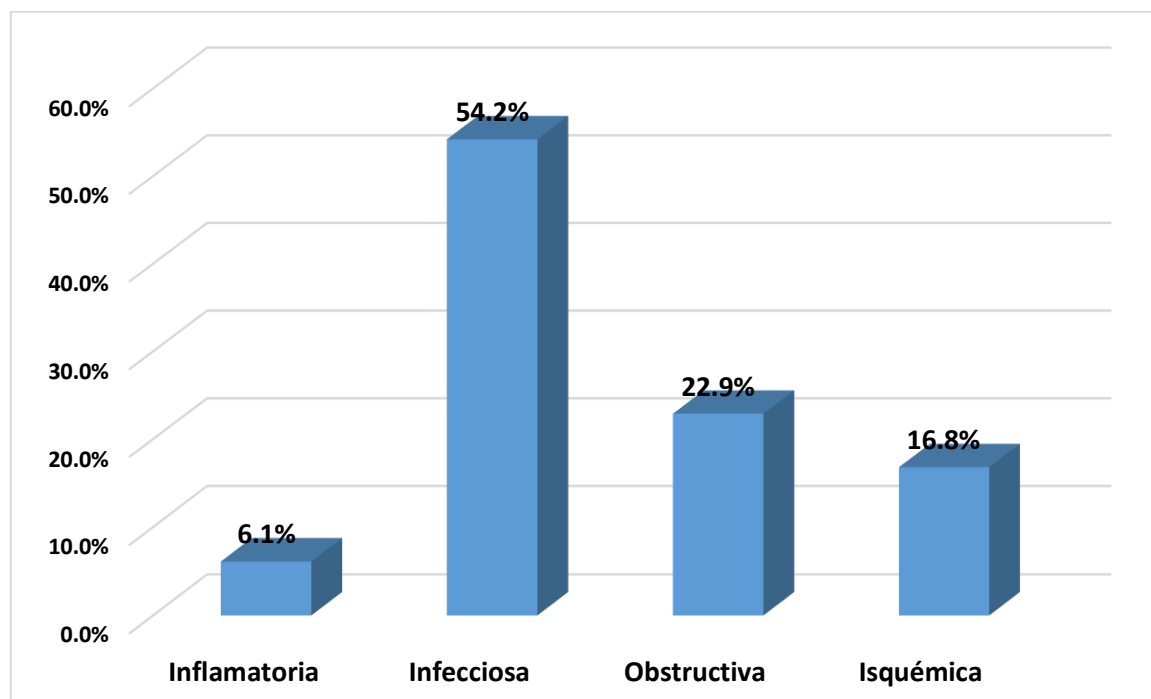


Tabla 4. Etiología del abdomen agudo quirúrgico de los pacientes operados en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

	Etiología	N°	% específico	% general
Inflamatorio	Pancreatitis aguda	4	30,8%	1,9%
	Úlceras gastroduodenales	2	15,4%	,9%
	Colecistitis	7	53,8%	3,3%
Infeccioso	Apendicitis aguda	92	79,3%	43,0%
	Piocolocisto	24	20,7%	11,2%
Obstrutivo	Bridas y adherencias	31	63,2%	14,5%
	Vólvulo del colon	18	36,8%	8,4%
Isquémico	Trombosis mesentérica	9	25,0%	4,2%
	Hernias estranguladas	27	75,0%	12,6%
Total	Total	214		100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4 muestra los porcentajes específicos que en el abdomen agudo quirúrgico de tipo inflamatorio predominó la colecistitis aguda o crónica sin infección con 53,8%, en tanto que en el de tipo infeccioso la patología que predominó fue la apendicitis aguda con 79,3%, mientras que en el de tipo obstructivo las bridas y adherencias fueron los más frecuentes con 63,2% y en las isquémica las que prevalecieron fueron las hernias estranguladas con o sin gangrena 75%. Y desde el punto de vida general la apendicitis aguda es la patología que motivó la intervención quirúrgica en mayor porcentaje (43%).

Figura 4. Etiología del abdomen agudo quirúrgico de los pacientes operados en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

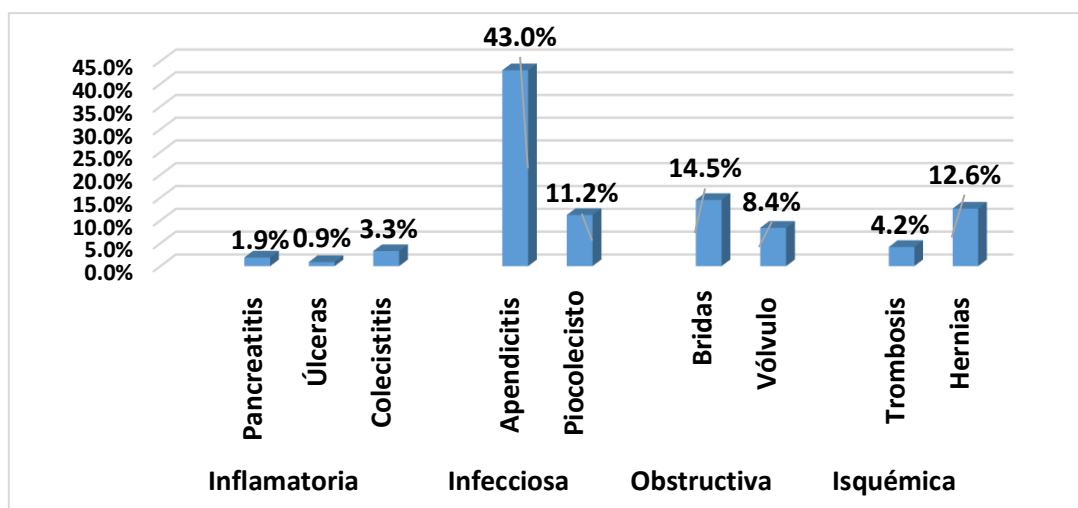


Tabla 5. Procedimiento quirúrgico de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Tipo de intervención quirúrgica	N°	Porcentaje
Específica para cada patología	139	65,0%
Laparotomía exploratoria	75	35,0%
Total	214	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla N° 5, el 65% de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico el tipo de intervención fue según la patología que ocasionó el cuadro quirúrgico mientras que el 35% la indicación solo fue laparotomía exploratoria.

Figura 5. Procedimiento quirúrgico de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

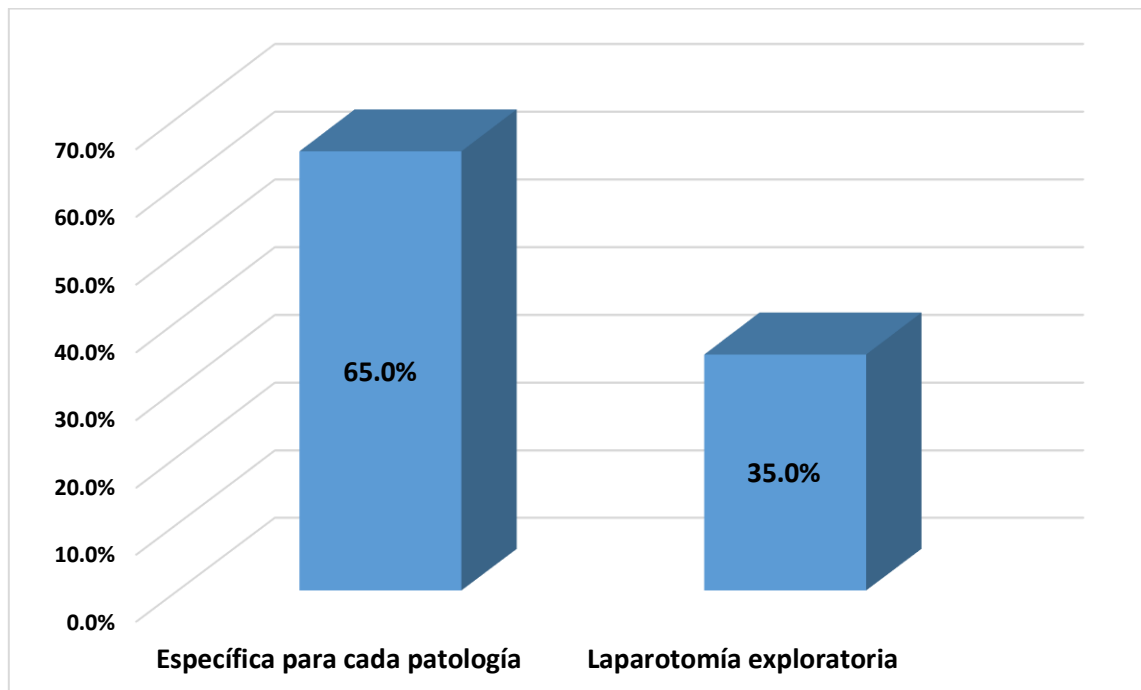


Tabla 6. Tiempo de hospitalización de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Tiempo	N°	Porcentaje
< a 7 días	68	31,8%
7 a 15 días	89	41,6%
16 a 30 días	42	19,6%
> de 30 días	15	7,0%
Total	214	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla indica que el 31,8% de los pacientes operados por abdomen agudo quirúrgico tuvieron un tiempo de hospitalización menor a 7 días, el 41,6% de 7 a 15 días, el 19,6% de 16 a 30 días y el 7% su tiempo de hospitalización superó los 30 días.

Tabla 6. Tiempo de hospitalización de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

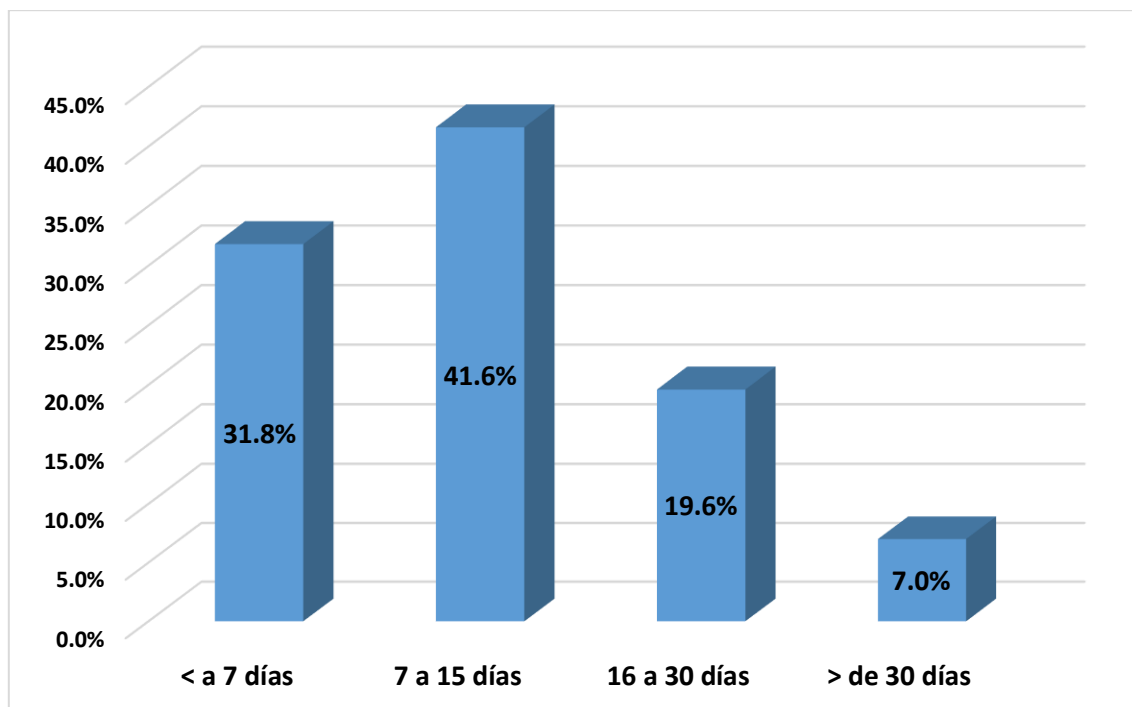


Tabla 7. Complicaciones de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Complicaciones	N°	Porcentaje
Si	58	27,1%
No	156	72,9%
Total	214	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Los pacientes que fueron operado de abdomen agudo quirúrgico el 27,1% presentaron alguna complicación posoperatoria.

Figura 7. Complicaciones de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

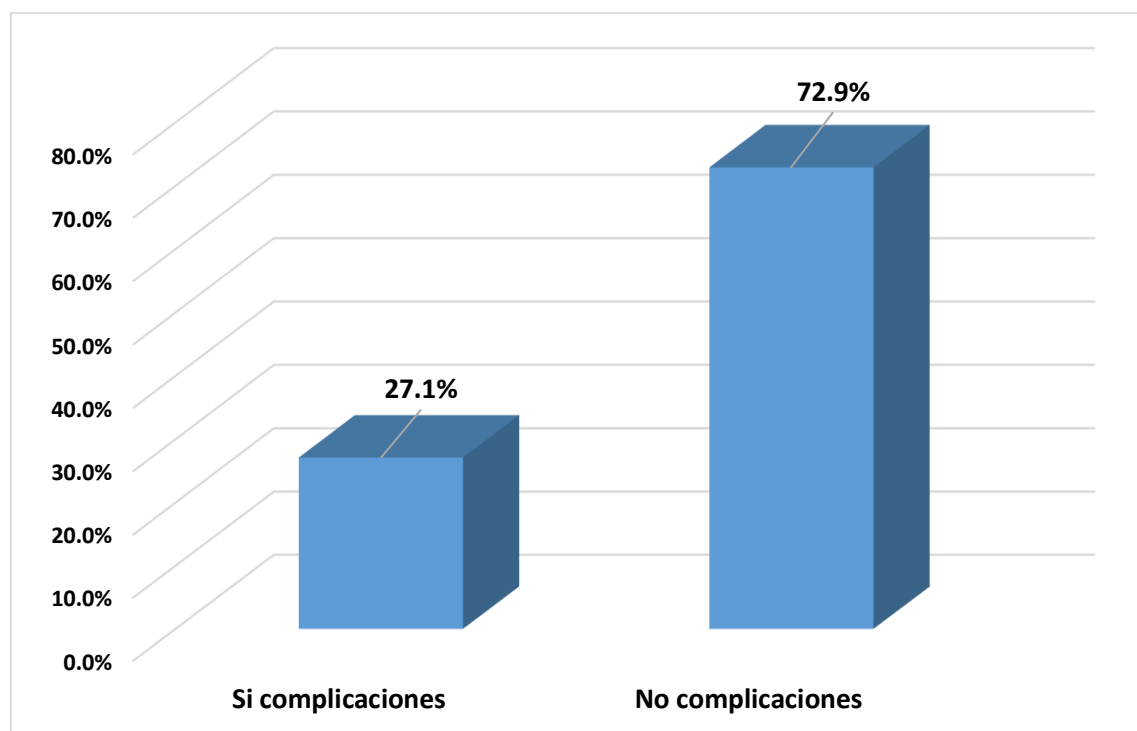


Tabla 8. Reintervenciones por complicaciones de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Reintervenciones	N°	Porcentaje
Si	28	13,1%
No	186	86,9%
Total	214	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla el 13,1% de los pacientes operados por abdomen agudo quirúrgico fueron reintervenidos por alguna de las complicaciones posoperatorias.

Figura 8. Reintervenciones por complicaciones de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

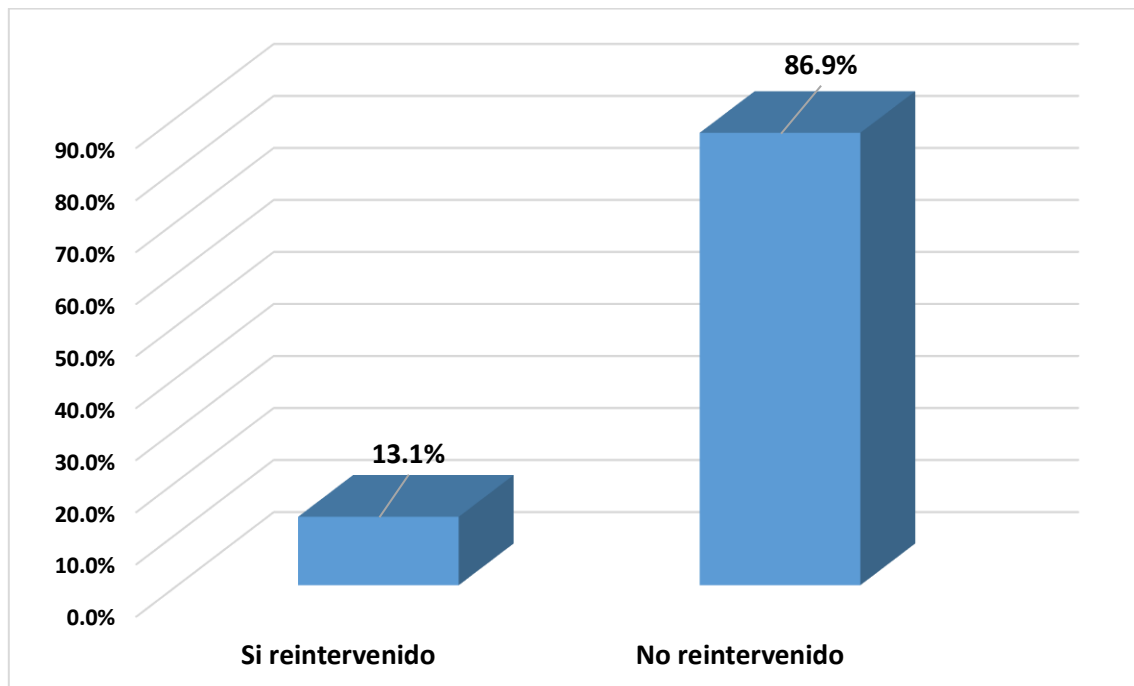


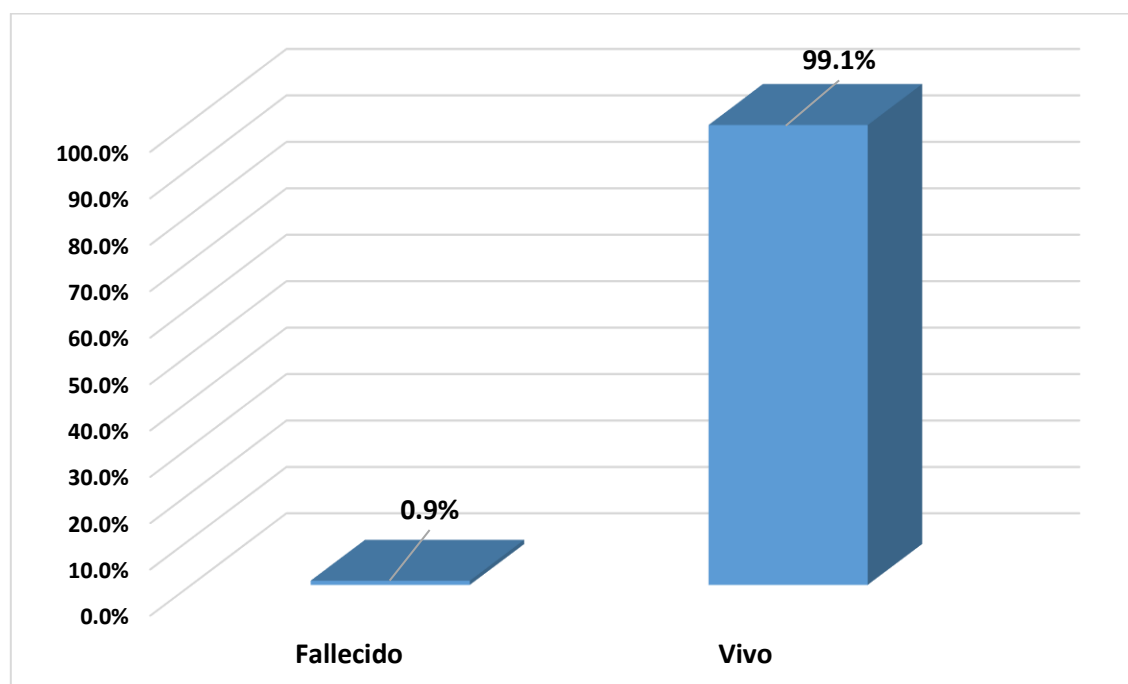
Tabla 9. Mortalidad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024

Condición de alta	N°	Porcentaje
Fallecido	2	0,9%
Vivo	212	99,1%
Total	214	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La mortalidad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico fue de 0,9%.

Figura 9. Mortalidad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024



IV. DISCUSIÓN

El abdomen agudo quirúrgico es una condición frecuente en las emergencias de los nosocomios, que en muchos casos trae como consecuencia la pérdida de la vida de los pacientes, por lo que, en este estudio evaluamos el perfil del paciente con cuadro de abdomen agudo quirúrgico que es intervenido quirúrgicamente. La edad de los pacientes más prevalente es después de los 60 años, atribuido a que la exposición a factores negativos para su salud se manifiesta luego de esta edad, es así como la prevalencia de cuadros infecciosos como la apendicitis vulnera la salud de los pacientes en estas edades del mismo modo los relacionados con inflamaciones como son los cuadros vesiculares. Estos hallazgos concuerdan con lo demostrado por Cortés⁹ en Honduras en el 2021 en las que el promedio de edad de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico fue de 40 años, en tanto, en el estudio de Hernández¹¹ en Medellín en el 2021, la media de edad de los pacientes es de 57,5 años concordante con los resultados de la investigación, que también es lo es con los resultados de Bejerano¹² en Cuba en el 2024 cuyo intervalo de edad más frecuente fue de 55 a 66 años

Además, al evaluar el sexo de los pacientes, se encontró que los pacientes del sexo femenino tienen una ligera predominancia sobre los hombres, que se podría atribuir que los cuadros vesiculares como una causa frecuente de abdomen agudo quirúrgico prevalecen en el sexo femenino, mientras que la apendicitis aguda que es la patología más frecuente no tienen predominancia con el sexo, concordante con los hallazgos del estudio de Abiodun¹³ en Nigeria en el 2022 que demuestra que el 65% de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico eran del sexo femenino.

Respecto al tipo de cuadro que desencadenó la intervención quirúrgica por abdomen agudo, la mayoría se deben a factores infecciosos, seguida de la obstructiva, lo que corrobora que el cuadro apendicular considerada como infecciosa en este estudio tiene una presencia relevante en los cuadros quirúrgicos, además del pirocolecisto que es otra patología infecciosa bastante prevalente en los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico, ambas patologías son las que predominan en los servicios de emergencia, sin embargo, en el estudio de Abiodun¹³ en Nigeria en el 2022 se demostró que la obstrucción intestinal es la segunda causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. En relación a la etiología, el estudio demostró que la patología más frecuente que es motivo de una intervención quirúrgica es la apendicitis aguda con el pirocolecisto con más de la mitad de los casos, seguido de los cuadros obstructivos, siendo las bridas y

adherencias con el vólvulo del colon entre los motivos más frecuentes de intervención quirúrgica, lo que revela que las mayorías de las etiologías pueden deberse a factores modificables con enfoques de prevención para cada tipo de etiología como lo manifiesta Carassa¹⁶ en Lima que resalta la importancia de la prevención. Estos resultados están acordes con los encontrados por Caínzos⁸ en España en el 2020 que concluye que los cuadros que desencadenan un abdomen agudo quirúrgico son mayormente de tipo infeccioso. Según Bejarano¹² en Cuba en el 2024 también la patología más frecuente de abdomen agudo quirúrgico fue la apendicitis aguda que también concuerda con el estudio de Abiodun¹³ en Nigeria en el 2022. Al respecto dentro de las causas de abdomen agudo quirúrgico figura las úlceras perforadas que se presentaron con predominancia en varones de edades avanzadas según el estudio de Herrera¹⁴ en Cajamarca en 2022, que en el caso de la investigación afectó a ambos sexos por igual.

En el estudio se demostró que una alta proporción de pacientes ingresan a sala de operaciones bajo la indicación de laparotomía exploratoria, lo que nos indica que en un porcentaje considerable no se conoce con precisión la causa del abdomen agudo quirúrgico y tienen que determinarse mediante una laparotomía en que se define el diagnóstico y el tratamiento a seguir, que según el estudio de Guerra¹⁰ en Cuba la relaparatomía se presentó en el 18% de los casos.

El tiempo de hospitalización es otro factor evaluado en este estudio determinándose que la mayoría de los pacientes tienen un tiempo de hospitalización de entre 7 a 15 días, lo que se debe a que muchos de los cuadros quirúrgicos requieren un tiempo de hospitalización prolongada por la gravedad del caso tanto por la etiología del cuadro quirúrgico como por las condiciones quirúrgicas en que se operan que mayormente son en estadios complicados de la patología, además de las comorbilidades prevalentes en los pacientes adultos que incrementan la probabilidad de que el tiempo de hospitalización se prolongue.

Otro aspecto evaluado en la investigación, son las complicaciones quirúrgicas, encontrando que un alto porcentaje presentan complicaciones posoperatorias, siendo este motivado por condiciones propias del paciente como es la etiología del cuadro quirúrgico y las condiciones en que se opera el paciente, y por condiciones propias de los profesionales cirujanos en la que la pericia es un factor importante además de las condiciones hospitalarias en las que se tiene que operar en un hospital en las que las condiciones de estructura no son las óptimas. Al respecto el estudio de Cortés⁹ encuentra que el 73,1% de los pacientes pos operados de abdomen agudo quirúrgico

presentaron alguna complicación, mientras que en Cuba es de 22% según el estudio de Bejarano¹² en el 2024 que es similar al encontrado en la investigación.

En este estudio se demostró también, que la tasa de re intervenciones quirúrgicas son de 13,1%, que se debe a que los pacientes pueden presentar complicaciones que ameriten una nueva intervención siendo éstas de tipo infecciosas como son los abscesos intrabdominales, las de tipo hemorragias como los hematomas, y las de tipo obstructivo como son las obstrucciones mecánicas y las fistulas entero cutáneas entre las más frecuentes. Que, en el caso del estudio de Guerra¹⁰ en Cuba en el 2022 la tasa de re intervenciones fue del 1,6% muy por debajo de los encontrado en el estudio lo que confirma las malas condiciones en que se intervienen en el hospital donde se realizó el estudio.

Por último, se evaluó la tasa de mortalidad siendo está muy baja de alrededor del 1%, sin embargo, se debe indicar que muchos de los pacientes en estadios graves son trasladados a otros hospitales de mayor complejidad donde se pierde la información del estado de alta en que el paciente sale del hospital, por lo que esta tasa puede estar subvaluada, que será la explicación por lo que el estudio de Lagos¹⁵ en Huancayo en el 2022 encuentra una tasa de mortalidad del 16,1% muy superior al encontrado en el estudio, que también es el hallazgo del estudio de Calmet¹⁷ en la que el 19,2% de los pacientes fallecieron y en el caso del estudio de Alvarez¹⁸ en Lima encuentra una tasa de mortalidad de 6,7% que en muchos de los casos fueron por complicaciones respiratorias, y en el estudio de Guerra¹⁰ la tasa de mortalidad fue de 28%.

V. CONCLUSIONES

- Las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024 son mayormente por cuadros infecciosos prevaleciendo la apendicitis aguda.
- Las características clínicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024 son predominantemente mayores de 60 años, de sexo femenino de tipo infeccioso, siendo la apendicitis aguda y el piocolecisto los más prevalentes.
- Las características quirúrgicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024 son pacientes operados con indicación mayormente específica para la patología que causo el abdomen agudo, tienen un tiempo de hospitalización mayormente de 7 a 15 días, presentándose complicaciones posoperatorias en el 27,1% de los casos, con una tasa de re intervenciones de 13,1% y una tasa de mortalidad de 0,9%.

VI. RECOMENDACIONES

- Protocolizar el tratamiento quirúrgico de los pacientes según diferentes etiologías, para uniformizar criterios, las que deben hacerse previa socialización de los casos, que son obligaciones del departamento de cirugía.
- Desarrollar actividades académicas conjuntas entre los servicios quirúrgicos y de medicina interna para mejorar el diagnóstico y optimizar el tratamiento basadas en diferentes patologías con énfasis en los cuadros apendiculares y vesiculares, así como obstructivos, e isquémicos.
- Considerar el perfil del paciente con cuadro de dolor abdominal, para poder clasificar y diagnosticar de manera efectiva y oportuna los cuadros que deben ser sometido al acto quirúrgico, evitando demoras y complicaciones, siendo necesario diseñar el procedimiento antes de su ejecución tomando las precauciones para disminuir la morbimortalidad posoperatoria.

VII. Referencias bibliográficas

- 1.- Hamdan M, et al. Factors associated with delayed reporting for surgical care among patients with surgical acute abdomen attended at Muhimbili National Hospital: Tanzania. *BMC Gastroenterol.* 2023 Mar 8;23(1):59. doi: 10.1186/s12876-023-02659-w. PMID: 36890435; PMCID: PMC9996925.
- 2.- Coronel-Pérez J, Calderón-Ibarra D, Minda-Espín P, Puentestar-Guamushig J, López-Palma F. Manejo del abdomen agudo en adultos: Artículo de revisión 2024. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (4), 2505–2520. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2435>
- 3.- Serrano PJ, Calzada SAA, Escamilla OAC. Abordaje inicial de paciente con abdomen agudo en el Servicio de Urgencias. *Cir Gen.* 2024; 46 (4): 239-247. <https://dx.doi.org/10.35366/118863>
- 4.- Morley E, et al. Association of pain location with computed tomography abnormalities in emergency department patients with abdominal pain *J Emerg Med.* (2020)
- 5.- García Bonilla H. Abdomen Agudo Obstructivo por Hernia Diafragmática Tardía Gigante- Reporte de un Caso. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11658504>
- 6.- Lema Tayupanda Abdomen agudo obstructivo por hernia diafragmática crónica postraumática. *MEDISAN vol.25 no.1 Santiago de Cuba ene.-feb. 2021 Epub 20-Ene-2021*
- 7.- Herrera-Matta JJ. Simposio sobre Abdomen Agudo - Segunda Parte: Isquemia Mesentérica Aguda. *diagnostico* 11 de abril de 2021;60(1):35-9. <https://revistadiagnostico.fihu.org.pe/index.php/diagnostico/article/view/275>
- 8.- Caínzos-Fernández M. Abdomen agudo quirúrgico España 2020. *Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado Volumen 13, número 10 ,mayo de 2020, páginas 523-540.* <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.06.001>
- 9.- Cortés Cardona C. Factores de riesgo asociados a complicaciones posoperatorias, en pacientes sometidos a cirugía de emergencia por abdomen agudo, en el Instituto Hondureño de Seguridad Social 2021.
- 10.- Guerra MI, Castañeda UF, Cutié TG. Perfil clínico, quirúrgico y epidemiológico de pacientes reintervenidos Cuba 2021. *Revista Cubana de Cirugía.* 2021;60(4):1-13.
- 11.- Hernández Acosta, M. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes con infección intraabdominal complicada en una institución de alta complejidad de Medellín, 2021. <https://hdl.handle.net/10495/19004>

- 12.- Bejerano Durán R, Lobaina Rodríguez JR. Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico. Rev Cubana Med Milit 1 de octubre de 2024 ;53(4):e024060016. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/60016>
- 13.- Abiodun Adeyanju M. Patrón de abdomen agudo en un hospital terciario de Nigeria. Revista mundial de investigación y análisis avanzados, 2022, 13(02), 173–184 DOI: 10.30574/wjarr.2022.13.2.0120
- 14.- Herrera Cuizano, A. Características epidemiológicas de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2020 – 2022. URI <http://hdl.handle.net/20.500.14074/5693>
- 15.- Lagos Huaman, J. Perfil de los pacientes adultos mayores sometidos a cirugía de emergencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2022. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/5900>
- 16.- Carassa de la Cruz J. Insuficiencia renal aguda en pacientes post operados por abdomen agudo quirúrgico en un hospital de nivel III en Lima – Perú URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/16589>
- 17.- Calmet Rocca W. Mortalidad de pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos después de una cirugía abdominal de emergencia en un hospital de tercer nivel de Lima, Perú 2023. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/14366>
- 18.- Alvarez Sanchez, L. Mortalidad y complicaciones postoperatorias de cirugía abdominal de emergencia en pacientes con y sin SARS-COV-2 en el Hospital Naval 2024. <https://doi.org/10.21142/tl.2024.3348>
- 19.- Ortiz Mora W, Sauhing Peralta S, Bajaña Peña J, Bustamante Guerrero R. Guaman Muñoz D. Aplicación de los estudios imagenológicos en el diagnóstico del abdomen agudo quirúrgico 2023. Revista Pertinencia Académica. 2023;7(1), 27–40. Recuperado a partir de <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/rpa/article/view/2843>
- 20.- Mendoza Corredor, D. et al. Anatomía y patología peritoneal. Importancia de la dinámica del líquido peritoneal en la distribución y diseminación de la enfermedad 2022. Seram, 1(1). Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8589>
- 21.- Rodea, Heriberto, and López López. "delgado que causan abdomen agudo." Diagnóstico y tratamiento actual del abdomen agudo (2025): 189.
- 22.- Inukai K, Usui A, Amano K, Kayata H, Mukai N, Tsunetoshi Y, Nakata Y. Perioperative Factors Associated With Respiratory Complications Following Open

- Abdomen Management. *Respir Care*. 2020 Nov;65(11):1663-1667. doi: 10.4187/respcare.07657. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32234768.
- 23.- Delgado, Francisco Javier Juárez. "Abdomen agudo en el anciano." *Controversias en geriatría* (2024): 219.
- 24.- Minten L, Messiaen P, Van der Hilst J. Acute abdominal pain: a challenging diagnosis. *Acta Gastroenterol Belg*. 2022 Oct-Dec;85(4):646-647. doi: 10.51821/85.4.9860. Epub 2022 Jun 21. PMID: 35770291.
- 25.- Yew KS, George MK, Allred HB. Acute Abdominal Pain in Adults: Evaluation and Diagnosis. *Am Fam Physician*. 2023 Jun;107(6):585-596. PMID: 37327158.
- 26.- Vivanco, Diego Martín García. "Abdomen agudo en el paciente." *Medicina crítica en el adulto mayor* (2024): 209. <https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-24896757-a3128848c6.pdf>
- 27.- Sangiorgio G, Biondi A, Basile F, Vacante M. Acute abdominal pain in older adults: a clinical and diagnostic challenge. *Minerva Chir*. 2020 Jun;75(3):169-172. doi: 10.23736/S0026-4733.20.08266-8. PMID: 32550726.
- 28.- Bokemeyer A, Ochs K, Fuhrmann V. Akutes Abdomen: Diagnostik [Acute Abdomen: Diagnostic Management]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2020 Oct;145(21):1544-1551. German. doi: 10.1055/a-1007-4264. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33080641.
- 29.- Rogers SO Jr, Kirton OC. Acute Abdomen in the Modern Era. *N Engl J Med*. 2024 Jul 4;391(1):60-67. doi: 10.1056/NEJMra2304821. PMID: 38959482.
- 30.- Harling L, Peglow S, Eger K, March C, Croner RS, Meyer F. Acute epiploic appendagitis - a rare differential diagnosis of acute abdomen. *Z Gastroenterol*. 2023 Feb;61(2):172-177. English. doi: 10.1055/a-1727-9842. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36470286.
- 31.- Yock-Corrales, A, et al. Abdomen agudo y apendicitis en 1010 pacientes pediátricos con COVID-19 o MIS-C: una experiencia multinacional de América Latina. *Revista de enfermedades infecciosas pediátricas* 40(10):p e364-e369, octubre de 2021. | DOI: 10.1097/INF.0000000000003240
- 32.- Gonzalo Rodriguez, J. Rendimiento diagnóstico de la razón neutrófilos/linfocitos para el diagnóstico diferencial de apendicitis aguda en pacientes con sospecha de abdomen agudo quirúrgico que cursan con infección por SARS-COV2 en el Hospital Regional de Huacho, de junio 2019 a junio 2020. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5486>

- 33.- Shaish H, Ream J, Huang C, Troost J, Gaur S, Chung R, Kim S, Patel H, Newhouse JH, Khalatbari S, Davenport MS. Diagnostic Accuracy of Unenhanced Computed Tomography for Evaluation of Acute Abdominal Pain in the Emergency Department. *JAMA Surg.* 2023 Jul 1;158(7):e231112. doi: 10.1001/jamasurg.2023.1112.
- 34.- Shaish H , Ream J , Huang C, et al. Precisión diagnóstica de la tomografía computarizada sin contraste para la evaluación del dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias. *JAMA Surg.* 2023;158(7):e231112. doi:10.1001/jamasurg.2023.1112
- 35.- Jansson Timan T, Hagberg G, Sernert N, Karlsson O, Prytz M. Mortality following emergency laparotomy: a Swedish cohort study. *BMC Surg.* 2021 Aug 11;21(1):322. doi: 10.1186/s12893-021-01319-8. PMID: 34380437; PMCID: PMC8356422.
- 36.- Bang GA, et al. [Complications of surgical management of non-traumatic acute abdomens of digestive origin at the Yaoundé central hospital, Cameroon. *Med Trop Sante Int.* 2021 Nov 26;1(4):mtsi.2021.99. French. doi: 10.48327/mtsi.2021.99. PMID: 35685854; PMCID: PMC9128490.
- 37.- Smit M, van Meurs M, Zijlstra JG. Hipertensión intraabdominal y síndrome compartimental abdominal en pacientes con enfermedades graves: una revisión narrativa de los pasos pasados, presentes y futuros. *Scandinavian Journal of Surgery .* 2022;111(1). doi: 10.1177/14574969211030128
- 38.- Almeida Filho GF, et al. Acute abdomen in intensive care unit: etiology, comorbidity and severity of 1,523 patients. *Arq Bras Cir Dig.* 2023 Dec 8;36:e1778. doi: 10.1590/0102-672020230060e1778. PMID: 38088724; PMCID: PMC10712925.
- 39.- López Bru R, Soria Robles AI, López Martínez L, Abizanda Soler P. Otras causas de abdomen agudo: perforación intestinal por espina de pescado [Another causes for acute abdominal pain: Intestinal perforation due to fish bone]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2021 Jul-Aug;56(4):254-255. Spanish. doi: 10.1016/j.regg.2021.04.003. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34112538.
- 40.- Shahi R, Siddiqui N, Khan I, et al. (November 28, 2024) Etiologies and Outcomes Following Duodenal Perforation in Acute Peritonitis: A Systematic Review. *Cureus* 16(11): e74707. DOI 10.7759/cureus.74707
- 41.- Atalay, M., Gebremickael, A., Demissie, S. et al. Magnitud, patrón y resultado del tratamiento de la obstrucción intestinal en admisiones quirúrgicas por abdomen agudo no traumático en el Hospital General Arba Minch, en el sur de Etiopía. *BMC Surg* 21 , 293 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01294-0>

- 42.- Zhong ZR, Zhu QL, Li WW, Zhang GN, Wu B, Liu W, Ma L, Ren XY. [Ultrasound features and clinical characteristics of intestinal ischemia secondary to acute mesenteric venous thrombosis]. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. 2020 Nov 1;58(11):864-869. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn112139-20200330-00268. PMID: 33120450.
- 43.- Acosta S, Salim S. Tratamiento de la trombosis venosa mesentérica aguda: una revisión sistemática de estudios contemporáneos. *Revista escandinava de cirugía* . 2021;110(2):123-129. doi: 10.1177/1457496920969084
- 44.- Vizuete Del Río J, Martín Benítez G, Ripollés González T, Merino Bonilla JA, San-Miguel T. Bowel ultrasonography in acute abdomen: beyond acute appendicitis. *Radiologia (Engl Ed)*. 2021 Mar-Apr;63(2):193-205. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rx.2021.01.001. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33551121.
- 45.- Morello F, Santoro M, Fargion AT, Grifoni S, Nazerian P. Diagnosis and management of acute aortic syndromes in the emergency department. *Intern Emerg Med*. 2021 Jan;16(1):171-181. doi: 10.1007/s11739-020-02354-8.
- 46.- Roberts DJ, Leppäniemi A, Tolonen M, Mentula P, Björck M, Kirkpatrick AW, Sugrue M, Pereira BM, Petersson U, Coccolini F, Latifi R. The open abdomen in trauma, acute care, and vascular and endovascular surgery: comprehensive, expert, narrative review. *BJS Open*. 2023 Sep 5;7(5):zrad084. doi: 10.1093/bjsopen/zrad084. PMID: 37882630; PMCID: PMC10601091.
- 47.- Hafner J. Perforación intestinal 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK538191/>
- 48.- Staudenmann D, Choi KKH, Kaffes AJ, Saxena P. Técnicas actuales de cierre endoscópico para el tratamiento de perforaciones gastrointestinales. *Avances terapéuticos en endoscopia gastrointestinal* . 2022;15. doi: 10.1177/26317745221076705
- 49.- Bradley NL, Garraway N. Evaluation and management of the surgical abdomen. *Curr Opin Crit Care*. 2020 Dec;26(6):648-657. doi: 10.1097/MCC.0000000000000783. PMID: 33060375.
- 50.- Anastasiu M, Şurlin V, Beuran M. The Management of the Open Abdomen - A Literature Review. *Chirurgia (Bucur)*. 2021 Dec;116(6):645-656. doi: 10.21614/chirurgia.116.6.645. PMID: 34967709.

51.- Risinger WB, Smith JW. Damage control surgery in emergency general surgery: What you need to know. *J Trauma Acute Care Surg.* 2023 Nov 1;95(5):770-779. doi: 10.1097/TA.0000000000004112. Epub 2023 Jul 14. PMID: 37439768

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
<p>Problema general ¿Cuáles son las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024?</p> <p>¿Cuáles son las características quirúrgicas</p>	<p>Objetivo general Determinar las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024</p> <p>Objetivos específicos Determinar las características clínicas de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024</p> <p>Determinar las características quirúrgicas</p>	<p>Hipótesis general No aplica</p>	<p>Variable de estudio Abdomen agudo quirúrgico</p> <p>Variables de caracterización</p> <p>Características clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Tipo de abdomen agudo quirúrgico • Etiología <p>Características quirúrgicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento quirúrgico • Tiempo de hospitalización • Complicaciones 	<p>Tipo. Descriptivo. Retrospectiva. Transversal. No experimental.</p> <p>Nivel. Descriptivo</p> <p>Diseño. Descriptivo</p> <p>Población. Pacientes con abdomen quirúrgico tratados en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca entre los años 2023 a 2024 que son 488 pacientes adultos.</p> <p>Muestra Tamaño de muestra 214 pacientes</p> <p>La técnica: La técnica será la documental, al tratarse de revisiones de historias, clínicas a las que se accederán con el permiso de la alta dirección del Hospital de Nazca luego de la aprobación del proyecto de tesis por parte del Comité de Investigación de la Facultad de Medicina Humana.</p>

de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024?	de los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca 2022 a 2024		<ul style="list-style-type: none"> • Reintervenciones • Mortalidad 	Instrumento: Ficha de recolección de datos,
---	--	--	--	--

Anexo 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Categoría	Instrumento
Variable de estudio Abdomen agudo quirúrgico	Síndrome clínico caracterizado por dolor abdominal de inicio súbito e intensidad variable, que se acompaña de signos y síntomas que sugieren una patología intraabdominal potencialmente grave y que, requiere tratamiento quirúrgico urgente.	Paciente operado por cuadro abdominal agudo	Hallazgos quirúrgicos	Presente	Ficha de datos
Variables de caracterización					
Características clínicas	Son los datos relacionados con el estado del paciente.	Edad	Años	15 a 30 años 31 a 45 años 46 a 60 años > 60 años	Ficha de datos
		Sexo	Sexo	Masculino Femenino	
		Tipo de abdomen agudo quirúrgico	Inflamatoria Infecciosa Obstructiva Isquémica	Si No	
		Etiología	Patología que ocasiona el abdomen agudo quirúrgico	Pancreatitis Apendicitis aguda, Colecistitis aguda Ulceras Trombosis Otros	

Características quirúrgicas	Se refieren a los aspectos técnicos y hallazgos de la intervención quirúrgica,	Procedimiento quirúrgico	Tipo de operación	Laparotomía exploradora I/Qx específica	
		Tiempo de hospitalización	Días	< 7 días 7 a 15 días 16 a 30 días > de 30 días	
		Complicaciones	Tipo de complicación	Si No	
		Reintervenciones	Reintervención	Si No	
		Mortalidad	Condición	Vivo Fallecido	

Anexo 3. Instrumento de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Validada por: Abiodun Adeyanju M¹³. Patrón de abdomen agudo en un hospital terciario de Nigeria 2022

1.- Ficha N° _____

2.- Edad _____ años

15 a 30 años _____

31 a 45 años _____

46 a 60 años _____

> 60 años _____

3.- Sexo

(Masculino) (Femenino)

4.- Tipo de abdomen agudo quirúrgico

Inflamatoria _____

Infecciosa _____

Obstructiva _____

Isquémica _____

5.- Etiología

Pancreatitis _____

Apendicitis aguda _____

Colecistitis aguda _____

Ulceras _____

Trombosis _____

Otros _____

6.- Procedimiento quirúrgico

Intervención quirúrgica específica

Necrosectomía_____

Coledocotomía_____

Colecistostomía_____

Apendicectomía_____

Rafia intestinal_____

Resección intestinal_____

Laparotomía exploratoria

(Si) (No)

7.- Tiempo de hospitalización_____ días

< 7 días_____

7 a 15 días_____

16 a 30 días_____

> de 30 días_____

8.- Complicaciones

(No) (SI)

¿Cual? _____

9.- Reintervenciones

(Si) (No)

10.- Mortalidad

(Vivo) (Fallecido)

Anexo 4. Autorización del estudio de investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Daniel Alcides Carrión s/n (Camino a Huacachina)
ICA - PERU

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

U.E. 402 - SALUD	
TRAMITE DOCUMENTARIO	
RECEPCION	
04 ABR 2025	
REG. N°:	3444
FIRMA:	[Firma]
HORA:	1m

SOLICITO: PERMISO PARA LA EJECUCIÓN
DEL PROYECTO DE TESIS

SEÑOR:

DR VÍCTOR ARANA FERNÁNDEZ

DIRECTOR DEL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA

Yo, **BOBADILLA HUARCAYA, JOSÉ FERNANDO**, identificado(a) con DNI N° 71458946, Código de Matricula 20161747, egresado(a) de la Facultad de Medicina Humana, con domicilio en Fonavi La Angostura V-38, distrito de Subtanjalla, provincia y departamento de Ica, teléfono 920435719, correo electrónico 20161747@unica.edu.pe, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, es grato dirigirme a usted, a fin de expresarle un cordial saludo a nombre de la facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica y que, habiendo culminado mis estudios superiores en la carrera de Medicina Humana, actualmente apto para la ejecución del proyecto de tesis teniendo como tema:

"CARACTERISTICAS CLINICAS Y QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA 2022 A 2024"

Me presento a usted para solicitarle realizar la investigación respectiva en el Nosocomio de Nazca en la cual usted dirige, la cual consiste en la revisión de historias clínicas para la obtención de los datos correspondientes.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder mi solicitud por ser de justicia.

Ica, 04 de abril del 2025.

BOBADILLA HUARCAYA, JOSÉ FERNANDO
DNI N°: 71458946



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y
CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA
PERUANA"



MEMORANDO N° 414-2025-GORE-ICA-DRSA-U.E.-402/D.E

SEÑOR : TAP. ARMANDO CHAMAN CAMACHO
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática

**ASUNTO : AUTORIZACION PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO
DE TESIS**

FECHA : Nasca, 15 de abril del 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud., para manifestarle que, esta dirección autoriza el permiso para la ejecución del Proyecto de Tesis de Don José Fernando Bobadilla Huarcaya, egresado de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión" de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, la cual consiste en la realización de la investigación respectiva a través de la revisión de historias clínicas, teniendo como tema: "Características Clínicas y Quirúrgicas de los pacientes operados de Abdomen Agudo Quirúrgico en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca 2022 a 2024."

En ese sentido se autoriza brindar las facilidades para la obtención de los datos correspondientes.




Atentamente,




M.C. VÍCTOR RAÚL FERNÁNDEZ
CM 36728
DIRECTOR EJECUTIVO

VRAF/D.E.
:c Archivo
:c Interesado


Anexo 5. Resolución decanal de aprobación del proyecto de tesis

	UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRION" DECANATO	
<i>Resolución Decanal N°</i> 230-D-FMHDAC-UNICA-25		
<i>Sea</i> 21 <i>de</i> marzo <i>de</i> 2025		
VISTO:		
El Oficio N° 205-2025-DUI-FMHDAC-UNICA, remitido por el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrion", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".		
CONSIDERANDO:		
Que, mediante Resolución Rectoral N° 440-R-UNICA-2024, de fecha 27 de noviembre de 2024, se ratifica la Resolución N° 119-CEU-UNICA-2024, del 27 de noviembre de 2024, del Comité Electoral Universitario y, se nombra al Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU, como Decano de la Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrion, de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", por el periodo comprendido del 25 de noviembre de 2024 al 29 de setiembre de 2028;		
Que, mediante Oficio N° 01222-2024-SUNEDU-DS-DIRGRATU-URGT, de fecha 02 de diciembre de 2024, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria-SUNEDU a través de la Jefatura de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, ha procedido a la inscripción de la firma del Dr. Francisco Roberto Munive Bendezú, como Decano (Titular) de la facultad de Medicina Humana;		
Que, la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrion", es una unidad de formación académica, profesional y de gestión, que forma profesionales médicos generales y de 2da. Especialidad y desarrolla sus actividades dentro de la autonomía de gobierno, académica y administrativa;		
Que, con Oficio de Visto, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrion", comunica que el (la) docente, Dr. LEVEAU BARTRA, HARRY RAÚL, asesor del Proyecto de Tesis Titulado: "CARACTERISTICAS CLINICAS Y QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA 2022 A 2024", del egresado (a): BOBADILLA HUARCAYA, JOSE FERNANDO, para optar el Título de Médico Cirujano, ha presentado el informe de aprobación del proyecto en mención y solicita emitir la Resolución Decanal correspondiente, para lo cual adjunta el Acta de aprobación, la Constancia de Antiplagio y el proyecto de tesis culminado;		
En uso de las atribuciones conferidas al Señor Decano de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrion", por el Artículo 70° de la Ley Universitaria N° 30220 y, Artículo 39° del Estatuto Universitario.		
SE RESUELVE:		
Artículo Unico.- Aprobar, el Proyecto de Tesis, para optar el Título de Médico Cirujano que a continuación se detalla: "CARACTERISTICAS CLINICAS Y QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA 2022 A 2024"		
Autor : - egresado (a): BOBADILLA HUARCAYA, JOSE FERNANDO		
Asesor: - Dr. LEVEAU BARTRA, HARRY RAÚL		
Regístrese, Comuníquese y Archívese.		
Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRION"		
 Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU DECANO		
FRMB/ecom c.c. - Unidad de Investigación - Asesor - Interesado - Archivo		

Anexo 6. Resolución del comité de ética


GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica


N° 267 -2025-HRI/DE



Resolución Directoral

Ica, 16 de Abril del 2025




VISTO:
El Expediente N° 25-007053-001, que contiene el Memorando N° 393-2025-HRI/DE, de fecha 03 de Abril del año 2025, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 140-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI.


CONSIDERANDO:
Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 140-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 03 de Abril del año 2025, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"CARACTERISTICAS CLINICAS Y QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA 2022 A 2024"** presentado por el Investigador: **BOBADILLA HUARCAYA JOSE FERNANDO**, alumno de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, para optar el Título de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 03 de Abril del año 2025.

Que, con Memorando N° 393 -2025-HRI/DE, de fecha 03 de Abril del año 2025, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 140-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del

\\...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:



N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"CARACTERISTICAS CLINICAS Y QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA 2022 A 2024"	<ul style="list-style-type: none"> • BOBADILLA HUARCAYA JOSE FERNANDO

ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes. -----

Regístrese y Comuníquese,



 GORE-ICA

 HOSPITAL REGIONAL DE ICA



 Dr. CARLOS E. NAVEA MENDEZ

 DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI

 C.M.P. 059270

CENM/DE
GMHC/D.E.ADM
YMM/J ORRH
JATI/J-AJ

Anexo 7. Evidencias fotográficas



Anexo 8. Base de datos

ID	TIPO	INFLAMATORIO	INFECCIOSA	OBSTRUCTIVA	ISQUÉMICA	ETIOLOGÍA	EDAD	SEXO	IQX	DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	COMPLICACIONES	REINTERVENCIÓN	MORTALIDAD
1	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	31 a 45 años	Femenino	Específica	< a 7 días	No	No	No
2	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e: Hernia est	> 60 años	Femenino	Específica	16 a 30 días	Si	No	No	No
3	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucción	> 60 años	Masculino	Específica	7 a 15 días	No	No	No
4	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	> 60 años	Masculino	Laparotor	16 a 30 días	No	No	No
5	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	31 a 45 años	Femenino	Específica	16 a 30 días	No	No	No
6	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	31 a 45 años	Masculino	Específica	7 a 15 días	Si	Si	No
7	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucción	46 a 60 años	Femenino	Laparotor	7 a 15 días	Si	No	No
8	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	31 a 45 años	Masculino	Laparotor	7 a 15 días	No	No	No
9	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	46 a 60 años	Masculino	Específica	< a 7 días	No	No	No
10	Inflamato	Colecistitis	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Colecistitis	46 a 60 años	Femenino	Específica	7 a 15 días	No	Si	No
11	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	31 a 45 años	Femenino	Específica	16 a 30 días	No	No	No
12	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucción	31 a 45 años	Masculino	Específica	7 a 15 días	No	No	No
13	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Trombosis: Trombosis	> 60 años	Masculino	Laparotor	7 a 15 días	Si	No	No	No
14	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	15 a 30 años	Femenino	Laparotor	7 a 15 días	Si	Si	No
15	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucción	> 60 años	Masculino	Específica	< a 7 días	No	No	No
16	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucción	31 a 45 años	Masculino	Específica	< a 7 días	No	No	No
17	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucción	> 60 años	Masculino	Laparotor	< a 7 días	Si	No	No
18	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	31 a 45 años	Femenino	Específica	< a 7 días	No	No	No
19	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucción	31 a 45 años	Masculino	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
20	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	> 60 años	Femenino	Específica	< a 7 días	No	No	No

21	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	31 a 45 años	Masculino	Específica	< a 7 días	No	No	No
22	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	31 a 45 años	Masculino	Específica	7 a 15 días	No	No	No
23	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	46 a 60 años	Masculino	Específica	< a 7 días	No	No	No
24	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e: Hernia est	> 60 años	Masculino	Específica	16 a 30 días	No	No	No	No
25	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	15 a 30 años	Masculino	Específica	> de 30 días	No	No	No
26	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	31 a 45 años	Femenino	Específica	< a 7 días	No	No	No
27	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	46 a 60 años	Masculino	Específica	< a 7 días	No	No	No
28	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e: Hernia est	> 60 años	Femenino	Específica	< a 7 días	Si	No	No	No
29	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	31 a 45 años	Femenino	Laparotor	7 a 15 días	No	No	No
30	Infecciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	46 a 60 años	Femenino	Laparotor	7 a 15 días	No	No	No
31	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e: Hernia est	46 a 60 años	Femenino	Específica	16 a 30 días	No	No	No	No
32	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucción	> 60 años	Masculino	Específica	7 a 15 días	No	No	No
33	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	46 a 60 años	Femenino	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
34	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	> 60 años	Masculino	Específica	16 a 30 días	Si	No	No
35	Infecciosa	Ninguna	Apendicitis	Ninguna	Ninguna	Apendicitis	31 a 45 años	Femenino	Laparotor	< a 7 días	No	No	No
36	Inflamato	Colecistitis	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Colecistitis	31 a 45 años	Femenino	Laparotor	16 a 30 días	No	No	No
37	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e: Hernia est	> 60 años	Masculino	Específica	16 a 30 días	No	No	No	No
38	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucción	15 a 30 años	Femenino	Específica	< a 7 días	No	No	No
39	Infecciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	> 60 años	Femenino	Laparotor	7 a 15 días	Si	No	No
40	Obstructiva	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	46 a 60 años	Masculino	Laparotor	7 a 15 días	No	No	No

41	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
42	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
43	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	15 a 30 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
44	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Trombosis	Trombosis	> 60 años	Masculinc	Laparoton	16 a 30 día	Si	No	No
45	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	31 a 45 añ	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
46	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
47	Inflamato	Pancreati	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Pancreati	46 a 60 añ	Femeninc	Laparoton	> de 30 día	Si	Si	No
48	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
49	Infeciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	> 60 años	Masculinc	Específica	< a 7 días	Si	No	No
50	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	> de 30 día	Si	Si	No
51	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	16 a 30 día	Si	No	No
52	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
53	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	> 60 años	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	Si	No	No
54	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
55	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	46 a 60 añ	Femeninc	Laparoton	> de 30 día	No	No	No
56	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
57	Infeciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	46 a 60 añ	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
58	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	> 60 años	Masculinc	Específica	> de 30 día	No	No	No
59	Infeciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	Si	No	No
60	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No

61	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	16 a 30 día	No	No	No
62	Inflamato	Pancreati	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Pancreati	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	> de 30 día	Si	Si	No
63	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
64	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	15 a 30 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
65	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
66	Infeciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	46 a 60 añ	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
67	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e	Hernias e	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
68	Inflamato	Colecistiti	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Colecistiti	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
69	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
70	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	> 60 años	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
71	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Trombosis	Trombosis	> 60 años	Masculinc	Laparoton	16 a 30 día	Si	No	No
72	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
73	Infeciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	> 60 años	Femeninc	Laparoton	< a 7 días	Si	No	No
74	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	15 a 30 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
75	Inflamato	Pancreati	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Pancreati	31 a 45 añ	Masculinc	Laparoton	16 a 30 día	Si	Si	Si
76	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	15 a 30 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
77	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
78	Infeciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	> 60 años	Femeninc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No
79	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	> 60 años	Masculinc	Específica	16 a 30 día	Si	Si	No
80	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No

	81	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	> 60 años	Femeninc	Específica	16 a 30 días	Si	No	No
	82	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	Si	No
	83	Inflamato	Pancreati	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Pancreati	31 a 45 añ	Femeninc	Laparoton	> de 30 días	No	No	No
	84	Inflamato	Colecistiti	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Colecistiti	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	16 a 30 días	No	Si	No
	85	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	> de 30 días	No	No	No
	86	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	15 a 30 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
	87	Infecciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
	88	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
	89	Infecciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	> 60 años	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
	90	Inflamato	Colecistiti	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Colecistiti	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
	91	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
	92	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
	93	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	> 60 años	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
	94	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	> 60 años	Masculinc	Específica	16 a 30 días	No	No	No
	95	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	46 a 60 añ	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	No	Si	No
	96	Inflamato	Colecistiti	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Colecistiti	> 60 años	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
	97	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
	98	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	> 60 años	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
	99	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
	100	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No

	101	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
	102	Infecciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
	103	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Trombosis:	Trombosis:	> 60 años	Femeninc	Específica	16 a 30 días	Si	Si	No
	104	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
	105	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
	106	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	> 60 años	Femeninc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No
	107	Infecciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
	108	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No
	109	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	16 a 30 días	No	No	No
	110	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
	111	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No
	112	Infecciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	> 60 años	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	Si	Si	No
	113	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
	114	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
	115	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
	116	Inflamato	Úlceras	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Úlveras g:	> 60 años	Masculinc	Laparoton	16 a 30 días	No	Si	No
	117	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Femeninc	Específica	16 a 30 días	No	No	No
	118	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	> 60 años	Femeninc	Laparoton	16 a 30 días	No	No	No
	119	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
	120	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	15 a 30 añ	Masculinc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No

121	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	15 a 30 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
122	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	< a 7 días	No	Si	No
123	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	Si	No	No
124	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
125	Inflamato	Colecistiti	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Colecistiti	> 60 años	Femeninc	Específica	16 a 30 día	Si	Si	No
126	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
127	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	46 a 60 añ	Femeninc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No
128	Infeciosa	Ninguna	Piocolcis	Ninguna	Ninguna	Piocolcis	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
129	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	15 a 30 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
130	Infeciosa	Ninguna	Piocolcis	Ninguna	Ninguna	Piocolcis	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
131	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	31 a 45 añ	Femeninc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No
132	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Trombosis	Trombosis	> 60 años	Femeninc	Laparoton	16 a 30 día	Si	Si	No
133	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
134	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias es	Hernia es	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	16 a 30 día	No	No	No
135	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	15 a 30 añ	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	Si	No	No
136	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
137	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
138	Infeciosa	Ninguna	Piocolcis	Ninguna	Ninguna	Piocolcis	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
139	Infeciosa	Ninguna	Piocolcis	Ninguna	Ninguna	Piocolcis	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	Si	No
140	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	15 a 30 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No

141	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
142	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	46 a 60 añ	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	Si	Si	No
143	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Femeninc	Específica	< a 7 días	Si	No	No
144	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
145	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
146	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	46 a 60 añ	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
147	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias es	Hernia es	31 a 45 añ	Masculinc	Laparoton	> de 30 día	No	No	No
148	Infeciosa	Ninguna	Piocolcis	Ninguna	Ninguna	Piocolcis	> 60 años	Masculinc	Laparoton	< a 7 días	Si	No	No
149	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
150	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
151	Infeciosa	Ninguna	Piocolcis	Ninguna	Ninguna	Piocolcis	> 60 años	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	Si	No	No
152	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	Si	Si	No
153	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
154	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No
155	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias es	Hernia es	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
156	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	> 60 años	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	No	Si	No
157	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias es	Hernia es	> 60 años	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
158	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Trombosis	Trombosis	> 60 años	Femeninc	Laparoton	> de 30 día	Si	Si	Si
159	Infeciosa	Ninguna	Piocolcis	Ninguna	Ninguna	Piocolcis	> 60 años	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
160	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	> 60 años	Masculinc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No

161	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
162	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	> de 30 día	No	No	No
163	Infeciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
164	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
165	Infeciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	> 60 años	Femeninc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No
166	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Trombósi:	Trombosi:	> 60 años	Femeninc	Laparoton	16 a 30 día	Si	No	No
167	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	16 a 30 día	Si	Si	No
168	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Laparoton	16 a 30 día	Si	No	No
169	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
170	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
171	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	Si	No	No
172	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	Si	No	No
173	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
174	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
175	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
176	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	Si	No
177	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
178	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	16 a 30 día	Si	No	No
179	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	15 a 30 añ	Femeninc	Específica	< a 7 días	No	No	No
180	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No

181	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Trombósi:	Trombosi:	> 60 años	Femeninc	Laparoton	16 a 30 día	No	No	No
182	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	46 a 60 añ	Femeninc	Laparoton	> de 30 día	No	No	No
183	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	> 60 años	Femeninc	Laparoton	> de 30 día	No	No	No
184	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
185	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
186	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Masculinc	Laparoton	16 a 30 día	No	No	No
187	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
188	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	Si	Si	No
189	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
190	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	16 a 30 día	Si	Si	No
191	Infeciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	> 60 años	Masculinc	Específica	7 a 15 días	Si	No	No
192	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	16 a 30 día	No	No	No
193	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
194	Infeciosa	Ninguna	Piocolicis	Ninguna	Ninguna	Piocolicis	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	Si	No
195	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	31 a 45 añ	Masculinc	Específica	16 a 30 día	No	No	No
196	Infeciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
197	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	> 60 años	Femeninc	Específica	16 a 30 día	No	No	No
198	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	46 a 60 añ	Masculinc	Específica	16 a 30 día	No	No	No
199	Inflamato	Úlceras	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Úlveras g	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	> de 30 día	Si	No	No
200	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	46 a 60 añ	Masculinc	Laparoton	16 a 30 día	No	No	No

201	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
202	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	46 a 60 añ	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
203	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	> 60 años	Masculinc	Laparoton	< a 7 días	No	No	No
204	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	> 60 años	Masculinc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
205	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Trombosis:	Trombosis:	> 60 años	Masculinc	Específica	16 a 30 día	Si	No	No
206	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Masculinc	Específica	< a 7 días	No	No	No
207	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Vólvulo ir	Ninguna	Vólvulo d	31 a 45 añ	Masculinc	Laparoton	> de 30 día	No	No	No
208	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	> 60 años	Femeninc	Laparoton	16 a 30 día	No	No	No
209	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	31 a 45 añ	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	No	No	No
210	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	No	No
211	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	> 60 años	Femeninc	Específica	7 a 15 días	No	Si	No
212	Obstructiv	Ninguna	Ninguna	Bridas y a	Ninguna	Obstrucci	15 a 30 añ	Femeninc	Laparoton	7 a 15 días	Si	No	No
213	Infecciosa	Ninguna	Apendicit	Ninguna	Ninguna	Apendicit	> 60 años	Femeninc	Específica	16 a 30 día	No	No	No
214	Isquémica	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Hernias e:	Hernia est	> 60 años	Femeninc	Específica	16 a 30 día	Si	No	No