

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



TESIS

**Características clínico-epidemiológicas y quirúrgicas de pacientes  
con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo  
durante el periodo 2014-2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORA:**

Jiménez Casaretto Gloria María Celeste

**ASESORES:**

Dr. García Gutiérrez, Edwin Leonardo

DR. Sánchez Medina Alan Gonzalo

**TRUJILLO – PERÚ**

**2021**

## DEDICATORIA

A Dios, por guiarme en cada paso y enseñarme que cada obstáculo representa una enseñanza de vida

A Mariella Casaretto, madre, por ser ese apoyo incondicional a lo largo de mi vida, por todo el sacrificio e ímpetu para salir adelante a pesar de las adversidades y ser el pilar en mi formación académica y personal.

A mis hermanos Hiroshi y Fabricio, por ser esas personas leales en quienes puedo confiar, por todo su apoyo.

A mi abuela, Ysabel Centeno, por ser esa mujer que tanto admiro y por demostrarme que, a pesar de las adversidades, siempre habrá una luz al final del camino.

A Charito Arlet Luna Amaya, mi mejor amiga, quien me brindó su apoyo incondicional y amistad.

## AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Medicina UNT, por acogerme a lo largo de estos 6 años de formación académica, y brindarme a través de mis maestros lo necesario para el cumplimiento de esta noble labor

A mis asesores, Dr. Edwin García Gutiérrez y Dr. Alan Gonzalo Sánchez Medina, por su dedicación, y enseñanzas que hicieron posible la realización de este trabajo. Por todos sus conocimientos brindados, gracias Maestros.

A Don Manuel Garcia, encargado del despacho de Historias clínicas, quien me ayudo en el proceso de recolección de mi muestra.

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODO</b>	<b>8</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>15</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>34</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>35</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>39</b>

## RESUMEN

**Introducción:** El abdomen abierto es un gran avance quirúrgico, el cierre temporal de la pared abdominal proporciona protección a las vísceras abdominales y reduce la aparición de complicaciones en pacientes con sepsis intrabdominal, síndrome compartimental y control de daños. La heterogeneidad de los resultados ha hecho necesario diseñar el siguiente trabajo de investigación. **Objetivo:** Identificar las características clínico-epidemiológicas y quirúrgicas de pacientes con abdomen abierto en el HRDT durante 2014-2018. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. 124 pacientes. **Resultados:** Edad promedio  $38.9 \pm 22.4$  años. 67% tenían entre 19-65 años. Comorbilidades más frecuentes: Desnutrición, diabetes, anemia e hipertensión arterial. Sepsis intraabdominal es la principal indicación (79.8%). Apendicitis aguda complicada (37.1%) es la condición primaria más frecuente. Estancia hospitalaria 12,4 días y estancia en UCI 9 días. Cierre temporal más frecuente funda de polipropileno (97.6%). Cierre primario definitivo fue en 90,3%. Promedio de laparotomía 2.7. Pérdida de líquidos y proteínas la complicación más frecuente (95.2%). Mortalidad 8.1%. **Conclusiones:** Las características más frecuentes del abdomen abierto son: indicación (sepsis), condición primaria (apendicitis aguda complicada), comorbilidades (desnutrición, diabetes, anemia e hipertensión arterial), complicación (trastornos proteicos y de líquidos); la estancia hospitalaria, estancia en uci y mortalidad son menores a las referidas en los estudios actuales.

**Palabras clave:** *Características epidemiológicas, Características clínicas, Características quirúrgicas, Abdomen abierto*

## ABSTRACT

**Introducción:** The open abdomen is a great surgical advance, the temporary closure of the abdominal wall provides protection to the abdominal viscera and reduces the occurrence of complications in patients with intra-abdominal sepsis, compartment syndrome and damage control. The heterogeneity of the results has made it necessary to design the following research work. **Objective:** To identify the clinical-epidemiological and surgical characteristics of patients with an open abdomen in the HRDT during 2014-2018. **Methods:** Observational, descriptive, retrospective study. 124 patients. **Results:** Average age  $38.9 \pm 22.4$  years. 67% were between 19-65 years old. Most common comorbidities: Malnutrition, diabetes, anemia and high blood pressure. Intra-abdominal sepsis is the main indication (79.8%). Complicated acute appendicitis (37.1%) is the most frequent primary condition. Hospital stay 12.4 days or stay in ICU 9 days. Temporary closure more frequent polypropylene sheath (97.6%). Final primary closure was 90.3%. Laparotomy average 2.7. Loss of fluids and proteins the most frequent complication (95.2%). Mortality 8.1%. **Conclusions:** The most frequent characteristics of the open abdomen are: indication (sepsis), primary condition (complicated acute appendicitis), comorbidities (malnutrition, diabetes, anemia and arterial hypertension), complication (protein and fluid disorders); The hospital stay, ICU stay and mortality are lower than those referred to in current studies.

**Keywords:** Epidemiological characteristics, Clinical characteristics, Surgical Characteristics, Open abdomen.

## I. INTRODUCCIÓN

El abdomen abierto es uno de los más grandes avances quirúrgicos en las últimas décadas.<sup>1</sup> Se define como una técnica quirúrgica que consiste en dejar intencionalmente, sin aproximar (laparostomía), los bordes de la fascia abdominal de los músculos rectos abdominales después de una laparotomía, cubriendo los órganos con materiales inertes, tales como el polipropileno, para el tratamiento de diferentes entidades clínico-patológicas, con cierre diferido de la cavidad abdominal.<sup>2-4</sup>

En el sentido estricto, el abdomen no se deja abierto al aire, ya que esto provocaría el secado y la desecación del intestino.<sup>5</sup> El cierre temporal de la pared abdominal hace referencia al método para proporcionar protección a las vísceras abdominales durante el tiempo en que la fascia permanece abierta para reducir la aparición de complicaciones relacionadas con el abdomen abierto (adherencias intestinales, hipertensión intraabdominal, desequilibrio hidro-electrolítico e hipoproteinemia), lo que facilita el reingreso al abdomen y mejora la posibilidad de cierre primario retardado de la pared abdominal.<sup>3,6</sup>

Se ha propuesto que el abdomen abierto es eficaz para prevenir o tratar la fisiología alterada en pacientes con lesiones graves o enfermedades graves, acortar el tiempo quirúrgico, prevenir la hipertensión intraabdominal (HIA) y facilitar la reexploración sin dañar la fascia abdominal.<sup>3</sup>

A lo largo de la historia, el manejo de la patología intraabdominal compleja ha ido presentando varias modificaciones.<sup>7</sup> En el año 1905, Price y en 1906, Torek, demostraron reducción de la mortalidad en pacientes con apendicitis, realizando desbridamiento y lavados de cavidad peritoneal. Por el mismo año Yates, concluye

que “El drenaje de toda la cavidad peritoneal es física y fisiológicamente imposible”. Deaver ratifica lo anterior y advierte que los riesgos de diseminar la infección a aéreas muy involucradas.<sup>8</sup> Años después Houvanian y Saddawi ratificaron que la diseminación bacteriana producida por el desbridamiento e irrigación no aumentaba la mortalidad.<sup>9</sup> Luego, en 1935, Sperling and Wagensteen notificaron el empleo del abdomen abierto para prevenir el síndrome compartimental abdominal, hechos que fueron reconocidos posteriormente por Gross y expresados en su libro “Chimney Technique for Gastroschisis”.<sup>10</sup>

En 1940 se realizó la primera descripción de esta alternativa quirúrgica durante el conflicto bélico de la Segunda Guerra Mundial, en un escrito de Ogilvie, quien lo aplicó en heridos con lesiones abdominales. Utilizó compresas o gasas húmedas esterilizadas y vaselinadas fijadas a la aponeurosis *con catgut*, con el propósito de proteger las vísceras intraabdominales y para evitar la retracción de los bordes músculo-aponeuróticos de la lesión, buscando favorecer una adecuada mecánica ventilatoria al paciente.<sup>7,10,11</sup>

En 1960, Artz propuso la irrigación con antibióticos en el transoperatorio, y Schumer la irrigación continua posoperatoria intraperitoneal.<sup>10</sup>

Schuster en 1967, publicó el empleo de la malla de teflón y cierre por etapas del onfalocele: cobertura inicial de las vísceras, operaciones seriadas y reconstrucción diferida de la pared abdominal.<sup>11</sup> La utilización de la malla Marlex fue descrita por Smith; lo mismo propuso Wouters y colaboradores en 1983.<sup>11,12</sup> En 1973, Mansberger publica una forma alternativa de cierre temporal de la pared, a través de una cobertura visceral con lámina de Silastic.<sup>11</sup> Hudspeeth en 1975, inició el



desbridamiento radical peritoneal tanto visceral como parietal y la remoción del material fibrino-purulento que recubre las asas intestinales.<sup>10,11</sup>

En el año 1979 Steimberg fue el primero en proponer el manejo de la cavidad peritoneal como un absceso, manteniéndola abierta por 48-72 horas como opción terapéutica, obteniendo una disminución de la mortalidad a 7%.<sup>11</sup>

Considerando que no basta dejar el abdomen abierto, sino que debe drenarse debidamente las colecciones, Teichmann y Wittmann en 1980 realizaron diariamente exploración manual y lavado de la cavidad abdominal a través de una malla de Marlex con cremallera.<sup>12</sup>

En la misma década surgieron los conceptos de laparostomía y relaparotomía planeada o a demanda (*etappen lavage*), con el propósito de regresar a la cavidad abdominal y reexplorar, evacuar, desbridar y resecar, hasta que los procesos sean resueltos.<sup>13</sup>

En 1984, Borráz en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, utilizó bolsa de viaflex (bolsa de Bogotá) de polivinilo fijado a la aponeurosis en un paciente quien presentaba íleo severo.<sup>12</sup>

A pesar que su papel no está claro y aún no existan guías universalmente aceptadas que indique la ejecución abdomen abierto, actualmente está indicado para la prevención y tratamiento a pacientes con sepsis intraabdominal severa, síndrome compartimental abdominal (SCA) y cirugía de control de daños.<sup>11,13</sup>

Además, en otras situaciones clínicas, el abdomen no se puede cerrar debido al edema visceral o en casos de daño de la pared abdominal.<sup>3</sup>

Sin embargo, los pacientes sometidos a tratamiento con abdomen abierto corren el riesgo de desarrollar fístulas entero-cutaneas, "abdomen congelado", abscesos

intraabdominales, evisceración, contaminación potencial exógena de la herida abierta, hernias ventrales extensas y pérdida masiva de líquidos, electrolitos y proteínas, al tiempo que aumenta la utilización de los recursos.<sup>3,14</sup> Por esta razón, esta técnica, no se debe realizar libremente; debería valorarse el riesgo-beneficio para su uso.<sup>3</sup>

En todos los pacientes con abdomen abierto, se deben realizar todos los esfuerzos posibles para lograr el cierre primario fascial (cierre borde a borde de la fascia) tan pronto como el paciente pueda tolerarlo fisiológicamente.<sup>3,15</sup>

El objetivo de este trabajo es proporcionar información sobre las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas en pacientes sometidos a cirugía con abdomen abierto, el cual nos permita identificar qué pacientes se benefician con esta técnica quirúrgica y además predecir complicaciones que demoren su recuperación, así mismo la regeneración de los tejidos.

## **PROBLEMA**

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas y quirúrgicas de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014-2018?

## **HIPÓTESIS**

Implícita.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar las características clínico-epidemiológicas y quirúrgicas de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014-2018.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la frecuencia de distribución según sexo, grupo etario y comorbilidades de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014-2018.

- Determinar la frecuencia de distribución según indicación de abdomen abierto, condiciones primarias quirúrgicas, estancia hospitalaria, estancia en UCI, complicaciones y mortalidad, de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014-2018.

- Determinar la frecuencia de distribución según técnicas de cierre temporal de la pared abdominal, número de laparotomías, número de laparotomía donde se dejó abdomen abierto, tiempo transcurrido hasta el cierre definitivo, técnica de cierre definitivo de la pared abdominal de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014-2018.

## **II. MATERIAL Y MÉTODO**

### **POBLACIÓN DIANA O UNIVERSO**

Conformado por todos los pacientes a quienes se les realizó cirugía abdominal en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014 – 2018.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Conformado por cada paciente intervenido quirúrgicamente a quien se le dejó el abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014 – 2018 que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes intervenidos quirúrgicamente a quienes se les dejó el abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014 – 2018.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes intervenidos quirúrgicamente a quienes se les dejó el abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014 – 2018 que no cuenten con las variables solicitadas en la ficha de estudio y/o a los que se les practicó este procedimiento en otro hospital y fueron luego trasladados a este nosocomio.

## **MUESTRA**

### **UNIDAD DE ANÁLISIS**

Conformado por la historia clínica de cada paciente intervenido quirúrgicamente a quien se le dejó el abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014 – 2018.

## **DISEÑO DE ESTUDIO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

### **DEFINICIONES OPERACIONALES**

**Características epidemiológicas:** Conjunto de características socioeconómicas, culturales y demográficas relacionadas específicamente con la presencia de una determinada patología y cuya identificación constituye un elemento inicial en la valoración diagnóstica de los pacientes con la enfermedad. <sup>16</sup>

**Características clínicas:** Conjunto de signos y síntomas relacionados específicamente con la presencia de una determinada patología y cuya identificación constituye un elemento inicial en la valoración diagnóstica de los pacientes con la enfermedad. <sup>16</sup>

**Características quirúrgicas:** Conjunto de variables relacionados específicamente con los resultados de la técnica quirúrgica. <sup>16</sup>

**Abdomen abierto:** Indica que la fascia abdominal no está cerrada para facilitar la realización de procedimientos definidos adicionales, y para reducir el estrés fisiológico.

<sup>16</sup>

**VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>VALORES</b>
<b>1.- Sexo</b>	Diferencia física anatómica: hombre y mujer <sup>14</sup>	Cualitativa	Dicotómica	(1) Hombre (0) Mujer
<b>2.- Edad</b>	Número de años cumplidos al momento del estudio <sup>14</sup>	Cuantitativa	Discreta	(1) 0-2 años (2) 2-6 años (3) 6-10 años (4) 10-19 años (5) 19-40 años (6) 40-65 años (7) 65 años a más
<b>3.- Comorbilidades</b>	Son todas aquellas enfermedades diagnosticadas como enfermedades crónicas con las que convive un paciente <sup>14</sup>	Cualitativa	Nominal	(1). Diabetes Mellitus (2). Hipertensión Arterial (3). Desnutrición crónica (4). VIH (5). Otros
<b>4- Indicación de abdomen abierto</b>	Causa o motivo por el cual se le dejó el abdomen abierto <sup>14</sup>	Cualitativa	Nominal	(1). Sepsis intraabdominal (2). Síndrome compartimental (3). Cirugía de control de daños. (4). Otro
<b>5.- Condiciones primarias</b>	Patología causante de la necesidad de intervención quirúrgica en un paciente <sup>14</sup>	Cualitativa	Nominal	(1). Obstrucción intestinal (2). Perforación intestinal (3). Trauma (4). Apendicitis aguda complicada

				(5). Divertículo perforado (6). Pancreatitis necrótica aguda severa (7). Otros
<b>6.- Estancia Hospitalaria</b>	Tiempo transcurrido desde el ingreso de un paciente hasta el día de su egreso hospitalario <sup>14</sup>	Cuantitativa	Discreta	(1). < de 5 días (2). 6-10 días (3). 11-20 días (4). 21-30 días (5). >31 días
<b>7.- UCI</b>	Estancia en Unidad de Cuidados Intensivos: Lugar donde se da la atención médica a los pacientes más graves de un centro hospitalario <sup>14</sup>	Cualitativa	Dicotómica	(1). Sí (2). No
<b>8.- Estancia en UCI</b>	Tiempo transcurrido en UCI	Cuantitativa	Discreta	(1). < de 3 días (2). 3-9 días (3). 10-20 días (4). 21-30 días (5). >31 días
<b>9.- Complicaciones</b>	Problema médico quirúrgico secundario asociado a la implementación de abdomen abierto <sup>14</sup>	Cualitativa	Nominal	(1) Fístula enteroatmosférica (2) Infección sobreagregada (3) Imposibilidad de cierre fascial definitivo (4) “Abdomen congelado”

				(5) Pérdidas de líquidos y proteínas (6) Otros
<b>10. Mortalidad</b>	Reporte registrado como paciente fallecido en el expediente clínico	Cualitativa	Dicotómica	(0) Sí (1) No
<b>10.- Técnicas de cierre temporal de la pared abdominal</b>	Utilizado para disminuir el grado de complicaciones asociado a la laparostomía <sup>17</sup>	Cualitativa	Nominal	(1). Funda de polipropileno (2). Sistema VAC (3). Suturas de retención (4). <i>Vacuum pack</i> (5). Cierres de cremalleras (6). Mallas de marlex (7). Superficies adherentes
<b>10.- Número de relaparotomías</b>	Número de laparotomías posteriores a la laparotomía inicial de urgencia. <sup>10</sup>	Cuantitativa	Discreta	Número de reoperaciones
<b>11.- Técnica de cierre definitivo de la pared abdominal</b>	Cierre permanente de la cavidad una vez que el paciente se encuentre en mejores condiciones nutricionales,	Cualitativa	Nominal	(1). Cierre primario (2). Mallas protésicas (3). Injertos o colgajos



	<p>fisiológicas y mentales, cuando se haya erradicado la causa original y las complicaciones que siguen al cierre <sup>17</sup></p>			
<b>12.- Cierre definitivo</b>	<p>Tiempo transcurrido hasta el cierre fascial primario de la cavidad abdominal <sup>14</sup></p>	Cuantitativa	Discreta	<p>(1). &lt;3 días  (2). 4-8 días  (3). 8-16 días  (4). 17-30 días  (5). &gt;31 días  (6). Traslado a otro hospital  (7). Fallecido</p>

## PROCEDIMIENTOS

Se solicitará la autorización al Comité de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente de Trujillo. Al obtenerla, se procederá a la ejecución.

Se consultará el libro de cirugía del servicio de Cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo, donde se tiene registrado a los pacientes quienes presentaron patología abdominal y fueron sometidos quirúrgicamente a tratamiento con abdomen abierto durante el periodo comprendido del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2019. Se obtendrá el número de historia clínica de estos pacientes y se solicitará sus expedientes clínicos en el área de admisión de este centro hospitalario.

Posteriormente se recogerán los datos pertinentes a las variables en estudio y se registrarán en un formulario diseñado por la investigadora (**Anexo N ° 1**). Con ello, se construirá una base de datos y se procederá a su análisis.

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La información obtenida será ingresada y procesada en el paquete estadístico de Microsoft Excel 2016. El análisis estadístico será realizado mediante análisis univariante: Las variables con escala nominal serán mediante distribución de frecuencias expresadas en porcentajes; para las de escala de razón, se calculará el grado de dispersión mediante varianza y para las de escala ordinal, se calculará la frecuencia.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente proyecto se ejecutará teniendo en cuenta los principios éticos estipulados en Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, particularmente lo mencionado en el artículo 95° “El médico debe mantener el anonimato del paciente cuando la información contenida en la historia clínica sea utilizada para fines de investigación o docencia” y en el artículo 48° “El médico debe presentar la información proveniente de una investigación médica, para su publicación, independientemente de los resultados, sin incurrir en falsificación ni plagio y declarando si tiene o no conflicto de interés”.<sup>18</sup>

### III. RESULTADOS

Entre 2014 y 2018 se identificaron 217 pacientes en los que se realizó abdomen abierto como técnica quirúrgica, de las cuales solo 124 cumplieron con los requisitos de inclusión y exclusión.

En relación con la demografía se encontró predominio del sexo masculino con 64.5% (80 pacientes). La edad media fue de  $38.9 \pm 22.4$  con un rango entre 1 y 95 años (Tabla 1), por lo que fue necesario segmentarlos; observando que el grupo de 40 a 65 años, seguido del grupo de 19 a 40 años, tuvieron las frecuencias más altas (Tabla 2), representando estos dos grupos el 66.97% del total de los pacientes (Grafico 1).

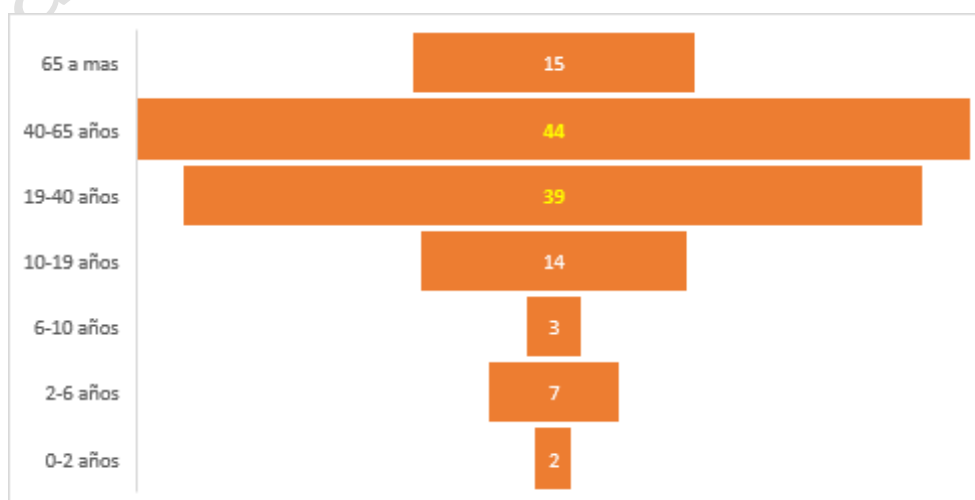
**Tabla 1.-** Descriptivos de la variable edad de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

<i>Descriptivos</i>	<i>(años)</i>
Media	38.9 años
Mediana	37.5 años
Desviación estándar	22.4 años
Mínimo	1.0 año
Máximo	95.0 años
Moda	25.0 años

**Tabla 2.-** Distribución de edad por grupos etarios de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

	Frecuencia	Porcentaje
0-2 años	2	1.6%
2-6 años	7	5.6%
6-10 años	3	2.4%
10-19 años	14	11.3%
19-40 años	39	<b>31.5%</b>
40-65 años	44	<b>35.5%</b>
65 a mas	15	12.1%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100.0%</b>

**Gráfico 1-** Pirámide de distribución de acuerdo con el grupo etario de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.



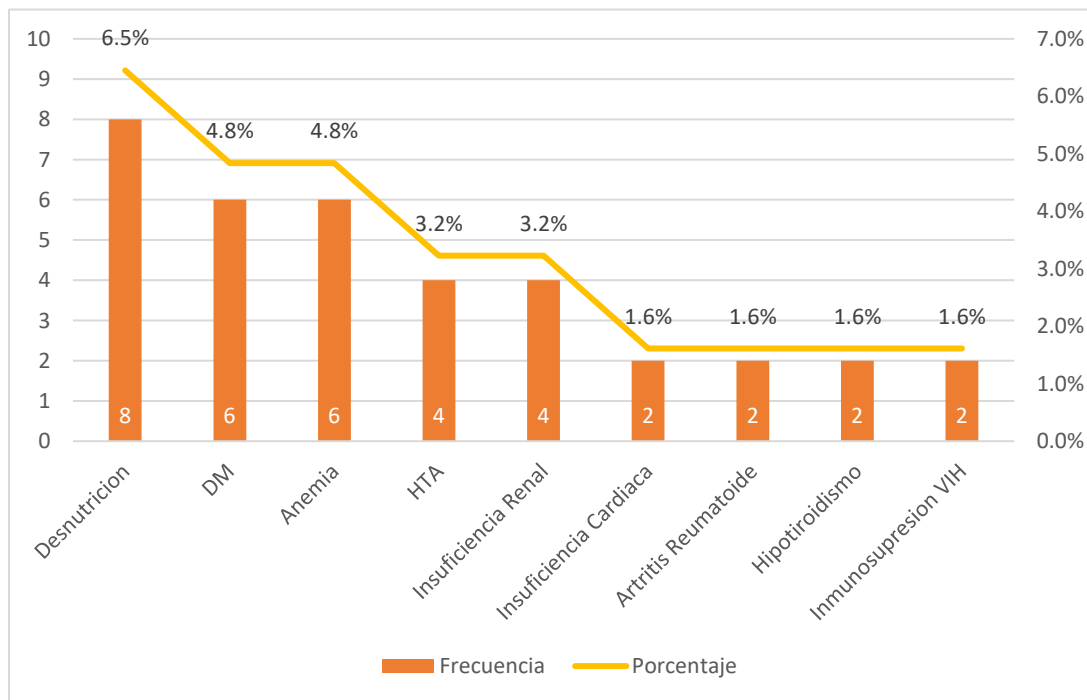
Se encontró que 23 de los 124 pacientes presentaron alguna comorbilidad, representando el 18,5% de los pacientes (Tabla 3): La desnutrición fue la comorbilidad más frecuente, seguida de la diabetes, anemia, hipertensión e insuficiencia renal (Grafico 2).

**Tabla 3.-** Distribución de comorbilidad de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

<b>COMORBILIDAD (23 pacientes 18,5%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Desnutrición	8	6.5%
DM	6	4.8%
Anemia	6	4.8%
HTA	4	3.2%
Insuficiencia Renal	4	3.2%
Insuficiencia Cardíaca	2	1.6%
Artritis Reumatoide	2	1.6%
Hipotiroidismo	2	1.6%
Inmunosupresión VIH	2	1.6%
<b>Total</b>	<b>124</b>	

**Gráfico 2-** Comorbilidades en pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional

Docente de Trujillo.

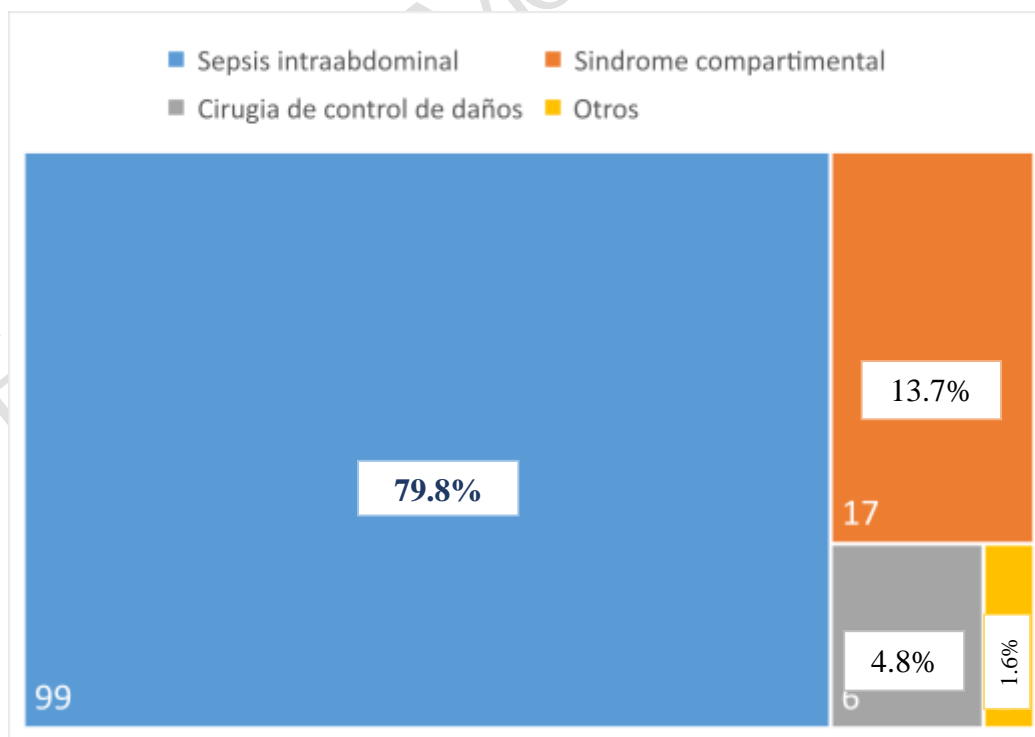


En relación con la indicación de abdomen abierto, la sepsis intraabdominal fue la causa más frecuente con cerca del 80% de los casos (Gráfico 3); asimismo sumados con el síndrome compartimental y la cirugía de control de daños determinaron un porcentaje acumulado de 98.4% (Tabla 4), convirtiéndose así, en las tres principales indicaciones del abdomen abierto.

**Tabla 4.-** Indicación de abdomen abierto en pacientes de cirugía general en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Sepsis intraabdominal	99	79.8	79.8
Síndrome compartimental	17	13.7	93.5
Cirugía de control de daños	6	4.8	<b>98.4</b>
Otros	2	1.6	100.0
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100.0</b>	

**Gráfico 3-** Distribución porcentual en relación con la indicación de abdomen abierto en pacientes en el Hospital Regional Docente de Trujillo.



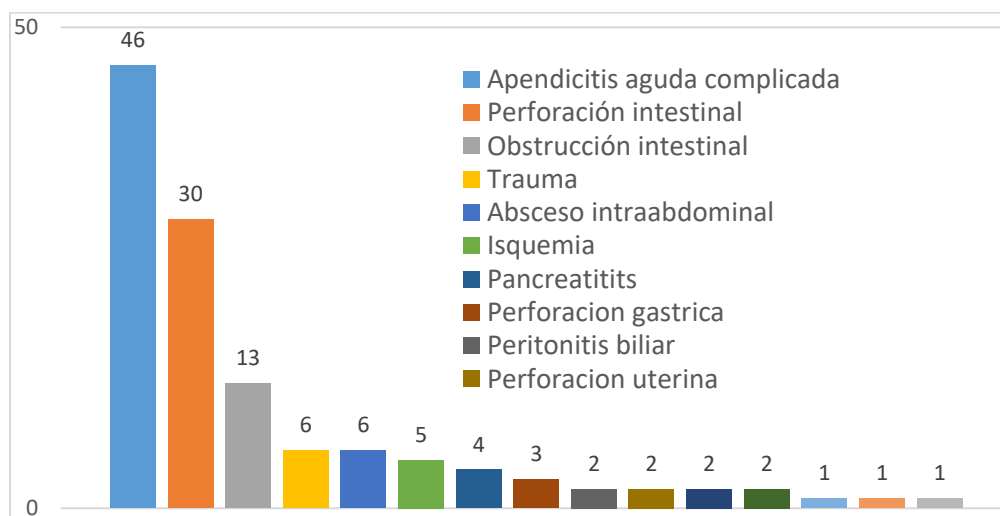
La condición primaria quirúrgica más frecuente fue la apendicitis aguda complicada con el 37.7% de los casos (Grafico 4); asociada a la perforación intestinal, obstrucción intestinal y el trauma representan un porcentaje acumulado de 76.6% (Tabla 5).

**Tabla 5.-** Condición primaria quirúrgica de los pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

<i>Condición primaria</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
Apendicitis aguda complicada	46	37.1	37.1
Perforación intestinal	30	24.2	61.3
Obstrucción intestinal	13	10.5	71.8
Trauma	6	4.8	76.6
Absceso intraabdominal	6	4.8	81.5
Isquemia	5	4.0	85.5
Pancreatitis	4	3.2	88.7
Perforación gástrica	3	2.4	91.1
Peritonitis biliar	2	1.6	92.7
Perforación uterina	2	1.6	94.4
Hernia encarcelada	2	1.6	96.0
Fascitis necrotizante	2	1.6	97.6
Íleo	1	0.8	98.4
Dehiscencia anastomosis	1	0.8	99.2
Divertículo perforado	1	0.8	100.0
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	



**Gráfico 4-** Distribución de la condición primaria quirúrgica en pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.



La estancia hospitalaria fue en promedio  $18.5 \pm 21.3$  días con un rango amplio que oscila entre menos de 24 horas y 196 días (Tabla 8); se calculó la curtosis, correspondiendo distribución leptocúrtica, identificando un paciente con 196 días de hospitalización distante de la distribución normal (outlier), optando por el diseño de un boxplot para esta variable (Gráfico 5) con una mediana de 12.4 días. En la tabla 6 se observó que el 28.2% de pacientes estuvieron hospitalizados entre 6 a 10 días y el 24.2% entre 11 a 20 días.

El 25.8% de los pacientes ingresaron a la UCI (Tabla 9). La estancia en UCI promedio fue de  $10.9 \pm 8.2$  días, no se observó outliers, la distribución platicúrtica, con una mediana similar a la mediana (9 días), con un rango de 1 a 38 días (Tabla 8). En la tabla 7 se observó que el 40.6% de los pacientes tuvieron una estancia en UCI 10 a 20 días.

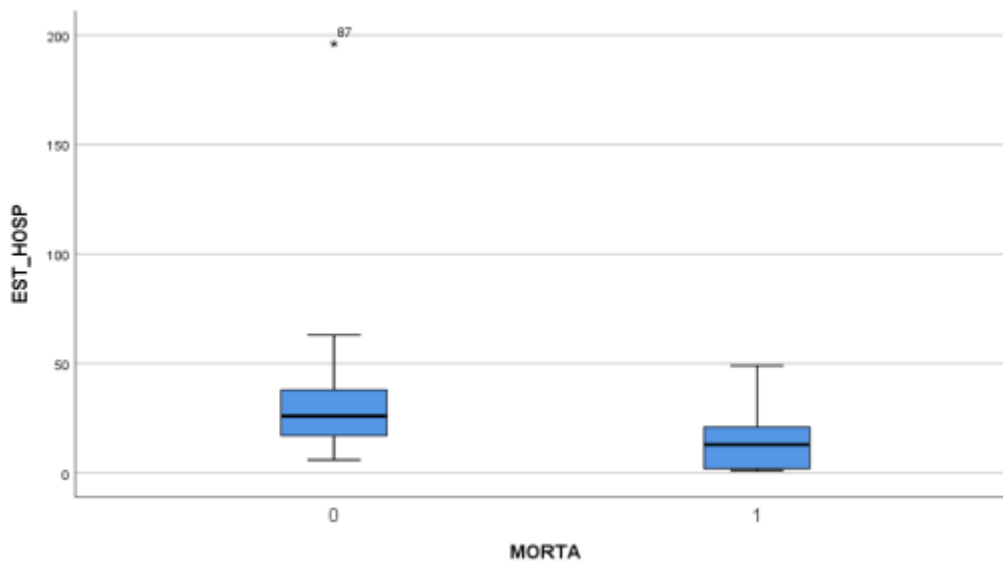
**Tabla 6.-** Estancia hospitalaria por rango de tiempo de los pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

<i>Estancia hospitalaria</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
<= de 5 días	20	16.1%	16.1%
6-10 días	35	28.2%	44.4%
11-20 días	30	24.2%	68.5%
21-30 días	19	15.3%	83.9%
31 días	20	16.1%	100.0%
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>100.00%</b>	

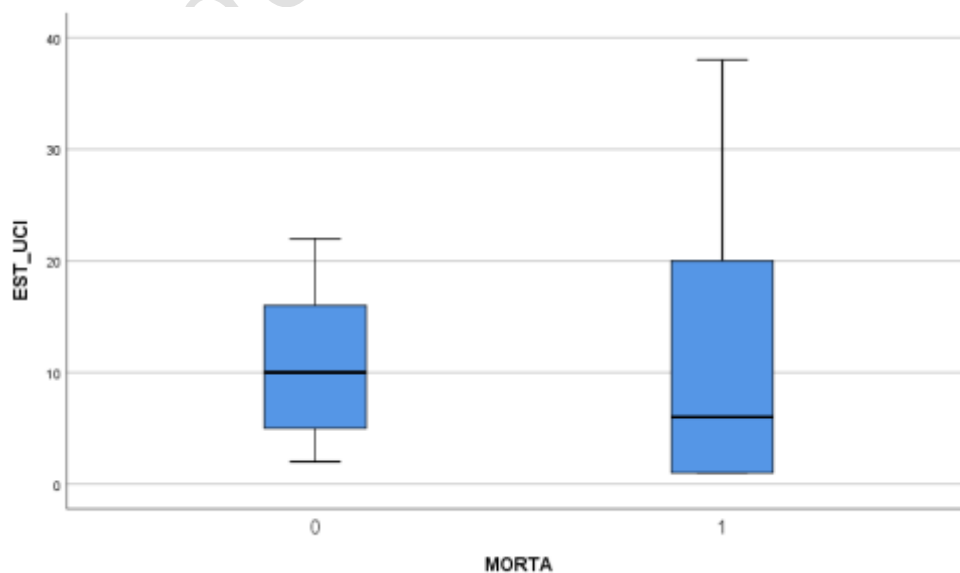
**Tabla 7.-** Estancia en UCI por rango de tiempo de los pacientes en quienes se realizó técnica de abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

<i>Estancia en UCI</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
<= de 3 días	6	18.8%	18.8%
3-9 días	10	31.3%	50.0%
10-20 días	13	40.6%	90.6%
21-30 días	2	6.3%	96.9%
>31 días	1	3.1%	100.0%
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.00%</b>	

**Gráfico 5-** *Boxplot de la estancia hospitalaria y mortalidad en pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.*



**Gráfico 6-** *Boxplot de la estancia en UCI y mortalidad en quienes se realizó abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.*



Analizando solo los pacientes que sobrevivieron, se encontró una mediana de estancia hospitalaria de 26 días; así como una mediana de estancia en UCI de 10 días (Tabla 8).

Con relación a la técnica de cierre temporal de la pared abdominal, se usó funda de polipropileno en el 97.6% (121 pacientes), en dos pacientes se usó sistema VAC y en un paciente sutura de retención (Tabla 10). Es importante mencionar que, en dos pacientes, inicialmente se usó funda de polipropileno y posteriormente se instaló sistema de VAC.

En el 54.8% de los pacientes fueron necesarias 2 relaparotomías (3 laparotomías), en el 21,8% fueron necesarias 3 relaparotomías (4 laparotomías). Solo el 4.8% fue suficiente una relaparotomía para culminar con el cierre definitivo; mientras que solo una paciente requirió 9 relaparotomías (Tabla 11). Se instaló el sistema de abdomen abierto, en la primera laparotomía, en la mayoría de los pacientes (91.9%) en el restante 8.1% se instaló en la segunda laparotomía (Tabla 11).

**Tabla 8.-** Estancia hospitalaria y estancia en UCI con relación a la mortalidad de los pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

(días)	n	Media	DE	Rango	Mínimo	Máximo	Mediana	Curtosis
<b>GENERAL</b>								
Estancia hospitalaria	124	18.5	21.3	196.0	0.0	196.0	<b>12.4</b>	38.7
Estancia en UCI	32	10.9	8.2	37.0	1.0	38.0	<b>9.0</b>	2.3
<b>FALLECIDOS</b>								
Estancia hospitalaria	5	17.2	19.6	48.0	1.0	49.0	13.0	1.7
Estancia en UCI	5	13.2	15.9	37.0	1.0	38.0	6.0	0.4
<b>NO FALLECIDOS</b>								
Estancia hospitalaria	87	33.7	6.3	190.0	6.0	196.0	26.0	17.8
Estancia en UCI	27	10.5	35.5	20.0	2.0	22.0	10	-1.1

**Tabla 9.- Ingreso a UCI y mortalidad de los pacientes en quienes se utilizó la técnica de abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.**

UCI	Fallecidos	No Fallecidos	Total
Ingresaron a UCI	5 (15.6%)*	27	32 (25.8%)**
No ingresaron a UCI	5 (5.4%)*	87	92 (74.2%)
<b>Total</b>	<b>10 (8.1%)*</b>	114 (91.9%)	<b>124</b>

\* Mortalidad (%)      \*\* Ingreso a UCI (%)

**Tabla 10.- Técnicas de cierre temporal, cierre definitivo y número de planos de cierre definitivo de la pared abdominal en pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.**

Técnica de Cierre de Pared Abdominal	Frecuencia	Porcentaje
<b><i>Técnicas de cierre temporal de la pared abdominal</i></b>		
Funda de polipropileno	121	97.6%
Sistema VAC	2	1.6%
Suturas de retención	1	0.8%
Vacuum pack	0	0.0%
Cierres de cremalleras	0	0.0%
Mallas de marlex	0	0.0%
Superficies adherentes	0	0.0%
<b><i>Técnica de cierre definitivo de la pared abdominal **</i></b>		
Cierre primario	112	90.3%
Injertos o colgajos	4	3.2%
Mallas protésicas	0	0.0%
<b><i>Planos de cierre definitivo</i></b>		
1	33	26.6%
2	83	66.9%

Con relación a la técnica de cierre definitivo de la pared abdominal se realizó en 116 pacientes (93.5%). En la mayoría de los pacientes el cierre se realizó en dos planos (66.9%) (Tabla 10).

En el 71% de los pacientes, el cierre definitivo, se realizó dentro de los primeros 8 días, con un promedio de  $6.59 \pm 0.54$  días (Tabla 12).

**Tabla 11.-** Número de laparotomías y número de laparotomía en la que se instala el abdomen agudo de los pacientes en quienes se utilizó la técnica de abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

<i>Laparotomías (n=124)</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b><i>Número de Laparotomías</i></b>		
1	6	4.8%
2	68	54.8%
3	27	21.8%
4	13	10.5%
5	5	4.0%
6	2	1.6%
7	2	1.6%
9	1	0.8%
<b><i>Número de Laparotomía en que se instala el abdomen abierto</i></b>		
1	114	91.9%
2	10	8.1%

**Tabla 12.-** *Tiempo de cierre definitivo de los pacientes en quienes se utilizó la técnica de abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b><i>Tiempo de cierre definitivo</i></b>		
<= 3 días	45	36.3%
4-8 días	43	34.7%
9-16 días	17	13.7%
17-30 días	11	8.9%
>= 31 días	0	0.0%
<b><i>Otros destinos y acontecimientos</i></b>		
Traslado a otro hospital	0	0.0%
Fallecido	2	1.6%

En relación con las complicaciones, la pérdida de líquidos y proteínas, así como la imposibilidad de cierre fascial definitivo fueron los más importantes con 95.2% y 27.4% respectivamente (Tabla 13); asimismo se presentaron dos casos de abdomen congelado. No se evidenció registros de fistulas entero cutáneas en las historias clínicas, tampoco se describían infecciones sobreagregadas, aunque la mayoría presentaban leucocitosis, eran asumidas como parte del cuadro evolutivo de la enfermedad primaria.

**Tabla 13.- Frecuencia de Complicaciones de los pacientes en quienes se utilizó la técnica de abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo.**

<i>Complicaciones (n=124)</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Pérdidas de líquidos y proteínas	118	95.2%
Imposibilidad de cierre fascial definitivo	34	27.4%
“Abdomen congelado”	2	1.6%
Fístula enteroatmosférica	0	0.0%
Infección sobreagregada	0	0.0%

Facultad de Medicina - UNT



#### IV. DISCUSIÓN

Los estudios demuestran la predominancia del sexo masculino, con porcentaje que oscilan entre 57.2% <sup>19</sup> y 81.6% <sup>20</sup>; nosotros encontramos un 64.5%, similar a los encontrados por Abd W en una población egipcia <sup>21</sup>. Cuenca, sin embargo, encontró una frecuencia similar entre ambos sexos con ligero predominio del sexo femenino <sup>2</sup>. Con relación a la edad se han encontrado dos tendencias diferentes, Pao y Abd encontraron una edad promedio de 35.8 <sup>4</sup> y 37.9 <sup>21</sup> años respectivamente, similares a la nuestra con 37.5; mientras el resto de los autores encuentran medias y medianas de alrededor 60 <sup>19</sup> y 71 <sup>22</sup> años. El 67% de nuestros pacientes oscilaban entre 19 y 65 años mientras Ccocolini encontró grupo etarios predominantes mayores entre 41 y 80 años <sup>19</sup>. Probablemente porque este estudio se realizó en población americana con una esperanza vida mayor que la nuestra.

Las comorbilidades predominantes encontradas por Abd W. fueron: diabetes (18.9%), hipertensión arterial (13.5 %) y otras enfermedades cardiacas (8.1%) <sup>21</sup>. Cuenca también describe a la diabetes e hipertensión dentro de las comorbilidades más frecuentes <sup>2</sup>.

Existe una diversidad de criterios para agrupar clínicamente la indicación de abdomen abierto, nosotros consideramos tres grandes grupos: sepsis intraabdominal, síndrome compartimental y control de daños. Ccocolini encontró a la peritonitis como indicación más frecuente (79.8%). para abdomen abierto, seguido del trauma y las emergencias vasculares <sup>19</sup>. Morais clasificó las indicaciones de abdomen abierto en causas sépticas y hemorrágicas siendo las sépticas las más frecuentes con un 74% <sup>23</sup>; similar a Ccocolini <sup>19</sup> y a nuestros hallazgos. Es importante destacar que Jiménez describió que el 31.2% de las peritonitis se debieron a lesiones de cirugías programadas <sup>24</sup>. El síndrome compartimental, así como el control de daños son indicaciones casi absolutas para el uso de abdomen abierto. El síndrome compartimental represento el 13.7% de las indicaciones, muy similar a los que encontré

Jiménez (15%)<sup>24</sup>, los que difieren en porcentaje a los reportados por Ccoccolini con un 3.5%<sup>3,19</sup>. El control de daños como indicación de abdomen abierto fue reportado por Ccoccolini en un 15.4%<sup>19</sup>, porcentaje mayor que el reportado en nuestro estudio con 4.8%.

Las condiciones primarias, descritas como las patologías que evolucionan a una de las tres grandes indicaciones de abdomen abierto varían de acuerdo al nivel de resolución de la institución de salud; así como la población que se estudia. Muchos estudios solo describen las condiciones primarias: la apendicitis complicada se describen porcentaje entre 48.3 y 51,15<sup>3,19,24</sup> similares a los encontrados por nosotros 37.1%. La perforación intestinal se describe entre 10.81%<sup>21</sup> y 21.78%<sup>23</sup>, este último similar a nuestros hallazgos del 24.8%. La pancreatitis también representa una condición primaria frecuente de abdomen abierto, se reportada en la literatura entre 5.7 % y el 15%<sup>3,19,21,24,23,25</sup>, encontrando en nuestro estudio un porcentaje menor (3.5%). La obstrucción intestinal es, con frecuencia, una condición primaria para utilizar la técnica de abdomen abierto; se han encontrado frecuencias variables, entre 1.9 y 12%<sup>2,20,23</sup>; mientras en el estudio se reportó un 10.5%. La frecuencia del trauma como condición primaria de abdomen abierto ha ido disminuyendo en relación al tiempo. Basilio entre el año 2000 y 2001 reporto 85.7%<sup>20</sup>, Abd entre el año 2007 y 2016 reportó el 32.4%<sup>21</sup>, Ccoccolini entre el 2015 y 2018 reportaron 15.3%<sup>19</sup> y 16.8%<sup>3</sup> y en el nuestro entre 2014 y 2018 encontramos el 4.8%.

La isquemia mesentérica tiene alta probabilidad de terminar en abdomen abierto, su frecuencia como condición primaria oscila entre 3 y 10%<sup>3,19,20,25</sup>; en el estudio encontramos un 4%. Las emergencias vasculares abdominales tienen una frecuencia alta de indicación de abdomen abierto, Ccoccolini reportó un 12.6% de pacientes con abdomen abierto por emergencias vasculares<sup>19</sup>. En el estudio de Pao de abdomen abierto en traumas abdominales, describió al shock profundo y edema tisular severo como las principales causas para decidir

por abdomen abierto <sup>4</sup>. La perforación gástrica es una patología que usualmente requiere abdomen abierto, sin embargo, su frecuencia representativa en abdomen abierto no es muy elevada (5%) <sup>21</sup> similares a los encontrados en nuestro estudio con un 2.5%.

El cierre temporal del abdomen abierto se realizó con funda de propipoliteno en el 97.6% de nuestros pacientes, sistema VAC en 1.6% y suturas de retención en 0.8%. La funda de propipoliteno es un material de fácil acceso, de bajo costo, aceptable resistencia, y adecuada transparencia, sin embargo, los estudios demuestran mejores resultados en morbimortalidad el uso del sistema Vacumm <sup>25</sup>. Abd W solo utilizó la bolsa de Bogotá concluyendo en que es una técnica seguro-efectiva con una mortalidad de 13.5% <sup>21</sup>. Otros estudios reportan otras técnicas en frecuencias variables: Morais reportó un predominio del sistema de vacumm de presión negativa comercial (62%), así también usó el sistema de vacumm artesanal (25%) y solo un 6% de bolsa de Bogotá <sup>23</sup>; Sanchez utilizó en un 48% plástico, 31.5% Dexon y 30% Marlex, describiendo que utilizaron Marlex únicamente por el costo y debido a la frecuencia de fistulas empezaron a utilizar plástico debajo del Marlex; sin embargo, dificultaba la observación por lo que en la actualidad usan solo plástico con mejores resultados <sup>25</sup>. Ccocolini utilizó el NPWT (terapia de presión negativa), considerando que esta técnica permite mayor posibilidad del cierre definitivo de la fascia, que fue del 83% en su estudio <sup>19</sup>; mientras que Basilio utilizando bolsa de Bogotá en un 63%, logro el cierre definitivo de la fascia, solo en el 34% <sup>20</sup>. Sin embargo, en nuestro estudio, aunque también se usó funda de polipropileno en casi la totalidad de los pacientes obtuvimos un cierre definitivo de la fascia en un 66%.

El cierre definitivo se realizó en 116 pacientes, donde el cierre primario representó el 90.3%, asimismo otros autores como Ccocolini, usando NPWT, lograron el cierre definitivo en un 81% de los pacientes <sup>19</sup>, Pao usando solo bolsa de Bogotá, logro un cierre definitivo en un

82%<sup>4</sup>, Abd W usando también bolsa de Bogotá obtuvo una tasa de éxito del cierre primario en un 75%<sup>21</sup>. Morais logró el cierre definitivo solo en un 28%, asociando este resultado al número de reintervenciones, que fue de 2 en los que se pudo cerrar la fascia y 7 en los que no fue posible cerrarla<sup>24</sup>; sin embargo, nosotros obtuvimos cierre definitivo mayor del 90% con un promedio de 2,7 laparotomías.

La estancia hospitalaria es un indicador de importancia en el proceso de recuperación de la salud de las personas, con un impacto directo sobre los costes institucionales; la mediana de la estancia hospitalaria fue de 12.4 días, menor la descrita por otros autores como Basilio y Ccocolini con estancias hospitalarias de 17.3 y 18 días respectivamente<sup>19,20</sup>. Jiménez, Cuenca y Sanchez reportan estancias más prolongadas, entre 42, 48 y 58 días<sup>2.24.25</sup>.

realiza un análisis en relación a los pacientes que sobrevivieron y fallecieron<sup>26</sup>: encontrando 38 días de media en los que sobrevivieron (26 días en nuestro estudio) y 23 días de media para los que fallecieron (13 días en nuestro estudio).

El 25.8% de los pacientes ingresaron a la UCI, porcentaje aún insuficiente, debido a la baja disponibilidad de camas en el servicio en nuestro hospital; sin embargo, la alta mortalidad en este grupo especial de pacientes hace necesario su manejo en una unidad de cuidados intensivos que en algunas realidades llega al 100% de los pacientes portadores de abdomen abierto como en el estudio de Abd<sup>21</sup>. La estancia en UCI fue de 9 días (media 10.9), en comparación a Sanchez, Jiménez, Morais y Ccocoloni con 24, 23.75, 17 y 16.8 días respectivamente<sup>19,23,24,25</sup>, superiores a los encontrados en nuestro estudio.

En nuestro estudio las complicaciones más frecuentes fueron la pérdida de líquidos y proteínas, así como la imposibilidad del cierre definitivo; sin embargo, los estudios reportan otras complicaciones de importancia como la fistula entero atmosférica, con frecuencias del 0 al 25%, siendo importante destacar que los estudios retrospectivo reportan frecuencias más

altas (Entre 9.5 y 27%)<sup>2,25,26</sup>; en contraste los estudios prospectivos que reportan frecuencias más bajas entre (Entre 3 al 9%)<sup>3,21,27</sup>.

El desequilibrio proteico e hídrico estuvo presente en la mayoría de nuestros pacientes (95.2%); este trastorno también fue reportado por Basilio con un 33%<sup>20</sup>, no siendo descrito en el resto de estudios como una complicación. La imposibilidad del cierre definitivo primario también se describe como una complicación, en nuestro estudio se encontró en el 27.4%; mientras Ccocolini reportó un 8.9%<sup>19</sup> y Jiménez reportó un 48.6%<sup>24</sup>. Otra complicación poco frecuente pero importante corresponde al abdomen congelado, encontrado en dos de nuestros pacientes; también reportado por Basilio en un 12%<sup>20</sup>.

Otras complicaciones de importancia descritas en algunos trabajos son las hernias incisionales que van desde el 1.4% al 30%<sup>2,20,21,23</sup>; así como la sepsis recurrente en alrededor del 30% por Basilio y Vega<sup>20,26</sup>.

La mortalidad es el desenlace multifactorial más importante; refleja las condiciones previas del paciente, la agresividad de la enfermedad y la efectividad de la respuesta institucional. La mortalidad encontrada en el estudio fue del 8.3%; aun así, menor de la reportada por otros estudios analizados que oscilan entre 13.5%<sup>21</sup> y 62%<sup>23</sup>, asociados a shock séptico y disfunción multiorgánica.

## **V. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

El abdomen abierto es una técnica necesaria e indispensable para el manejo de pacientes con sepsis intrabdominal, síndrome compartimental y control de daños. La sepsis es la indicación más frecuente, la apendicitis aguda complicada es la condición primaria más importante, la estancia hospitalaria y estancia en uci son menores a los promedios, los trastornos proteicos y de líquidos es la complicación más frecuente; la desnutrición, diabetes, anemia e hipertensión arterial son las comorbilidades más frecuentes. La mortalidad es menor que en los estudios analizados.

## **VI. RECOMENDACIONES**

*Realizar un estudio prospectivo para mejorar el sesgo de información y poder encontrar determinantes de mortalidad.*

*Sistematizar una base de datos para un protocolo que adjunto como sugerencia para contar con información con mayor precisión y predictibilidad de complicaciones y resultados de las técnicas de cierre temporal y definitivo, así como sus complicaciones a fin de brindar mejores oportunidades de recuperación de su salud a los pacientes y reducir los costes hospitalarios en estos pacientes.*

## **VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Sartelli M, Abu-Zidan F, Ansaloni L, Bala M, Beltrán M, Biffi W, et. al. The role of the open abdomen procedure in managing severe abdominal sepsis: WSES position paper. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2015 [citado 12 Set 2018]; 10 (35): 1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4534034/>
2. Cuenca O, Ferreira R, Gamarra J, Segovia H, Rodríguez A, Martínez N, et. al. Resultados en el manejo del abdomen abierto. Nuestra experiencia. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* [Internet]. 2012 [citado 13 Set 2018]; 45 (1): 19-26. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1816-89492012000100002&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492012000100002&lng=en) &HYPERLINK "http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1816-89492012000100002&lng=en" &HYPERLINK "http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1816-89492012000100002&lng=en" pid=S1816-89492012000100002HYPERLINK "http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1816-89492012000100002&lng=en" &HYPERLINK "http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1816-89492012000100002&lng=en" &HYPERLINK "http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1816-89492012000100002&lng=en" lng=en.
3. Coccolini F, Roberts D, Ansaloni L, Ivatury R, Gamberini E, Kluger Y, et. al. The open abdomen in trauma and non-trauma patients: WSES guidelines. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2018 [citado 29 Set 2018]; 13(7): 1-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5797335/>
4. Hsu Y, Wong Y, Fu C, Wang S, Liao C, Ou C, et a. Analysis for Patient Survival after Open Abdomen for Torso Trauma and the Impact of Achieving Primary Fascial Closure: A Single-Center Experience. *Sci Rep* [Internet]. 2018 [citado 06 Oct 2018]; 8 (6213): 1-8. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-24482-0>
5. Berry N, Fletcher S. Abdominal Compartment Syndrome. *BJA CEPD* [Internet]. 2012 [citado 08 Oct 2018]; 12 (3): 110-117. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjaed/article/12/3/110/258792>

6. Klein Y. Closure of the Open Abdomen: a Practical Approach. *Curr Trauma Rep* [Internet]. 2016 [citado 08 Oct 2018]; 2 (4): 196–201. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40719-016-0063-x>
7. Cintra A, Cintra S, Ramírez R, Cintra S, De la Cruz K. Técnica de abdomen abierto en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2014 [citado 13 Set 2018]; 86 (4): 699-707. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1053>
8. Quintero G, Nieto J, Lerma C. *Infección en Cirugía*. Bogotá: Medica Panamericana; 2001.
9. Vásquez L. Evaluación del Uso de la Técnica Bolsa de Bogotá en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado en el Periodo Enero 2010 - Diciembre 2015. [Tesis doctoral]. Arequipa: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín;2016.
10. Callejas L, Pérez J. Caracterización Epidemiológica, Clínica y Quirúrgica de Pacientes con Relaparotomía No Planificada por Trauma Abdominal. [Tesis doctoral]. Guatemala: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
11. Reyes L. Experiencia en el Manejo de Abdomen Abierto con el Uso de Bolsa Mala (Mayor Absorción de Líquido Abdominal) en el Hospital Mónica Pretelini de Febrero de 2009 a Junio de 2012. [Tesis doctoral]. Toluca: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México;2013.
12. Miranda V. Factores Asociados a Mortalidad en Pacientes Manejados con Abdomen Abierto en la Uci del Hospital Universitario del Caribe en el Periodo 2009 – 2010. [Tesis doctoral]. Cartagena de Indias: Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena; 2011.
13. Triveño L, Jáuregui J, Gonzáles J. Eficacia del VAC Artesanal en el Manejo del Abdomen Abierto en el Hospital Belen Trujillo. *Rev. Med. Truj* [Internet]. 2014 [citado 13 Set 2018]; 10 (1): 1-14. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/608>
14. Guevara L. Experiencia en el Uso de Sistema de Cierre Asistido por Vacío en Abdomen Abierto, Pacientes Ingresados en el Hospital Escuela Antonio Lenín



- Fonseca, Noviembre 2015 a Enero 2017. [Tesis doctoral]. Managua: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Autónoma de Nicaragua; 2017.
15. Wainstein E, Sisco J, Guckenheimer P, María L., Sebastián A, Juárez R. Manejo del abdomen abierto mediante vacío con y sin tracción dinámica de la pared abdominal. Rev. argent. cir. [Internet]. 2017 [citado 29 Set 2018]; 109 (3): 1-10. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2250-639X2017000300002&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2017000300002&lng=es) &HYPERLINK "http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S2250-639X2017000300002&lng=es"pid=S2250-639X2017000300002HYPERLINK "http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S2250-639X2017000300002&lng=es"&HYPERLINK "http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S2250-639X2017000300002&lng=es"lng=es.
  16. Montes C. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de la apendicitis en la población pediátrica del Hospital Belén de Trujillo. [Tesis doctoral]. Trujillo: Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
  17. Carnicer E. El cierre temporal de la cavidad abdominal: una revisión. Rev Hispanoam Hernia [Internet]. 2015 [citado 14 Set 2018]; 3 (2): 49–58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255267715000195>
  18. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima: Colegio Médico del Perú; 2007. 17-23 p.
  19. Ccocolini F, Perrina D, Ceresoli M, Kluger Y, Kirkpatrick A, Sartelli M, et. al. Open abdomen and age; results from IROA (International Register of Open Abdomen). The American Journal of Surgery [Internet]. 2019 [citado 30 Nov 2019];. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002961019310323>
  20. Basilio A, López Ó, Olguín A, Delgadillo S. Abdomen abierto. Indicaciones técnicas y consecuencias. Trauma [Internet]. 2005 [citado 2019 Dic 06]; 8 (2): 32-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2005/tm052c.pdf>.
  21. Abd W, Mostafa K, Latif M, Al H. Outcome of open abdomen procedure with Bogota bag for temporary abdominal closure: our experience in Alexandria

- University Hospital. Egypt J Surg [Internet]. 2019 [citado 02 Dic 2019]; 38: 807-13. Disponible en: <http://ejs.eg.net/article.asp?issn=1110-1121;year=2019;volume=38;issue=4;spage=807;epage=813;aulast=Abd;type=3>.
22. Acosta S, Seternes A, Venermo M, Vikagtmaa L, Sörelus K, Wanhainen A, et. al. Open Abdomen Therapy with Vacuum and Mesh Mediated Fascial Traction After Aortic Repair: an International Multicentre Study. Eur J Vasc Endovasc Surg [Internet]. 2017 [citado 02 Dic 2019]; 54: 697-705. Disponible en: [https://www.ejves.com/article/S1078-5884\(17\)30569-5/pdf](https://www.ejves.com/article/S1078-5884(17)30569-5/pdf).
23. Morais M, Gonçalves D, Bessa R, Devesa V, Costa J. The open abdomen: analysis of risk factors for mortality and delayed fascial closure in 101 patients. Porto Biomed. J [Internet]. 2018 [citado 02 Dic 2019]; 3 (2): 1-5. Disponible en: [https://journals.lww.com/pbj/Fulltext/2018/10000/The\\_open\\_abdomen\\_\\_analysis\\_of\\_risk\\_factors\\_for.7.aspx](https://journals.lww.com/pbj/Fulltext/2018/10000/The_open_abdomen__analysis_of_risk_factors_for.7.aspx).
24. Jiménez M. Estudio multicéntrico de abdomen abierto en hospitales españoles. [Tesis para el grado de especialidad]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2017.
25. Sánchez Arias Mario. Abdomen abierto. Acta méd. costarric [Internet]. 2000 [citado 2019 Dic 04]; 42 (2): 76-80. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022000000200008&lng=pt](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022000000200008&lng=pt).
26. Vega F, Millán J, Castillo M, Larrinúa G, Zamudio I, Vázquez J, et. al. Tratamiento de la sepsis abdominal postraumática con técnica de abdomen abierto. Trauma [Internet]. 2001 [citado 02 Dic 2019]; 4 (3): 103-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=2967>
27. Acosta S, Seternes A, Venermo M, Vikagtmaa L, Sörelus K, Wanhainen A, et. al. Open Abdomen Therapy with Vacuum and Mesh Mediated Fascial Traction After Aortic Repair: an International Multicentre Study. Eur J Vasc Endovasc Surg [Internet]. 2017 [citado 02 Dic 2019]; 54: 697-705. Disponible en: [https://www.ejves.com/article/S1078-5884\(17\)30569-5/pdf](https://www.ejves.com/article/S1078-5884(17)30569-5/pdf)

## VIII. APÉNDICE Y ANEXOS

### ANEXO 1

#### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“Características clínico-epidemiológicas y quirúrgicas de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014-2018”**

Fecha de ingreso.....

Nº FICHA .....

Fecha de egreso.....

Nº HC.....

#### DATOS EPIDEMIOLOGICOS

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo: \_\_\_\_\_

3. Comorbilidad(es):

A. DM

B. HTA

C. DESNUTRICION CRONICA

D. VIH

E. Otros

5. Condición primaria que conlleva a la cirugía

A. Obstrucción intestinal

B. Perforación intestinal

C. Trauma |

D. Apendicitis aguda perforada

E. Diverticulitis perforada

F. Pancreatitis aguda severa

G. Otros \_\_\_\_\_

6. Estancia hospitalaria Nº días: \_\_\_\_\_

7. Estancia en UCI Sí (  ) No (  )

Nº de días en UCI: \_\_\_\_\_

#### DATOS CLINICOS

4. Indicación de cirugía de cierre temporal de cavidad abdominal

A. Sepsis intraabdominal

B. Síndrome compartimental

C. Cirugía de control de daños

D. Otros \_\_\_\_\_

8. Complicaciones:

A. Fístula enteroatmosférica

B. Infección sobreagregada

C. Imposibilidad de cierre fascial definitivo

D. “Abdomen congelado”

E. Pérdidas de líquidos y proteínas

F. Otros

**DATOS QUIRURGICOS**

**9. Técnicas de cierre temporal de la pared abdominal**

- A. Bolsa de Bogotá
- B. Sistema VAC
- C. Suturas de retención
- C. Vacuum pack
- D. Cierres de cremalleras
- E. Mallas de marlex
- F. Superficies adherentes

---

---

---

---

**10. Número de laparotomías: \_\_\_\_\_**

**11. Técnica de cierre definitivo de la pared**

- A. Cierre primario
- B. Mallas protésicas
- C. Injertos o colgajos

**12. Tiempo hasta el cierre fascial primario (días): \_\_\_\_\_**

***OBSERVACIONES***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANEXO 7: SOLICITUD AL HRDT**

---

**“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”**

**SOLICITO:** revisión de historias clínicas de pacientes con abdomen abierto hospitalizados en el periodo enero 2014 – diciembre 2018

**Dr. Fernando Gil Rodríguez**

**DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

De mi consideración

Yo, Gloria María Celeste Jiménez Casaretto, alumna del 5to Año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, identificado con DNI N° 47857564, Carnet Universitario N° 1051801614, Email clst\_jc@hotmail.com, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que siendo requisito para optar el grado de bachiller en Medicina la ejecución de mi proyecto de Tesis titulado: “Características clínico-epidemiológicas y quirúrgicas de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014-2018”, el cual consiste en recolectar datos con respecto a la parte epidemiológica, clínica y técnica quirúrgica de dicho procedimiento, por lo que será necesario solicitar las historias clínicas de pacientes con abdomen abierto hospitalizados en el periodo enero 2014 – diciembre 2018.

Por lo expuesto espero acceda a nuestra solicitud por ser de justicia.

Trujillo, 14 de diciembre de 2018

Atentamente:



---

Jiménez Casaretto Gloria María Celeste  
N° de Matrícula: 1051801614



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO  
Fundada por el Libertador Don Simón Bolívar el 10 de Mayo de 1828  
FACULTAD DE MEDICINA  
Inaugurada el 29 de Octubre de 1937



### Unidad de Investigación

#### CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL INFORME FINAL DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Aspectos	Puntajes
<b>1. TÍTULO</b>	
a. Contiene las variables del problema de investigación. No es mayor a quince palabras.	1
b. El título refiere de manera general las variables del problema. Tiene más de 15 palabras.	0.5
c. El título no refleja el contenido del trabajo.	0.1
<b>2. RESUMEN</b>	
a. Tiene no más de 200 palabras y palabras clave.	0.5
b. Tiene más de 200 palabras y palabras clave.	0.3
c. Tiene más de 200 palabras o no tiene palabras clave.	0.1
<b>3. ABSTRACT</b>	
a. Tiene no más de 200 palabras y palabras clave con correcto uso del idioma inglés.	0.5
b. Tiene más de 200 palabras y palabras clave con correcto uso del idioma inglés.	0.3
c. Tiene más de 200 palabras en idioma inglés o no tiene palabras clave o uso incorrecto del idioma inglés.	0.1
<b>4. INTRODUCCIÓN</b>	
a. Se basa en antecedentes de conocimientos previos. El problema está bien sustentado científicamente.	3.5
b. Se basa en antecedentes de conocimientos previos. El problema no está bien sustentado científicamente.	2
c. No se basa en antecedentes de conocimientos previos. El problema no está bien sustentado científicamente.	1
<b>5. MATERIAL Y MÉTODO</b>	
a. La muestra recolectada es representativa, adecuada y plantea un diseño experimental apropiado a la solución del problema.	3
b. La muestra recolectada es representativa, adecuada y no plantea un diseño experimental apropiado a la solución del problema.	2
c. La muestra recolectada no es representativa, ni adecuada.	1

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*

<b>6. RESULTADOS</b>	
a. Presenta los resultados en forma sistemática en función de las variables del problema e incluye pruebas estadísticas, figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	4
b. Presenta los resultados en forma sistemática en función de las variables del problema. No incluye pruebas estadísticas, figuras y tablas de acuerdo a las normas internacionales.	2
c. No presenta los resultados en forma sistemática en función de las variables del problema.	1
<b>7. ANÁLISIS Y DISCUSION</b>	
a. Discute cada uno de los resultados para probar su validez y contrasta con las pruebas estadísticas mencionadas en los resultados. Busca generalizaciones y establecer las posibles implicancias de los nuevos conocimientos.	4
b. Discute algunos resultados para probar su validez y no contrasta con las pruebas estadísticas mencionadas en los resultados. Busca generalizaciones y establecer las posibles implicancias de los nuevos conocimientos.	2
c. Discute algunos resultados para probar su validez y no contrasta con las pruebas estadísticas mencionadas en los resultados. No busca generalizaciones.	1
<b>8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
a. Replantea sumariamente el problema y las características de la muestra. Formula conclusiones lógicas y emite recomendaciones viables.	2
b. Replantea sumariamente el problema y las características de la muestra. No formula conclusiones lógicas o no emite recomendaciones viables.	1
c. No replantea sumariamente el problema, ni las características de la muestra.	0.5
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
a. Presentan citas justificables y asentadas de acuerdo a un solo sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	1
b. No presenta citas justificables que están asentadas de acuerdo a un solo sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	0.5
c. Presenta citas que no se justifican o usa más de un sistema de referencia bibliográfica reconocido internacionalmente	0.2
<b>10. APÉNDICE Y ANEXOS</b>	
a. Presentar valores ordenados sistemáticamente de acuerdo a las normas internacionales.	0.5
b. Presentar valores desordenados, pero de acuerdo a las normas internacionales.	0.3
c. Presentar valores desordenados que no están de acuerdo a las normas internacionales	0.1
<b>CALIFICACIÓN DEL INFORME FINAL</b>	<b>16</b>

*Leubon*

*[Handwritten signature]*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO  
 Fundada por el Libertador Don Simón Bolívar el 10 de Mayo de 1824  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 Inaugurada el 29 de Diciembre de 1977



Unidad de Investigación

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA DEFENSA DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS

Aspectos	Puntajes
<b>1. EXPOSICION</b>	
a. Formalidad lógica, lingüística y metodológica y uso adecuado de medios audio-visuales	5
b. Exposición con formalidad lógica lingüística y metodológica pero no hace uso adecuado de los medios audiovisuales	3
c. Incongruencia en la formalidad lógica, lingüística y metodológica y uso inadecuado de medios audiovisuales.	1
<b>2. CONOCIMIENTO DEL TEMA</b>	
a. Fluidez, dominio del tema y suficiente en responder preguntas	5
b. Fluidez, dominio del tema pero lentitud e inseguridad en las respuestas	3
c. No dominio del Tema, respuestas contradictorias o no responde	1
<b>3. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
a. Relevancia completa de las conclusiones en la salud	4
b. Relevancia parcial	2
c. Ninguna relevancia	1
<b>4. ORIGINALIDAD</b>	
a. Original	4
b. Repetitivo en nuevo ámbito	2
c. Repetitivo	1
<b>5. FORMALIDAD</b>	
a. Presentación personal formal acorde con el acto académico.	3
b. Presentación formal pero no acorde con el acto académico.	1
c. Presentación informal	0.5
<b>CALIFICACIÓN DE LA DEFENSA DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>16</b>

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

INFORME FINAL:  x 3 =   
 DEFENSA DE LA TESIS:  x 1 =   
 SUBTOTAL/4 = NOTA:

Jurado:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACION:**

Nombre: Características Clínico Epidemiológicas y Quirúrgicas en parvovirus con Histiocitos  
Realizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2014 - 2018  
 Autor: Gloria María Celeste Jiménez Casoretto

**CALIFICACIÓN FINAL:**  
 (Promedio de las 03 notas del Jurado)

**Dieciséis (16)**

JURADO:	Nombre	Código Docente	Firma
Presidente:	<u>Dr. Celis</u>	<u>4120</u>	<u>[Firma]</u>
Grado Académico:	<u>Maestría</u>		
Secretario:	<u>Dr. Augusto Salguero</u>	<u>6219</u>	<u>[Firma]</u>
Grado Académico:	<u>Doctor</u>		
Miembro:	<u>Dr. José Riverte Chico</u>	<u>5639</u>	<u>[Firma]</u>
Grado Académico:	<u>Maestría</u>		

Observaciones:

## CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Yo, Dr. Edwin Leonardo García Gutiérrez, docente del Departamento Académico de Cirugía de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Trujillo, y Médico del Servicio de Cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo.

### CERTIFICO

Ser asesor de la tesis titulado: **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS DE PACIENTES CON ABDOMEN ABIERTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO 2014-2018”**, cuyo autor es la alumna Gloria María Celeste Jiménez Casaretto, identificado con DNI N° 47857564, estudiante del 6° año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.

Trujillo, 21 de marzo del 2021



Dr. Edwin L. García Gutiérrez  
CIRUGÍA GENERAL Y LAPROSCÓPICA  
C.M.P. 35233 R.M.E. 21493

---

*Dr. Edwin Leonardo García Gutiérrez*

**ASESOR**

## CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Yo, Dr. Alan Gonzalo Sánchez Medina, docente del Departamento Académico de Cirugía de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Trujillo, y Médico del Servicio de Anestesiología del Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta.

### CERTIFICO

Ser asesor de la tesis titulado: **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS DE PACIENTES CON ABDOMEN ABIERTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO 2014-2018”**, cuya autora la alumna Gloria María Celeste Jiménez Casaretto, identificado con DNI N° 47857564, estudiante del 6° año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.

Trujillo, 21 de marzo del 2021



---

*Dr. Alan Gonzalo Sánchez Medina*

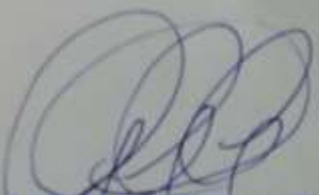
**ASESOR**

## CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL INFORME FINAL DE TESIS

Por la presente yo, Dr. Edwin Leonardo García Gutiérrez, docente del Departamento Académico de Cirugía de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Trujillo, asesor de la tesis: **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS DE PACIENTES CON ABDOMEN ABIERTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO 2014-2018”**, de quien es autora Gloria María Celeste Jiménez Casaretto, identificada con DNI N° 47857564, estudiante del 6° año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, dejo constancia que revisado esta tesis y el informe final se encuentra terminado, por lo cual la autora se halla en condiciones de iniciar el proceso para sustentación.

Se expide el presente, a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

Trujillo, 21 de marzo del 2021



Dr. Edwin L. García Gutiérrez  
CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA  
CMP 35223 PNE 21843

*Dr. Edwin Leonardo García Gutiérrez*

**ASESOR**

## CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL INFORME FINAL DE TESIS

Por la presente yo, Dr. Alan Gonzalo Sánchez Medina, docente del Departamento Académico de Cirugía de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Trujillo, asesor de la tesis: **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y QUIRÚRGICAS DE PACIENTES CON ABDOMEN ABIERTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO 2014-2018”**, de quien es autora Gloria María Celeste Jiménez Casaretto, identificada con DNI N° 47857564, estudiante del 6° año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, dejo constancia que revisado esta tesis y el informe final se encuentra terminado, por lo cual el autor se halla en condiciones de iniciar el proceso para sustentación.

Se expide el presente, a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

Trujillo, 21 de marzo del 2021



---

***Dr. Alan Gonzalo Sánchez Medina***

***ASESOR***



RECTORADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO  
DECLARACIÓN JURADA

Los AUTORES suscritos en el presente documento DECLARAMOS BAJO JURAMENTO que somos los responsables legales de la calidad y originalidad del contenido del Proyecto de Investigación Científica, así como del Informe de la Investigación Científica realizada.

TITULO:

“Conocimientos, actitudes y practicas sobre prevención del cáncer cervical en el Hospital Santa Isabel - El Porvenir durante el periodo enero-julio 2020”

PROYECTO DE INVESTIGACION CIENTÍFICA

PROY. DE TRAB. INVESTIGACIÓN (PREGRADO) ( )  
 PROYECTO DE TESIS PREGRADO ( )  
 PROYECTO DE TESIS MAESTRÍA ( )  
 PROYECTO DE TESIS DOCTORADO ( )

INFORME FINAL DE INVESTIGACION CIENTIFICA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (PREGRADO) ( )  
 TESIS DE PREGRADO (X)  
 TESIS DE MAESTRÍA ( )  
 TESIS DE DOCTORADO ( )

Equipo Investigador Integrado por:

APELLIDOS Y NOMBRES	FACULTAD	DEP. ACADÉMICO	CATEGORIA DOCENTE ASESOR	CÓDIGO DOCENTE ASESOR NUMERO MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE	AUTOR COAUTOR ASESOR
Jiménez Casaretto Gloria María Celeste	Medicina	----	-----	1051801614	Autora
Dr. Edwin Leonardo García Gutiérrez	Medicina	Cirugía	Asociado tiempo completo	6418	Asesor
Dr. Alan Gonzalo Sánchez Medina	Medicina	Cirugía	Asociado tiempo completo	6343	Asesor

Trujillo, 30 de abril del 2021

FIRMA Jiménez Casaretto Gloria María Celeste  
 Nº de Matrícula: 1051801614



47857564  
 DNI

FIRMA Dr. Edwin Leonardo García Gutiérrez  
 Código docente: 6418



19082038  
 DNI

FIRMA Dr. Alan Gonzalo Sánchez Medina  
 Código docente: 6343

40466979  
 DNI



**RECTORADO**

Anexo R.R N° 384-2018/UNT Pág 5 de 5

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN EN REPOSITORIO DIGITAL RENATI-SUNEDU**

Trujillo, 30 de abril del 2021

Los AUTORES suscritos del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA

**TITULADO:**

"Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención del cáncer cervical en Hospital Santa Isabel – El Porvenir durante el periodo enero-julio de 2020"

**AUTORIZAMOS SU PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL, REPOSITORIO RENATI-SUNEDU, ALICIA-CONCYTEC CON EL SIGUIENTE TIPO DE ACCESO:**

- A. Acceso Abierto:
- B. Acceso Restringido:  (Datos del Autor y resumen del trabajo)
- C. NO autorizo su Publicación:  Si eligió la opción restringido o NO autoriza su publicación sírvase a justificar.

ESTUDIANTE DE PRE GRADO:	TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:	<input type="checkbox"/>	TESIS:	<input checked="" type="checkbox"/>
ESTUDIANTE DE POSTGRADO:	TESIS DE MAESTRÍA:	<input type="checkbox"/>	TESIS DE DOCTORADO:	<input type="checkbox"/>
DOCENTES:	INFORME DE INVESTIGACIÓN:	<input type="checkbox"/>	OTROS:	<input type="checkbox"/>

El equipo investigador integrado por:

APELLIDOS Y NOMBRES	FACULTAD	DEP. ACADÉMICO	CATEGORIA DOCENTE ASESOR	CÓDIGO DOCENTE ASESOR NUMERO MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE	AUTOR COAUTOR ASESOR
Jiménez Casanetto Gloria María Celeste	Medicina	----	----	1051801614	Autora
Dr. Edwin Leonardo García Gutiérrez	Medicina	Cirugía	Asociado tiempo completo	6418	Asesor
Dr. Alan Gonzalo Sánchez Medina	Medicina	Cirugía	Asociado tiempo completo	6343	Asesor

Trujillo, 30 de abril del 2021

  
**FIRMA** Jiménez Casanetto Gloria María Celeste  
 Nº de Matrícula: 1051801614

47857564

DNI



**FIRMA** Dr. Edwin Leonardo García Gutiérrez  
 Código docente: 6418

19082038

DNI



**FIRMA** Dr. Alan Gonzalo Sánchez Medina  
 Código docente: 6343

40466979

DNI