



UNAP



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS DEL VÓLVULO
DE SIGMOIDES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO ENERO 2015 AGOSTO 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN MEDICINA HUMANA VÍA RESIDENTADO
MÉDICO CON MENCIÓN EN **CIRUGÍA GENERAL**.**

PRESENTADO POR:

HARRY HERNAN VELA FACHIN

ASESOR:

M.C. CESAR ENRIQUE MEDINA GARCIA, Mgr.

IQUITOS, PERÚ

2022



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"Rafael Donayre Rojas"
UNIDAD DE POS GRADO



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN N° 001-DUPG-FMH-UNAP-2022

En la ciudad de Iquitos, en la Dirección Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana, a los 11 días del mes de marzo del año 2022; a horas 12:00, se dio inicio a la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – QUIRÚRGICOS DEL VÓLVULO DE SIGMOIDES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENERO 2015 AGOSTO 2018" ; con Resolución Decanal N° 006-2022-FMH-UNAP, del 13 de enero del 2022 presentado por el Médico Cirujano HARRY HERNAN VELA FACHIN, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana, vía Residentado Médico, con mención en **Cirugía General**, de la Facultad de Medicina Humana "Rafael Donayre Rojas" de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, en la modalidad presencial, que otorga la universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 336-2021-FMH-UNAP, del 16 de noviembre del 2021, está integrado por:

Dr. Beder Camacho Flores
Mc. Jharley Di Stilger Pinchi Torres
Mc. Sergio Ruiz Tello

Presidente
Miembro
Miembro

Luego de haber revisado y analizado con atención el Proyecto de Investigación; El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

El Proyecto de Investigación ha sido: Aprobado por Unanimidad con la Calificación: **29 (diecinueve)**

Estando el Médico Cirujano apto para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana Vía Residentado Médico con Mención en **Cirugía General**.

Siendo las 13:00 horas, se dio por terminado el acto.



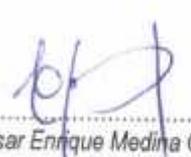
 Dr. Beder Camacho Flores
Presidente



 Mc. Jharley Di Stilger Pinchi Torres
Miembro



 Mc. Sergio Ruiz Tello
Miembro



 Mc. César Enrique Medina García
Asesor

PROYECTO DE INVESTIGACION APROBADO EL 11 DE MARZO DE 2022, A LAS 13: 00 HORAS, EN LA DIRECCION UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS, PERÚ



Dr. Beder Camacho Flores
PRESIDENTE



Mc. Jharley Dr Silger Pinchi Torres
MIEMBRO



Mc. Sergio Ruiz Tello
MIEMBRO



Mc. Cesar Enrique Medina Garcia
ASESOR

INDICE

	Páginas
Portada.....	01
Acta.....	02
Jurados.....	03
Índice	04
RESUMEN.....	05
Abstract.....	06
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	07
1.1 Descripción de la situación problemática.....	07
1.2. Formulación del problema.....	08
1.3. Objetivos.....	09
1.3.1 Objetivo general.....	09
1.3.2 objetivos específicos.....	09
1.4. Justificación.....	09
1.4.1 Importancia.....	09
1.4.2 viabilidad.....	10
1.5 Limite.....	10
CAPITULO II MARCO TEORICO.....	10
2.1. Antecedentes.....	10
2.2. Base Teóricas.....	12
2.3. Definición de términos básicos.....	17
CAPITULO III VARIABLES.....	17
3.1. Variable dependiente.....	17
3.2. Variable independiente.....	18
3.3. Operacionalizacion de variables.....	19
CAPITULO IV METODOLOGIA.....	21
4.1. Diseño metodológico.....	21
4.2. Diseño muestral.....	21
4.3. Técnica e instrumento de recolección de datos	22
4.4. Procesamiento y análisis de la información.....	23
4.5. Aspectos éticos.....	23
COSTO TOTAL DEL PROYECTO.....	24
CRONOGRAMA.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	26
ANEXOS.....	28
1. Matriz de consistencia.....	28
2. Instrumentos de recolección de datos.....	30

Resumen

OBJETIVO GENERAL: Determinar las características clínico quirúrgicos del Vólvulo de Sigmoides en pacientes tratados quirúrgicamente en el servicio de Cirugía del Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero 2015 a agosto 2018. **MATERIALES Y METODOS:** La metodología es de tipo cualitativo porque se recogen y se analiza e interpretan datos a través de instrumentos diseñados para un fin específico, Observacional. Porque tiene como objetivo establecer los funcionamientos que existe entre los conceptos o variables, en un contexto en particular, descriptivo. Porque se describe ciertas características de una situación particular, Transversal. Porque realiza la o las mediciones en un punto de tiempo determinado, la población de estudio estuvo representado por el total de historia clínicas de pacientes con diagnóstico de cirugía por vólvulo de sigmoides que según información respectiva, correspondió a 21 casos, entre Enero a diciembre del 2020. **CONCLUSIONES:** La obstrucción intestinal producida por el vólvulo de colon sigmoides, es una de las emergencias quirúrgicas más frecuentes en los hospitales andinos del Perú, varios factores interactúan para la formación de un vólvulo del sigmoide, los cuales se pueden dividir en factores necesarios, factores predisponentes y factores precipitantes, además la sintomatología son los de una obstrucción intestinal aguda ya que los pacientes presentan distensión del abdomen, náuseas y vómitos, estos síntomas progresan con rapidez a dolor e hipersensibilidad generalizados del abdomen, fiebre y leucocitosis e indican gangrena, perforación, o ambas cosas. Las bases del tratamiento inicial no quirúrgico son la descompresión abdominal, mediante la evacuación del contenido intraluminal proximal y la reposición de la rotación colónica sobre su eje para restaurar la circulación sanguínea enteral, mientras que el tratamiento quirúrgico de urgencia debe guiarse por el estado general del paciente y el estado del asa en el acto quirúrgico. Para decidir la técnica a realizar resultan de gran importancia las condiciones generales del paciente y las condiciones locales del colon.

Abstract:

GENERAL OBJECTIVE: To determine the clinical and surgical characteristics of Sigmoid Volvulus in patients treated surgically in the Surgery Service of the Regional Hospital of Loreto during the period from January 2015 to August 2018. **MATERIALS AND METHODS:** The methodology is qualitative because they are collected and Data is analyzed and interpreted through instruments designed for a specific purpose, Observational. Because it aims to establish the workings that exist between the concepts or variables, in a particular, descriptive context. Because it describes certain characteristics of a particular situation, Transversal. Because it performs the measurement (s) at a certain point of time, the study population was represented by the total clinical history of patients diagnosed with surgery for sigmoid volvulus, which according to the respective information, corresponded to 21 cases, between January and December of 2020. **CONCLUSIONS:** Intestinal obstruction produced by sigmoid colon volvulus is one of the most frequent surgical emergencies in Andean hospitals in Peru, several factors interact for the formation of a sigmoid volvulus, which can be divided into necessary factors , predisposing factors and precipitating factors, in addition the symptoms are those of an acute intestinal obstruction since patients present distension of the abdomen, nausea and vomiting, these symptoms rapidly progress to generalized pain and hypersensitivity of the abdomen, fever and leukocytosis and indicate gangrene, perforation, or both. The bases of initial non-surgical treatment are abdominal decompression, by evacuating the proximal intraluminal content and repositioning the colonic rotation on its axis to restore enteral blood circulation, while emergency surgical treatment should be guided by the general condition of the patient. patient and the state of the loop in the surgical act. To decide the technique to perform, the general conditions of the patient and the local conditions of the colon are of great importance.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Obstrucción intestinal causada por vólvulo sigmoideo, Es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes en los hospitales andes peruanos. Hay escritos que muestran que esta patología. Se originó en el antiguo Egipto y más tarde se describió como hindúes. Desde la antigüedad, el pueblo quechua lo ha llamado "CHITI WICSA" (hinchazón del abdomen) y aimara "CHITI USO" (enfermedad), asociado con la ingestión de papas "nuevas" (ACHU CHOGUE) porque Ocurre con frecuencia durante la cosecha.¹

El vólvulo sigmoideo se puede ver en múltiples latitudes. Sin embargo, es más frecuente en los países escandinavos, eslavos y germánicos, así como en India e Irán. Como factor común podemos destacar que la frecuencia con la que se presenta puede atribuirse a la ingesta de una dieta rica en vegetales (fibra). Por su parte, Byron, Orestia y Cueva mencionaron la presencia de otros factores que aumentan el riesgo de desarrollar esta patología, como: estreñimiento crónico, adherencias, aumento de la movilidad colónica y cambios en la motilidad intestinal. También se cree que un alto consumo de alimentos fermentables es un factor importante. La mayoría de los pacientes son atendidos durante las épocas de cosecha y siembra, época en la que aumenta su consumo.^{2 3}

El vólvulo de sigmoide es una emergencia frecuente en los hospitales de la región andina de Sudamérica. Representa más del 50% de todas las obstrucciones intestinales y sigue siendo una alta tasa de mortalidad. ⁴

Las manifestaciones clínicas del vólvulo sigmoideo pueden ocurrir de forma aguda, aguda o crónica. El dolor abdominal generalizado, la hipersensibilidad, la fiebre y la hipovolemia sugieren estrangulación.

El diagnóstico se confirma en el 50-60% de los pacientes con radiografías simples de abdomen. Ante la duda, un enema de bario a baja presión y control

fluoroscópico puede confirmar el diagnóstico. En las radiografías simples, son característicos el signo del grano de café y la gran dilatación del colon sigmoide. En la vista del enema de bario, se pueden ver signos de pico de pájaro. El enema de bario está contraindicado cuando se sospecha gangrena o perforación del asa.

El tratamiento no quirúrgico del vólvulo sigmoideo consiste en vólvulo inverso utilizando un colonoscopio flexible o proctosigmoidoscopio, con la aplicación de una sonda rectal para mantenerlo igual. Algunos autores recomiendan conservar el catéter de fijación sigmoidea durante 4 semanas.

Hay una alta tasa de recurrencia con este procedimiento, que va del 46 al 90%. Además, con la dislocación, existe el riesgo de gangrena indetectable o perforación del colon sigmoide. Los métodos quirúrgicos para el tratamiento del vólvulo sigmoideo se dividen en escisión y no escisión. El estado general del paciente y el estado local del colon son muy importantes a la hora de decidir la técnica a realizar. ⁵

Los factores de riesgo para vólvulo de sigmoide descritos en la literatura nacional y mundial contrastan fuertemente con la situación actual en nuestra región, sin embargo, la proporción de pacientes atendidos en nuestro hospital es bastante alta.

Sin embargo, la documentación insuficiente de los procedimientos quirúrgicos realizados impide obtener datos precisos sobre el manejo epidemiológico adecuado. Esta situación me motivó a emprender este trabajo para determinar las características clínicas y quirúrgicas de esta patología en poblaciones amazónicas para implementar un sistema de registro óptimo para obtener más datos para futuras investigaciones.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características clínicas y quirúrgicas del vólvulo de sigmoideo en pacientes atendidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” entre enero de 2015 y agosto de 2018?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar las características clínicas y quirúrgicas del vólvulo de sigmoideo en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el quirófano del Hospital Regional de Loreto entre enero de 2015 y agosto de 2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la edad, sexo y procedencia de los pacientes intervenidos de vólvulo de sigmoideo.
2. Aclarar las características clínicas del vólvulo de sigmoideo en pacientes tratados con cirugía.
3. Determinar las características quirúrgicas del vólvulo de sigmoideo en pacientes intervenidos quirúrgicamente.

1.4 JUSTIFICACIÓN

1.4.1. IMPORTANCIA.

En una amplia revisión de la literatura sobre obstrucción intestinal por vólvulo, la incidencia oscila entre el 4% (Estados Unidos). El vólvulo sigmoideo peruano es el más común, representando el 75%. Según estudios realizados, el vólvulo sigmoideo es más común en hombres (65%) y más común en pacientes de 50 y 60 años. El vólvulo cecal es más común en mujeres y pacientes más jóvenes. ⁶

En el departamento de Loreto no se realizaron estudios relacionados con la patología del vólvulo de sigmoideo. Si no se aborda oportunamente esta patología que amenaza la vida y no se cuenta con un conocimiento teórico adecuado a la realidad de los pacientes de monte, los resultados de este estudio permitirán tomar acciones para mejorar el manejo integral y la calidad de atención de los pacientes con esta vida. -Patología amenazante.

1.4.2 FACTIBILIDAD.

Teniendo en cuenta que el vólvulo sigmoideo es una patología amenazante para la vida. El trabajo actual tiene como objetivo mejorar utilizando el instrumento y Dispositivos básicos de fácil acceso para un diagnóstico rápido y correcto para un correcto manejo quirúrgico

1.5. LÍMITE.

Falta de herramientas para procesar y obtener un correcto diagnóstico anatomopatológico. Está implícito la deficiencia en los registros médicos para reconocer e identificar los casos de vólvulo sigmoideo.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES.

En 2013, Natalie Mendoza señaló lo siguiente: Entre los afectados predominan los hombres entre 61 y 92 años. Para la resolución del vólvulo sigmoideo, la resección intestinal y la anastomosis primaria y la colostomía de Hartmann son las técnicas más utilizadas. Las complicaciones abdominales ($p = 0,005$), dehiscencia de la anastomosis ($p = 0,005$), íleo postoperatorio ($p = 0,015$) y reoperación ($p = 0,005$) ocurrieron en los pacientes a los que se les realizó resección intestinal y anastomosis primaria con mayor tasa.

La cirugía no fue significativa para causa de muerte ($p = 0,836$), tiempo postoperatorio ($p = 0,111$) y comportamiento evolutivo al alta ($p = 0,836$).

CONCLUSIONES: Los pacientes sometidos a cirugía de vólvulo sigmoideo con resección intestinal y anastomosis primaria tienen una progresión clínica significativamente menor que la colostomía tipo Hartmann. ⁹

2011 Quintana, Miguel & Gracia, Cosme. Encontraron que la edad media era de $55,2 \pm 10,8$ años, con un rango entre 39 y 84 años. El género predominante es el masculino y más del 70% son de zonas rurales. Entre los síntomas, el dolor abdominal estuvo presente en todos los casos, el 93,10% presentó distensión abdominal, y el 86,20% no pudo descartar flatulencia. La duración media de la enfermedad fue de $24,2 \pm 28,1$ horas. Predominó el vólvulo de sigmoide (81%), de los cuales el 24,15% eran gangrenosos. La técnica de

resección + anastomosis terminoterminal fue el procedimiento más frecuente (84,45%). Las suturas biplanas fueron las más comunes (95%). Las complicaciones ocurrieron en 25,85% de los casos, siendo las más frecuentes dehiscencia de anastomosis más shock séptico (5,10%), infección de herida quirúrgica (5,10%) y fístula enterocutánea (3,45%), 09 casos (15,50%) y muerte 08 casos (10,30%). %), de los cuales 1 falleció durante la operación. La conclusión fue que se observó una alta frecuencia de dolor abdominal y distensión abdominal entre las características clínicas. Dependiendo del manejo de la enfermedad, la cirugía de emergencia se puede realizar en una etapa en un asa intestinal viable, y si la necrosis del asa se limita al colon sigmoide y la elección de la técnica quirúrgica es la más adecuada, la morbilidad dependerá de otros factores de riesgo. Las complicaciones más frecuentes son la dehiscencia de la anastomosis y la infección de la herida quirúrgica. Atribuimos la tasa de mortalidad relativamente baja a la correcta elección de la técnica quirúrgica utilizada en cada caso de vólvulo. ⁸

2014, Julio, Castillo. Se encontraron un total de 43 casos de vólvulo de sigmoideo que representan el 34,68%, de ellos 27 casos de intervención quirúrgica y 15 casos de complicaciones posteriores a la intervención quirúrgica que representan el 55,6%, siendo los resultados: ocupando el primer lugar que el vólvulo de sigmoides ocupa los primeros lugares en frecuencia junto a las obstrucciones producidas por bridas y adherencias dentro de toda la patología obstructiva y que presenta una incidencia aproximada de 7,8 por 1000 egresos. Más frecuente en pacientes de Arequipa, seguido de los departamentos de Puno y Cusco, confirmando que esta es una patología más frecuente en los residentes que viven por encima de los 3000 msnm, donde predomina el dolor abdominal en situaciones clínicas (100%) con distensión abdominal en un 95,35 %, náuseas y vómitos en el 81,4%, distensión abdominal en el 93,02%, heces y gases no excretados en el 86%, y la fiebre fue un signo encontrado solo en la tercera parte de los pacientes. Finalmente, las infecciones del tracto respiratorio, la peritonitis, las bridas y las adherencias fueron más comunes entre las complicaciones posoperatorias, pero también se presentaron abscesos residuales, fístulas

enterocutáneas, eventraciones abdominales e íleo a largo plazo, pero con menor frecuencia. ⁹

2018 CONDORI, José. Realicé un estudio de 50 pacientes, 78% hombres y 22% mujeres, con una edad promedio de 58,46 años, el grupo de edad más común fue el de 60+, y los más comunes fueron de la zona rural (78%). visto en hombres mayores de 60 años en áreas rurales, las fístulas enterocutáneas fueron las más comunes (10%). La relación entre la duración de la enfermedad y la estancia hospitalaria y las complicaciones postoperatorias fue significativa, no así el tiempo intraoperatorio, la resección intestinal y la rotación intestinal. Conclusión: La duración de la enfermedad fue estadísticamente significativa en la respuesta posoperatoria y las complicaciones posoperatorias en pacientes con vólvulo de sigmoide; el origen, la linfocitosis, la hemoglobina y el hematocrito no se asociaron significativamente con las complicaciones posoperatorias durante la relación hospitalaria. ¹⁰

2.2 BASE TEORICA.

1. DEFINICIÓN.

Un vólvulo sigmoide es una torsión del colon sigmoide sobre su eje y mesenterio lo suficiente como para causar síntomas. Estos son causados por el estrechamiento de su luz, la estrangulación de los vasos sanguíneos o ambos.

2. CAUSA.

La formación del vólvulo sigmoideo tiene muchos factores de interacción, que se pueden dividir en factores necesarios, factores predisponentes y factores precipitantes. El factor necesario es un colon sigmoide redundante con un mesenterio estrecho. Los principales factores predisponentes en nuestro medio son la colitis por retracción y una entidad recientemente descrita en la región andina denominada Dolicomegacolon andino (DCMA). La alta ingesta de alimentos fermentables, el uso excesivo de catárticos y laxantes, el embarazo y la masa pélvica son los principales desencadenantes del vólvulo.

3. CLASIFICACIÓN.

En cuanto a los vólvulos sigmoideos, se clasifican en primarios (cuando se producen por una malrotación congénita del intestino) o secundarios (cuando se producen por la rotación del exceso de colon sigmoideo alrededor de su estrecho meso, por torsión del mismo alrededor de una banda o entorno a un estoma).¹³También clasificado como complejo o no complicado dependiendo de la presencia o ausencia de signos de necrosis. ¹⁴

4. CUADROS CLÍNICOS.

El síntoma del vólvulo es la obstrucción intestinal aguda. El paciente presentó distensión abdominal, náuseas y vómitos. Los síntomas progresan rápidamente a dolor y sensibilidad abdominal generalizada, fiebre y leucocitosis sugestiva de gangrena, perforación o ambas. A veces, los pacientes informan una historia prolongada de obstrucción intermitente y síntomas de hinchazón, lo que sugiere un vólvulo crónico intermitente. ¹⁵

DOLOR

Este es el síntoma más común de obstrucción intestinal. En el íleo paralítico y la obstrucción de etiología mecánica o persistente de isquemia, es un dolor progresivo mal localizado con características de cólico. Nunca se irradia externamente al abdomen, característica que la distingue de otras manifestaciones clínicas, como el cólico biliar o el cólico ureteral. No responde con medicamentos, simplemente desaparece con la eliminación del bloqueo o la relajación completa de la musculatura intestinal.

En la obstrucción intestinal con vasos sanguíneos dañados, el dolor suele ser muy intenso, acompañado de hipotensión y taquicardia, pero las contracciones intestinales periódicas son poco notorias y se presentan solo al principio, por lo que son transitorias. La compresión de los nervios sensoriales dañados produce un dolor sordo persistente que se extiende por todo el abdomen, a menudo se irradia a la espalda y enmascara los calambres.

Cuanto más alta sea la posición del obstáculo, más intenso será el dolor. De hecho, las obstrucciones del intestino delgado tienen un peristaltismo más fuerte y contracciones más cortas (cada 4-5 minutos). Por el contrario, en la obstrucción del colon, las contracciones son más lentas, más largas y menos intensas (cada 15-20 minutos). Solo en el íleo funcional el dolor es menos pronunciado, porque en ellos solo hay dilatación y no peristaltismo.

HINCHAZÓN.

A la exploración, el abdomen estaba distendido y timpánico. Este es el resultado de la expansión del asa intestinal llena de aire y líquido, lo que conduce a un aumento en el volumen del contenido abdominal y su diámetro, con los efectos fisiopatológicos correspondientes.

VÓMITO

El vómito es reflejo al comienzo del cuadro y es el resultado del dolor y la hinchazón, pero a medida que avanza la obstrucción se debe al reflujo del contenido circulante. Primero son digeridos, luego bilis o contenido intestinal, luego muestras fecales.

AUSENCIA DE EMISION DE GASES Y HECES

Como en el caso de un vólvulo sigmoideo, hay una separación significativa de gas y material fecal dentro del vólvulo y por encima de la obstrucción del intestino grueso o del vólvulo, y el resto del líquido, gas y masa fecal también se acumula debajo de la obstrucción. Hay un colapso en el segmento terminal, por lo que hay una señal de que no hay absolutamente ninguna exclusión de gas y heces, por lo que el aumento de la flora bacteriana puede causar hinchazón debido al aumento y acumulación de gas en el vólvulo.

Los pacientes con vólvulo sigmoideo suelen tener antecedentes de episodios previos de dolor abdominal y distensión abdominal. La presentación clínica es íleo mecánico, manifestado por cólicos abdominales, distensión abdominal, estreñimiento severo o ausencia de gases y defecación. Si tiene antecedentes de cirugía, es importante un examen físico para evaluar el tipo de hinchazón,

distensión abdominal, defensas abdominales, ruidos intestinales y cicatrices abdominales.

La duración de los síntomas puede oscilar entre 10 horas y 5 días, y existe una relación significativa entre la duración de los síntomas y el tipo de procedimiento quirúrgico requerido ⁴. El vólvulo puede causar una oclusión vascular mesentérica temprana para formar un asa cerrada de obstrucción. El grado de dolor abdominal en estos pacientes fue desproporcionado con los hallazgos del examen físico.

En todos los pacientes con íleo, el grado de distensión puede dar pistas sobre la ubicación de la obstrucción, ya que la distensión es mayor en las obstrucciones distales. Las hernias y la hinchazón suelen ser difíciles de evaluar en pacientes obesos. En pacientes sin antecedentes de cirugía reciente, se debe realizar un tacto rectal para buscar signos de malignidad que estén causando la obstrucción.

Para el vólvulo de sigmoide, el 85% de los pacientes presentó clínica de dolor abdominal y obstrucción intestinal, y el 81% presentó distensión abdominal severa y defensas abdominales. En cuanto a los ruidos intestinales, el 47% de los pacientes tenían ruidos intestinales metálicos, y el 31% de los pacientes tenían ruidos intestinales reducidos o ausentes, por lo que las manifestaciones clínicas de vólvulo de colon se consideran inespecíficas (distensión abdominal aguda o recurrente, vómitos y sepsis) en casos graves.

Debido a estos síntomas inespecíficos, la evaluación adecuada de los hallazgos de imagen es importante para el diagnóstico temprano.

Los signos clínicos de leucocitosis, fiebre o irritación peritoneal sugieren la presencia de gangrena intestinal, lo que constituye una emergencia quirúrgica y empeora el pronóstico. Aunque los pacientes con emergencias intraabdominales pueden tener fiebre, algunos pacientes con sepsis grave pueden tener hipotermia. El hemograma y el lactato son útiles para identificar la isquemia, aunque no son sensibles ni específicos para la isquemia mesentérica. ¹⁶

5. TRATAMIENTO

A menos que haya signos evidentes de gangrena o peritonitis, el tratamiento inicial del vólvulo sigmoide consiste en reanimación seguida de destorsión endoscópica. Esto último se logra más fácilmente con un proctoscopio rígido, pero también puede ser eficaz un sigmoidoscopio o un colonoscopio flexibles. Se puede insertar un tubo rectal para mantener una presión reducida. Aunque estas técnicas lograron reducir el vólvulo sigmoideo en la mayoría de los pacientes, el riesgo de recurrencia fue alto (40%). Por esta razón, la sigmoidectomía electiva debe realizarse una vez que el paciente esté estable y el intestino esté bien preparado. La evidencia clínica de gangrena y perforación justifica la exploración quirúrgica inmediata sin intentar la descompresión endoscópica. Asimismo, los hallazgos endoscópicos de necrosis de la mucosa, ulceración o sangre oscura sugieren estrangulación y son una indicación para la cirugía. Si se encuentra un intestino muerto durante la laparotomía, el procedimiento más seguro es la sigmoidectomía y la colostomía terminal (procedimiento de Hartmann).¹⁷

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

El vólvulo agudo en la mayoría de los pacientes puede tratarse inicialmente sin cirugía. El primer intento de reducir el vólvulo es insertar un tubo rectal flexible más allá del punto del vólvulo, lo que puede proporcionar una descompresión significativa. La base para el tratamiento no quirúrgico inicial del vólvulo sigmoideo es la descompresión abdominal para restaurar la circulación intestinal mediante el drenaje del contenido luminal proximal y el reposicionamiento del colon para que gire sobre su eje. Si el paciente no presenta signos de irritación peritoneal o necrosis intestinal, también se puede intentar colocar primero el enema de evacuación en posición de rodilla o vía transrectal con la ayuda de una proctosigmoidoscopia rígida, de lo contrario existe riesgo de perforación. La luxación mediante un dispositivo de proctosigmoidoscopia flexible permite evaluar el estado de la mucosa del asa lesionada, además de poder manipular partes más proximales, que son útiles en casos de vólvulo cecal, por ejemplo, también permite una adecuada compensación y preparación de intervenciones para la cirugía electiva del paciente. La tasa de recurrencia de la colonoscopia con un solo tratamiento es del 40% al 50%, por lo que se prefiere la cirugía electiva en pacientes durante la misma estancia hospitalaria.¹⁸

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

El tratamiento quirúrgico de emergencia debe guiarse por el estado general del paciente y el estado del asa en la acción quirúrgica. Durante la intervención quirúrgica, el colon sigmoide está muy dilatado, generalmente girando en sentido antihorario; es ancho en el medio, pero retraído por un proceso de fibras retráctiles cerca de sus extremos; el asa es rica en componentes gaseosos, líquidos y semisólidos. Para pacientes que generalmente están bien y no tienen cambios significativos (sin isquemia o gangrena): realice desrotación, sigmoidectomía y anastomosis de extremo a extremo en una etapa. Use un "cañón de escopeta" (es decir, Paul Mickulicz) para desenrollar, sigmoidectomía y colostomía en pacientes con mal estado general y asas de colon gangrenosas; si la circulación sigmoidea gangrenosa se extiende hasta el límite del recto, se practica la desvolvulacion del sigmoides. ¹⁹

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Vólvulo de sigmoides: La torsión de un asa intestinal (colon sigmoides) alrededor de su mesenterio el cual actúa como eje.

Resección y anastomosis primaria: se tomará en cuenta las complicaciones:

- De la anastomosis: Se tomará en cuenta: Dehiscencia, Fístula, Absceso residual.

- Del sitio quirúrgico: Se tomará en cuenta: Drenaje purulento, dolor, calor, rubor

Complicaciones Post operatorias y Médicas: se tomará en cuenta las principales complicaciones respiratorias entre las que tenemos: Neumonía, atelectasia, trombo embolismo pulmonar, complicaciones infecciosas como: infección del tracto urinario; fiebre de origen desconocido, diarreas.²⁰

CAPITULO III VARIABLES

1.1. VARIABLE DEPENDIENTE.

- Complicaciones post operatorias y colostomía a lo Hartmann,

1.2.VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Procedencia
- Sexo
- Tiempo de enfermedad
- Tiempo de estancia hospitalaria
- Vómitos
- Dolor abdominal
- Timpanismo
- Linfocitemia
- Hemoglobina
- Hematocrito
- Tiempo operatorio
- Tipo de cirugía
- Resección intestinal

3.3. Operacionalización de variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
1. Características epidemiológicas	VARIABLE INDEPENDIENTE	1.1. Edad	a. < a 60 años b. a 60 años	Cualitativo
		1.2. Sexo	a. masculino b. femenino	Cualitativo
		1.3. Procedencia	a. Urbano b. Rural	Cualitativo
2. Características clínicas	VARIABLE INDEPENDIENTE	2.1. Tiempo de enfermedad	Número de días	Cuantitativo
		2.2. Vómitos	a. Si b. No	Cualitativo
		2.3. Dolor abdominal	a. Si b. No	Cualitativo
		2.4. Distensión abdominal	a. Si b. No	Cualitativo
		2.5. Timpanismo	a. Si b. No	Cualitativo
3. exámenes complementarios	VARIABLE INDEPENDIENTE	3.1. Linfocitemia	%	Cuantitativo
		3.2. Hemoglobina	gr/%	Cuantitativo
		3.3. Hematocrito	%	Cuantitativo

4. características quirúrgicas	VARIABLE INDEPENDIENTE	4.1. Tiempo operatorio	minutos	Cuantitativo
		4.2. Tipo de operación	a. Resección intestinal y anastomosis termino terminal b. Colostomía.	Cualitativo
		4.3. Resección intestinal	En cm.	Cuantitativo
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Vólvulo de sigmoides	VARIABLE DEPENDIENTE	Complicaciones.	a. No b. Si • Dehiscencia • Fistula • Hemoperitoneo • Otra (especificar)	Cualitativo

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología es de tipo cualitativo porque se recogen y se analiza e interpretan datos a través de instrumentos diseñados para un fin específico.

Diseño de estudio:

Observacional. Porque tiene como objetivo establecer los funcionamientos que existe entre los conceptos o variables, en un contexto en particular.

Descriptivo. Porque se describe ciertas características de una situación particular.

Transversal. Porque realiza la o las mediciones en un punto de tiempo determinado.

4.2. DISEÑO MUESTRAL

Población de universo: representada por el historial médico total de pacientes diagnosticados con cirugía de vólculo de sigmoide.

Población de estudio: Historia clínica completa de los pacientes con diagnóstico de vólculo de sigmoide intervenidos quirúrgicamente durante el mismo período de revisión, correspondiente a 21 casos entre enero de 2020 y diciembre de 2020, según su respectiva información.

Tamaño de la población de estudio: La muestra estuvo conformada por todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de vólculo de sigmoide, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para participar en este

$$No = \frac{NZ^2 pq}{E^2 N + Z^2 pq} \quad \text{Ajuste de muestra} = \frac{No}{1 + \frac{No}{N}}$$

estudio.

Dónde:

- n: Número de elementos de la muestra.
- N: Tamaño de la población.
- P: Proporción de pacientes que entraran al estudio
- Q: Proporción de 1-P
- e: Margen de error permitido o precisión.
- Z: Valor crítico correspondiente al nivel de confianza.
- α : nivel de significación (0.05)
- 1- α : nivel de confianza (0.95)
- Z (1- α): Coeficiente de confianza.

Muestreo o selección de la muestra: El principal interés es identificar características viables del estudio, sin excluir aquellas con comorbilidades.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión: Se incluyeron historias clínicas de pacientes mayores de 18 años que recibieron diagnóstico de vólvulo de sigmoide en el Hospital Regional de Loreto entre enero de 2015 y agosto de 2018.

Criterios de exclusión: Historias clínicas de pacientes menores de 18 años que recibieron diagnóstico de vólvulo de sigmoide en el Hospital Regional de Loreto entre enero de 2015 y agosto de 2018.

Pacientes mayores de 18 años fueron diagnosticados de vólvulo de sigmoide en el Hospital Regional de Loreto entre enero de 2015 y diciembre de 2018 con historias clínicas incompletas y/o faltantes.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE ADQUISICIÓN DE DATOS.

El presente trabajo de investigación corresponde a una revisión documental (historias clínicas e informes quirúrgicos) cuya información se recupera en la

ficha técnica, que es la principal herramienta para el desarrollo de la investigación. El formato fue diseñado específicamente para cumplir con los objetivos propuestos y por lo tanto incluye todas las variables relacionadas con el manejo del vólculo de sigmoideo y la cirugía en el Hospital Regional Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

4.4 TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Para el procesamiento y presentación de datos se utilizará el programa Excel 2018. Una vez realizadas las tablas con las distribuciones de las variables y sus tabulaciones en el sistema computarizado bajo el programa Excel 2018 de acuerdo a la estrategia planificada, se procederá a realizar el análisis estadístico descriptivo correspondiente, para ello nos apoyamos en el sistema matemático porcentual para la obtención de la incidencia, Frecuencia, Promedio, Media, Desviación Estándar y Rango o Límite. Como este estudio no era estadística inferencial, solo evaluamos la significación estadística en $p < 0,05$ usando el método de la tarjeta y/o la prueba de Student como una "prueba de bondad".

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación no es experimental, se observa y describe mediante la revisión de historias clínicas, utilizando las fichas técnicas como herramienta válida de investigación, por lo que no existe contacto directo ni físico con los pacientes, pero nos acogemos a las disposiciones legales relacionadas con los aspectos éticos de la salud. Todo lo indicado para proteger al paciente está relacionado con su confidencialidad y, por otro lado, la información bibliográficamente auténtica sustenta las referencias para este estudio.

COSTO TOTAL DEL PROYECTO

Código de la Partida	Detalle	Importe S/.
2.3.1.1.1.1	Alimentos para consumo humano	200
2.3.1.3.1.3	Combustibles y carburantes	300
2.3.1.5.1.1	Repuestos y accesorios de computadora	100
2.3.1.5.1.2	Materiales de Escritorio	300
2.3.1.5.3.1	Aseo, limpieza, tocador	200
2.3.1.5.99.99	Otros	300
2.3.2.1.2.1	Pasajes y gastos de transportes	300
2.3.2.1.2.99	Movilidad local	500
2.3.22.4.4	Servicio de impresiones, encuadernación y empastado	300
2.3.23.1.1	Servicios de limpieza e higiene	100
2.3.2.7.2.99	Servicios similares a profesionales	1,000
	Transporte y traslado de carga, bienes y	
2.3.2.7.11.2	Materiales	100
2.3.2.7.11.99	Servicios diversos	200
	TOTAL	

S/. 3 600.00

Fuente: Adaptado según el Clasificador de Gastos publicado el 29/12/2016.

Disponible en: <http://www.mef.gob.pe/>

Fuente de financiamiento: Recursos propios del investigador.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2020																			
	Enero					Febrero					Marzo					Abril				
	semana					semana					semana					semana				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Revisión de la literatura	■	■																		
Elaboración de Instrumento			■	■																
Aprobación del plan de tesis					■	■	■													
Ejecución del proyecto de tesis								■	■	■	■									
Recolección de datos											■	■								
Análisis del informe													■	■						
Elaboración del informe final															■	■				
Aprobación del informe final																	■	■		
Sustentación																			■	■

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bacilio-Cardozo Alejandra. Vólculo de sigmoides. Rev méd panacea 2018; (3): 107-111
Internet:
<https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/25/271>
2. Parí-Fernández Mario Armando, factores intervinientes en el vólculo de sigmoides en relación al resto de obstrucciones intestinales en el altiplano peruano, hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca-1998 al 2002.
Internet:
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/pari_fm/cap3.pdf
3. Guerra-castillo Valeria, prevalencia y factores asociados a vólculo sigmoides en pacientes post-operados atendidos en el hospital regional Guillermo Diaz de la Vega Abancay. Tesis grado. Abancay: Universidad Nacional del Altiplano Facultad de Medicina 2020
Internet:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/13921/Guerra_Castillo_Valeria_Josefina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Estepa Pérez Jorge, Santana Pedraza Tahiluma, Estepa Torres Juan. Manejo del vólculo de sigmoides en tres hospitales integrales comunitarios de la misión médica cubana en Bolivia. Medisur [Internet]. 2013 Feb [citado 2021 Oct 10]; 11(1): 37-43.
Internet:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000100006&lng=es.
5. Márquez Hernández Joaquín, Noya Pimienta Manuel, Hooker Heriberto. Propuesta alternativa para el tratamiento del vólculo sigmoideo. AMC [Internet]. 2010 Feb [citado 2021 Oct 10]; 14(1).
Internet:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100006&lng=es.
6. Vergara Hurtado Luis, Manejo quirúrgico del vólculo de sigmoides en el Hospital Departamental de Huancavelica durante el periodo 2004-2007 Trabajo de investigación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2014
Internet:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/12943/Hurtado_Vergara_Luis_Francisco_2014.pdf;jsessionid=6B2EBFF3DC1D5FACBC5EE3D737C494DF?sequence=1
7. Quintana M, Greyss C. Características clínicos-Quirúrgicos del Vólculo de Sigmoides en Pacientes Tratados en el Hospital II Daniel A. Carrión de Cerro de Pasco (2005 - 2009). [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, 2011.
Internet:
<https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/497?show=full>
8. Mendoza Nathalie. Manejo Quirúrgico del Vólculo Sigmoides Resección Intestinal y Anastomosis Primaria Vs Colostomía Tipo Hartmann. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Lima: Universidad San Martín de Porras, 2013.
Internet:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1420/Mendoza_ne.pdf?sequence=3&isAllowed=y
9. Castillo J. Frecuencia, Cuadro Clínico y Complicaciones Postoperatorias del Vólculo de Sigmoides en el Hospital Goyeneche. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, 2014.
Internet:

- <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4323>
10. Condori J. Características Clínicos-Quirúrgicos del Vólvulo de Sigmoides en el Hospital Carlos Monge Medrano 2017. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
Internet:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7835/Condori_Cari_Jos%C3%A9_Enrique.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 11. Effio Gálvez W. Mortalidad operatoria en cirugía de emergencia del Vólvulo del sigmoides en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco de enero de 2013 a diciembre de 2018. Tesis para optar el título de especialista. Universidad peruana Cayetano Heredia; 2019
Internet:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6979/Mortalidad_EffioGalvez_William.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 12. García Casilimas G. Vólvulo del Sigmoides. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Cirugía General. Universidad Nacional de Colombia; 2011
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10083/597738.2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. MACUTKIEWICZ, Christian, CARLSON, Gordon. "Acute Abdomen: Intestinal Obstruction". Emergency Surgery. 2008, vol 26, núm. 3, p. 102- 107
Internet:
<https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1053/j.mpfou.2006.05.007>
 14. Bacilio-Cardozo Alejandra. Vólvulo de sigmoides. Rev méd panacea 2018; (3): 107-111
Internet:
<https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/25/271>
 15. [Schwartz seimur, Colon, recto y ano. Principios de Cirugía. 2010, ed. 9ª; vol 2, cap. 29, p. 1078.](#)
 16. Condori J. Características Clínicos-Quirúrgicos del Vólvulo de Sigmoides en el Hospital Carlos Monge Medrano 2017. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
Internet:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7835/Condori_Cari_Jos%C3%A9_Enrique.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 17. [Schwartz seimur, Colon, recto y ano. Principios de Cirugía. 2010, ed. 9ª; vol 2, cap. 29, p. 1078.](#)
 18. García Casilimas G. Vólvulo del Sigmoides. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Cirugía General. Universidad Nacional de Colombia; 2011
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10083/597738.2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 19. frisancho V. Oscar. Dolicomegacolon Andino y Vólvulos Intestinales de Altura. Artículo de revisión
Internet:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v28n3/a07v28n3.pdf>
 20. Rodríguez Cabanillas A. Eficacia de Resección y Anastomosis Primaria Colorectal por Vólvulo de Sigmoides en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2016, proyecto de investigación, Universidad Nacional de Cajamarca, 2017
Internet:
https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4179/T016_047654318_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO N°01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CARACTERÍSTICAS CLINICO-QUIRURGICOS DEL VOLVULO DE SIGMOIDES EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENERO 2015 – AGOSTO 2018

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
características clinico-quirurgicos del vólculo de sigmoides en pacientes atendidos en el hospital regional de Loreto 2020	¿Cuáles son las características clínicas quirúrgicos del Vólculo de Sigmoides en pacientes tratados quirúrgicamente en el servicio de Cirugía del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” durante los periodos Enero a agosto 2020?	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar las características clínicas quirúrgicos del Vólculo de Sigmoides en pacientes tratados quirúrgicamente en el servicio de Cirugía del Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a agosto 2020.</p>	<p>Variable dependiente.</p> <p>Complicaciones post operatorias y colostomía a lo Hartmann,</p> <p>Variables independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad -Procedencia -Sexo -Tiempo de enfermedad -Tiempo de estancia hospitalaria -Vómitos -Dolor abdominal -Timpanismo -Linfocitemia -Hemoglobina -Hematocrito -Tiempo operatorio -Tipo de cirugía -Resección intestinal 	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Cualitativo</p>	<p>Población y Muestra</p> <p>Población de estudio: Total de Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de vólculo de sigmoides operados en el mismo período de revisión y que según información respectiva, correspondió a 21 casos, entre Enero a diciembre del 2020.</p> <p>Tamaño de la población de estudio: La muestra la conformaron todas las históricas clínicas de pacientes con diagnóstico de vólculo de sigmoides, considerando en ellos, los criterios de Inclusión y criterios de Exclusión condicionantes para la participación en este estudio.</p>	<p>Técnica e Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Historia clínica . Libreta de campo

		<p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la edad, sexo y procedencia de los pacientes tratados quirúrgicamente por Vólculo de Sigmoides.</p> <p>Especificar las características clínicas del vólculo Sigmoides en pacientes tratados quirúrgicamente.</p> <p>Determinar las características quirúrgicas del vólculo de Sigmoides en pacientes tratados quirúrgicamente.</p>		<p>Diseño</p> <p>Observacional. Porque tiene como objetivo establecer los funcionamientos que existe entre los conceptos o variables, en un contexto en particular.</p> <p>Descriptivo. Porque se describe ciertas características de una situación particular.</p> <p>Transversal. Porque realiza la o las mediciones en un punto de tiempo determinado.</p> <p>Descriptivo. Porque se describe ciertas características de una situación particular.</p> <p>Transversal. Porque realiza la o las mediciones en un punto de tiempo determinado.</p>	<p>Procesamiento de datos</p> <p>Se empleara el programa Excel 2018 para el procesamiento y presentación de datos.</p> <p>Conformados los cuadros con la distribución de las variables y su tabulación en un sistema computarizado bajo el programa Excel 2018 según las estrategias planificadas, se procederá a realizar el análisis estadístico descriptivo correspondiente, para lo cual, nos apoyamos en el sistema de porcentual matemático para obtener incidencias, frecuencias, promedios, medias, desviación estándar y rangos o límites. Al no ser este estudio de estadística inferencial sólo utilizamos el método del chi cuadrado y/o test de student's como una "prueba de bondad" para evaluar significancias estadísticas para una $p < 0.05$.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

- CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS
 - DATOS DEL PACIENTE
 - EDAD
 -) > 60 AÑOS
 -) <60 AÑOS
 - SEXO
 - VARON
 - MUJER
 - PROCEDENCIA
 - URBANA
 - RURAL
- CARACTERISTICAS CLINICAS
 - TIEMPO DE ENFERMEDAD
NUMERO DE DIAS.....
 -) VOMITOS
 - SI
 - NO
 -) DOLOR ABDOMINAL
 -) SI
 -) NO
 -) DISTENSION ABDOMINAL
 -) SI
 -) NO
 -) TIMPANISMO
 -) SI
 -) NO
- EXAMENES COMPLEMENTARIOS
 -) LINFOCITEMIA
 -)%
 -) HEMOGLOBINA
 -) GR/DL
 -) HEMATOCRITO
 -) %
- CARACTERISTICAS QUIRURGICAS
 -) TIEMPO OPERATORIO
 -) MINUTOS
 -) TIPO DE OPERACIÓN
 -) RESECCION Y ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL
 -) COLOSTOMIA
 -) RESECCION INTESTINAL
 -) CM
- VOLVULO DEL SIGMOIDES
 -) COMPLICACIONES POST OPERATORIAS
 -) NO
 -) SI
 - DEHISCENCIA
 - FISTULA
 - HEMOPERITONEO
 - OTROS (ESPECIFICAR)
.....