

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMAN GUERRERO



Factores de riesgo asociados a la mala evolución clínica en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, 2012 – 2016

PRESENTADO POR EL BACHILLER

Leonardo Arturo Flores Estela

PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

ASESOR DE TESIS: Mg. Magdiel José Manuel Gonzales Menéndez

LIMA – PERÚ 2018

AGRADECIMIENTOS

Un cordial agradecimiento a mi director de tesis, Dr. Jhony De la Cruz y a mi asesor, Dr. Magdiel José Manuel Gonzales Menéndez por su tiempo y dedicación para la realización de este trabajo.

En el mismo sentido doy gracias al Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” por ser aquel lugar donde pude descubrir que seguir más adelante, además de conocer a grandes médicos que me brindaron sus conocimientos para fortalecer mi formación y al increíble personal que me brindo el acceso a la información necesaria para esta investigación.

DEDICATORIA:

A mis queridos padres, por creer en mí cuando ni mi sombra lo hacía, por demostrarme que cuando el camino se pone más difícil es porque los objetivos están cerca, y que la excelencia no está escrita en títulos ni en medallas sino en acciones que definen la vida del prójimo.

A mis hermanos Julio y Karen, por enseñarme que la familia es el pilar más fuerte y que los momentos malos no deben quitarnos los momentos buenos.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores asociados a mala evolución clínica en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis en el Hospital de Emergencia “José Casimiro Ulloa, 2012 – 2016”. **METODOS:** El tipo de estudio del presente trabajo es analítico y retrospectivo, de tipo casos y controles. La población universo de los casos será conformada por todos los pacientes con mala evolución (pacientes con una estancia hospitalaria mayor de 9 días). La población universo para el grupo para los controles estuvo conformada por pacientes con peritonitis con evolución favorable (pacientes con una estancia hospitalaria menor de 9 días) hospitalizados por peritonitis. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de datos a partir de las historias clínicas. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS versión 23 y Microsoft office Excel. **RESULTADOS:** El 76% de los casos fueron de sexo femenino. El 55% de los casos tuvo una edad mayor de 60 años. En cuanto a los factores de riesgo fueron sexo femenino (OR = 5,7 IC = 2,4 – 13,3), edad mayor de 60 años (OR = 7,2 IC = 3,06 – 17,1), estado de mal nutrición (OR = 6,6 IC = 2,7 – 15,6), diabetes mellitus (OR = 12,1 IC = 3,2 – 45,5), sepsis (OR = 11,1 IC = 2,2 – 54,5), uso de quinolonas (OR = 9,7 IC = 4 – 23,4), uso de imipenem (OR = 4,3 IC = 1,3 – 13,8), uso de metronidazol (OR = 2,3 IC = 1,07 – 5,2), demora entre el diagnóstico y el tratamiento (Media de 26 horas p: ,000), y el tiempo de enfermedad (Media de 81 horas p: ,000). **CONCLUSIONES:** Se logró determinar como factores asociados a mala evolución la edad, sexo, diabetes mellitus, sepsis, malnutricion, quinolonas, imipenem, metronidazol, demora del inicio de tratamiento y tiempo de enfermedad.

Palabras clave: Evolución clínica, estudio de casos y controles, factores de riesgo, comorbilidad.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the factors associated with poor clinical evolution in adult patients hospitalized for peritonitis in the Emergency Hospital "José Casimiro Ulloa, 2012 - 2016". **METHODS:** The type of study of the present work is analytical and retrospective, of type cases and controls. The universe population of the cases will be conformed by all the patients with bad evolution (patients with a hospital stay greater than 9 days). The universe population for the control group consisted of patients with peritonitis with favorable evolution (patients with a hospital stay of less than 9 days) hospitalized for peritonitis. For the data collection a data sheet was used from the clinical histories. The statistical analysis was performed using SPSS software version 23 and Microsoft office Excel. **RESULTS:** 76% of the cases were female. 55% of the cases were older than 60 years. Regarding the risk factors were female sex (OR = 5.7 IC = 2.4 - 13.3), age over 60 years (OR = 7.2 CI = 3.06 - 17.1), state

of poor nutrition (OR = 6.6 IC = 2.7 - 15.6), diabetes mellitus (OR = 12.1 IC =

3.2 - 45.5), sepsis (OR = 11.1 IC = 2, 2 - 54.5), use of quinolones (OR = 9.7 IC

= 4 - 23.4), use of imipenem (OR = 4.3 IC = 1.3 - 13.8), use of metronidazole (OR = 2.3 CI = 1.07 - 5.2),

delay between diagnosis and treatment (Mean of 26 hours p:, 000), and time of illness (Mean of 81 hours p:, 000). **CONCLUSIONS:** Age, sex, diabetes mellitus, sepsis, malnutrition, quinolones, imipenem, metronidazole, delayed onset of treatment and time of illness were determined as factors associated with poor evolution.

Key words: Clinical evolution, case-control study, risk factors, comorbidity.

INDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	2
INDICE DE CONTENIDO.....	6
INDICE DE GRAGICOS	8
INDICE DE TABLAS	9
I. INTRODUCCIÓN	11
II. CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECIFICOS	12
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	13
1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA: Línea de investigación	14
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	15
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
III. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.2 BASES TEÓRICAS.....	22
Clasificación:.....	23
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	25
IV. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	28
a. HIPÓTESIS:.....	28
VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	28
V. CAPIÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	30
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	30
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA POBLACIÓN:.....	30
4.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	31
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	31
4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	32
VI. CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
5.1 RESULTADOS.....	33

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60
VII. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
6.1 CONCLUSIONES	64
6.2 RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
ANEXOS.....	71
ANEXO 01: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	71
ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENIA.....	79
ANEXO 03: instrumentos de recolección de datos.....	10

INDICE DE GRAGICOS

GRAFICO N°1: Distribución de acuerdo a lugar de procedencia de los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	33
GRAFICO N°2: Distribución de acuerdo a género de los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	34
GRAFICO N°3: Distribución de acuerdo a la edad de los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	36
GRAFICO N°4: Distribución de acuerdo al estado nutricional de los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	38
GRAFICO N°5: Distribución de acuerdo a la variable sepsis en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	40
GRAFICO N°6: Distribución de acuerdo a la variable diabetes mellitus en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	42
GRAFICO N°7: Distribución de acuerdo al uso de ceftriaxona en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	44
GRAFICO N°8: Distribución de acuerdo al uso de quinolonas en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	46
GRAFICO N°9: Distribución de acuerdo al uso de Imipenem en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	48
GRAFICO N°10: Distribución de acuerdo al uso de Metronidazol en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	50
GRAFICO N°11: Distribución de acuerdo a la presencia de náuseas y vómitos en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016.....	52

INDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Evolución clínica y sexo durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016.....	35
TABLA N°2: Evolución clínica y edad durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 - 2016	37
TABLA N°3: Evolución clínica y estado nutricional durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 - 2016	39
TABLA N°4: Evolución clínica y la variable sepsis durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 - 2016	41
TABLA N°5: Evolución clínica y Diabetes Mellitus durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 - 2016	43
TABLA N°6: Evolución clínica y Ceftriaxona durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016	45
TABLA N°7: Evolución clínica y Quinolonas durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016	47
TABLA N°8: Evolución clínica e Imipenem durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016	49
TABLA N°9: Evolución clínica e Metronidazol durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016	51
TABLA N°10: Evolución clínica y náuseas y vómitos durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016.....	53
TABLA N°11: Evolución clínica tiempo de enfermedad en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016	54
TABLA N°12: Evolución clínica demora entre el tiempo de diagnóstico y tratamiento durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016.....	55
TABLA N°13: Evolución clínica, edad y sexo durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016	56

TABLA N°14: Evolución clínica, estado de nutrición, sepsis, DM durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016.....	57
TABLA N°15: Evolución clínica, ceftriaxona, quinolonas e imipenem durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016.....	58
TABLA N°16: Evolución clínica y variables no significativas, correspondientes a las dimensiones: comorbilidades, tratamiento, factores clínicos, durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016.....	59

INTRODUCCIÓN

El tema peritonitis, forma parte del área de cirugía general, siendo de gran importancia especialmente en cuanto a lo referente a urgencias.

La peritonitis es un proceso inflamatorio que compromete la serosa peritoneal que puede ser independiente a su etiología. Es una causa curable de abdomen agudo quirúrgico.

La peritonitis es una patología frecuente que tiene una mortalidad de 46% en la cual se desprenden múltiples complicaciones que repercuten elevando los costos de salud y en la capacidad de productividad en el ámbito laboral del individuo.

Existe información respecto a la peritonitis que es muy variada en virtud de su múltiple etiología y clasificación, dicha información se puede obtener de la estadística de cada nosocomio y esta resulta ser muy útil para diferentes especialidades médicas.

Expuestas dichas circunstancias anteriores y con el desarrollo de esta investigación se plantea encontrar la asociación de factores de riesgo que permitan determinar circunstancias clínicas desfavorables o iniciar una terapia ya sea médica o quirúrgica más agresiva con el fin de que el paciente se encuentre dentro de una evolución clínica esperada, y no ante un cuadro aparatoso que comprometa gravemente la vida del paciente.

I. CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECIFICOS

Se define como peritonitis a todo proceso infeccioso de la membrana o serosa peritoneal, independientemente de su etiología, como cuando hay presencia de líquido ascítico con pleocitosis polimorfonuclear, se trataría de una etiología bacteriana¹, pero también puede ser fúngica, tuberculosa, perforación intestinal de intestino delgado o a nivel colónica, como la diverticulitis, úlcera péptica, traumatismo abdominal abierto o cerrado, trastorno vascular causante de isquemia mesentérica etc.

La peritonitis constituye una entidad nosológica de alto riesgo de morbilidad, mortalidad y letalidad, de alto costo per cápita pues los pacientes que por ser adultos y pertenecer a la población económicamente activa, deja de trabajar durante su hospitalización e incluso al alta con periodos de recuperación prolongados, que ameritan una facturación muy costosa porque precisamente la estancia en la unidad de cuidados intensivos es la más cara entre los servicios brindados por las entidades prestadoras de servicios de salud públicos y privados, asimismo las cirugías realizadas como la laparotomía exploratoria, laparoscopias o incluso minilaps, con lavados peritoneales intraoperatorios acompañados de infecciones que pueden evolucionar a sepsis y utilizar antibióticos costosos y administrados en forma prolongada, sin olvidar de solucionar la enfermedad de fondo causante de la peritonitis.

Los pacientes con peritonitis pueden llegar a presentar secuelas con discapacidad funcional e incluso fallecimiento.

Esperamos reconocer los criterios clínicos que hacen que unos pacientes evolucionen en forma favorable en comparación con otros pacientes que tienen evolución tórpida, asimismo la justificación científica radica en que se podrá

clasificar a los pacientes, seleccionándolos cuando tengan criterios de inclusión y de exclusión.

Con dicha selección de pacientes se podrá confeccionar un consentimiento informado para pacientes con muchos factores de riesgo de complicaciones severas.

Al ser múltiples las causas de peritonitis tales como la primaria, secundaria y terciaria², las alternativas terapéuticas de estas dos últimas tienen indicación quirúrgica.

La peritonitis bacteriana espontánea tiene una incidencia del 10 al 30% en pacientes con enfermedad hepática crónica con ascitis y una tasa de mortalidad del 38%³

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a la mala evolución en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, 2012 - 2016?

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La justificación académica radica que en virtud a la investigación realizada en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa” se logren los objetivos para así contribuir con la confección de las Guías de prácticas clínicas o protocolos de atención en emergencias y así poder mejorar la prestación de salud con calidad y eficiencia, lográndose disminuir la creencia de mala praxis por desconocimiento por parte de los familiares de los pacientes cuando están al frente de casos complicados y de resolución compleja.

Así mismo, los resultados encontrados en el presente estudio servirán de base para la actualización de la guía nacional “manejo estándar de casos de abdomen agudo en adultos” del MINSA, que incluyen a la peritonitis, la cual

tiene más de 12 años de antigüedad y requiere autorización en vista de los adelantos científicos y tecnológicos en nuestro medio.

La justificación legal radica en que la existencia física de nuevas guías de prácticas clínicas servirá de respaldo científico y llevar el debido procedimiento de atención médica y así acreditar las decisiones realizadas en caso de situaciones críticas, documentos cada vez más requeridos en los juzgados.

Secundariamente se podrá reducir las complicaciones con menor tiempo de hospitalización que se traducirá en menos costo per cápita, menor mortalidad haciendo que tanto clínicos como cirujanos intervengan en un manejo conjunto para llegar diagnósticos y tratamientos oportunos y precisos.

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA: Línea de investigación

El presente trabajo tiene como línea de investigación las Enfermedades transmisibles a la prioridad nacional numero 6: Infecciones intrahospitalarias, una de las prioridades en salud entre 2016 y 2021.

El tiempo de atención necesario para coordinar con el servicio de estadística e informática y tener acceso al archivo de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de peritonitis, hospitalizados en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa” en Miraflores entre Enero 2012 a Diciembre del 2016, se limita a un horario de oficina para la atención y poder obtener la información necesaria en las fichas de recolección de datos.

La letra ilegible del personal médico que escriben en las historias clínicas, dificulta la identificación de la información necesaria.

El no acceso a las historias clínicas requeridas por estar en custodia o estar judicializadas y/o extraviadas.

El súper diagnóstico no contribuye a la identificación de los casos por tener en algunos casos, muchos diagnósticos diferentes.

El Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” en Miraflores autorizó la investigación, pues cuenta con el apoyo de especialistas en el tema.

La dirección de docencia y coordinadores de internado médico, dieron las facilidades logísticas para la realización del presente estudio.

Los recursos serán sufragados por el investigador. Se tendrá acceso al archivo de historias clínicas del hospital a través de su base de datos y códigos CIE-10.

No hay conflicto de intereses.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a la mala evolución clínica en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, 2012 – 2016.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores socio demográficos asociados a mala evolución en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis en el ámbito y período de estudio.
- Determinar las comorbilidades asociadas a mala evolución en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis del presente estudio.
- Establecer el uso de tratamiento antibiótico asociado a mala evolución en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis del presente estudio
- Identificar los factores clínicos previos a la hospitalización asociados a mala evolución en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis del presente estudio.

II. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional se puede revisar estudios como el de Dokleštic, SK et al en su estudio “Peritonitis secundaria, evaluación de 204 casos y revisión de la literatura” encontró ulcera perforada en el 29.41%, perforación apendicular en 22.06% y perforación colónica fecal en 20.59% con una mortalidad del 8.81% en comparación de una morbilidad más del 50%, en el caso de infarto mesentérico 66.67%.⁴

Barbero Narbona, Eva et al. en su artículo factores de riesgo relacionados con el desarrollo de peritonitis en pacientes en diálisis peritoneal mostró una incidencia de peritonitis de 0,44 episodios/paciente/año, prediciendo su desarrollo la anemia, estado nutricional y socioeconómico bajo.⁵

Sayer, J et al en el 2012 en su estudio de 133 casos con peritonitis fecaloidea en la unidad de cuidados intensivos mostro una mortalidad de 21,6% para el grupo de pacientes con riesgo de malignidad y de 38, 1% para el grupo de pacientes sin malignidad. Concluyó que la hipoalbuminemia y malignidad influyen en la tasa de mortalidad.⁶

Huertas J y Silva, T en Ecuador el 2012 presentó su estudio Epidemiología y análisis clínico de las peritonitis en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal en el hospital “Carlos Andrade Marín” de la ciudad de Quito, Presentó una tasa de incidencia de 0,67 episodios al año el 2008, dicha incidencia para el año 2009 fue de 0,60 episodios al año, para el 2010 la incidencia fue 0,54 episodios al año. En cuanto a la prevalencia (número de casos nuevos sumados a número de pacientes al inicio) el 2008 fue 143, el 2009 tuvo una prevalencia de 166 y el 2010 la prevalencia llegó a 175.⁷

Pawa, N et al. en el Reino Unido el 2009, mostró una tasa de mortalidad de 46% a los 30 días en pacientes menores de 75 años y Tasa de mortalidad de 78% en pacientes mayores de 75 años.⁸

Martínez, A el 2010 en Veracruz, México presentó un trabajo titulado Incidencia de peritonitis en una cohorte de pacientes con insuficiencia renal tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria, en la cual muestra una tasa de incidencia de 0,25.⁹

Morales I et al. en Cuba en su estudio Peritonitis bacteriana difusa. Análisis de 4 años mostró una mortalidad de 47,5% para pacientes de 60 años.¹⁰

Mahmoudi, Ammar, reportó un caso de peritonitis por perforación colónica de tipo con contaminación fecal cuando se trata de pacientes ancianos con antecedente de estreñimiento crónico, el cual se produce en forma rara.¹¹

Acosta, Stefan recomienda el manejo quirúrgico de la peritonitis secundaria debido a oclusión de la arteria mesentérica superior por laparotomía, luego se realiza la revascularización seguido de resección intestinal, sino hay imágenes en una tomografía abdominal puede recurrirse a la angiografía, en el caso de oclusión embólica de la arteria mesentérica superior se hace embolectomía y se controla con angiografía pero en el caso de obstrucción trombótica se puede hacer la recanalización retrograda llegando al lugar lesionado a través de la arteria femoral y la arteria braquial para la colocación de stent vascular.¹²

Hugh James Freeman, en su publicación Perforación libre colónica en el intestino delgado en adultos mostró ser poco común cuando no hay historia de trauma abdominal, cuando esta perforación es recurrente hace pensar en la enfermedad de Crohn, el cual conlleva a úlceras intestinales y abscesos. También puede tratarse de un cuadro

obstructivo intestinal debido a un Linfoma que complica una enfermedad celiaca, causando peritonitis difusa y abdomen agudo cuyo diagnóstico se ha facilitado con las imágenes de tomografía, dependiendo del lugar de la perforación nos hace pensar que la perforación ileal como en la enfermedad de Crohn, Si la perforación es yeyunal se relaciona con enfermedad celiaca, complicado con linfoma y colagenopatías. Hay sospechas clínicas de que pueda tener un componente genético.¹³

La enfermedad celiaca que es una enfermedad inmunomediada que puede tener ulceraciones y perforaciones asociado a linfoma.

Asimismo, luego de trasplantes de médula ósea, trasplante de células madre o trasplante de enfermedades linfoproliferativas.

Las enfermedades infecciosas en inmunocomprometidos tales como el citomegalovirus.

También puede haber otras infecciones como salmonella, trophryma whipplei causante de la enfermedad de whipple causante de perforación intestinal, también se reconoce a la tuberculosis, pacientes portadores de VIH. Histoplasmosis, ameba histolítica.

Algunos medicamentos tales como los anti-inflamatorios no esteroideos, corticoides, metotrexate, bevacizumab, radiaciones y portadores de homocistinuria son causa de perforación intestinal.

Butsabong Lerkvaleekul et al. Publicaron un caso de un niño de 4 años con purpura de Henoch-Schonlein que presentó cólico abdominal, convulsión, purpuras evidentes, la convulsión fue debido a hiponatremia con un síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética, con neuroimágenes normales. Con una buena evolución clínica.

Se encontró isquemia intestinal en el íleon y perforación, tratado con corticoides e Inmunoglobulina, luego de 17 días de terapia esteroidea presenta ulcera seguido de peritonitis, siendo este el caso número 12 publicado en la literatura inglesa, con una prevalencia de 0,38% que se diagnostica con ecografía o tomografía abdominal, necesitando laparotomía exploratoria por la úlcera y sangrado, dado de alta al día 31

El niño fue diagnosticado por imágenes de aire en la cavidad abdominal y sometida a laparotomía exploratoria, resección ileal y anastomosis ileo-ileal.

Villafana Rauda, Santiago et al. en su estudio “Prevalencia de peritonitis infecciosa en pacientes tratados con diálisis peritoneal intermitente manual, comparada con diálisis peritoneal intermitente automática del HGR,N 1, IMSS, Querétaro” el 2011, ambas con riesgo de infección por estafilococo aereus y epidermidis, bacterias gramnegativas en un tercio de los casos, menos frecuente debido a hongos, parásitos y virus, podría ser en forma empírica el diagnóstico con la presencia de 100 células en el líquido ascítico con por lo menos 50% de neutrófilos asociados a signos inespecíficos de nauseas, vómitos, diarrea, hiporexia y dolor abdominal con fiebre.

En los años 80 la prevalencia de peritonitis era de un episodio por paciente por año. La incidencia de peritonitis ha disminuido a niveles de 0, 41 1,71 episodios por año, debido al mejor diagnóstico, profilaxis terapéutica y técnicas quirúrgicas de lavado peritoneal y sistemas de desconexión en “Y”, en el hospital general de México fue de un episodio cada 19,3 meses en año 2006.¹⁶

Mathurin Lasave S et al. el 2008 publicó “Prevalencia, aspectos clínicos y pronóstico de la peritonitis bacteriana espontanea en un hospital general” analizó 218 hospitalizaciones de 125 pacientes con cirrosis y ascitis utilizo el método de regresión logística para determinar factores asociados a mortalidad. Se incluyó 39 episodios de peritonitis bacteriana espontanea en 31 pacientes, 83,8% varones, edad media 49,1 años, 93,6% alcohólicos, con una prevalencia de 39/218 (17,9 %), fallecieron

32.2 %, adquirida en la comunidad 59%, sintomática en 82%, cultivo positivo 41%, gérmenes gram positivos (54%), En análisis univariado se identificó factores predictores de mortalidad, score child-Pugh, score

hepatitis alcohólica de Glasgow, sitio de adquisición, encefalopatía hepática, control de paracentesis luego de 48 horas del inicio antibiótico sin respuesta, presencia de shock séptico, insuficiencia renal, hiponatremia, bilirrubina total > 14,6 mg%.

La presencia de shock séptico, bilirrubinemia total > de 14,6 mg% y creatinemia > 1,5 mg% fueron los factores pronósticos para mortalidad, las dos primeras aumentaron en 20 veces el riesgo de muerte y en 14 veces la insuficiencia renal.¹⁷

M Krishnan et al. en su estudio factores predictores para peritonitis bacteriana en pacientes con diálisis peritoneal el 2002 hubieron 399 episodios de peritonitis en 191 pacientes. 260 episodios fueron gérmenes gram positivos, 99 episodios fueron peritonitis por gérmenes gram negativos y 40 episodios fueron peritonitis por polimicrobianos. El estafilococo aereus tuvo pobre resolución, dentro de los gérmenes gram negativos la *Serratia marcescens* conllevaba a mala evolución, cuando había salida de material purulento también tenían mal pronóstico. Cuando el conteo de leucocitos en el líquido peritoneal era > 100 células por más de cinco días no había resolución en el 45,6% de casos, comparado con el 4,2% de mala evolución cuando los leucocitos regresan a 100 antes de los cinco días. En cuanto al tiempo transcurrido durante la diálisis peritoneal ambulatoria de 2,4 años fue 24,4% sin resolución comparada con el 16,5% para los que tuvieron menos de los 2,4 años en diálisis, los caucásicos tuvieron peor evolución que la población negra.

Lo que no cambia el curso de la peritonitis fue el uso de corticoides, diabetes, edad, sexo, número de peritonitis previa, uso de vancomicina como tratamiento empírico, niveles de albumina y conteo de linfocitos.¹⁸

En el Perú, Vallejos Villanueva, F en su tesis “Factores asociados a peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria” en mayo del 2017 UPAO, concluyó con una alta prevalencia de peritonitis

bacteriana en pacientes que reciben diálisis peritoneal continua ambulatoria, con una tasa de incidencia de 37,5 a 54,3 casos por cien pacientes al año, como factor asociado al costo riesgo social alto, tiempo de tratamiento menor a dos años y al antecedente de peritonitis previa.¹⁵

En el Perú, Vargas Blácido, D en su tesis “Prevalencia de peritonitis bacteriana espontanea en pacientes cirroticos hospitulizados” en Lima, Perú en el año 2002 durante los meses de Julio y Diciembre, en el servicio de gastroenterologia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, dichos pacientes con el diagnóstico de cirrosis y bajo los criterios de inclusion y exclusion de su estudio se obtuvo una prevalencia de peritonitis bacteriana espontanea de 26.3%.²⁰

Barrera E et al. el año 2010 en el “Hospital Cayetano Heredia” en Lima encontraron valor predictivo de mortalidad del índice de peritonitis de Mannheim por encima de los 26 puntos con una sensibilidad de 95,9% y especificidad de 80% con valor de p 0,0098 lo cual servirá al médico tratante tomar medidas más agresivas.²¹

2.2 BASES TEÓRICAS

Definición:

Se define peritonitis como un proceso inflamatorio localizado en la cavidad abdominal, específicamente en las hojas peritoneales parietal o visceral secundario a una irritación química, invasión bacteriana, necrosis local, contusión directa, La peritonitis denota inflamación del peritoneo de cualquier causa¹⁵.

Clasificación:

1. Por su extensión: locales y difusas.
2. Por su agente causal: sépticas o asépticas.
3. Por su evolución: Agudas y crónicas.
4. Clasificación de Hamburgo:

Peritonitis primaria: Peritonitis bacteriana espontánea y peritonitis en pacientes con diálisis ambulatoria continua.

Peritonitis secundaria: Peritonitis perforada, Necrosis de la pared intestinal, pelvipertonitis, peritonitis post-operatoria, fuga de anastomosis o línea de sutura, insuficiencia del muñón, lesiones quirúrgicas abdominales, cuerpo extraño abdominal, peritonitis post-traumáticas o trauma abdominal abierto o cerrado.

Peritonitis terciaria: Sin agentes patógenos, peritonitis micótica o bacterias patógenas de bajo grado.

Peritonitis por abscesos intraabdominales: Absceso intraabdominal con peritonitis primaria, secundaria o terciaria.

La peritonitis primaria se produce generalmente con ascitis y es monomicrobiana, la peritonitis secundaria es por solución de continuidad del tracto gastrointestinal y es polimicrobiana, la peritonitis terciaria se refiere a infección peritoneal persistente mayormente en pacientes inmunocomprometidos.

Tratamiento:

Debe considerarse la edad, función renal y cultivo, para afinar la elección de antibiótico.

De no tener cultivo ante sospecha de etiología bacteriana se debe considerar antibióticos para grampositivos, gramnegativos y anaerobios, así por ejemplo:

Cefalosporinas de tercera generación:

Ceftriaxona 1-2 gr cada 12 horas endovenoso cefotaxima 1-2 gr cada 6-8 horas endovenosas o ceftazidima 1-2 gr cada 8 horas endovenoso.

Aminoglucósidos:

Amikacina 15mg/Kg dosis única diaria diluido en 200 ml de solución salina endovenosa

Gentamicina 3-5 mg/Kg dosis única diluido en 200 ml de solución salina endovenosa.

En ambos casos valorar función renal y pacientes ancianos.

Antianaerobios:

Metronidazol 500 mg/6-8 endovenoso

Clindamicina 20 a 30 mg/Kg al día dividido en tres dosis endovenoso.

En pacientes muy graves en los que hay fracaso en terapéuticas anteriores se puede utilizar Fluoroquinolonas como ciprofloxacino 400mg cada 12 horas endovenoso.

Carbapenémicos como meropenem 1-2 gramos cada 8 horas endovenosa.

Cefalosporina de cuarta generación como cefepime 1 gr cada 8 horas endovenoso.

El tratamiento quirúrgico tradicional es la laparotomía exploratoria con exploración completa de la cavidad abdominal, exéresis del foco séptico, desbridamiento de colecciones, lavado peritoneal, drenaje de abscesos, cierres de pared seguros y cuando se requiera se colocaran drenajes.

La indicación es quirúrgica cuando líquido ascítico con polimicrobianos, salida de contraste fuera de la luz intestinal, neumoperitoneo, no mejoría a antibióticos con alta sospecha que la peritonitis sea secundaria.

La laparoscopia en los casos de situación clínica hemodinámica y con alto riesgo quirúrgico de los pacientes.

También se usan lavados peritoneales con grandes volúmenes de solución salina para reducir la contaminación bacteriana. La laparotomía amplia se indica para evitar la formación de abscesos en zonas declives o en casos de perforación intestinal con invasión fecal.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- Peritonitis: Inflamación de las hojas peritoneales con líquido peritoneal secundario a una irritación química invasión bacteriana intraabdominal, necrosis local o contusión directa¹⁹.
- Edad: Número de años del paciente al momento de su hospitalización, obtenido de la historia clínica.
- Sexo: Género orgánico obtenido de la historia clínica.
- Procedencia: Lugar de residencia del paciente al momento de la hospitalización, obtenido de la historia clínica.
- Perforación intestinal: Ruptura de la pared intestinal.²³
- Mala evolución de peritonitis: condiciones socioeconómicas en extremo desfavorables, enfermedad hepática adyacente y presencia de shock séptico.^{24,25}, periodo de internamiento mayor de 9 días.²²
- Laparotomía exploratoria: apertura quirúrgica del abdomen, y revisión de los órganos abdominales y pélvicos.
- Laparoscopia: es la exploración de la cavidad abdominal a través de ópticas introducida por orificio en el abdomen y que tiene como finalidad la observación de los órganos abdominales, la cual se lleva a cabo mediante incisiones pequeñas a través de una aguja que insufla gas (CO₂) y trocares; puede ser diagnóstica o terapéutica²⁵.
- Estado nutricional: Alteración de los estados de nutrición de acuerdo al IMC, obtenidos de la historia clínica.

- Dolor abdominal: Manifestación de trastornos digestivos durante su hospitalización, obtenidos de las historias clínicas.
- Fiebre: Aumento de la temperatura corporal durante su hospitalización, obtenidos por la historia clínica.
- Nauseas: Sensación desagradable e inminente de vomitar durante su hospitalización, obtenido de la historia clínica.
- Vómitos: Eyección enérgica del contenido gastrointestinal a través de la boca durante su hospitalización, obtenido de la historia clínica.
- Sepsis: Manifestación clínica de una respuesta sistémica asociada a infección como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- Malnutrición: Enfermedad producida por ingesta inadecuada de alimentos que disminuye o aumenta el peso corporal como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- Cáncer: Enfermedad producida por la multiplicación exagerada de células anormales como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- TBC: Enfermedad infecciosa producida por el bacilo de Koch como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- Diabetes mellitus: Enfermedad metabólica con hiperglucemia y defecto de insulina como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- Úlcera péptica: Enfermedad caracterizada por heridas en la mucosa gástrica o intestinal como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- Hipertensión arterial: Enfermedad caracterizada por aumento de la tensión arterial como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- Infección del tracto urinario: Es la infección de la orina o vías urinarias como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- Cirrosis: Enfermedad del hígado caracterizado por fibrosis y disfunción hepática como antecedente, obtenido de la historia clínica.

- Diálisis: Tratamiento médico que consiste en eliminar sustancias nocivas en la sangre como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- Obstrucción intestinal: Es la interrupción mecánica o funcional del tránsito intestinal como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- Estreñimiento: Enlentecimiento de tránsito intestinal del bolo alimenticio como antecedente, obtenido de la historia clínica.
- Imipenem: Es un antibiótico betalactámico de uso intravenoso, que pertenece al subgrupo de carbapenem, usado en el momento de su hospitalización, obtenido de la historia clínica.
- Quinolonas: Son un grupo de agentes quimioterapéuticos sintéticos, del grupo de las fluorquinolonas, usado en el momento de su hospitalización, obtenido de la historia clínica.
- Ceftriaxona: Es un antibiótico de la clase cefalosporinas de tercera generación, por lo que tiene amplio espectro contra gram positivos y gram negativos, usado en el momento de su hospitalización, obtenido de la historia clínica.
- Metronidazol: Es un antibiótico y antiparasitario del grupo de los nitroimidazoles, inhibiendo la síntesis de los ácidos nucleicos, usado en el momento de su hospitalización, obtenido de la historia clínica.
- Piperacilina / tazobactam: Es un fármaco compuesto por un antibiótico betalactámico y un inhibidor de betalactamasa útil contra gram positivos, gram negativos y anaerobios, usado en el momento de su hospitalización, obtenido de la historia clínica.
- Amikacina: Es un antibiótico bactericida del grupo de los aminoglicosidos, usado en el tratamiento de diferentes infecciones bacterianas, usado en el momento de su hospitalización, obtenido de la historia clínica.

IV. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

a. HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS GENERAL:

- Existen factores asociados a la mala evolución clínica en los pacientes adultos que desarrollan peritonitis en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa “en el año 2012 – 2016

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- Existen factores sociodemográficos asociados a mala evolución clínica en pacientes hospitalizados por peritonitis en el ámbito del estudio.
- Existen comorbilidades asociadas a mala evolución en los pacientes de la investigación.
- Existe tratamiento antibiótico asociado a mala evolución de la peritonitis en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis.
- Existe factores clínicos previos a la hospitalización asociados a mala evolución en pacientes del estudio.

VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Mala evolución clínica en pacientes hospitalizados por peritonitis, manifestada como días hospitalarios, demora del diagnóstico oportuno.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Características sociodemográficas: edad del paciente, sexo del paciente, procedencia del paciente.

- Comorbilidades asociada a mala evolución clínica en pacientes hospitalizados por peritonitis: Estado de nutrición, sepsis, cáncer, TBC, DM, HTA, ITU, diálisis, ulcera péptica, cirrosis, obstrucción intestinal y estreñimiento.
- Antibioticoterapia empleada posterior al diagnóstico de peritonitis: ceftriaxona, quinolonas, imipenem, piperacilina/tazobactam, amikacina, metronidazol.
- Aspectos clínicos previos a la hospitalización: Demora en el tiempo de diagnóstico, dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos, y tiempo de enfermedad.

V. CAPIÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo casos y controles, analítico y retrospectivo.

La presente investigación se centra en ser de casos y controles, porque comparará las variables intervinientes tanto en población de casos como la población de controles, para poder determinar la relación que hay entre los factores de riesgo posibles y una mala evolución clínica en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” en el periodo 2012 – 2016.

La presente investigación es analítica, porque demuestra una asociación entre los factores pronósticos de la población casos y controles.

La presente investigación es retrospectiva, porque se utiliza información captada anteriormente a la planeación de la investigación que se ha pretendido realizar, para realizar un análisis de las causas y consecuencias.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA POBLACIÓN:

- **Casos:** Pacientes con peritonitis con mala evolución (estancia hospitalaria mayor o igual de 9 días)
- **Controles:** Pacientes con peritonitis con evolución favorable (Pacientes con alta antes de los 9 días, sin secuelas, no requerimiento de UCI).

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se calculará de acuerdo al nivel de confianza y margen de error, 95% y 5% respectivamente.

De acuerdo al programa establecido por los estadísticos especialistas que apoyan la realización de investigación, se obtiene de acuerdo a la bibliografía

recolectada una prevalencia del 30% y un odd ratio de 3.00 lo cual indica un número total de casos: 42 y controles: 84.

4.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- Las variables independientes estudiadas en esta investigación son: Dimensión factores sociodemográficos: edad, sexo y procedencia
- Dimensión factores asociados a comorbilidades: estado nutricional, sepsis, malnutrición, cáncer, TBC, HTA, ITU, DM úlcera péptica, cirrosis, diálisis, obstrucción intestinal, estreñimiento.
- Dimensión factores clínicos: dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos, demora en el tiempo diagnóstico y tratamiento, tiempo de enfermedad
- Dimensión factores asociados a tratamiento: ceftriaxona, imipenem, quinolonas, metronidazol, piperacilina / tazobactam, amikacina.

VEASE EL ANEXO 01

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La realización de la toma de datos se obtuvo de la revisión de las historias clínicas.

La base de datos de consiguió bajo una ficha de datos de historia clínica, donde se introdujo la información de las historias clínicas revisadas.

Con respecto al aspecto ético, la totalidad de la información obtenida se entregara a las autoridades competentes del centro educativo.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- **Casos:** Pacientes de 18 años o más, con diagnóstico de peritonitis con mala evolución (estancia hospitalaria mayor o igual de 9 días)

- **Controles:** Pacientes de 18 años o más, con diagnóstico de peritonitis con evolución favorable (Pacientes con alta antes de los 9 días, sin secuelas, no requerimiento de UCI).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con historias clínicas con datos insuficientes.
- Historias clínicas que estén bajo custodia por un proceso judicial.

4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Análisis Estadístico de los Datos

- Se realizará el registro de datos en una hoja de cálculo del programa SPSS versión 23.0 en la cual se tomaron en cuenta las variables e indicadores del estudio.

Análisis descriptivo o univariado o bivariado

- Para el análisis de las variables cuantitativa.

Análisis inferencial

- Para el análisis de las variables categóricas serán comparadas con Chi cuadrado. Las variables que sean estadísticamente significativas mediante el uso de la regresión logística se aplicarán regresión logística múltiple. Teniendo en cuenta $P \leq 0.05$ se considerará significativo, con un intervalo de confianza de 95%.

Aspectos éticos

- El presente estudio contará con el permiso de las autoridades del hospital emergencias “José Casimiro Ulloa” del área de docencia y archivo.
- El presente estudio no presenta riesgos por ser retrospectivo, el presente proyecto se encuentra enmarcado dentro de los principios de la declaración de Helsinki, con cumplimiento del Art 94 y Art 95 del código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú.
- El autor declara no tener conflicto de intereses.

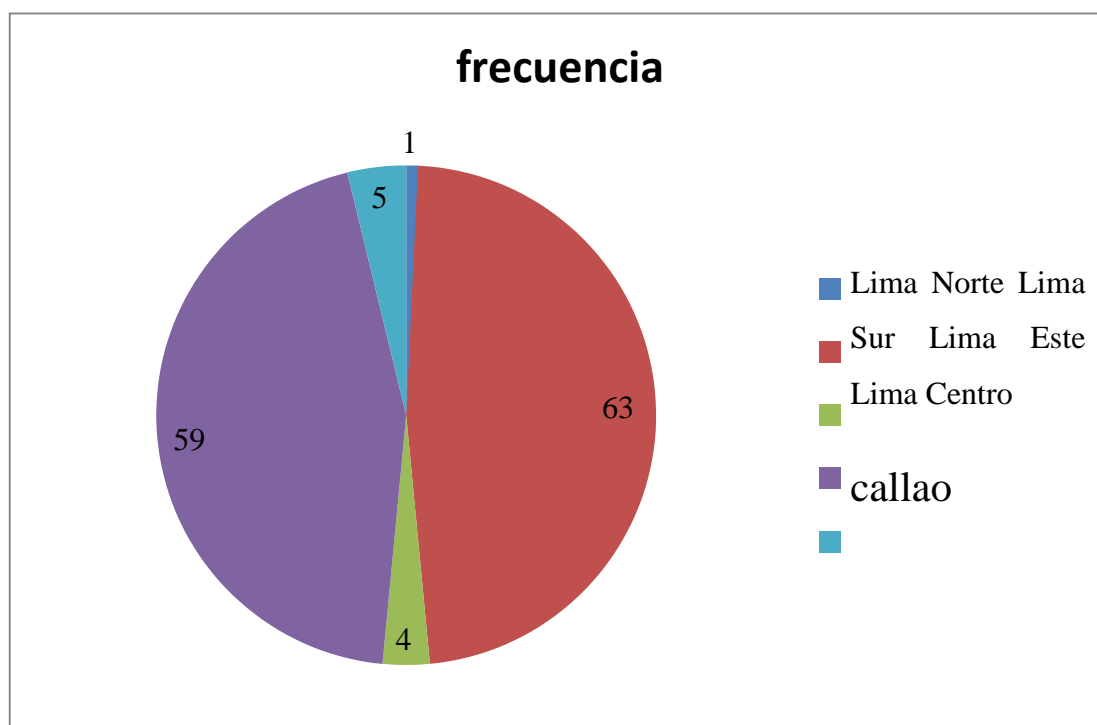
VI. CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

Se realizó la revisión de un total de 132 historias clínicas, con el diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” en el periodo del 2012 – 2016 en los cuales cumplían con los criterios de selección que se consideraron como criterios de inclusión y exclusión.

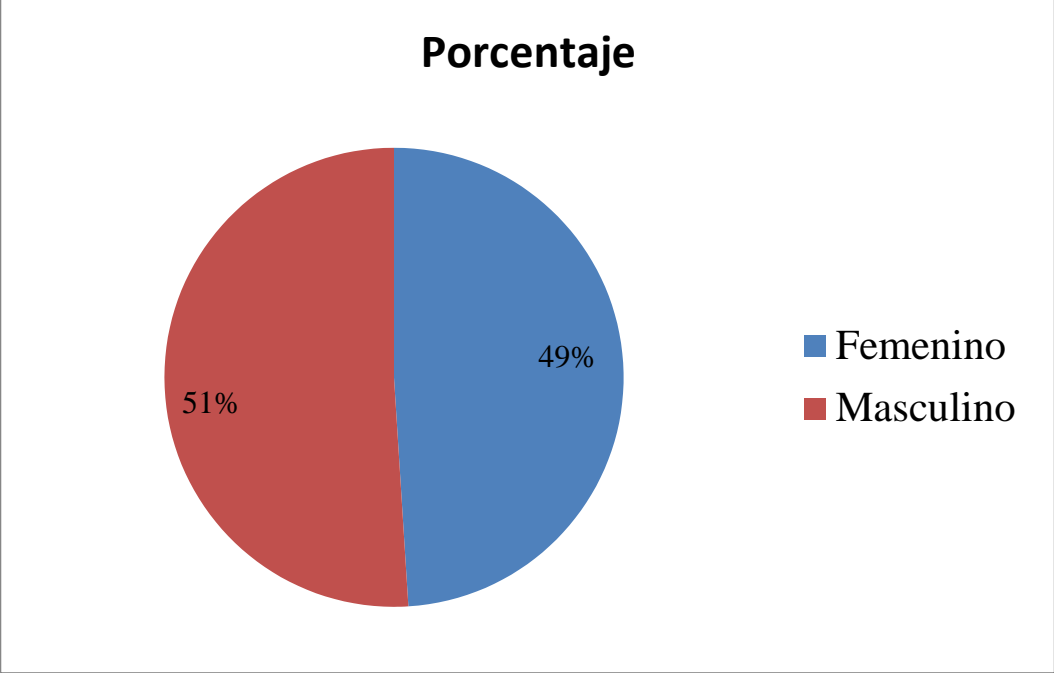
DIMENSIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

GRAFICO N°1: Distribución de acuerdo a lugar de procedencia de los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016



Fuente propia

GRAFICO N°2: Distribución de acuerdo a género de los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016



Fuente propia

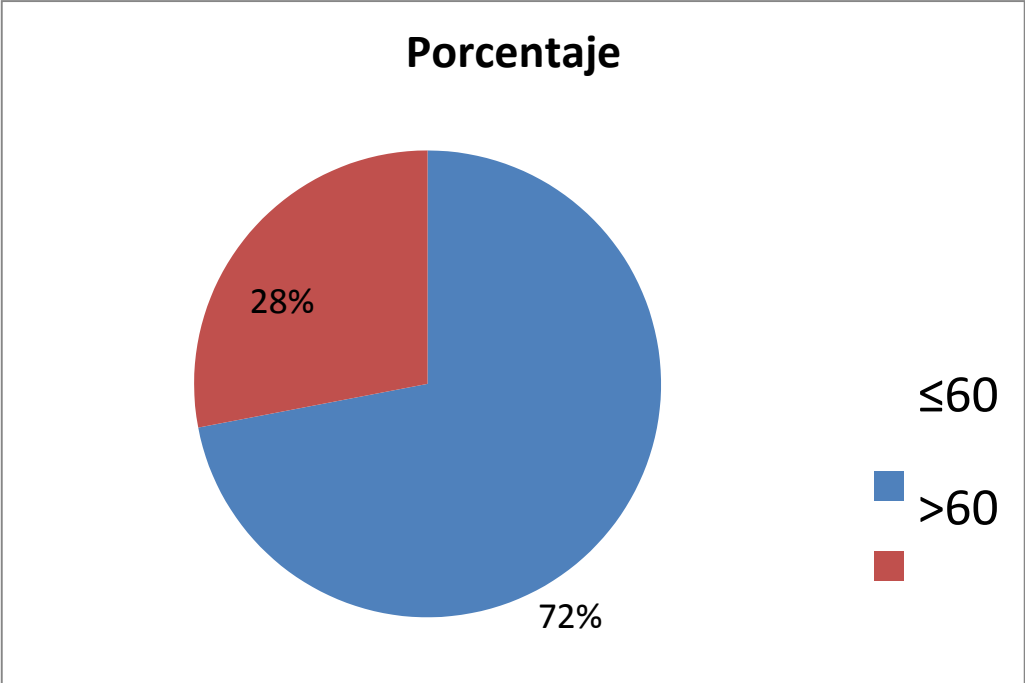
TABLA N°1: Evolución clínica y sexo durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

sexo	evolución clínica				p	OR	IC 95%
	Mala		Buena				
	n	%	n	%			
Femenino	32	76%	30	36%	,000	5,7	2,49 - 13,32
Masculino	10	24%	54	64%			

Fuente propia

Se presenta al género del paciente con diagnóstico de peritonitis que tiene asociación a mala evolución clínica durante la hospitalización en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, por medio de análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado, donde encontramos un OR de 5,7 con un intervalo de confianza del 95% (2,4 – 13,3), con un $p=,000$; en donde $p<0,05$, por lo que se considera significativamente estadístico.

GRAFICO N°3: Distribución de acuerdo a la edad de los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016



Fuente propia

TABLA N°2: Evolución clínica y edad durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 - 2016

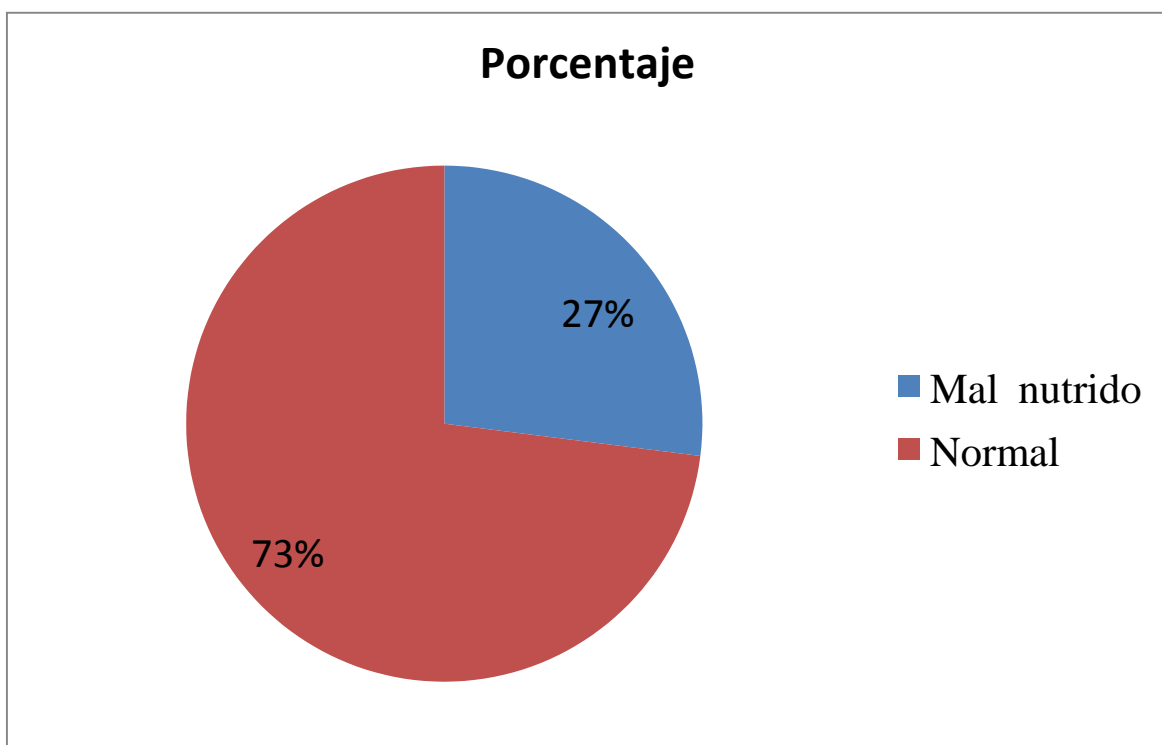
edad	evolución clínica				p	OR	IC 95%
	Mala		Buena				
	n	%	n	%			
≤60	19	45%	72	86%	,000	7,2	3,06 - 17,19
>60	23	55%	12	14%			

Fuente propia

Se presenta a la edad del paciente con diagnóstico de peritonitis que tiene asociación a mala evolución clínica durante la hospitalización en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, por medio de análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado, donde encontramos un OR de 7,2 con un intervalo de confianza del 95% (3,06 – 17,19) con un $p = ,000$; en donde $p < 0,05$, por lo que se considera significativamente estadístico.

DIMENSION DE LAS VARIABLES COMORBILIDADES

GRAFICO N°4: Distribución de acuerdo al estado nutricional de los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016



Fuente propia

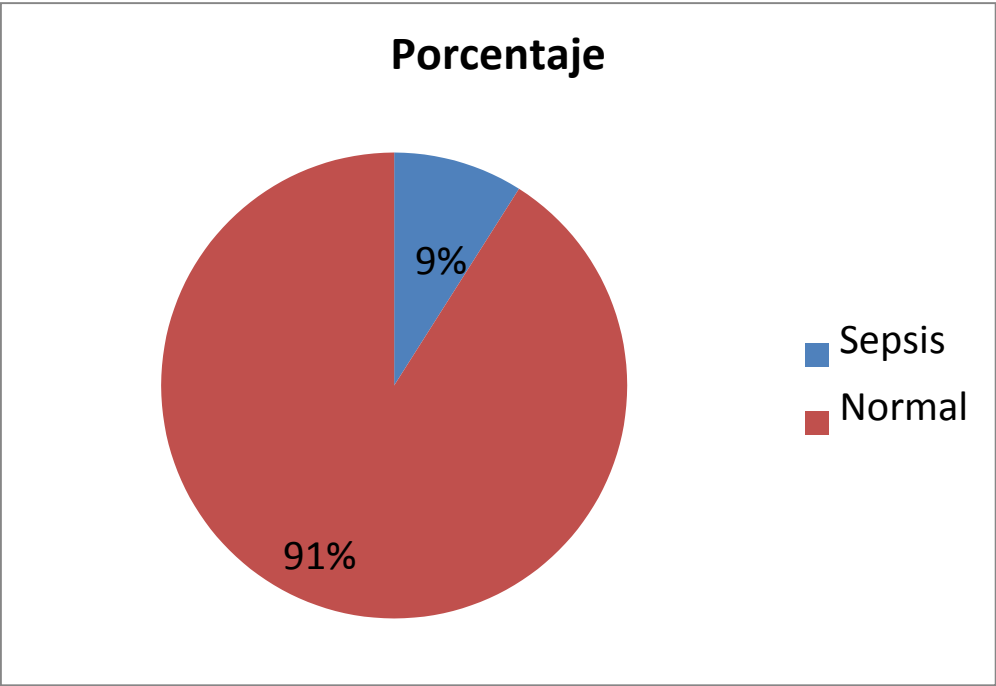
TABLA N°3: Evolución clínica y estado nutricional durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 - 2016

estado nutricional	evolución clínica				p	OR	IC 95%
	Mala		Buena				
	n	%	n	%			
normal	20	48%	72	86%	,000	6,6	2,79 - 15,60
mal nutrido	22	52%	12	14%			

Fuente propia

Se presenta a la malnutrición en el paciente con diagnóstico de peritonitis que tiene asociación a mala evolución clínica durante la hospitalización en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, por medio de análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado, donde encontramos un OR de 6,6 con un intervalo de confianza del 95% (2,7 – 15,6), con un $p = ,000$; en donde $p < 0,05$, por lo que se considera significativamente estadístico.

GRAFICO N°5: Distribución de acuerdo a la variable sepsis en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016



Fuente propia

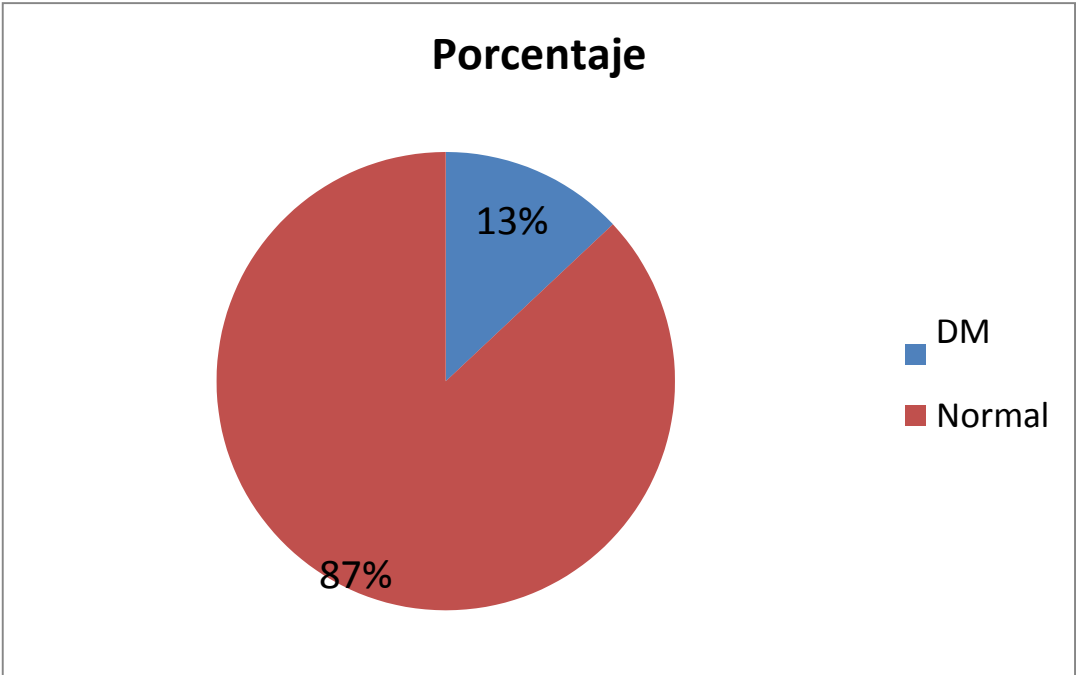
TABLA N°4: Evolución clínica y la variable sepsis durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 - 2016

sepsis	evolución clínica				p	OR	IC 95%
	Mala		Buena				
	n	%	n	%			
no	33	79%	82	98%	,000	11,1	2,29 - 54,53
si	9	21%	2	2%			

Fuente propia

Se presenta a la sepsis en el paciente con diagnóstico de peritonitis que tiene asociación a mala evolución clínica durante la hospitalización en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, por medio de análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado, donde encontramos un OR de 11,1 con un intervalo de confianza del 95% (2,29 – 54,53), con un $p=,000$; en donde $p<0,00$, por lo que se considera significativamente estadístico.

GRAFICO N°6: Distribución de acuerdo a la variable diabetes mellitus en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016



Fuente propia

TABLA N°5: Evolución clínica y Diabetes Mellitus durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 - 2016

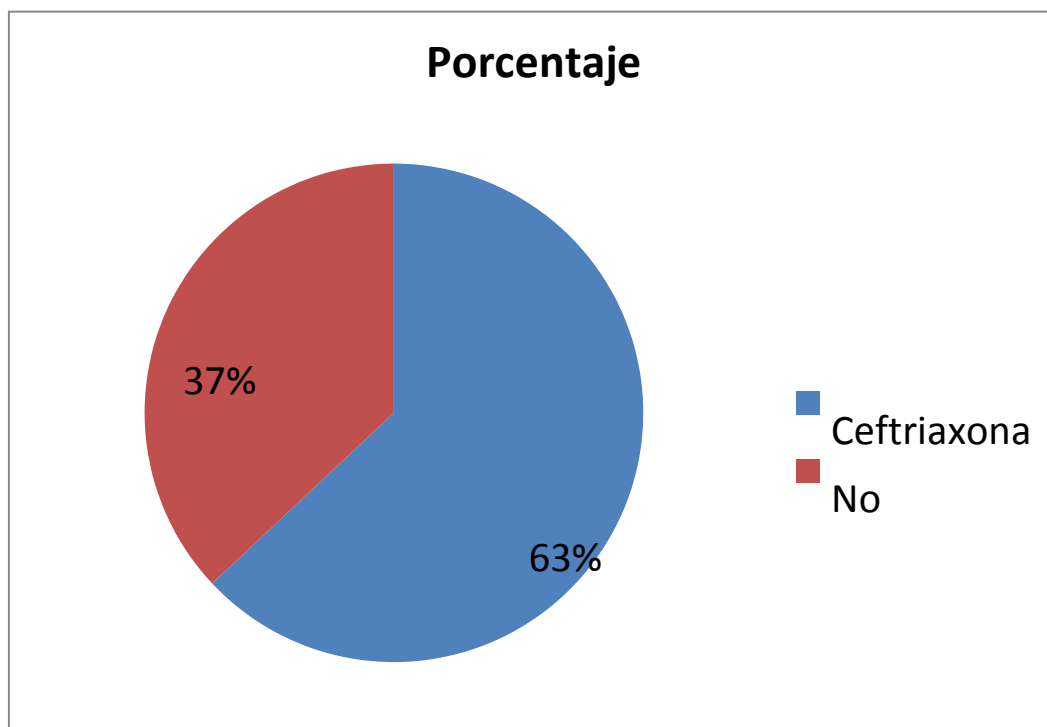
DM	evolución clínica				p	OR	IC 95%
	Mala		Buena				
	n	%	n	%			
no	29	69%	81	96%	,000	12,1	3,2 - 45,5
si	13	31%	3	4%			

Fuente propia

Se presenta a la diabetes mellitus en el paciente con diagnóstico de peritonitis que tiene asociación a mala evolución clínica durante la hospitalización en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, por medio de análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado, donde encontramos un OR de 12,1 con un intervalo de confianza del 95% (3,2 – 45,5), con un $p = ,000$; en donde $p < 0,05$, por lo que se considera significativamente estadístico.

DIMENSIÓN DE LAS VARIABLES TRATAMIENTO

GRAFICO N°7: Distribución de acuerdo al uso de ceftriaxona en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016



Fuente propia

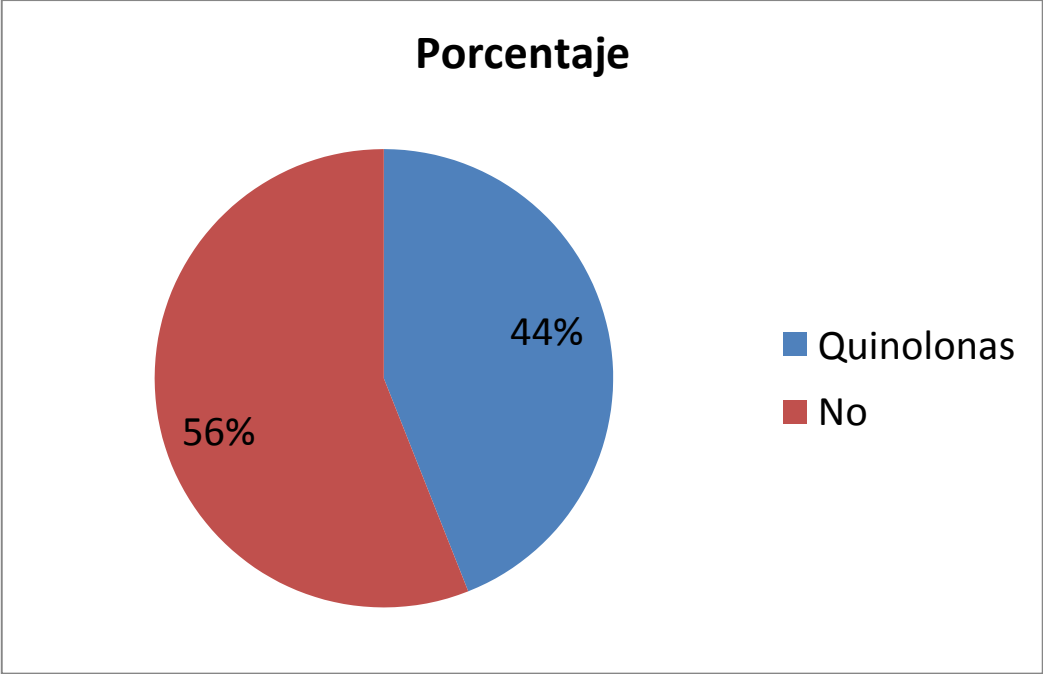
TABLA N°6: Evolución clínica y Ceftriaxona durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

ceftriaxona	evolución clínica				p	OR	IC 95%
	Mala		Buena				
	n	%	n	%			
no	27	64%	20	24%	,000	,174	,078 -
si	15	36%	64	76%			,389

Fuente propia

Se presenta al tratamiento con ceftriaxona en el paciente con diagnóstico de peritonitis como factor protector frente a la mala evolución clínica durante la hospitalización en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, por medio de análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado, donde encontramos un OR de ,174 con un intervalo de confianza del 95% (.078 – ,389), con un $p=$,000; en donde $p<0,05$, por lo que se considera significativamente estadístico.

GRAFICO N°8: Distribución de acuerdo al uso de quinolonas en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016



Fuente propia

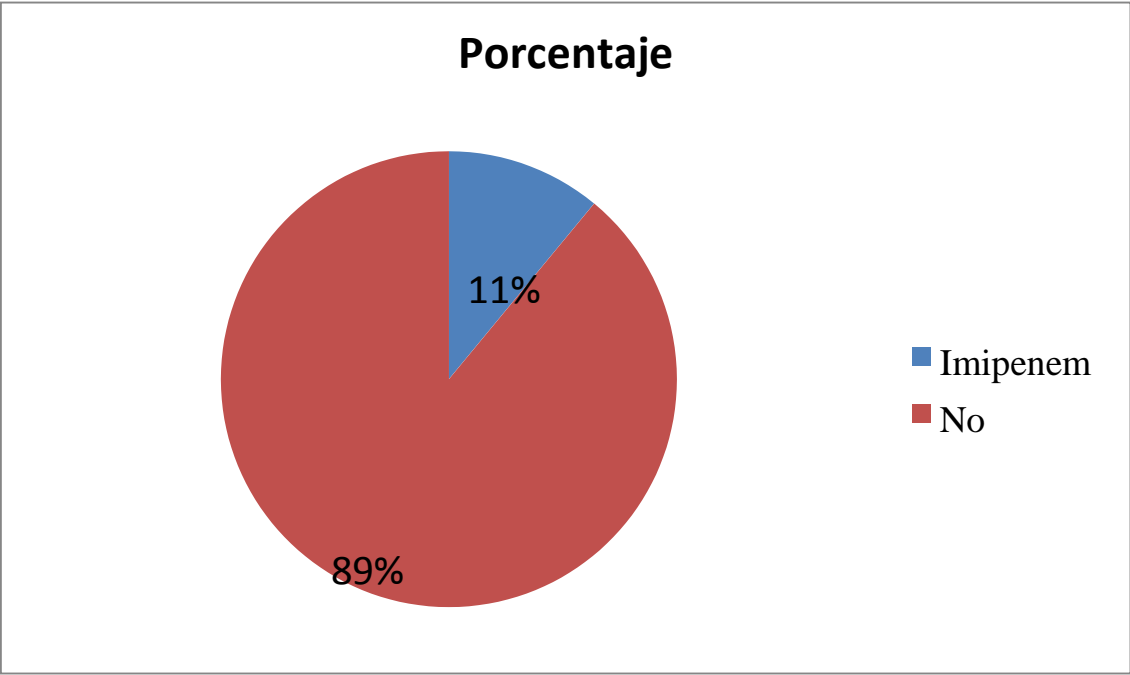
TABLA N°7: Evolución clínica y Quinolonas durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

quinolonas	evolución clínica				p	OR	IC 95%
	Mala		Buena				
	n	%	n	%			
no	9	21%	61	73%	,000	9,7	4,0 - 23,4
si	33	79%	23	27%			

Fuente propia

Se presenta al tratamiento con quinolonas en el paciente con diagnóstico de peritonitis que tiene asociación a mala evolución clínica durante la hospitalización en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, por medio de análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado, donde encontramos un OR de 9,7 con un intervalo de confianza del 95% (4,0 – 23,4), con un $p = ,000$; en donde $p < 0,05$, por lo que se considera significativamente estadístico.

GRAFICO N°9: Distribución de acuerdo al uso de Imipenem en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016



Fuente propia

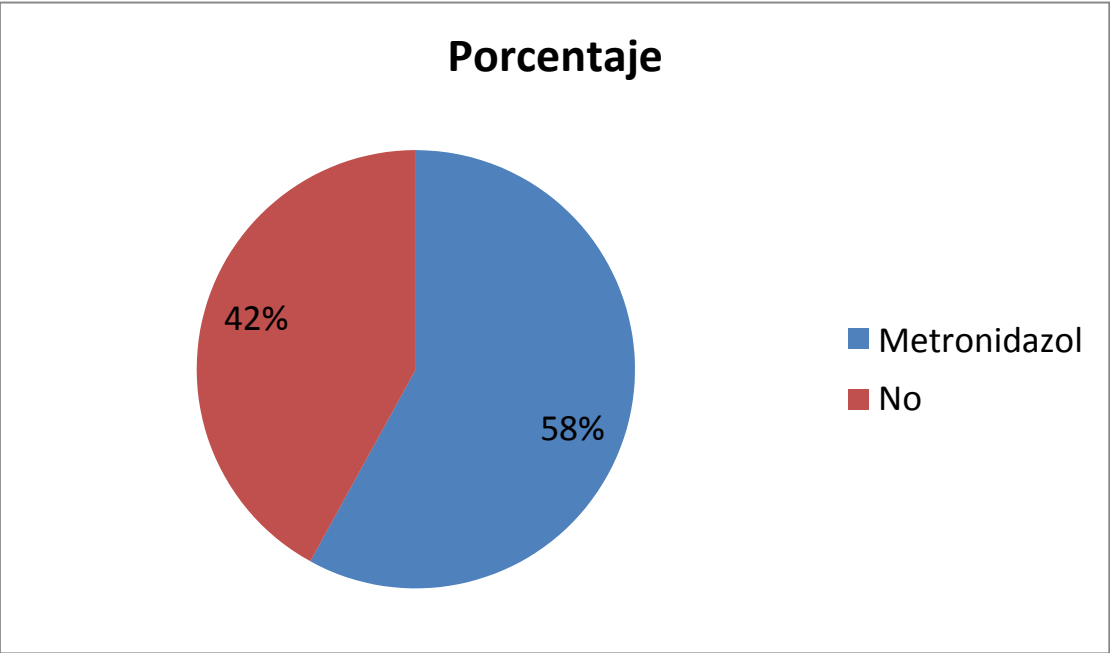
TABLA N°8: Evolución clínica e Imipenem durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

imipenem	evolución clínica				p	OR	IC 95%
	Mala		Buena				
	n	%	n	%			
no	33	79%	79	94%	,015	4,3	1,3 - 13,8
si	9	21%	5	6%			

Fuente propia

Se presenta al tratamiento con imipenem en el paciente con diagnóstico de peritonitis que tiene asociación a mala evolución clínica durante la hospitalización en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, por medio de análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado, donde encontramos un OR de 4,3 con un intervalo de confianza del 95% (1,3 – 13,8), con un $p = ,015$; en donde $p < 0,05$, por lo que se considera significativamente estadístico.

GRAFICO N°10: Distribución de acuerdo al uso de Metronidazol en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016



Fuente propia

TABLA N°9: Evolución clínica e Metronidazol durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

metronidazol	evolución clínica				p	OR	IC 95%
	Mala		Buena				
	n	%	n	%			
no	12	29%	41	49%	,036	2,3	1,07 - 5,27
si	30	71%	43	51%			

Fuente propia

Se presenta al tratamiento con metronidazol en el paciente con diagnóstico de peritonitis que tiene asociación a mala evolución clínica durante la hospitalización en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, por medio de análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado, donde encontramos un OR de 2,3 con un intervalo de confianza del 95% (1,07 – 5,27), con un $p = ,036$; en donde $p < 0,05$, por lo que se considera significativamente estadístico.

DIMENSIÓN DE LAS VARIABLES FACTORES CLINICOS

GRAFICO N°11: Distribución de acuerdo a la presencia de náuseas y vómitos en los pacientes con diagnóstico de peritonitis del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" 2012 – 2016

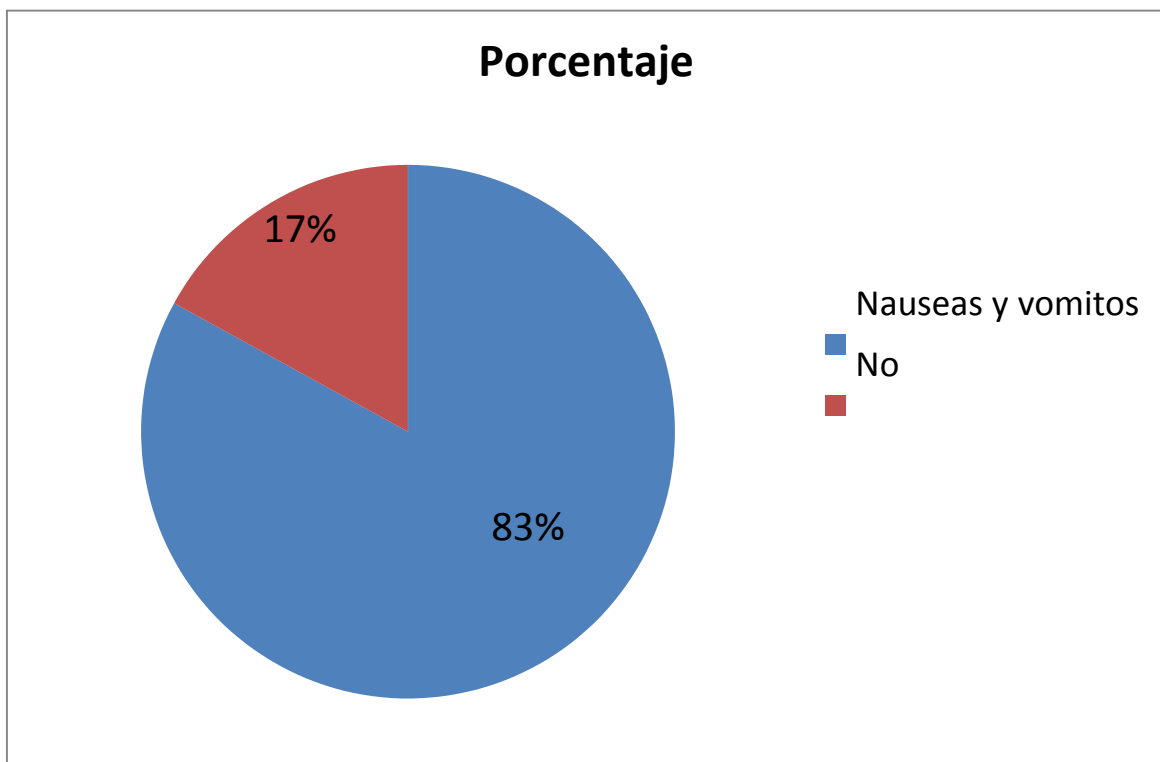


TABLA N°10: Evolución clínica y náuseas y vómitos durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

náuseas y vómitos	evolución clínica				p	OR	IC 95%
	Mala		Buena				
	n	%	n	%			
no	12	29%	9	11%	,020	,300	,115 - ,785
si	30	71%	75	89%			

Fuente propia

Se presenta a la presencia de náuseas y vómitos en el paciente con diagnóstico de peritonitis que tiene asociación a mala evolución clínica durante la hospitalización en el hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”, por medio de análisis estadístico de la prueba Chi cuadrado, donde encontramos un OR de ,300 con un intervalo de confianza del 95% (,115 – ,785), con un p=

,020; en donde $p < 0,05$ por lo que se considera significativamente estadístico.

TABLA N°11: Evolución clínica tiempo de enfermedad en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

Evolución clínica	Tiempo de enfermedad			
	Media	Desv. St.	Rango Pr.	P
Mala	81,71	57,2	77,88	,000
Buena	48,25	49,1	56,31	,000

Fuente propia

La tabla N°11 nos muestra que en promedio una paciente con mala evolución clínica tiene un tiempo de enfermedad de 81,71 horas y un paciente con buena evolución tiene un tiempo hospitalario de 48,25 horas durante la hospitalización en el hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, con un $p=,000$ donde $p<0,05$ por lo que se considera significativamente estadístico.

TABLA N°12: Evolución clínica demora entre el tiempo de diagnóstico y tratamiento durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

Evolución clínica	Demora entre el diagnóstico y el tratamiento			
	Media	Desv. St.	Rango Pr.	P
Mala	26,6	22,2	76,3	,000
Buena	20,44	34,9	57	,000

La tabla N°12 nos muestra que en promedio una paciente con mala evolución clínica tiene una demora entre el tiempo del diagnóstico y el tratamiento tiempo de enfermedad de 26,6 horas y un paciente con buena evolución tiene un tiempo hospitalario de 20,44 horas durante la hospitalización en el hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, con un $p=,000$ donde $p<0,05$ por lo que se considera significativamente estadístico.

TABLA N°13: Evolución clínica, edad y sexo durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

MODELO DE REGRESION LOGÍSTICA

Factor	OR	p	IC
Edad	5,3	,000	2,1 - 13,1
Sexo	4,1	,002	1,7 - 10,2

Fuente propia

Este análisis muestra los coeficientes Odds Ratio, significancia e intervalo de confianza.

Se aplicó el modelo de regresión logística en el cual se evidencio significancia estadística a la variable edad y sexo.

Los resultados en la tabla 13 se puede ver que las pacientes mayores de 60 años tuvieron un riesgo de mala evolución clínica de 5,3 veces mayor que los pacientes menores de 60 años.

Los pacientes de sexo femenino mostraron un riesgo de mala evolución clínica de 4,1 veces mayor que los pacientes de sexo masculino.

TABLA N°14: Evolución clínica, estado de nutrición, sepsis, DM durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

MODELO DE REGRESION LOGÍSTICA

Factor	OR	p	IC
Estado nutr.	4,5	,002	1,7 - 11,7
DM	3,6	,098	,788 - 16,4
Sepsis	5,1	,075	,848 - 31,2

Fuente propia

Este análisis muestra los coeficientes Odds Ratio, significancia e intervalo de confianza.

Se aplicó el modelo de regresión logística en el cual se evidencio que hay significancia estadística en la variable malnutrición.

Los resultados en la tabla 14 se puede ver que las pacientes con malnutrición tuvieron un riesgo de mala evolución clínica de 4,5 veces mayor que los pacientes con un estado nutricional normal.

TABLA N°15: Evolución clínica, ceftriaxona, quinolonas e imipenem durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016

MODELO DE REGRESION LOGISTICA

Factor	OR	p	IC
Ceftriaxona	,639	,404	,223 - 1,83
Quinolona	8,9	,000	2,9 - 26,8
Imipenem	5,9	,015	1,4 - 25,1
Metronidazol	2,3	,085	,888 - 6,2

Fuente propia

Este análisis muestra los coeficientes Odds Ratio, significancia e intervalo de confianza.

Se aplicó el modelo de regresión logística en el cual se evidencio significancia estadística a la variable quinolona e imipenem.

En el resto de factores como ceftriaxona y metronidazol no resultaron estadísticamente significativas en este análisis.

Los resultados de la tabla 15 se ve que los pacientes a los cuales se les trato con quinolonas tuvieron un riesgo de mala evolución clínica de 8,9 veces mayor que los pacientes que no fueron tratados con quinolonas y que los pacientes a los cuales se les trato con imipenem tuvieron un riesgo de mala evolución clínica de 5,9 veces mayor que los pacientes que no fueron tratados con imipenem.

TABLA N°16: Evolución clínica y variables no significativas, correspondientes a las dimensiones: comorbilidades, tratamiento, factores clínicos, durante la hospitalización en pacientes con diagnóstico de peritonitis en el hospital del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” 2012 – 2016.

ANÁLISIS CHI CUADRADO

Factor	P	OR	IC
Cáncer	,550	0,65	0,58 – 0,74
TBC	,223	2,8	0,60 – 13,3
HTA	0,07	3,7	1,4 – 9,2
ITU	,734	1,3	0,36 – 5,13
Úlcera péptica	No se reportó pacientes		
Cirrosis	,159	2,7	0,68 – 10,65
Diálisis	No se reportó pacientes		
Obstrucción intestinal	,553	0,66	0,58 – 0,75
Estreñimiento	,532	1,4	0,442 – 4,9
Piperacilina tazobactam	No se reportó pacientes		
amikacina	,270	0,23	0,028 – 1,917

Fuente propia

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En referencia a la edad de los pacientes por grupo etario de acuerdo a Alfredo Benavides, en su estudio encontró que las edades comprendidas dentro del grupo etario de 45 a 64 años tuvieron predisposición a una estancia mayor a 9 días, tomándose esto como un factor de mala evolución clínica, en nuestro estudio se encontró una mayor asociación en relación la edad del paciente mayor a 60 años y una mala evolución clínica.

En el estudio “Factores asociados a peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal continua” de Vallejos Villanueva, encontró que no es relevante el factor “edad” para el desarrollo de peritonitis, mientras que en nuestro estudio se demostró que los pacientes mayores de 60 años en un 55% tuvieron asociación a una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días). Mathurin Lasave, en su estudio “Prevalencia, aspectos clínicos y pronóstico de la peritonitis bacteriana espontanea en un hospital general” encontró una edad media de presentación de 49,1 así como en nuestro estudio determino una mayor presentación en el grupo etario de menores de 60 años.

En la revista cubana de cirugía, se publicó el estudio “Peritonitis bacteriana difusa. Análisis de 4 años” de Morales Díaz, Pérez Migueles y Pérez Jomarrón, donde encontraron una mortalidad elevada en pacientes mayores de 60 años, si bien es cierto en nuestro estudio no se evalúa la mortalidad, sin embargo de determino una mayor asociación de mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días) en pacientes mayores de 60 años.

Respecto a la variable, genero del paciente “sexo”, Mathurin Lasave, en el estudio, “Prevalencia, aspectos clínicos y pronóstico de la peritonitis bacteriana espontanea en un hospital general” encontró una mayor frecuencia de presentación de peritonitis en pacientes masculinos con 83,3%, así mismo en nuestro estudio se demostró una ligera ventaja de prevalencia en cuanto al sexo masculino, pero si mencionamos la relación de esta variable con la evolución clínica, se encontró que el sexo femenino tiene asociación con una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días).

Vallejos Villanueva, en su estudio “Factores asociados a peritonitis en pacientes con diálisis continua” halló que el sexo no resulto tener asociación con la presencia de peritonitis; en nuestro estudio por el contrario se demostró que el sexo femenino tiene asociación al desarrollo de una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días).

Adema cabe resaltar que al momento de interpretar el análisis de regresión logística demuestra que los pacientes mayores de 60 años de sexo femenino tienen aún más riesgo de desarrollar una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días).

En cuanto a la dimensión de las variables agrupadas dentro de comorbilidades del paciente, Martínez Flores en su estudio “Incidencia de peritonitis en una cohorte de pacientes con insuficiencia renal tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria” menciona que la mortalidad en el primer año y el quinto año de diálisis peritoneal se diferencia básicamente a factores sociales, económicos, a la presencia de comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, malnutrición (ya sea obesidad o desnutrición), inicio tardío del tratamiento; como se demuestra en nuestro estudio, una mayor asociación a mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días) en pacientes portadores de comorbilidades, dentro de las cuales resultaron estadísticamente significativas las variables como diabetes mellitus, malnutrición y sepsis, así como la demora entre el tiempo de diagnóstico e inicio del tratamiento, tiempo de enfermedad prolongado, pero en el análisis de regresión logística, la única variable significativa dentro de la dimensión de comorbilidades que resultó fue desnutrición, además de disminuir su riesgo al asociarse a las demás variables de su dimensión.

Ali Berrada, en su estudio “Factores de riesgo relacionados con el desarrollo de peritonitis en pacientes de diálisis peritoneal” encontró que como predictores de desarrollo de peritonitis en estos pacientes debe haber alteración del estado nutricional, alteración en el nivel de hemoglobina en sangre (anemia), así como un nivel socioeconómico bajo; en nuestro estudio no planteamos predictores, pero identificamos como factores de riesgo para una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días) a una alteración en el estado nutricional, diabetes mellitus o sepsis.

En referencia a la variable, tratamiento recibido durante la hospitalización, Nicho Chávez en su estudio “Factores que se asocian a infección de sitio operatorio en pacientes post operados por apendicetomía convencional en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero – julio del 2015”, encontró que un uso inadecuado de antibióticos es un factor de riesgo para la infección del sitio operatorio, además de que una infección del sitio operatorio determina una prolongación de la estancia hospitalaria; así como en nuestro estudio se encontró que el uso de ceftriaxona tuvo un efecto protector frente a una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días), mientras que el uso de quinolonas, imipenem y metronidazol como tratamiento antibiótico es un factor de riesgo para presentar o desarrollar una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días).

En el estudio “Peritonitis bacteriana espontanea” de Espeche, recomienda el uso de cefalosporinas de tercera generación como terapia empírica, por tratarse de atacar a los patógenos más frecuentes; en nuestro estudio no identificamos los patógenos más frecuentes sin embargo encontramos que el uso de ceftriaxona es un factor protector frente al desarrollo de una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días).

Así mismo Lopez, Hernandez, Saldivar, Sotolongo y Valdés en su estudio “Infección de la herida quirúrgica. Aspectos epidemiológicos” encontraron que el uso inadecuado de antibióticos es un factor de riesgo para la infección de la herida operatoria, aumentando costos y la resistencia bacteriana; lo que en nuestro estudio se encontró fue que el uso de ceftriaxona como tratamiento mostró un factor protector frente a mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días); esta dimensión al exponerla al análisis de regresión logística nos demuestra que potencia el efecto protector de la ceftriaxona frente a una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días) y además vuelve estadísticamente no significativo a la variable metronidazol como factor de riesgo.

Benavides Zuñiga, en su estudio “Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz” encontró que la estancia hospitalaria prolongada se encuentra en relación a la demora para efectuar exámenes auxiliares, retardo en los resultados de análisis de

laboratorio así mismo como falta de apoyo logístico, en nuestro estudio se pudo determinar de manera indirecta estos resultados ya que lo anterior mencionado se puede traducir como una prolongación del tiempo de enfermedad del paciente, una demora entre el tiempo diagnóstico y el inicio de tratamiento, y por consiguiente un mayor tiempo hospitalario, en las cuales encontramos asociación con una mala evolución clínica.

En el estudio de Ríos, Carrasco y Humet “Incremento de costes atribuible a la infección quirúrgica de la apendicetomía y colectomía” encontraron que la infección de la herida operatoria demora la estancia hospitalaria en 7 días más, en nuestro estudio encontramos que la estancia hospitalaria prolongada es un factor de riesgo para una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días).

Del estudio “Infección de Sitio Operatorio en Apendicectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital III EsSalud- Chimbote” de Peralta, López, Díaz, Rodríguez y Angulo, no se encontró relación entre la infección del sitio operatorio y el cultivo del exudado peritoneal, sin embargo si se encontró estrecha relación entre los pacientes apendicectomizados en quienes presentaron mayor tiempo de enfermedad y mayor tiempo operatorio con la presencia de infección del sitio operatorio; lo que en nuestro estudio se traduce como una estancia hospitalaria prolongada (extrapolando de acuerdo al estudio anteriormente mencionado, por una infección del sitio operatorio), además del mayor tiempo de enfermedad que está asociado a una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días).

En este estudio se obtuvo como resultados no significativos, esto indicaría, factores no asociados a mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días): cáncer, TBC, HTA, ITU, úlcera péptica, cirrosis, diálisis, obstrucción intestinal, estreñimiento, piperacilina / tazobactam y amikacina.

Y dentro de los resultados obtenidos, significativamente estadísticos, como factores que ofrecen protección contra una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor de 9 días): ceftriaxona y la presencia de náuseas y vómitos como parte del espectro clínico.

VII. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados que se lograron obtener en nuestro estudio, los factores con los cuales se alcanzó significación estadística y por lo tanto se puede considerar como factores asociados a mala evolución en pacientes hospitalizados por peritonitis:

1. El género femenino y el grupo etario en el cual corresponde a los pacientes mayores de 60 años presentaron asociación en relación a una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días) en pacientes con diagnóstico de peritonitis.
2. El presentar la comorbilidad “mal nutrición”, “diabetes mellitus”, “sepsis” está asociado a una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días).
3. El recibir tratamiento antibiótico hospitalario con quinolonas, imipenem y metronidazol está asociado a una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días).
4. El tiempo de enfermedad prolongado, la demora entre el tiempo del diagnóstico e inicio de tratamiento está asociada a una mala evolución clínica (estancia hospitalaria mayor a 9 días).

6.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda la elaboración de una guía nacional de atención al paciente con peritonitis por parte del MINSA donde incluyan los factores de mala evolución clínica para tener más cuidado y tener las preocupaciones del caso.
- Fomentar la investigación universitaria sobre la peritonitis en nuestro medio, para situaciones de atención de emergencia.
- Realizar un estudio multicéntrico para llegar a obtener más casos y evaluar la prevalencia de los factores de mala evolución en la peritonitis secundaria.
- Fomentar los hábitos de vida saludable para llegar a disminuir algunos factores que conllevan a una mala evolución clínica de los pacientes con peritonitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Holguín Carmona A, Hurtado J, Restrepo, J, Una mirada actual a la peritonitis bacteriana espontanea. Rev Col Gastroenterol 30(3)2015: 315-324
- 2.- Gonzales-Ojeda A, Velasquez-Ramirez, G. Peritonitis secundaria, Rev Invest Clin 2005;57 (5): 706-715
- 3.- Alves de Mattos, IA, Costabeber, A, Caprara Lionco, L, Valle-Tovo, C. Mul-resistant bacteria in spontaneous bacterial peritonitis: A new step in management?. World J Gastroenterol 2014, Oct 21; 20(39): 14079-14086
- 4.- Dokleštic, SK et al. Secondary peritonitis, evaluation of 204 cases and literature review. J Med life. 2014 Jun 15; 7(2): 132-138
- 5.- Barbero Narbona E. Factores de riesgo relacionado con el desarrollo de peritonitis en pacientes de diálisis peritoneal. Enferm nefrol 2014, Vol 17, suppl. 1, p 38
- 6.- Sayer J, Outcome of faecal peritonitis in the ICU. Critical care. 2012 Mar 20; 16(1): P398
- 7.- Huertas J, Silva, T, Burbano, O, Epidemiología y análisis clínico de las peritonitis en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal en el hospital “Carlos Andrade Marín” de la ciudad de Quito 2012. Rev Med Vozandes 2013; 24(1-2): 19-26
- 8.- Pawa, N Outcome of faecal peritonitis to a critical care unit: an 18-year analysis. Colorectal Dis. 2009; 11 suppl 1: 5
- 9.- Martínez A, Incidencia de peritonitis en una cohorte de pacientes con insuficiencia renal tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria. <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/29817>
- 10.- Morales I, Pérez I, Pérez E. Peritonitis bacteriana difusa. Análisis de 4 años (1995-1998). Rev Cubana Cir 2000; 39 (2): 160-6
- 11.- Mahmoudi, Ammar et al Stercoral the perforation of the colon: report of a case and review of literature. Pan Afr Med J. 2015, 22: 249

- Stefan Acosta, Surgical management of peritonitis secondary to acute superior mesenteric artery acclusion. World J Gastroenterol. 2014 Aug 7; 20(29): 9936-9941
- Hugh James Freeman, Spontaneous free perforation of the small intestine in adults. 2014 Aug 7; 20(29): 9990-9997
- 14.- Butsabon Lerkvaleekul et al, Henoch-Schonlein purpura from vasculitis to intestinal perforation: A case report and literature review. World J Gastroenterol 2016 Jul 14,22 (26): 6089-6094
- 15.- Vallejos Villanueva F, Factores asociados a peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2688>
- 16.- Villafana Rauda S. Prevalencia de la peritonitis infecciosa en pacientes tratados con diálisis peritoneal intermitente manual comparada con diálisis peritoneal intermitente automática del HGR. N.1, IMSS, Querétaro: <http://repositoriodigital.ipn.mx/handle/123456789/9161>
- 17.- Mathurin Lasave S. Prevalencia, aspectos clínicos y pronóstico de la peritonitis bacteriana espontánea en un hospital general. Rev cubana Med 2008 V 47 N4: 1-11
- 18.-M Krishnan, Predictor of outcome following bacterial peritonitis in peritoneal dialysis. Perit Dial Int 2002 Vol 22 N 5: 573-581
- 19.- Álvarez Li, Frank et al Guía práctica clínica para el tratamiento de la peritonitis. MediSur, Vol.7. núm.1, 2009, pp. 69-74
- 20.- Vargas Blácido, Daniel. Prevalencia de peritonitis bacteriana espontanea en pacientes cirróticos hospitalizados:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1800/1/Vargas_bd.pdf
- 21.- Barrera E, Rodríguez M, Borda G, Najar L. Valor predictivo de mortalidad del índice de peritonitis de Mannheim. Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30(3): 211-215

- 22.- Benavides, A et al Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis. N. Sáenz. Rev.Med.Hum-URP 2006, Vol.6, N 2: 3-12
- 23.- Durand López C, Peritonitis purulenta diseminada. Tratamiento con lavado peritoneal a gran volumen. Rev. Perú Gastroenterología 2000; 20(1): 49-52
- 24.- Nélica Laura Espeche, Peritonitis bacteriana espontanea. https://www.smiba.org.ar/revista/smiba_01/peritoni.htm
- 25.- Guía de práctica clínica GPC del instituto mexicano del seguro social. Laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo no traumático en el adulto: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/509GER.pdf
- 26 Hupfeld L, Burcharth J, Pommergaard HC, Rosemberg J. The best choice of treatment for acute colonic diverticulitis with purulent peritonitis is uncertain. Biomed Res int 2014; doi: 10,1155/2014/380607.
- 27.- López D, Hernandez M, Saldivar T, Sotolongo T, Valdés O. Infección de la Herida Quirúrgica. Aspectos Epidemiológicos. Rev. Cubana Med. Mil. 2007; 36 (2)
- 28.- Nongyao K, Mette N, Toft H, Schonheyner H, Jamulitrat S, Chongsuvivatwong V. Risk of Surgical site Infection and efficacy of antibiotic prophylaxis: a Cohort study of Appendectomy patients in Thailand. Rev Infection Diseases 2006, 6:11.
- 29.- Ríos J, Murillo C, Carrasco G, Humet C. Incremento de costes Atribuible a la Infección Quirúrgica de la Apendicectomía y Colectomía. Rev. Esp. Gac. Sanit 2003; 17 (3): 218-25
- 30.- Carmen E. Peralta Vargas, Arístides López H, Jacqueline R. Díaz Gil, Ronald M. Rodríguez Montoya, William R. Angulo Guzmán. Infección de Sitio Operatorio en Apendicectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital III EsSalud- Chimbote. Rev. Gastroenterol. Perú 2004; 24 (1): 43-49

- 31.-Petrosillo N, Drapeau C, Nicastrì E, Martini L, Ippolito G, Moro M. Surgical site Infections in Italian Hospitals: a prospective Multicenter Study. *Rev. Infection Diseases* 2008; 8:34
- 32.- Rodríguez Fernández Z. Complicaciones de la Apendicectomía por apendicitis aguda. *Rev.Cub.Cir.* [internet]. 2010 Jun; 49 (2).
- 33.- Blomquist PG, Andersson RE, Granath F, Mortality after appendectomy in Sweden, 1987-1996. *Ann Surg.* 2001; 233:455-60.
- 34.- Gamero M, Barreda J, Hinostroza G, Apendicitis aguda: incidencia y factores asociados. Hospital Nacional "Dos de Mayo" Lima, Perú 2009.*Rev. Horizonte Med* 11(1): 46-51.

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
EDAD	Número de años del paciente al momento de su hospitalización	Menor o igual de 60 años Mayor de 60 años	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	0 = 0 – 60 1 = 61 - 81
SEXO	Género orgánico	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = Hombre 1 = Mujer
PROCEDENCIA	Lugar de residencia del paciente	Domicilio según historia clínica	Nominal	Cualitativa	Urbano Urbano-marginal Marginal Ciudades
ESTADO NUTRICIONAL	Alteración de los estados de nutrición de acuerdo al IMC	Normal: 18.5 – 24.9 Desnutrición: <18.5 Obeso: >30	Ordinal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Normal = 0 Obeso/Desnutrición = 1

MALA EVOLUCIÓN	Condiciones socioeconómicas en extremo desfavorables, enfermedad hepática adyacente, presencia	Tiempo de hospitalización menor de 9 días y mayor de 9 días obtenido de la historia clínica	Ordinal Dicotómica	Dependiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
-----------------------	--	---	-----------------------	-------------------------	------------------

	de shock séptico y estancia hospitalaria mayor de 9 días				
DOLOR ABDOMINAL	Manifestación de trastornos digestivos ya sea visceral o parietal o referido	Manifestación de trastornos digestivos durante su hospitalización	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
FIEBRE	Es el aumento de la temperatura corporal por encima de 38°C, variando ésta de acuerdo al lugar de su toma	Aumento de la temperatura corporal mayor a 38°C durante su hospitalización, obtenido de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
NAUSEAS	Sensación desagradable e inminente de vomitar procedente de problemas digestivos principalmente.	Sensación desagradable e inminente de vomitar durante su hospitalización, obtenido de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
VOMITOS	Eyección enérgica del contenido gastrointestinal a través de la boca	Eyección enérgica del contenido gastrointestinal a través de la boca durante su	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI

	principalmente por problemas digestivos.	hospitalización, obtenido de la historia clínica			
SEPSIS	Manifestación clínica de una respuesta sistémica asociada a infección.	Manifestación clínica de una respuesta sistémica asociada a infección como antecedente, obtenido de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
CANCER	Enfermedad producida por la multiplicación exagerada de células anormales.	Enfermedad producida por la multiplicación exagerada de células anormales como antecedente	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
TBC	Enfermedad infecciosa producida por el bacilo de Koch.	Enfermedad infecciosa producida por el bacilo de Koch como antecedente, obtenido de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
DIABETES MELLITUS	Enfermedad metabólica con hiperglucemia y defecto de insulina.	Enfermedad metabólica con hiperglucemia y defecto de insulina como antecedente, obtenido de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI

ÚLCERA PEPTICA	Enfermedad caracterizada por heridas en la mucosa gástrica o intestinal.	Enfermedad caracterizada por heridas en la mucosa gástrica o intestinal como antecedente, obtenido de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
HTA	Enfermedad caracterizada por aumento de la tensión arterial por encima de 140/90mm-hg	Enfermedad caracterizada por aumento de la tensión arterial como antecedente, obtenido de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
ITU	Es la infección de la orina o vías urinarias.	Es la infección de la orina o vías urinarias como antecedente, obtenido de la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
CIRROSIS	Enfermedad del hígado caracterizado por fibrosis y disfunción hepática.	Enfermedad del hígado caracterizado por fibrosis y disfunción hepática como antecedente, obtenido de la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI

DIALISIS	Tratamiento médico que consiste en eliminar sustancias nocivas en la sangre.	Tratamiento médico que consiste en eliminar sustancias nocivas en la sangre como antecedente, obtenido de la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
OBSTRUCCION INTESTINAL	Es la interrupción mecánica o funcional del tránsito intestinal como antecedente	Es la interrupción mecánica o funcional del tránsito intestinal como antecedente, obtenido de la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
ESTREÑIMIENTO	Enlentecimiento de tránsito intestinal del bolo alimenticio.	Enlentecimiento de tránsito intestinal del bolo alimenticio como antecedente, obtenido de la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
IMIPENEM	Es un antibiótico betalactámico de uso intravenoso, que pertenece al subgrupo de carbapenem	Antibiótico usado durante la hospitalización del paciente, obtenido de la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI

QUINOLONAS	Son un grupo de agentes quimioterapéuticos sintéticos, del grupo de las fluorquinolonas	Antibiótico usado durante la hospitalización del paciente, obtenido de la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
CEFTRIAXONA	Es un antibiótico de la clase cefalosporinas de tercera generación, por lo que tiene amplio espectro contra gram positivos y gram negativos	Antibiótico usado durante la hospitalización del paciente, obtenido de la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
METRONIDAZOL	Es un antibiótico y antiparasitario del grupo de los nitroimidazoles, inhibiendo la síntesis de los ácidos nucleicos	Antibiótico usado durante la hospitalización del paciente, obtenido de la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
PIPERACILINA / TAZOBACTAM	Es un fármaco compuesto por un antibiótico betalactámico y un inhibidor de betalactamasa útil contra gram positivos, gram negativos y anaerobios	Antibiótico usado durante la hospitalización del paciente, obtenido de la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI

AMIKACINA	Es un antibiótico bactericida del grupo de los aminogluosidos, usado en el tratamiento de diferentes infecciones bacterianas	Antibiótico usado durante la hospitalización del paciente, obtenido de la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente cualitativa	0 = NO 1 = SI
------------------	--	---	-----------------------	------------------------------	------------------

ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Cuáles son los factores asociados a la mala evolución en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", 2012 - 2016?</p>	<p>General: Determinar los factores asociados a la mala evolución clínica en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", 2012 – 2016.</p> <p>Específicos: Identificar los factores socio demográficos asociados a mala evolución en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis en el ámbito y período de estudio.</p> <p>Determinar las comorbilidades asociadas a mala evolución en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis del presente estudio.</p> <p>Establecer el uso de tratamiento antibiótico asociado a mala evolución en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis del presente estudio</p> <p>Identificar los factores clínicos previos a la hospitalización asociados a mala evolución en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis del presente estudio.</p>	<p>General: Existen factores asociados a la mala evolución clínica en los pacientes adultos que desarrollan peritonitis en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa "en el año 2012 – 2016</p> <p>Específicos: Existen factores sociodemográficos asociados a mala evolución clínica en pacientes hospitalizados por peritonitis en el ámbito del estudio.</p> <p>Existen comorbilidades asociadas a mala evolución en los pacientes de la investigación.</p> <p>Existe tratamiento antibiótico asociado a mala evolución de la peritonitis en pacientes adultos hospitalizados por peritonitis.</p> <p>Existe factores clínicos previos a la hospitalización asociados a mala evolución en pacientes del estudio.</p>	<p>Variable dependiente: Mala evolución clínica</p> <p>Variables Independientes:</p> <p>Dimensión sociodemográficos: Edad, sexo, procedencia.</p> <p>Dimensión comorbilidades: Sepsis, malnutrición, cáncer, TBC, HTA, DM, ITU, úlcera péptica, cirrosis, diálisis, obstrucción intestinal, estreñimiento.</p> <p>Dimensión cuadro clínico: Dolor abdominal, Fiebre, Nauseas y vómitos</p> <p>Dimensión tratamiento: Imipenem, piperacilina/tazobactam, quinolonas, metronidazol, ceftriaxona, amikacina.</p>	<p>Método de investigación: Estudio observacional de tipo casos y controles, analítico y retrospectivo.</p> <p>Población y muestra: Población: pacientes adultos hospitalizados por peritonitis en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" en el periodo 2012 – 2016. Muestra: quedo conformada por 42 casos y 84 controles</p> <p>Técnica e instrumento: Técnica: documentación Instrumento: fichas de recolección de datos</p>

ANEXO 03: instrumentos de recolección de datos

Edad (años) Sexo M F

Procedencia

Tipo enfermedad

Demora en el tiempo en el Dx y Tx (días)

CUADRO CLÍNICO

Dolor abdominal Sí No

Fiebre Sí No

Nauseas - Vómitos Sí No

ANTECEDENTES

Sepsis Sí No

Malnutrición Sí No

Cáncer Sí No

TBC Sí No

Diabetes mellitus Sí No

Hipertensión arterial Sí No

Infección del tracto urinario Sí No

Úlcera péptica Sí No

Cirrosis Sí No

Diálisis Sí No

Obstrucción intestinal Sí No

Estreñimiento Sí No

TRATAMIENTO ATB

Ceftriaxona Sí No

Amikacina Sí No

Metronidazol Sí No

Quinolona Sí No

Piperacilina / Tazobactam Sí No

Imipenem Sí No