

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

UNIBE



Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

INCIDENCIA DE PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES EN EL ADULTO
MAYOR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCENTE CENTRAL FUERZAS
ARMADAS PERIODO NOVIEMBRE 2024-MAYO 2025.

Trabajo de subespecialista en:

Cirugía de Trauma, Urgencias y Cuidados Críticos

Sustentantes

Dr. Walter José Strofer Garrido

Matricula: 13-0027

Asesores

Dr. Ángel Campusano

Dr. Franklyn Terrero Santana

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad del sustentante de la misma.

Santo Domingo, D.N

2025

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

Introducción.....

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA.

1.1. Planteamiento del problema	1
1.3. Objetivos	3
1.3.1. Objetivo genera	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación	4

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	6
2.2. Marco conceptual.....	10
2.2.1. Abdomen agudo.....	10
2.2.1.1. Definición.....	10
2.2.1.2. Factores de riesgo.....	11
2.2.1.3. Historia clínica y examen físico.....	12
2.2.1.4. Exploraciones complementarias.....	13
2.2.1.5. Clasificación.....	15
2.2.1.6. Manejo y tratamiento.....	21
2.2.1.7. Estabilización.....	23
2.2.1.8. Tratamiento quirúrgico.....	23
2.2.1.9. Complicaciones y pronóstico.....	25
2.3. Contextualizaciones.....	26
2.3.1. Reseña sector.....	26
2.3.2. Reseña institucional.....	26
2.3.3. Aspectos sociales.....	27

CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.....	28
3.2. Variables y operacionalización.....	28
3.3. Métodos y técnicas.....	30

3.4. Instrumento de recolección de datos.....	30
3.5. Selección de la población y muestra.....	30
3.5.1. Población.....	30
3.5.2. Muestra.....	30
3.5.3. Criterios.....	30
3.5.3.1. Criterios de inclusión.....	30
3.5.3.2. Criterios de exclusión.....	31
3.6. Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos.....	31
3.7. Consideraciones éticas.....	31
4. Resultados.....	32
5. Discusión.....	48
6. Conclusiones.....	52
7. Recomendaciones.....	54
Referencias bibliográficas.....	56

RESUMEN

Se realizó un estudio, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar la incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025. El 10.9 por ciento de los pacientes presentaron patologías quirúrgicas abdominales. El 37.5 por ciento de los pacientes tenían edad comprendida entre 80-89 años, seguidos los pacientes que tenían entre 70-79 años con un 35.7 por ciento. La mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino, representando el 64.3% del total. El 35.7% de los pacientes tenía antecedentes de cirugías previas. Las patologías más frecuentes fueron las neoplasias (22.4%) y las hernias (19.6%), seguidas de apendicitis y sus complicaciones (17.9%). Los signos y síntomas más comunes fueron las náuseas y vómitos (24.3%), el dolor abdominal (20.3%) y la fiebre (17.8%). El 53.6 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial como comorbilidades, seguidos por diabetes mellitus tipo 2 con un 21.4 por ciento. El 7.8 por ciento de los pacientes presentaron infección del sitio quirúrgico, absceso intraabdominal el 6.3 por ciento de los pacientes y sepsis respectivamente. El tipo de cirugía más frecuente fue laparotomía y sus variantes con un 27.0 %. En pacientes abdominales mayores de 60 años, el 53.6 % de las cirugías fueron de carácter emergencia. La mayoría de los pacientes (42.9 %) permaneció hospitalizada entre 1 y 3 días. La mortalidad fue de un 10.7 por ciento de los pacientes estudiados. El método diagnóstico más utilizado fue la sonografía abdominal con un 28.6 %, seguido por la serie radiográfica con 19.6 % y la tomografía con 17.9 %.

Palabras clave: patologías, quirúrgicas abdominales, adulto mayor, sonografía abdominal, radiográfica.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective, and cross-sectional study was conducted to determine the incidence of abdominal surgical pathologies in older adults at the Fuerzas Armadas Central Teaching University Hospital from November 2024 to May 2025. Abdominal surgical pathologies were present in 10.9 percent of patients. Thirty-seven.5 percent of patients were aged between 80 and 89 years, followed by those aged between 70 and 79 years at 35.7 percent. The majority of patients were male, representing 64.3% of the total. A total of 35.7% of patients had a history of previous surgeries. The most frequent pathologies were neoplasia (22.4%) and hernia (19.6%), followed by appendicitis and its complications (17.9%). The most common signs and symptoms were nausea and vomiting (24.3%), abdominal pain (20.3%), and fever (17.8%). Arterial hypertension was a comorbidity in 53.6% of patients, followed by type 2 diabetes mellitus (21.4%). Surgical site infection occurred in 7.8% of patients, intra-abdominal abscess (6.3%) and sepsis (6.3%), respectively. The most common type of surgery was laparotomy and its variants (27.0%). In abdominal patients over 60 years of age, 53.6% of surgeries were emergency. The majority of patients (42.9%) remained hospitalized for between 1 and 3 days. Mortality was 10.7% of the patients studied. The most commonly used diagnostic method was abdominal sonography (28.6%), followed by radiographic series (19.6%) and computed tomography (CT) (17.9%).

Keywords: pathologies, abdominal surgery, older adults, abdominal sonography, radiography.

INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que ha generado importantes desafíos en los sistemas de salud. A medida que la esperanza de vida aumenta, la proporción de adultos mayores dentro de la población también crece, lo que conlleva a un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y condiciones que requieren intervención médica. Entre ellas, las patologías quirúrgicas abdominales, que comprenden una amplia gama de trastornos, desde apendicitis hasta complicaciones más complejas como obstrucciones intestinales o perforaciones de vísceras huecas, constituyen un área de creciente preocupación en este grupo etario. Las patologías abdominales en adultos mayores presentan características particulares que las diferencian de las que afectan a las personas más jóvenes. El proceso de envejecimiento, junto con las comorbilidades propias de esta etapa, como enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión, puede alterar tanto la presentación clínica como la evolución de dichas patologías. Los síntomas pueden ser atípicos o menos evidentes, lo que retrasa el diagnóstico y, en consecuencia, aumenta el riesgo de complicaciones y mortalidad.¹

La cirugía en el adulto mayor, por su parte, plantea un conjunto de retos adicionales. Factores como la disminución de la reserva funcional, la presencia de múltiples enfermedades concurrentes y la fragilidad física y mental, hacen que los procedimientos quirúrgicos abdominales en esta población sean particularmente complejos. La capacidad del organismo para soportar el estrés quirúrgico se ve reducida, lo que puede llevar a un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, prolongación de la estancia hospitalaria y mayor tasa de mortalidad.

El objetivo de esta tesis es determinar la incidencia de las patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor, enfocándose en los factores que inciden en su aparición, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. A través de una revisión detallada de la literatura y un análisis de datos clínicos, se pretende comprender mejor las características de estas patologías en esta población y proponer estrategias que optimicen la atención quirúrgica y mejoren los resultados de salud.²

Una de las principales razones por las cuales las patologías quirúrgicas abdominales tienen una mayor incidencia en los adultos mayores es el envejecimiento de los sistemas biológicos. La disminución de la reserva funcional de los órganos, como el hígado, los riñones y el sistema cardiovascular, hace que el tratamiento quirúrgico sea más arriesgado. Además, los signos clínicos de las patologías abdominales pueden ser más atípicos o estar enmascarados por otros problemas de salud, lo que dificulta un diagnóstico rápido y eficaz. Por ejemplo, en el caso de la apendicitis, los adultos mayores pueden no presentar los síntomas clásicos como dolor intenso en el cuadrante inferior derecho del abdomen, lo que puede retrasar la intervención quirúrgica y aumentar el riesgo de complicaciones como la perforación del apéndice, que puede ser fatal si no se trata de manera urgente.³

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA.

1.1. Planteamiento del problema

El problema de la incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor se centra en la creciente prevalencia de enfermedades que requieren intervención quirúrgica en esta población, lo cual plantea un desafío significativo para los sistemas de salud. A medida que la esperanza de vida aumenta, la población de adultos mayores se expande, lo que resulta en un aumento concomitante de patologías crónicas y condiciones que afectan el sistema abdominal, como la apendicitis, la colecistitis, las hernias, los trastornos gastrointestinales y las obstrucciones intestinales. Estas afecciones no solo impactan la calidad de vida de los pacientes, sino que también representan un reto para el diagnóstico y tratamiento adecuados, debido a las características fisiológicas particulares de este grupo etario, como la disminución de la reserva funcional, la presencia de comorbilidades y la polifarmacia.⁴

Uno de los aspectos más complejos de este problema es la identificación temprana de las patologías quirúrgicas abdominales en los adultos mayores. A menudo, los síntomas pueden ser atípicos o menos evidentes en comparación con la población más joven, lo que puede retrasar el diagnóstico y, por ende, aumentar el riesgo de complicaciones graves, como la perforación de vísceras, la sepsis o el shock. Además, los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, como la disminución de la función inmune, la alteración del metabolismo y la reducción de la elasticidad de los tejidos, pueden complicar tanto la intervención quirúrgica como la recuperación postoperatoria. La intervención quirúrgica en adultos mayores requiere una evaluación exhaustiva, considerando no solo el tratamiento de la patología en cuestión, sino también el manejo integral de su salud general, lo que implica una coordinación multidisciplinaria entre cirujanos, anestesiólogos, geriatras y otros profesionales de la salud.⁵

El tratamiento quirúrgico en esta población no está exento de riesgos elevados, como las infecciones nosocomiales, las complicaciones respiratorias y cardiovasculares, y la recuperación prolongada. Los adultos mayores pueden tener una mayor probabilidad de presentar comorbilidades, como hipertensión, diabetes y enfermedades cardíacas, que

aumentan la morbilidad y mortalidad postoperatoria. Además, el proceso de rehabilitación es más lento en estos pacientes, lo que implica una planificación detallada de los cuidados postquirúrgicos. Por lo tanto, es fundamental desarrollar estrategias de atención quirúrgica adaptadas a las necesidades específicas de los adultos mayores, promoviendo una cirugía menos invasiva, técnicas mínimamente invasivas, y un enfoque integral en el pre y postoperatoria para mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes.⁶

El problema de la incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor subraya la importancia de abordar tanto las características particulares de esta población como los desafíos asociados con el diagnóstico, tratamiento y recuperación de enfermedades quirúrgicas abdominales. La creciente población envejecida exige un enfoque adaptado que contemple tanto los aspectos médicos como los sociales, garantizando una atención de calidad que minimice los riesgos y mejore la salud general de los adultos mayores. Es Por lo antes planteando nos presentamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

1. Determinar la incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar los datos sociodemográficos (edad, genero, estado civil, nivel educativo)
2. Identificar las comorbilidades de los pacientes estudiados.
3. Identificar los signos y síntomas de los pacientes estudiados.
4. Indicar si hubo cirugía previa de los pacientes estudiados.
5. Determinar el método diagnóstico de los pacientes estudiados.
6. Identificar las patologías quirúrgicas mas frecuentes de los pacientes estudiados.
7. Indicar el tipo de cirugías realizadas de los pacientes estudiados.
8. Determinar los tipos de complicaciones presentadas por los pacientes estudiados.
9. Indicar la mortalidad de los pacientes estudiados.

1.4. Justificación

Estudiar de la incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor es fundamental para comprender y abordar los desafíos específicos que enfrentan esta población vulnerable. A medida que la esperanza de vida ha aumentado y la población envejece progresivamente, el número de adultos mayores que requieren atención quirúrgica abdominal también ha experimentado un crecimiento significativo. Esto se debe a la combinación de diversos factores, como el envejecimiento fisiológico de los órganos, la disminución de las reservas funcionales y el aumento de comorbilidades, que incrementan el riesgo de padecer trastornos abdominales que requieren intervención quirúrgica.

Los adultos mayores presentan una mayor prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia renal y enfermedades cardiovasculares, que complican tanto la aparición como el tratamiento de patologías quirúrgicas abdominales. Estos factores pueden alterar la presentación clínica de las patologías, haciendo que los síntomas sean menos evidentes o más atípicos en comparación con los pacientes más jóvenes.

La respuesta inflamatoria y el metabolismo de los adultos mayores a las infecciones o traumas quirúrgicos pueden diferir considerablemente, lo que afecta la evolución clínica de las enfermedades abdominales y la efectividad de los tratamientos. Por ejemplo, condiciones como la apendicitis, la obstrucción intestinal, la colecistitis y las hernias abdominales pueden presentarse de manera diferente en los mayores, y los resultados quirúrgicos a menudo están asociados a mayores tasas de complicaciones, como infecciones postoperatorias, trombosis venosa profunda y disfunción orgánica múltiple.

Los factores relacionados con el envejecimiento, como la disminución de la movilidad, la fragilidad, la polifarmacia y el deterioro cognitivo, también incrementan el riesgo quirúrgico en esta población, lo que justifica la necesidad de desarrollar estrategias

específicas de diagnóstico, tratamiento y manejo postoperatorio adaptadas a sus características.

La incidencia de estas patologías radica en la creciente necesidad de diseñar protocolos médicos y quirúrgicos que puedan abordar los riesgos particulares de los adultos mayores, mejorar los resultados postoperatorios y optimizar la calidad de vida de los pacientes. Un estudio detallado sobre la incidencia de enfermedades quirúrgicas abdominales en esta población contribuiría a mejorar el entendimiento de las causas y factores de riesgo, lo que podría llevar al desarrollo de medidas preventivas, estrategias de detección precoz y enfoques quirúrgicos más seguros.

Este conocimiento también permitiría a los profesionales de la salud tomar decisiones informadas sobre la idoneidad de la cirugía en adultos mayores, considerando factores como la expectativa de vida, el grado de funcionalidad del paciente y la presencia de comorbilidades. A su vez, la investigación de estas patologías y su incidencia ayudaría a sensibilizar a las autoridades sanitarias sobre la importancia de asignar recursos adecuados a la atención del adulto mayor, promoviendo políticas públicas que garanticen un tratamiento quirúrgico seguro y efectivo para esta población creciente.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Según del Río Pérez Gerardo Andrés, Torres Toledo Daniel, Doménico Rodríguez Ricardo, Zurbano Fernández Joaquín, Linares Rodríguez Hádale (2020) realizaron un estudio con el objetivo de describir las causas y la evolución del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo en el Hospital “Arnaldo Milián Castro” de la Provincia de Villa Clara de enero de 2017 a diciembre de 2018. La población estuvo constituida por 780 pacientes que ingresaron a los Servicios de Cirugía por abdomen agudo. Constituyeron variables de estudio el sexo, la edad, la causa de abdomen agudo quirúrgico y las complicaciones postquirúrgicas. Se emplearon métodos de la estadística descriptiva. La información fue extraída de las historias clínicas. Resultados: el 54,2% fueron hombres y se observó predominio del grupo de edad comprendido entre 60 y 70 años. Las hernias de la pared abdominal complicadas fueron la enfermedad de mayor incidencia (34,7%), el 81,4% de los adultos mayores intervenidos no presentaron complicaciones postquirúrgicas y la mortalidad fue de 1,4%.⁷

En el estudio realizado por Vásquez Cedeño Gustavo Adolfo, Guevara Palermo Elia se evalúan características clínicas, edad y sexo de pacientes adultos mayores con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar” de Maturín, estado Monagas, período enero-septiembre 2019. Se realizó un tipo de investigación no experimental, prospectiva, descriptiva, transversal, de campo, donde se estudiaron a todos los pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico según criterios clínicos, en el servicio de Cirugía General, con una muestra de 53 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se evaluaron 790 pacientes adultos, con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico en el período señalado, de los cuales 53 pacientes correspondían a adultos mayores, 30 pacientes (56.60%) de sexo femenino con una edad promedio general de 71.33 años. La principal causa de abdomen agudo quirúrgico en adultos mayores fue la obstrucción intestinal con 26 pacientes (49.06%). La principal comorbilidad fue la hipertensión arterial (41.50%). Un 16.98% de los pacientes se complicaron con sepsis (complicación más frecuente) con mortalidad de 15.09% y más

de la mitad (54.71%) ameritaron más de 4 días de hospitalización incluyendo a los complicados (90%).⁸

Jonathan Fernando Coronel P., Diego Alejandro Calderón I. y Pablo Bruno Minda E. Realizaron un estudio sobre el manejo del abdomen agudo en adulto 2024. El término abdomen agudo (AA) se refiere a un intenso dolor abdominal repentino que requiere una evaluación rápida y precisa para determinar su causa. Un enfoque integral en su manejo es crucial para un diagnóstico preciso y una gestión eficiente de los recursos. La atención oportuna es fundamental, con lo cual disminuye la mortalidad. El objetivo principal es actualizar conocimientos sobre el manejo del AA. En junio del 2024 se realizó un artículo de revisión basado en estudios de los últimos 4 años encontrados en base de datos como PubMed, MEDLINE, EMBASE y Google Académico. Se identificaron 34 estudios que cumplen con los criterios de inclusión e incluyen definición, etiología, manejo y complicaciones del tema descrito. El AA es una condición médica grave que requiere evaluación y manejo precisos para un tratamiento efectivo, el diagnóstico temprano es clave para identificar la causa del dolor abdominal. Se enfatiza la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinario en la atención a pacientes con dolor abdominal para reducir costos y prevenir complicaciones graves. La atención debe ser individualizada teniendo en cuenta los múltiples factores de riesgo de cada paciente.⁹

Milagros Alejandra Riega E. y Jürgen Manuel Alexander Tejada F. Frecuencia y etiologías de dolor abdominal en adultos mayores atendidos en la emergencia de un Hospital General En Lima-Perú 2022. El dolor abdominal es uno de los principales síntomas que es motivo de consulta en el servicio de emergencia en adultos mayores. La causa de dicho dolor es multifactorial y puede estar asociada a diversas variables, por dichas razones es importante determinar cuáles son las patologías más comunes que subyacen dicho síntoma. Determinar la frecuencia y las etiologías más comunes de dolor abdominal en pacientes adultos de 60 años a más que acudieron al servicio de emergencia de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el año 2022. Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron los datos estadísticos de los pacientes evaluados en la emergencia de medicina con el síntoma principal de dolor abdominal,

además de otras variables como edad, sexo, procedencia, diagnósticos de egreso, destino al alta. Durante el año 2022, 1691 adultos mayores acudieron a emergencia por dolor abdominal: 1478 en una sola oportunidad y 213 en más de una. 65,82% fueron mujeres, 34,18% fueron hombres. La principal causa que se encontró fue el dolor abdominal y pélvico (CIE-10: R10). 17,1% de pacientes mayores de 60 años que acudieron por dolor abdominal a la emergencia de medicina durante el 2022 y la causa más frecuente registrada de este fue de etiología inespecífica y en segundo lugar, la gastroenteritis y colitis de origen no especificado.¹⁰

Montenegro y Camacho, realizaron un estudio cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de abdomen agudo adultos en emergencia del Hospital Básico Durán en el año 2019, con una muestra de 212 pacientes. Los resultados determinaron que la prevalencia es mayor en el sexo femenino, concluyendo que el signo clínico más prevalente, el vómito con un 37%, y la causa más común, el cólico renal con un 53%.¹¹

Vega R, tuvo el objetivo de establecer las particularidades clínicas y laboratoriales más relevantes del adulto mayor con intervención quirúrgica por cuadro apendicular en el HNAL en el 2018. Metodología: realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo transversal, analítico. Resultados: la edad media fue de 67 años, el sexo más predominante fue el masculino (61.9%), el principal síntoma fue la emesis (67.9%). El signo clínico más frecuente fue Mc Burney (76.2%). Conclusión: la patología apendicular es más frecuente entre las edades de 60 y 69 años y este predispone a padecer patología apendicular complicada.¹²

Rojas-Valenzuela y Quiñonez-Meza, en su trabajo realizado el 2019, determinaron las cualidades clínicas en pacientes con dolor abdominal agudo no traumático en el año 2019. Material y métodos: se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de edad y se evaluó las siguientes variables: demográficas, pre-medicación, ingresos previos, pruebas laboratoriales, grado académico, horas de hospitalización, diagnóstico de egreso. Resultados. Se incluyó un total de 219 pacientes, las patologías prevalentes fueron el

cuadro apendicular (13.6%), biliar (12.4%) y colitis (10%). Conclusiones. Las patologías abdominales y más que todo las agudas siguen siendo un desafío para los médicos, y es necesario el mejoramiento de la atención de estos pacientes.¹³

Wolfe C, et al (2022), en su trabajo describió los sistemas para examinar el dolor a nivel abdominal, el cual es la sintomatología que se presenta en urgencias diariamente, donde la utilización de imágenes de diagnóstico suele ser una herramienta clave para determinar su etiología. La radiografía simple tiene utilidad limitada. La tomografía computarizada (TC) es el Gold estándar para patologías abdominales indiferenciadas. La ecografía y la resonancia magnética pueden ser útiles en escenarios específicos, principalmente en pediatría y embarazo, y ofrecen el beneficio de eliminar el riesgo de radiación ionizante de la TC. La orientación para la selección de imágenes está determinada por la ubicación del dolor, las consideraciones especiales del paciente y las sospechas de etiologías específicas. En conclusión, el Colegio Americano de Radiología, tiene disponible los criterios apropiados y ofrece una orientación experta, que describe las opciones de imágenes basadas en la ubicación del dolor.¹⁴

Mella V., et al (2020), describieron la epidemiológica nacional e internacional de apendicitis según magnitud, tiempo, sexo, y edad. Métodos: se empleó la base de datos del INE-CEPAL, en Chile. Resultados: la incidencia de patología apendicular para el 2016 fue de 206 por cada 100,000 habitantes, la mortalidad de 2 por cada millón de habitantes. El sexo masculino presentó 1.2 veces mayor riesgo de hospitalización con respecto de las mujeres, y 1.8 veces más probabilidad de morir por apendicitis. Conclusión: el estado epidemiológico de la apendicitis en la población chilena, difiere a la mundial. La semejanza de los resultados y la mortalidad, sugieren la diversidad para determinar la patología de fondo y el tratamiento adecuado, donde se debería estandarizar un protocolo a nivel ministerial para reducir esta semejanza.¹⁵

Osterwalder I, et al (2020), analizaron las patologías abdominales como la causa más común de consulta en urgencias. Métodos: este estudio fue prospectivo observacional, y el objetivo fue responder tres preguntas claves: ¿Qué diagnósticos se pasan por alto con

mayor frecuencia? ¿Cuál es la incidencia de causas extra-abdominales?, y ¿Cuál es el pronóstico del dolor abdominal en un SU urbano europeo terciario? Los participantes presentaron 35 síntomas predefinidos. Para todos los pacientes con dolor abdominal, se registraron los diagnósticos de la visita índice. Si un diagnóstico cambiaba entre la visita índice y la representación, se clasificaba como diagnóstico perdido. Entre 3,960 presentaciones proyectadas, 480 (12.1%) se debieron a dolor abdominal. De 63 (13.1%) presentaciones relacionadas, las causas más prevalentes fueron colelitiasis, gastroenteritis y retención urinaria. Un diagnóstico perdido se atribuyó a 27 (5.6%) presentaciones. La mortalidad a los 30 días fue comparable a la de todos los demás pacientes de urgencias (2.2% frente a 2.1%). La conclusión es que los pacientes con dolor abdominal tienen un bajo riesgo de presentación; y la mayoría de diagnósticos perdidos fueron porque eran de origen benigno. Es de destacar la alta incidencia de causas extra-abdominales, pues esto puede inducir un cambio en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal.¹⁶

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Abdomen agudo

2.2.1.1. Definición

La definición completa de AA obedecería a la presencia inmediata y repentina de dolor abdominal de una intensidad extremadamente severa, si continua por más de 6 horas el tratamiento será quirúrgico y puede constituir una amenaza grave para la vida de la persona afectada (6,7,30). Este síndrome que afecta a aproximadamente el 2-3% de las pacientes médicas y aproximadamente el 33% de los pacientes en el área quirúrgica; esta condición es una de las causas más comunes de derivación médica a un departamento quirúrgico. En general, se observa igualmente en ambos sexos, con una incidencia en el área quirúrgica de los servicios de urgencias que presenta alrededor de 90-110 episodios por cada 100,000 habitantes al año.¹⁷

La mortalidad asociada oscila entre el 2-10% en el área médica y hasta el 5-10% en el área quirúrgica. Es importante destacar que en el 90% de los casos, el diagnóstico se realiza de manera acertada en el servicio de urgencias. Se realizan entre 4-10 cirugías por cada 10 casos derivados, con un tiempo promedio de espera entre la consulta y la cirugía de

alrededor de 30-45 minutos; es importante mencionar que no importa la hora de presentación de los casos derivados, incluso fuera del horario modular. La mortalidad asociada al diagnóstico en el quirófano y en las siguientes 2 semanas es de aproximadamente el 10-15%.

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico de AA es de vital importancia y requiere una atención médica urgente para garantizar la supervivencia del paciente. Si bien inicialmente los términos de abdomen agudo o dolor abdominal agudo están comúnmente asociados con los pacientes que experimentan un dolor agudo y severo, es importante destacar que la definición también debería incluir a aquellos pacientes que presentan un examen físico normal o que experimentan un dolor abdominal leve, pero cuyas evaluaciones avanzadas, como los exámenes auxiliares, no permiten obtener un diagnóstico certero. Por lo tanto, es esencial que los profesionales de la salud consideren todas las posibilidades y realicen un análisis exhaustivo para identificar y tratar adecuadamente los casos de abdomen agudo.¹⁸

2.2.1.2. Factores de riesgo

Se considera como factores predisponentes a todo tipo de enfermedad aguda abdominal a la obesidad mórbida, el embarazo extrauterino, afecciones ginecológicas con diagnóstico producido, y anormalidades congénitas como hernias, mal rotación y duplicaciones. En el caso concreto de los pacientes de edad avanzada, es fundamental considerar los factores de riesgo: inmunosupresión, comorbilidades como enfermedad renal, diabetes, y tuberculosis pueden influir en la presentación y evolución del dolor abdominal. Los factores de riesgo antes mencionados no deben tomarse a la ligera, ya que pueden tener un impacto significativo en la salud de los pacientes y en la evolución de su enfermedad abdominal. Es esencial que los profesionales de la salud estén capacitados para identificar y manejar adecuadamente estos casos. De todos aquellos pacientes que consultan por dolor abdominal, solo una mínima proporción (6% a 7% aproximadamente) requerirán cirugía, lo que conforma un desafío para el médico en su evaluación diagnóstica.¹⁹

2.2.1.3. Historia clínica y examen físico

Es de importancia la realización de un interrogatorio exhaustivo que ayude a la elaboración de la historia clínica y posterior hacer una buena exploración mediante examen físico del paciente, se complementará el diagnóstico con pruebas adicionales según corresponda. Se recomienda que el paciente se entreviste ordenadamente, describiendo sus antecedentes personales, patológicos y quirúrgicos, lo que le permitirá al médico obtener una información precisa de la salud del paciente, con el objetivo de orientar su aproximación diagnóstica y posterior tratamiento.

Frecuentemente, el dolor abdominal puede tener un carácter difuso, lo que hace que el paciente no pueda precisar su localización. La interpretación del paciente debe ser considerada, pero el médico debe ejercer el liderazgo de la entrevista, en particular con el examinador experto. El carácter del dolor, el tipo de síntomas acompañantes, la eventualidad de antecedentes idénticos, la ingesta de alimentos y el abuso de medicamentos deben ser explorados mediante preguntas directas.²⁰

En el examen físico se debe realizar un análisis cefalocaudal permite reconstruir la exploración en caso de abdomen doloroso sin dolor localizado en una región específica. Recuerde que la existencia de fiebre nos orienta a un proceso inflamatorio, infeccioso y/o infiltrativo que en la pared es de más severidad, por lo que es crucial evaluar cualquier signo febril. Dedique el primer minuto de la inspección al aspecto general del enfermo, observando su estado de conciencia, complexión, coloración de la piel, entre otros aspectos. Luego, nuestra mirada se enfocará en una evaluación segmentaria, dividiendo el abdomen en cuadrantes y evaluando específicamente cada uno de ellos.

La inspección se lleva cabo de manera metódica y cuidadosa para obtener la máxima información clave en el diagnóstico de patologías médicas y quirúrgicas por enfermedades del abdomen. Este trabajo nos enseña que la inspección abdominal rigurosa y sistemática encontrará datos importantes en el diagnóstico, como la presencia de efusiones abdominales para el diagnóstico de peritonitis celiaca, quistes pancreáticos o metástasis en el ombligo, conocido como el signo de Sister Joseph. El examen físico debe moverse del

área no dolorosa al patológico y debe ser tranquilo, sin movimientos bruscos que generen ansiedad. El paciente debe tener los miembros superiores descubiertos y en posición neutral. La exposición de la zona dolorosa se hará de forma rápida, pero a través de maniobras disuasivas que incluyan los signos de alerta respiratorio, torácico y de abdomen superior, se logra una exposición rápida pero efectiva de la zona dolorosa.²¹

La evaluación del abdomen es una etapa esencial en la valoración de un paciente con sospecha de abdomen agudo e implica la realización de inspección, auscultación, palpación y percusión. Asimismo, es crucial examinar la presencia de signos clásicos, como el signo de Blumberg, la prueba de la tos, el signo de Carnett, el signo de Murphy, el signo del psoas, el signo del obturador y el signo de Rovsing. Para garantizar una evaluación precisa debe utilizarse, en un principio, el abdomen como una pantalla para que el paciente no vea las maniobras y ayudando a prevenir la tensión muscular intencional, lo que podría aumentar artificialmente el dolor abdominal o permitir que informe erróneamente de dolor a la palpación.

En resumen, el examen físico que incluye una inspección abdominal adecuada es esencial para el diagnóstico preciso de patologías médicas y quirúrgicas relacionadas con el abdomen. La realización de este procedimiento de manera tranquila, sin movimientos bruscos y utilizando maniobras disuasivas, garantiza la obtención de información clínica valiosa. La inspección abdominal rigurosa y sistemática revelará datos importantes que contribuirán al diagnóstico preciso y oportuno, mejorando así el cuidado y el tratamiento de los pacientes.²²

2.2.1.4. Exploraciones complementarias

Distintos exámenes médicos son utilizados para evaluar diferentes aspectos orgánicos, como análisis de sangre, detección de marcadores inflamatorios y procedimientos de imagenología como radiografías, ecografías, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas, entre otros, considerando tanto los costos como la justificación de su utilización. Las exploraciones complementarias pueden ser clasificadas en tres grupos principales: (a) Análisis exhaustivo de sangre: incluyendo un hemograma completo,

velocidad de sedimentación globular (VSG), análisis de bioquímica sanguínea detallada y análisis de enzimas cardíacas para evaluar la función del corazón. (b) Análisis completo de orina para detectar posibles infecciones o problemas en el sistema urinario. (c) Análisis detallado de imagen, que puede incluir radiografías, ultrasonidos, TC o resonancias magnéticas (RM) para obtener una imagen clara de la zona afectada.²³

En los análisis de laboratorio también ayudan a determinar si es necesario hospitalizar al paciente. Indicadores como leucocitosis, recuento de glóbulos blancos por encima de 12.000/mm³, elevación de proteína C reactiva por encima de 0,5 mg/dL.

Siempre será útil solicitar exámenes auxiliares por defecto: evaluación de Nitrógeno Ureico Sanguíneo (NUS) y Creatinina, amilasa y lipasa que, gracias a los niveles alcanzados, pueden orientar hacia probables diagnósticos diferenciales y manejo en diferentes patologías abdominales. En el adulto con sospecha de abdomen agudo se plantea iniciar una evaluación detallada mediante la toma de una radiografía de tórax simple que ayuda a orientar al clínico hacia posibles diagnósticos diferenciales evidenciables y, con ello, permite la evaluación minuciosa de potenciales manifestaciones extratorácicas de un cuadro abdominal.²⁴

La ecografía tiene una sensibilidad cercana al 65% con una especificidad del 72%. Por otro lado, la tomografía computarizada (TC), que ha revolucionado la investigación mediante imágenes, presenta una sensibilidad y especificidad de entre el 91-100%, y del 95% al 99%, respectivamente. Actualmente, hay discusión sobre el uso de contraste sea oral o intravenoso, ya que investigaciones recientes muestran que la sensibilidad y especificidad son equivalentes en estos casos. En contraste, la radiografía muestra un desempeño inferior con una sensibilidad de entre el 30-77% y una especificidad aproximada del 75% al 88%.

La evaluación, de manera exhaustiva, comprenderá una ecotomografía abdominal que busca en un alto porcentaje de los casos obtener un diagnóstico aclaratorio u orientador del tratamiento definitivo a seguir; asimismo, esta exploración médica ayuda a excluir de

manera precisa y eficiente las patologías intra y extra abdominales que no requieran resoluciones quirúrgicas. Finalmente, la tomografía computarizada multicorte (TCMC) se plantea como el estándar por excelencia para orientar diagnósticos intraabdominales y, gracias a sus reconstrucciones y planos, puede optimizar y perfeccionar el estudio de las causas en patologías abdominales, brindando al médico mayor precisión y seguridad en el diagnóstico final.²⁵

La toma de decisiones respecto a qué pruebas complementarias solicitar, si es que se consideran necesarias, será esencial para determinar el diagnóstico adecuado basado en el patrón presentado por el paciente. Es importante tener en cuenta que, en términos generales, las pruebas complementarias deben ser solicitadas con el fin de confirmar o descartar un diagnóstico clínico presuntivo y, en algunos casos, pueden incluso cambiar el curso de acción tomado para tratar al paciente.

La información obtenida de estas pruebas puede brindar una perspectiva más precisa sobre la condición del paciente y ayudar al médico a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y manejo del dolor abdominal agudo.

Es fundamental tener en cuenta que la interpretación de los resultados de las pruebas debe hacerse en el contexto clínico adecuado y que la evaluación continua del paciente es esencial para lograr un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento efectivo. Además, es importante destacar que la comunicación y el trabajo en equipo entre el médico y otros especialistas, como radiólogos y laboratoristas, son fundamentales para garantizar una atención integral y de calidad al paciente.²⁶

2.2.1.5. Clasificación

Hay varias clasificaciones en la literatura médica que son relevantes para comprender y diagnosticar diferentes condiciones. Estas clasificaciones se refieren a las causas y características de diversos trastornos que pueden afectar el cuerpo humano, particularmente en el área de la región abdominal. Abdomen agudo en adultos se clasifica comúnmente en tres tipos: agudo abdominal quirúrgico, agudo no quirúrgico y mixto.

El primer tipo, el agudo abdominal quirúrgico, se caracteriza por la presencia de dolor abdominal constante e intenso, así como síntomas y signos peritoneales. Esta condición requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico de urgencia. Por otro lado, el abdomen agudo no quirúrgico es causado por afecciones del tracto digestivo que suelen estar asociadas a patologías extra-abdominales y ginecológicas relacionadas. Es importante destacar que existen múltiples posibles diagnósticos etiológicos, siendo los más comunes en adultos. Estos incluyen apendicitis aguda, colecistitis, pancreatitis aguda, úlcera péptica perforada, entre otros.²⁷

El manejo adecuado del abdomen agudo requiere una evaluación clínica exhaustiva, junto con estudios de laboratorio y de diagnóstico por imágenes adecuados. En algunos casos, puede ser necesaria una intervención quirúrgica para resolver la causa subyacente del abdomen agudo. Es fundamental que los médicos estén capacitados para reconocer las diferentes manifestaciones clínicas del abdomen agudo y tomar las medidas adecuadas para garantizar una atención médica oportuna y eficaz. La detección temprana y el tratamiento adecuado son clave en el manejo exitoso del abdomen agudo en adultos. La capacidad de reconocer y abordar rápidamente los síntomas y signos asociados con el abdomen agudo puede marcar la diferencia entre una recuperación exitosa y una complicación potencialmente grave.

Por esta razón, se recomienda encarecidamente que cualquier individuo que experimente dolor abdominal intenso y persistente busque atención médica de inmediato. Además de la evaluación clínica y los estudios de laboratorio, los médicos también pueden utilizar una variedad de técnicas de diagnóstico por imágenes, como ultrasonido abdominal, tomografía computarizada y resonancia magnética, para ayudar en el diagnóstico y la planificación del tratamiento.²⁸

En muchos casos, el tratamiento inicial del abdomen agudo puede ser conservador, incluyendo la administración de analgésicos, medicamentos para reducir la inflamación y la terapia de fluidos intravenosos. Sin embargo, en situaciones más graves o en casos en

los que hay una causa subyacente que requiere tratamiento quirúrgico, puede ser necesaria una intervención quirúrgica.

En pronóstico del abdomen agudo en adultos depende en gran medida de la causa subyacente, la rapidez con la que se diagnostique y trate, y la prontitud con la que se proporcione atención médica adecuada. En general, se espera que los pacientes que reciben un tratamiento oportuno y adecuado tengan una recuperación excelente, con una disminución significativa en la morbilidad y la mortalidad asociadas. Existen otras clasificaciones según su etiología, por ejemplo, la clasificación de Christmann de AA que lo divide en: inflamatorio, perforativo, oclusivo y vascular o hemorrágico.

Abdomen Agudo Inflamatorio: Se presenta como un trastorno de inicio espontáneo, repentino y agudo, con dolor como principal síntoma, que a menudo requiere intervención quirúrgica y puede presentar a cualquier edad. Es una condición muy común en las salas de urgencias, siendo principalmente causada por apendicitis aguda, colecistitis, diverticulitis y pancreatitis aguda. La detección temprana es crucial para reducir la morbimortalidad.²⁹

La principal etiología en el abdomen agudo inflamatoria es la apendicitis aguda cuya condición se origina a partir de la inflamación e infección del apéndice cecal, causada por la obstrucción de la luz apendicular debido a fecalitos, hiperplasia linfóide, obstrucción por parásitos, cuerpos extraños y tumores. Esto lleva al desarrollo de una infección polimicrobiana con una combinación de microorganismos aeróbicos y anaeróbicos, donde las bacterias *Escherichia coli* y *Bacteroides fragilis* son particularmente destacadas.

También se incluyen trastornos en el colon distal al ombligo, como la diverticulitis, que consiste en la inflamación de pequeñas bolsas en la pared del colon. Otros trastornos gastrointestinales incluyen enfermedades inflamatorias crónicas como la enfermedad inflamatoria intestinal ulcerosa o la enfermedad de Crohn, que pueden afectar diferentes partes del tracto gastrointestinal. Además, se pueden presentar patologías que afectan el tránsito gástrico, el íleon o yeyuno (partes del intestino delgado) y el esófago.

En el manejo se realiza la extirpación del apéndice mediante cirugía, sin necesidad de terapias adicionales. La resección puede llevarse a cabo mediante cirugía abierta o laparoscopia. Optar por la laparoscopia suele asociarse con menos complicaciones y menor riesgo de infección en la herida. En situaciones más avanzadas, como aquellas con necrosis apendicular, peritonitis, perforación y formación de abscesos, se requiere el uso de antibióticos después de la extirpación del apéndice.³⁰

Abdomen Agudo Perforante: La ruptura de úlceras pépticas suele ser la causa principal, siendo más frecuentes en el duodeno. Estas úlceras tienden a crear perforaciones en la región frontal del bulbo duodenal, mientras que las gástricas perforan generalmente en la pared frontal del antro. La sintomatología incluye un intenso dolor abdominal punzante, localizado cerca de la perforación, náuseas, vómitos, dificultad para respirar, inestabilidad y un rápido desarrollo de shock. Se puede identificar fácilmente por su tríada clásica caracterizada por dolor abdominal, taquicardia y rigidez abdominal.

Los procedimientos quirúrgicos pueden abarcar desde una simple reparación de la úlcera con cierre y aplicación de epiplón, hasta la extirpación parcial del estómago y la sección del nervio vago. Existe una afectación de otros órganos en un 20% de los casos de perforación como el páncreas, hígado, colon y vesícula biliar, que necesitarán un tratamiento específico según corresponda.³¹

Abdomen Agudo Obstructivo: En esta afección existen bloqueos parciales o totales que pueden ser de origen mecánico o funcional en el intestino delgado y grueso, que representan aproximadamente el 20% de los problemas quirúrgicos del abdomen. Las causas de esta condición son variadas y pueden ser externas o internas, dependiendo del segmento específico del intestino.

Aproximadamente el 80% se debe a obstrucción del intestino delgado, cuyo origen en su mayoría es debido a adherencias entre las asas intestinales por cirugías abdominales anteriores, constituye entre 65-75%. En cambio, en pacientes sin previa cirugía abdominal

la causa más común es la presencia de hernias. Los síntomas comunes incluyen dolor, vómitos, hinchazón y dificultad para defecar. La tomografía computarizada (TC) es el examen de imagen que proporciona información más detallada sobre la condición al diferenciar entre obstrucción parcial y completa, identificar la ubicación, edema e isquemia. En su mayoría, el tratamiento es en base a medidas de estabilización clínica antes del proceso quirúrgico.³²

Abdomen Agudo Vascular: El 1% de enfermedad de este tipo se debe a la isquemia mesentérica, sin embargo, provoca la muerte entre 60-80% en las primeras 24 horas. A su vez esta condición puede ser provocada por trombosis arterial, embolia arterial, trombosis venosa e isquemia oclusiva no mesentérica. El dolor abdominal intenso y generalizado es su síntoma principal acompañado de vómitos, náuseas y diarrea. La TC es el examen de imagen más sensible y específico en el 90% para esta afección. Descarta otras condiciones clínicas similares, especialmente cuando los síntomas no son específicos. Una alternativa puede ser el uso de la angiografía, dado que es un método invasivo y con baja disponibilidad en los establecimientos de salud se prefiere la TC.³³

Se mantendrá en un control estricto para corregir inmediatamente una desaturación, desequilibrio electrolítico, además del uso de trombolíticos, anticoagulantes para estabilización y reducción del daño en el paciente. Se sugiere cirugía para evaluar la zona infartada, su viabilidad y posible eliminación del tejido afectado para restaurar el flujo sanguíneo intestinal.

La tercera clasificación que describimos se basa al igual que la anterior en su etiología, aunque es una clasificación más práctica y resulta muy útil en la práctica médica, ya que permite identificar las diferentes condiciones que pueden estar asociadas con este síntoma tan común describe 3 posibles cuadros causales del dolor abdominal.³⁴

- **Cuadro instrumental (45%):** Apendicitis, colecistopatías, úlcera gástrica-duodenal perforada, peritonitis, enfermedad inflamatoria intestinal. Estas son enfermedades que requieren una intervención quirúrgica o un tratamiento específico para su manejo.

- **Cuadro hemodinámico (35%):** Hemorragias intestinales, ováricas, rotura de aneurisma aórtico abdominal, rotura de bazo. Estas condiciones pueden causar dolor abdominal intenso y requieren una evaluación y tratamiento médico urgente.
- **Cuadro neuromuscular (20%):** Cólico biliar, cólico renal, pancreatitis, cuadros postoperatorios dolorosos. Estas condiciones están relacionadas con alteraciones en los nervios y músculos del abdomen, lo que puede generar un dolor agudo y persistente.³⁵

En resumen, conocer los posibles cuadros causales del dolor abdominal es esencial para realizar un diagnóstico preciso y proporcionar un tratamiento adecuado. La clasificación mencionada anteriormente permite una aproximación más práctica a la evaluación de este síntoma, lo que es de gran utilidad en la atención médica. En la disciplina de la ginecología, se reconocen diferentes etiologías que pueden contribuir a problemas específicos. Por ejemplo, el ovario puede experimentar la formación de cisto-hematomas, que son quistes llenos de sangre. También es posible encontrar tumoraciones anexiales, que son masas anormales en los tejidos adyacentes al útero o los ovarios. Todas estas condiciones pueden ser objeto de investigación y tratamiento en el campo de la ginecología.

Es importante considerar la patología de la pared abdominal que se encuentra distal a la profundidad transversal del recto cuando se estudia la cavidad abdominal. Esto puede incluir condiciones como la obesidad, en la que el cuerpo tiene un exceso de tejido graso, la lipohipertrofia, que es el crecimiento anormal de tejido adiposo en ciertas áreas del cuerpo, y la hernia inguinoscrotal, que es una protrusión de tejido abdominal a través de una abertura en la pared abdominal cerca de la ingle. Por último, pero no menos importante, está la patología de origen no abdominal, que representa aproximadamente el 10% de los casos.³⁶

Estas condiciones pueden manifestarse en diversas partes del cuerpo, como el sistema respiratorio, el corazón, el sistema nervioso y otros. Aunque menos comunes dentro del

contexto de la patología abdominal, aún se consideran dentro del ámbito de estudio y diagnóstico en el campo médico.

Existen múltiples clasificaciones y tipos de patologías en la literatura médica. Las mencionadas anteriormente son solo algunas de las principales, y es fundamental comprender su definición y características para un diagnóstico y tratamiento precisos. Cada una de estas clasificaciones y los trastornos asociados pueden variar en su gravedad, síntomas y enfoque terapéutico, por lo que es necesario contar con un equipo médico especializado para una evaluación adecuada.³⁷

2.2.1.6. Manejo y tratamiento

La falta de equidad en la atención médica basada en el género es un problema persistente que afecta a las mujeres en particular. A menudo, las mujeres reciben más analgésicos para aliviar el dolor abdominal, mientras que los hombres son subtratados para el mismo síntoma en la misma situación clínica. Esta disparidad de género se refleja también en las tasas de mortalidad del AA en personas mayores de 65 años, que varían de un país a otro entre el 1% y el 29%. Un ejemplo claro de esta problemática se encuentra en el dolor abdominal, donde los datos recopilados suelen ser poco fiables debido a la subestimación o falta de descripción de los síntomas, lo cual puede atribuirse a diversas causas. Por lo tanto, no se sabe con certeza cuántos casos de abdomen agudo han ocurrido sin un diagnóstico específico, siendo tratados simplemente como síndromes de dolor agudo.

El reconocimiento tardío y la falta de manejo temprano, junto con el tratamiento insuficiente y la sobreexposición a estudios de imágenes, lavados y observaciones, resultan en costos sanitarios elevados relacionados con el AA. Estos factores clínicos problemáticos pueden aumentar la necesidad de apoyo invasivo y generar mayores complicaciones para los pacientes.³⁸

Además, se deben mejorar los enfoques diagnósticos y garantizar un reconocimiento temprano y un tratamiento adecuado para evitar complicaciones innecesarias y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al AA. La equidad y la eficiencia en la

atención médica deben ser prioridades para garantizar el bienestar de todos los pacientes, independientemente de su género. Se debe considerar la cirugía tan pronto como sea seguro; la TC ha demostrado ser una herramienta eficaz que disminuye significativamente el índice de resultados negativos, evitando así intervenciones innecesarias sin diagnósticos claros. A continuación, se mencionan los síntomas indicativos de cirugía que es importante tener en cuenta:³⁹

- **Abdomen agudo con infarto de gran viscus:** Un abdomen agudo que presenta un infarto largo de un gran viscus es una situación de emergencia que requiere una respuesta inmediata. En estos casos, los pacientes deben ser llevados rápidamente a la sala de cirugía para evitar una perfusión enteral inadecuada, la cual podría llevar a una extensión isquémica y, en última instancia, a una perforación.
- **Sospecha de irritación peritoneal:** La presencia o ausencia de reflectividad en la TC dependerá de la duración de la irritación y de los síntomas previos que presente el paciente. Si se sospecha de irritación peritoneal, es fundamental evaluar cuidadosamente los hallazgos radiológicos y considerar la opción de una intervención quirúrgica.⁴⁰
- **Oclusión arterial o venosa:** La obstrucción del drenaje venoso y/o de la circulación arterial entérica puede progresar rápidamente y generar signos clínicos de peritonitis y/o perforación. En estos casos, la cirugía es necesaria para restablecer el flujo sanguíneo adecuado y evitar complicaciones graves.
- **Perforación:** La presencia de hinchazón abdominal y los signos radiológicos claros de absceso o peritonitis son indicativos de la necesidad de una intervención quirúrgica urgente. En casos de perforación, la cirugía es fundamental para eliminar la fuente de infección y prevenir su propagación.

En resumen, la cirugía debe considerarse prontamente cuando se presenten estos síntomas indicativos. La TC ha demostrado ser una herramienta invaluable en la toma de decisiones para evitar intervenciones sin diagnósticos claros y lograr mejores resultados para los pacientes. La detección temprana y el tratamiento oportuno son clave para garantizar una recuperación exitosa.⁴¹

2.2.1.7. Estabilización

Si un dolor puntual de comienzo brusco, en un paciente despierto y que no alcanza los 50 años, no es apendicitis a menos que esto se pruebe, por lo tanto, debe ser valorado con procedimientos diagnósticos y si el médico sugiere AA, tiene que ser intervenido antes de 8 horas, porque este tipo de pacientes no tolera el paso del tiempo. El AA es una situación que requiere la máxima atención y rapidez para atender al individuo. Las urgencias provienen de un problema que pone en peligro la vida y se manifiestan en la primera etapa del abordaje diagnóstico. Se considera que el paciente con dolor abdominal es un caso urgente, por lo que se debe deducir el sitio del problema a partir de la historia, el examen físico y la exploración por órganos regionales, con apoyo de la ayuda laparoscópica, para decidir si referir o si es necesario intervenir la patología.

El 90% de los pacientes con AA se someten a laparotomía exploradora y solo el 50% son operados por diagnóstico certero. Todos aquellos pacientes con abdomen agudo quirúrgico deberán ser valorados correctamente al menos cada 6 horas, con todos sus datos clínicos vigilados; principalmente con el plan de inicio de fluidos de reanimación (PER), que es el mantenimiento de una presión arterial sistémica que asegure el aporte de fluidos y oxígeno a todos los órganos, especialmente al cerebro, corazón, riñones e intestino delgado.⁴²

2.2.1.8. Tratamiento quirúrgico

Se diagnostica por ecograma y anatomía patológica percutánea con punción ecoguiada (PAPUP). Esta técnica, que es ampliamente utilizada a nivel mundial para evaluar tejidos profundos, siempre que no existan contraindicaciones, es segura y no presenta riesgos importantes debido a que la punción se realiza a través de la piel en lugar de las cavidades naturales del cuerpo. Una vez que se cumplen dos criterios de alta desde el primer día, es decir, al cabo de 12 horas, se procede a programar una intervención preventiva para tratar el cuadro. Esta intervención consiste en realizar una peritonectomía e implantar una derivación interna, como la válvula parieto-intestinal (VPI) o el acceso peritoneal por catéter (CMA), en la cavidad afectada.⁴³

Con diagnóstico confirmado, son indicaciones absolutas y necesarias para el tratamiento quirúrgico de la apendicitis. En general, si la cirugía es requerida después de 1 día de internación, el tratamiento médico previo incrementa significativamente el número de datos morbosos y la mortalidad, actuando como un factor de confusión adicional. Esto puede resultar en una demora mayor en la toma de decisión y en peores resultados en términos de recuperación y pronóstico del paciente.

La apendicetomía laparoscópica se considera el enfoque quirúrgico ineludible para el tratamiento de la apendicitis. Afortunadamente, en aproximadamente el 90% de los casos, la vía de abordaje laparoscópica transumbilical es suficiente para realizar el procedimiento. Sin embargo, en casos complicados, como cuando se encuentra un apéndice gangrenoso o perforado o en pacientes que presentan un absceso anexo, el abordaje inicial suele ser laparoscópico, seguido de drenaje y tratamiento específico.⁴⁴

En los casos de abscesos complejos, se recomienda la internación del paciente para una vigilancia y cuidado más cercanos. Se brinda hidratación adecuada y tratamiento analgésico para aliviar el malestar del paciente. Además, se administra un curso de antibióticos durante un período de 48 horas con el objetivo de prevenir la formación de un absceso subfrénico.

En situaciones especialmente difíciles, puede ser necesario realizar un procedimiento intervencionista adicional para resolver las complicaciones asociadas con la apendicitis. Estos procedimientos se llevan a cabo bajo la guía de profesionales médicos especializados y se adaptan a las necesidades y características específicas de cada paciente. Es importante destacar que, en todos los casos, el diagnóstico temprano y la intervención quirúrgica oportuna son fundamentales para garantizar la mejoría y la pronta recuperación del paciente. Por lo tanto, es esencial buscar atención médica inmediata si se presentan síntomas sospechosos de apendicitis.⁴⁵

2.2.1.9. Complicaciones y pronóstico

Las complicaciones potencialmente letales se presentan cuando algunos cuadros de AA no son diagnosticados o el tratamiento inadecuado de estos trastornos es otra fuente potencial de complicaciones. No todas las complicaciones derivadas de la ocurrencia de trastornos abdominales constituyen secuelas potencialmente letales.

La siembra del peritoneo con *Escherichia coli*, anaerobios y otros microorganismos debido a la apertura del absceso apendicular y la consecuente peritonitis o con la perforación de un divertículo y resultante peritonitis, lleva a la formación de abscesos retroperitoneales en las fosas ilíacas; un manejo conservador puede resultar en la permanencia a largo plazo de este absceso o incluso la aparición recurrente del mismo, con signos sugestivos de alguna otra patología interna.⁴⁶

Las complicaciones de origen urinario están en relación con la obstrucción que lleva a la hidronefrosis que posteriormente puede complicarse con una pielonefritis grave, enfocándonos en la obstrucción como la importante a resolver en las primeras 48 a 72 horas para disminuir el daño renal al disminuir la sobre distensión aguda evitando necrosis parenquimatosa, además para poder evaluar la función renal recuperable y como importante determinante del tratamiento adecuado.

Los cálculos menores a 6 mm se consideran aguas arriba a la vejiga y se excretan por vía urinaria sin complicaciones. Por otro lado, los cálculos mayores a 6 mm tienen una mayor probabilidad de alojarse en las partes más angostas del uréter, generando obstrucción e impidiendo el flujo normal de la orina. Además, los cálculos mayores a 10 mm presentan dificultades para ser eliminados con facilidad, con un porcentaje de eliminación que ronda entre el 1% y el 3% en un periodo de 30 días.⁴⁷

Además, es fundamental tener en cuenta que la sintomatología asociada a estos trastornos puede variar considerablemente de un paciente a otro, lo que implica la necesidad de un enfoque individualizado en el diagnóstico y tratamiento. Asimismo, es importante destacar que existen diversos factores de riesgo que pueden predisponer a la aparición de

complicaciones, como la edad avanzada, la presencia de enfermedades concomitantes y la falta de acceso oportuno a servicios médicos especializados. Por lo tanto, es imperativo contar con un abordaje integral y multidisciplinario para garantizar un adecuado manejo de los cuadros de AA y prevenir la aparición de complicaciones potencialmente letales.

El pronóstico de complicación local y/o sistémica condiciona la necesidad de tratamiento sea farmacológico o quirúrgico en pacientes que presentan la condición. Al evaluar el pronóstico, resulta relevante tener en cuenta diferentes factores, como la edad de los pacientes involucrados, los factores de riesgo asociados, el grado de disfunción orgánica, la presencia de shock y los parámetros analíticos y de imagen.

Considerando estos puntos, es fundamental tener en cuenta múltiples factores a la hora de evaluar y determinar el pronóstico y el tipo de tratamiento adecuado para cada paciente en particular. La información reunida a través de estos parámetros nos permite tomar decisiones informadas y diseñar un plan de tratamiento efectivo y personalizado.⁴⁸

2.3. Contextualizaciones

2.3.1. Reseña sector

El Hospital Universitario Docente Central De Las Fuerzas Armadas. Este se encuentra ubicado en la Calle Dr. Heriberto Pieter, Santo Domingo. Dicho centro está delimitado, al Norte, por la Calle Dr. Heriberto Pieter; al Sur, por la Calle Prof. Aliro Paulino; al Este, por la Av. Ortega y Gasset; al Oeste, por la Calle del Carmen.

2.3.2. Reseña institucional

La investigación será realizada en el Hospital Universitario Docente Central De Las Fuerzas Armadas, este comenzó fue inaugurado el 14 de octubre de 1938 y el cual inicio sus funciones el 1 de enero de 1939. En este entonces presidente Trujillo, quien estaba en el proceso de casarse, trajo a uno de los urólogos más famosos de la época, el Dr. Georges Jean Baptiste Marion.

Este Hospital tiene tres extraordinarias maneras de ser responsable y una institución ejemplar:

MISIÓN: Ser una institución con disciplina militar y devoción laboral ejemplares, que inflencie positivamente el sistema de salud nacional y que aporte a nuestro país los profesionales y servicios que contribuyan al bienestar general.

VISIÓN: Ser un ejemplo a seguir, en la calidad de la prestación de servicios apropiados de salud, eficiencia en costos, de cobertura completa y equitativa de procedimientos, capaces de generar un bienestar social y económico evidente.

VALORES:

- Ética.
- Disciplina.
- Humanización.
- Profesionalidad.
- Vocación de enseñanza.

2.3.3. Aspectos sociales

El Hospital Docente Central de las Fuerzas Armadas. Es una institución de salud de referencia, dedicada a brindar atención médica de alta calidad a los valientes miembros de las Fuerzas Armadas y sus familias. Su compromiso es garantizar el bienestar y la salud de quienes protegen y sirven a nuestra nación. Desde su inauguración.

CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Se realizó un estudio, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar la incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025.

3.2. Variables y operacionalización

Variables	Dedición	Indicadores	Escala
Edad	Años cumplidos hasta la fecha.	Años cumplidos	Numérica
Sexos	Es un conjunto de características biológicas y físicas que definen a los seres humanos.	Masculino. Femenino.	Nominal
Tipos de traumas	Los fundamentos o el comienzo de una condición determinada que genera una enfermedad.	Traumas penetrantes. Herida de proyectil. Herida de arma blanca. Trauma cerrado. Accidente. Atropello. Maltrato físico. Complicación.	Nominal
Indicaciones	Describe una razón válida para emplear una prueba diagnóstica o técnica quirúrgica.	Síndrome hemorrágico. Síndrome inflamatorio. Síndrome obstructivo. Síndrome perforativo. Síndrome oclusivo vascular	Nominal
Órganos afectados	Daños a órganos y estructuras de la cavidad	Aparato urinario, riñones o uréteres o vejiga.	Nominal

	abdominal producto del trauma abdominal inicial que fueron vistas hasta en la laparotomía no planificada.	Órganos sólidos o hígado o bazo o páncreas. Vísceras huecas o estómago o intestino delgado.	
Procedimientos	Intención de determinar, medir o diagnosticar la condición o el parámetro de un paciente también se denomina examen médico.	Laparotomía exploratoria sola. Laparotomía combinada.	Nominal
Complicaciones	Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.	Necrosis. Shock séptico. Shock cardiogénico. Perforación.	Nominal
Ingreso	Es el sistema de asistencia clínica que se ocupa de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad tal que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad.	Menos 1 día. 2 a 10 días. 11 a 20 días. Mas 21 días.	Numérica
Mortalidad	Es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población en un período de tiempo, usualmente expresada en tanto por mil por año.	Si. No.	Nominal

3.3. Métodos y técnicas

Analítico: significando el análisis de los elementos que inciden las pacientes.

Sintético: Razonamiento de los hechos relacionados incidencia de patologías quirúrgicas abdominales.

- Documental: Basada en trabajos previos, tomados como parámetros.
- De campo: Facilitado por la observación directa de las características del fenómeno a investigar.
- Entrevista: Recopilación de información guiada por los investigadores.

3.4. Instrumento de recolección de datos

Se elaborará un formulario que se generara durante el periodo de estudio, donde se recolectaran los datos de los pacientes tales como edad, sexo y más datos relacionados con la incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025.

3.5. Selección de la población y muestra

3.5.1. Población

La población estará constituida por todos los pacientes atendidos Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025.

3.5.2. Muestra

La muestra estuvo formada por todos los pacientes adultos mayores con patologías quirúrgicas abdominales atendidos en el en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas, periodo noviembre 2024-mayo 2025.

3.5.3. Criterios

3.5.3.1. Criterios de inclusión

1. Expedientes completos.
2. Pacientes de ambos sexos.

3. Pacientes adultos mayores con patologías quirúrgicas abdominales.

3.5.3.2. Criterios de exclusión

1. Expedientes incompletos.
2. Expedientes no encontrados/extraviados.
3. Pacientes que no cumplen con los requisitos del estudio.

3.6. Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos

Luego de recolectar la información sobre las variables, los resultados serán tabulados en Microsoft Excel, para posteriormente introducir los datos y analizarlos en programa estadísticos SPSS. El análisis estadístico consistirá en la emplear estadísticas descriptivas como el uso de frecuencia y cálculo de porcentajes para variables cualitativas. Se utilizó la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado para establecer relaciones entre variables nominales. Luego de analizar los datos, se realizaron las representaciones gráficas de las mismas.

3.7. Consideraciones éticas

Se mantuvieron todos los principios bioéticos. se procuró no hacer daño de manera directa o indirecta a todos los involucrados en este estudio. Por el contrario, el propósito de presentar los resultados es, más bien, vislumbrar una situación en la que puede haber espacio de mejoría en la atención al paciente. De manera especial, se mantuvo la confidencialidad de los pacientes y a pesar de que se utilizó sus nombres como identificadores los formularios se conservaron en un gabinete bajo llave donde solo tuvo acceso los investigadores de este estudio. Este trabajo contó con la aprobación de los comités de ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) y del Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas, Cumpliendo así, de esta manera con los estándares requeridos por estas instituciones.

4. Resultados

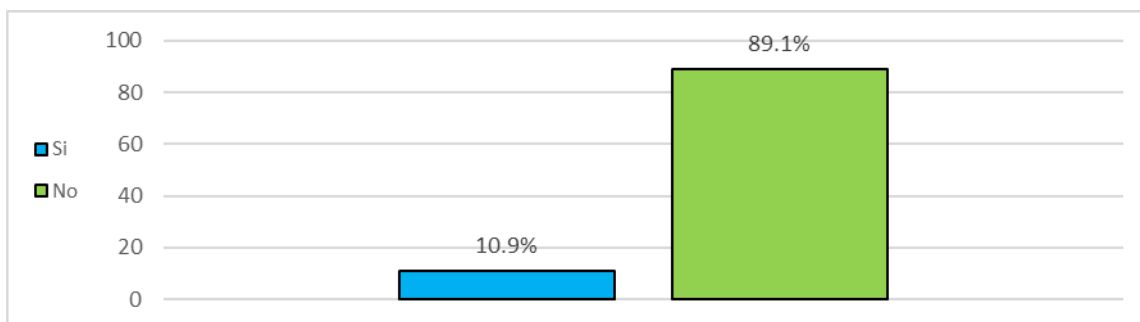
Cuadro 1. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025.

Patologías quirúrgicas Abdominales	Frecuencia	%
Sí	56	10.9
No	454	89.1
Total	510	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 10.9 por ciento de los pacientes presentaron patologías quirúrgicas abdominales.

Gráfico 1. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025.



Fuente: cuadro 1.

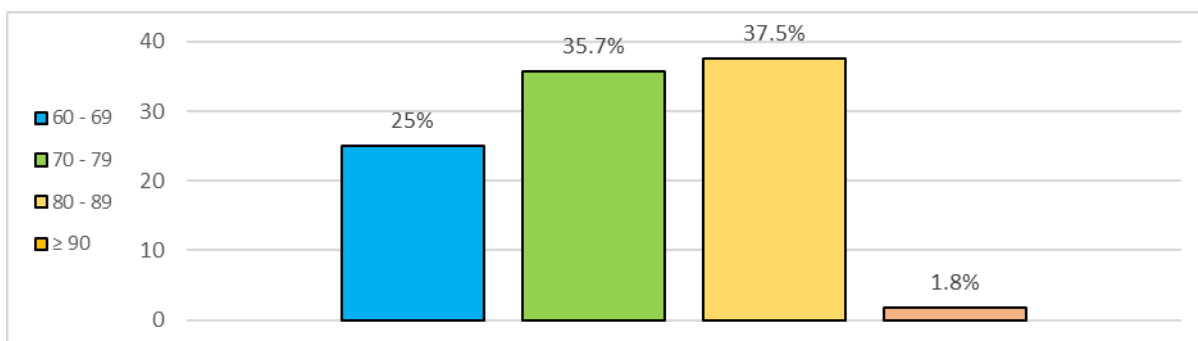
Cuadro 2. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según edad

Edad (años)	Frecuencia	%
60 – 69	14	25.0
70 – 79	20	35.7
80 – 89	21	37.5
≥ 90	1	1.8
Total	56	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 37.5 por ciento de los pacientes tenían edad comprendida entre 80-89 años, seguidos los pacientes que tenían entre 70-79 años con un 35.7 por ciento, el 25.0 por ciento de los pacientes tenían entre 60-69 años y el 1.8 por ciento de los pacientes eran mayores de 90 años.

Gráfico 2 Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según edad



Fuente: cuadro 2.

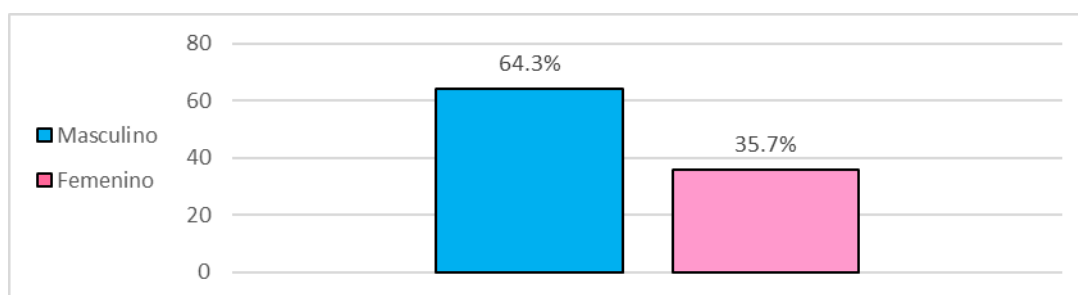
Cuadro 3. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	36	64.3
Femenino	20	35.7
Total	56	100.0

Fuente: expedientes clínicos

La mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino, representando el 64.3% del total, mientras que el 35.7% correspondieron al sexo femenino.

Gráfico 3. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según edad.



Fuente: cuadro 3

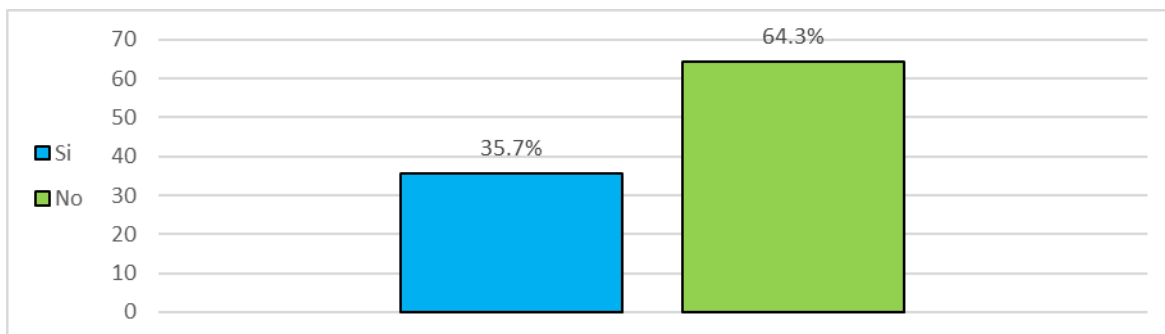
Cuadro 4. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según cirugías previas.

Cirugías previas	Frecuencia	%
Sí	20	35.7
No	36	64.3
Total	56	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El 35.7% de los pacientes tenía antecedentes de cirugías previas, mientras que el 64.3% no reportó haber sido intervenido quirúrgicamente antes

Gráfico 4 Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según cirugías previas.



Fuente: cuadro 4.

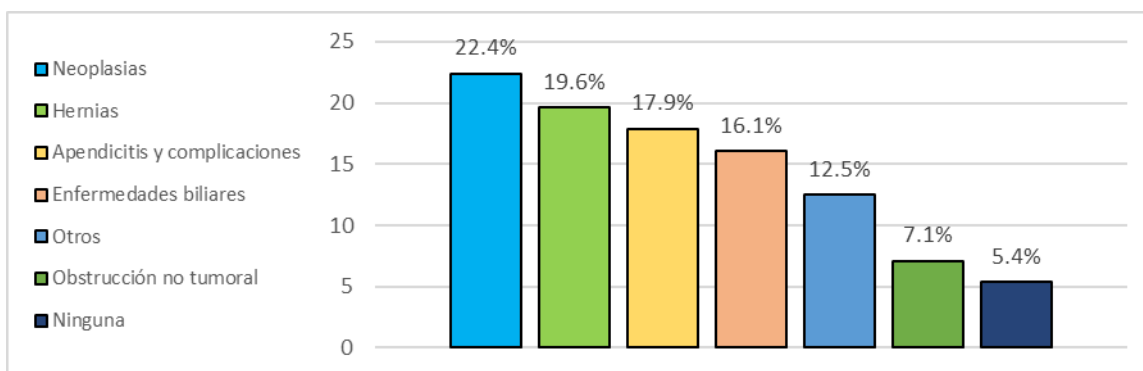
Cuadro 5 Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según cirugías patología.

Patología	Frecuencia	%
Neoplasias	12	22.4
Hernias	11	19.6
Apendicitis y complicaciones	10	17.9
Enfermedades biliares	9	16.1
Otros	7	12.5
Obstrucción no tumoral	4	7.1
Ninguna	3	5.4
Total	56	100.0

Fuente: expedientes clínicos

Las patologías más frecuentes fueron las neoplasias (22.4%) y las hernias (19.6%), seguidas de apendicitis y sus complicaciones (17.9%) y enfermedades biliares (16.1%). En menor proporción se presentaron otras patologías (12.5%) y casos de obstrucción no tumoral (7.1%) y ninguna 5.4%.

Gráfico 5. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según cirugías patología.



Fuente: cuadro 4.

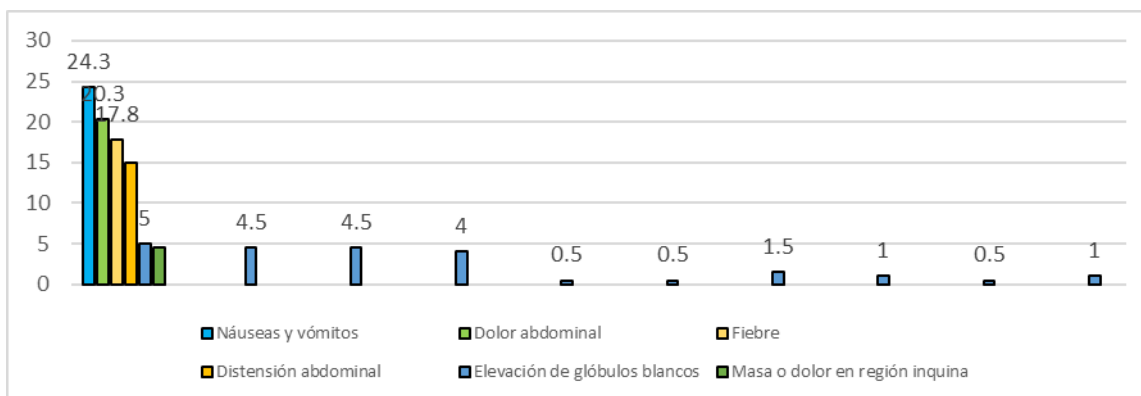
Cuadro 6. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según síntomas/signos

Signos/Síntomas	Frecuencia	%
Náuseas y vómitos	49	24.3
Dolor abdominal	41	20.3
Fiebre	36	17.8
Distensión abdominal	30	14.9
Elevación de glóbulos blancos	10	5.0
Masa o dolor en región inguinal	9	4.5
Anorexia / desnutrición	9	4.5
Irritación peritoneal/ neumoperitoneo	8	4.0
Diarrea	1	0.5
Hematoquezia	1	0.5
Anemia	3	1.5
Síntomas cardiovasculares	2	1.0
Hematoma en pared abdominal	1	0.5
Ninguno	2	1.0

Fuente: Expedientes clínicos

Los signos y síntomas más comunes fueron las náuseas y vómitos (24.3%), el dolor abdominal (20.3%) y la fiebre (17.8%). También se presentaron distensión abdominal (14.9%) y elevación de glóbulos blancos (5.0%). Otros síntomas menos frecuentes incluyeron masa o dolor inguinal, anorexia/desnutrición, irritación peritoneal/neumoperitoneo, y manifestaciones como diarrea, hematoquezia, anemia, síntomas cardiovasculares, y hematoma en la pared abdominal.

Gráfico 6. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según síntomas/signos.



Fuente: cuadro 5.

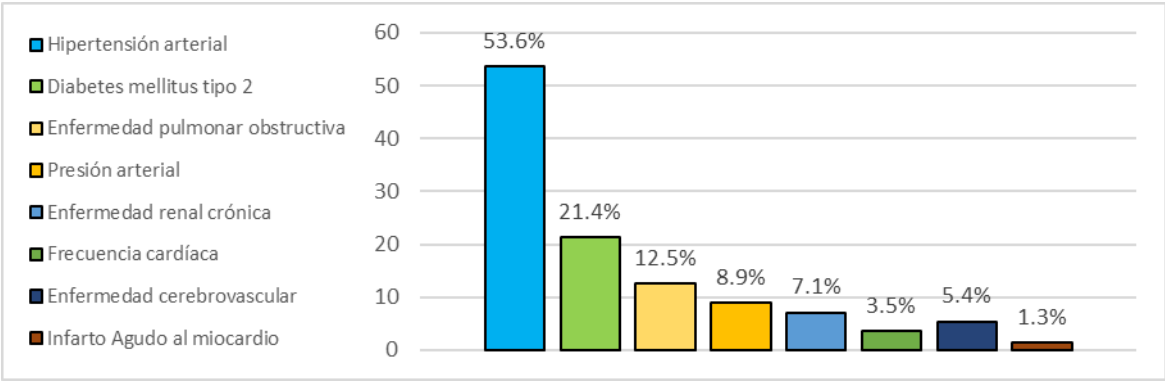
Cuadro 7. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según comorbilidades

Comorbilidades	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	30	53.6
Diabetes mellitus tipo 2	12	21.4
Enfermedad pulmonar obstructiva	7	12.5
Presión arterial	5	8.9
Enfermedad renal crónica	4	7.1
Frecuencia cardíaca	2	3.5
Enfermedad cerebrovascular	3	5.4
Infarto Agudo al miocardio	1	1.3

Fuente: expedientes clínicos

El 53.6 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial como comorbilidades, seguidos por diabetes mellitus tipo 2 con un 21.4 por ciento, el 12.5 por ciento de los pacientes enfermedad pulmonar obstructiva, el 8.9 por ciento presión arterial, el 7.1 por ciento enfermedad renal crónica, el 3.5 por ciento frecuencia cardíaca, el 5.4 por ciento enfermeda cerebrovascular y el 1.3 por ciento infarto agudo al miocardio.

Gráfico 7. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según comorbilidades.



Fuente: cuadro 7.

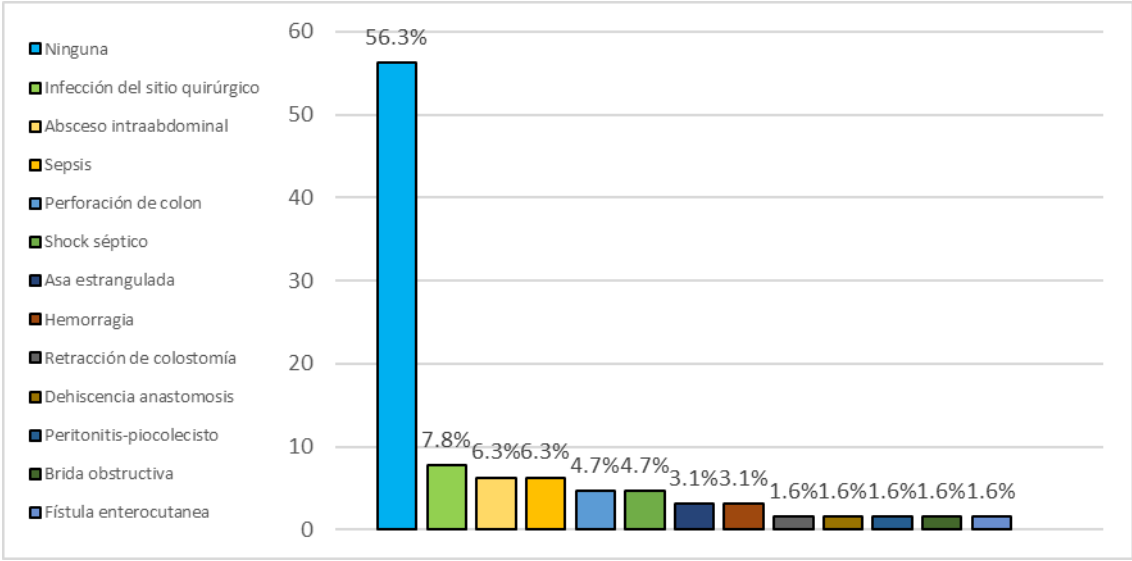
Cuadro 8. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según complicaciones.

Complicaciones	Frecuencia	%
Ninguna	36	56.3
Infección del sitio quirúrgico	5	7.8
Absceso intraabdominal	4	6.3
Sepsis	4	6.3
Perforación de colon	3	4.7
Shock séptico	3	4.7
Asa estrangulada	2	3.1
Hemorragia	2	3.1
Retracción de colostomía	1	1.6
Dehiscencia anastomosis	1	1.6
Peritonitis-piocollecisto	1	1.6
Brida obstructiva	1	1.6
Fístula enterocutanea	1	1.6

Fuente: expedientes clínicos

El 7.8 por ciento de los pacientes presentaron infección del sitio quirúrgico, absceso intraabdominal el 6.3 por ciento de los pacientes y sepsis respectivamente, el 4.7 por ciento de los pacientes presentaron perforación de colon y shock séptico respectivamente, el 3.1 por ciento asa estrangulada y hemorragia, el 1.6 por ciento de los pacientes fueron retracción de colostomía, dehiscencia anastomosis, peritonitis-piocollecisto, brida obstructiva y fístula enterocutanea.

Gráfico 8. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según complicaciones.



Fuente: cuadro 8.

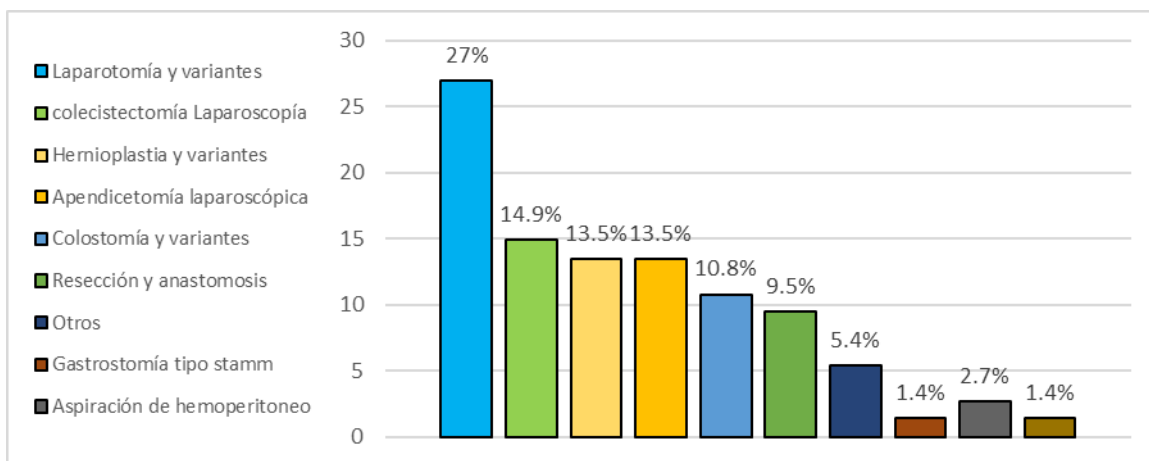
Cuadro 9. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según tipo de cirugía.

Tipo de cirugía	Frecuencia	%
Laparotomía y variantes	20	27.0
colecistectomía Laparoscopia	11	14.9
Hernioplastia y variantes	10	13.5
Apendicetomía laparoscópica	10	13.5
Colostomía y variantes	8	10.8
Resección y anastomosis	7	9.5
Otros	4	5.4
Gastrostomía tipo stamm	1	1.4
Aspiración de hemoperitoneo	2	2.7
Herniorrafia	1	1.4

Fuente: expedientes clínicos

El tipo de cirugía más frecuente fue laparotomía y sus variantes con un 27.0 %, seguido por colecistectomía laparoscópica con 14.9 %. Hernioplastia y apendicetomía laparoscópica tuvieron igual frecuencia, ambas con 13.5 %. Otras cirugías realizadas incluyen colostomía y sus variantes (10.8 %), resección y anastomosis (9.5 %), aspiración de hemoperitoneo (2.7 %), gastrostomía tipo Stamm (1.4 %) y herniorrafia (1.4 %). El grupo clasificado como otros representó un 5.4 %.

Gráfico 9. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según tipo de cirugía.



Fuente: cuadro 9.

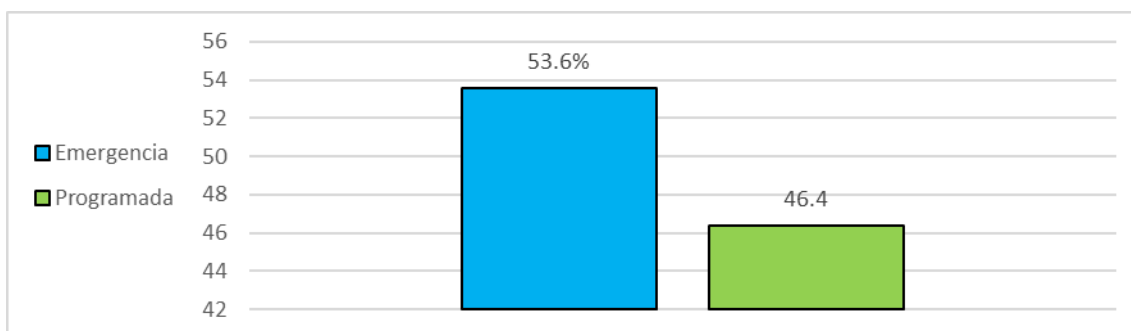
Cuadro 10. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, carácter de la cirugía

Carácter de la cirugía	Frecuencia	%
Emergencia	30	53.6
Programada	26	46.4
Total	56	100.0

Fuente: expedientes clínicos

En pacientes abdominales mayores de 60 años, el 53.6 % de las cirugías fueron de carácter emergencia, mientras que el 46.4 % correspondió a cirugías programadas

Gráfico 10. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según carácter de la cirugía.



Fuente: cuadro 10.

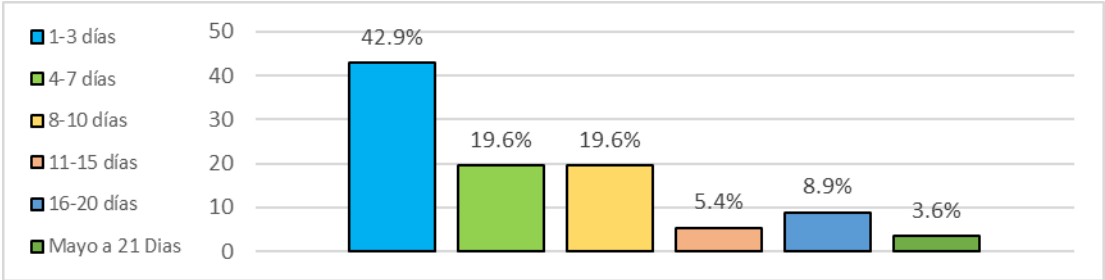
Cuadro 11. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según estancia hospitalaria

Estancia hospitalaria	Frecuencia	%
1-3 días	24	42.9
4-7 días	11	19.6
8-10 días	11	19.6
11-15 días	3	5.4
16-20 días	5	8.9
Mayo a 21 Días	2	3.6
Total	56	100.0

Fuente: expedientes clínicos

La mayoría de los pacientes (42.9 %) permaneció hospitalizada entre 1 y 3 días. Estancias de 4 a 7 días y de 8 a 10 días tuvieron igual frecuencia, con 19.6 % cada una. Estancias más prolongadas de 11 a 15 días, 16 a 20 días y más de 21 días fueron menos comunes, con 5.4 %, 8.9 % y 3.6 % respectivamente.

Gráfico 11. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según estancia hospitalaria.



Fuente: cuadro 11.

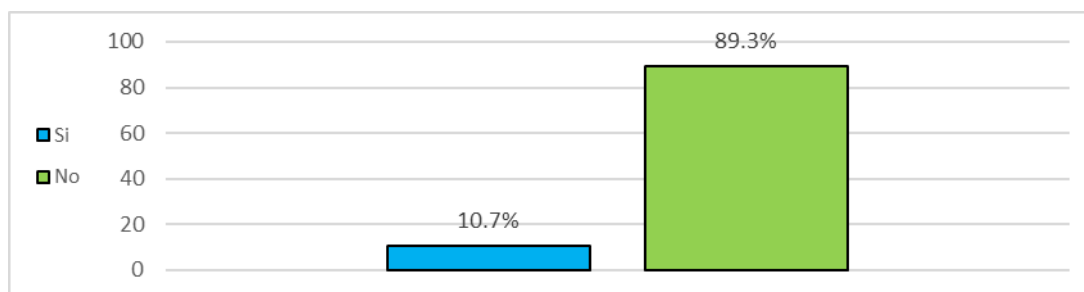
Cuadro 12. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según si falleció o no

Fallecido	Frecuencia	%
No	50	89.3
Sí	6	10.7
Total	56	100.0

Fuente: expedientes clínicos

La mortalidad fue de un 10.7 por ciento de los pacientes estudiados.

Gráfico 12. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según si falleció o no



Fuente: cuadro 12.

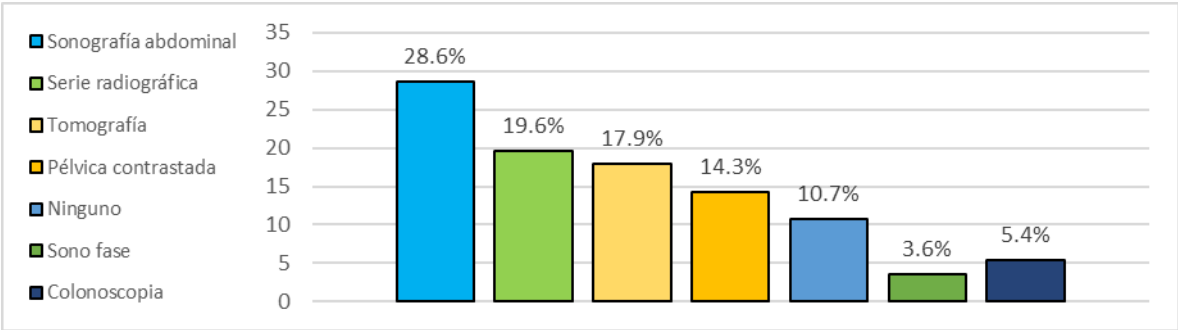
Cuadro 13. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según método diagnóstico.

Método diagnóstico	Frecuencia	%
Sonografía abdominal	16	28.6
Serie radiográfica	11	19.6
Tomografía	10	17.9
Pélvica contrastada	8	14.3
Ninguno	6	10.7
Sono fase	2	3.6
Colonoscopia	3	5.4
Total	56	100.0

Fuente: expedientes clínicos

El método diagnóstico más utilizado fue la sonografía abdominal con un 28.6 %, seguido por la serie radiográfica con 19.6 % y la tomografía con 17.9 %. La pélvica contrastada se empleó en un 14.3 % de los casos. Un 10.7 % de pacientes no recibió ningún estudio diagnóstico, mientras que el Sono FAST y la colonoscopia fueron usados en 3.6 % y 5.4 % respectivamente.

Gráfico 13. Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas periodo noviembre 2024-mayo 2025, según método diagnóstico.



Fuente: cuadro 13.

5. Discusión

Incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en el adulto mayor en el Hospital Universitario Docente Central Fuerzas Armadas La incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en adultos mayores, representada en este estudio por el 10.9 % de los pacientes evaluados, resalta la relevancia clínica de este grupo etario dentro del contexto quirúrgico hospitalario. Este hallazgo coincide con lo reportado en estudios previos que reconocen un aumento progresivo de la demanda quirúrgica en la población geriátrica, atribuible al envejecimiento poblacional y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas que derivan en complicaciones quirúrgicas (Velasco et al., 2020; Gómez et al., 2018). Puede influir negativamente en los resultados quirúrgicos (Sartelli et al., 2015). Por ello, esta incidencia del 10.9 % no debe subestimarse, ya que implica una carga significativa para los servicios de cirugía, sobre todo en centros de referencia como el Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas. En estudios similares realizados en hospitales latinoamericanos, se ha descrito una incidencia de patologías quirúrgicas abdominales en adultos mayores que varía entre un 8 % y un 15 %, dependiendo del acceso a los servicios de salud, los mecanismos de referencia y la disponibilidad de diagnóstico precoz (Moreno et al., 2017).

El 37.5 por ciento de los pacientes tenían edad comprendida entre 80-89 años, seguidos los pacientes que tenían entre 70-79 años con un 35.7 por ciento. Un análisis de 46 040 reparaciones de hernias incisional mostró que los pacientes ≥ 80 años constituyen cerca del 8.7 % del total y presentan mayores tasas de complicaciones intra y postoperatorias comparados con los < 80 años. En otro estudio transversal de 2024 con 375 adultos mayores sometidos a cirugía abdominal, la pre-fragilidad se presentó en 15.7 %, influenciada por comorbilidades, desnutrición y limitaciones funcionales. Una investigación multicéntrica sobre colecistectomía laparoscópica publicada en 2024 concluyó que los procedimientos pueden ser seguros en mayores de 80 años, siempre que se apliquen protocolos adecuados y criterios de selección, con sobrevivencias comparables a pacientes más jóvenes.

La mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino, representando el 64.3% del total. En un estudio reciente realizado en Colombia por Ramírez et al. (2023), sobre el perfil quirúrgico abdominal en adultos mayores, se encontró que el 62 % de los pacientes

intervenidos eran hombres, lo que coincide estrechamente con los resultados del presente estudio. Asimismo, un estudio multicéntrico publicado en *Perioperative Medicine* (2024) evidenció un patrón similar en pacientes mayores de 65 años, indicando que los hombres no solo predominaban en número, sino que también presentaban mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, en parte debido a mayor carga de comorbilidades y factores de riesgo asociados al estilo de vida, como el tabaquismo y el consumo de alcohol.

El 35.7% de los pacientes tenía antecedentes de cirugías previas. Investigaciones como la de Martínez et al. (2022) en hospitales de tercer nivel de México, mostraron que el sexo masculino tenía una mayor representación en casos de cirugía por neoplasias abdominales y hernias, patologías que también fueron frecuentes en el presente estudio.

Las patologías más frecuentes fueron las neoplasias (22.4%) y las hernias (19.6%), seguidas de apendicitis y sus complicaciones (17.9%). En una investigación publicada en *BMC Geriatrics* (Zhou et al., 2023), se reportó que el cáncer colorrectal y gástrico son las principales causas de cirugía abdominal en personas mayores de 65 años, y que estas patologías frecuentemente se presentan en estadios avanzados debido a diagnósticos tardíos. Este patrón también ha sido descrito en países de América Latina, donde el acceso limitado a detección precoz aumenta la proporción de cirugías por neoplasias complicadas. Por otro lado, la hernia abdominal, en especial la inguinal y umbilical, es una de las patologías quirúrgicas más comunes en adultos mayores. Su presencia en el 19.6 % de los casos estudiados coincide con lo encontrado por Gómez-Pérez et al. (2024), quienes señalaron que el debilitamiento de la musculatura abdominal y los aumentos crónicos de presión intraabdominal (por tos crónica, estreñimiento o prostatismo) explican su frecuencia en la tercera edad.

Los signos y síntomas más comunes fueron las náuseas y vómitos (24.3%), el dolor abdominal (20.3%) y la fiebre (17.8%). Según el estudio de Herrera-González et al. (2023), los adultos mayores con abdomen agudo presentan sintomatología menos evidente que en pacientes más jóvenes, siendo el dolor abdominal menos intenso y la fiebre menos común, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos o diferidos. Por su parte, González et al. (2024) señalaron que en adultos mayores con enfermedades abdominales, los síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos, distensión o anorexia pueden ser los únicos signos presentes, incluso en cuadros graves como isquemia intestinal, perforación o

peritonitis. En un estudio de corte transversal en hospitales terciarios de Perú (Lozada et al., 2023), el 27 % de los adultos mayores con apendicitis no referían dolor abdominal localizado ni signos peritoneales, pero sí manifestaban náuseas persistentes, debilidad general y deterioro del estado funcional.

El 53.6 por ciento de los pacientes presentaron hipertensión arterial como comorbilidades, seguidos por diabetes mellitus tipo 2 con un 21.4 por ciento. Según el estudio de Silva et al. (2024), realizado en pacientes geriátricos sometidos a cirugía abdominal, el 58 % eran hipertensos y mostraron mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares postoperatorias, especialmente cuando no existía un control adecuado de la presión arterial prequirúrgica. Asimismo, la diabetes mellitus tipo 2 ha sido asociada con un aumento en el riesgo de infecciones postoperatorias, retraso en la cicatrización de heridas y descompensaciones metabólicas. En una investigación publicada en *Geriatric Surgery Journal* (Mendoza & Rojas, 2023), se observó que los pacientes diabéticos mayores de 65 años tenían un 2.5 veces más riesgo de presentar infecciones del sitio quirúrgico y mayor tasa de reingreso hospitalario.

El 7.8 por ciento de los pacientes presentaron infección del sitio quirúrgico, absceso intraabdominal el 6.3 por ciento de los pacientes y sepsis respectivamente. Un estudio reciente de Castro et al. (2023) realizado en hospitales de tercer nivel en América Latina, reportó una tasa de ISQ del 9.1 % en pacientes mayores de 65 años, lo cual es similar a lo observado en el presente estudio. Según Torres-Mendoza et al. (2024), la tasa de absceso postoperatorio en adultos mayores intervenidos por apendicitis complicada o resecciones colónicas fue del 5.8 %, valor comparable al 6.3 % encontrado en esta muestra.

El tipo de cirugía más frecuente fue laparotomía y sus variantes con un 27.0 %. Según un estudio multicéntrico realizado por Cedeño et al. (2023), en hospitales de tercer nivel en México y Colombia, la laparotomía representó el 29.3 % de las cirugías abdominales mayores en adultos mayores, especialmente en contextos de apendicitis complicada, perforaciones viscerales y obstrucciones intestinales. estudio publicado en *Surgical Geriatrics* (López & Duarte, 2024) indica que la laparotomía sigue siendo preferida en pacientes con inestabilidad, cirugías de emergencia o sospecha de neoplasias avanzadas, lo cual coincide con los perfiles clínicos observados en este estudio.

En pacientes abdominales mayores de 60 años, el 53.6 % de las cirugías fueron de carácter emergencia. Gómez et al. (2023) reportaron que los pacientes mayores de 60 años con abdomen agudo presentan con frecuencia cuadros clínicos avanzados que requieren cirugía inmediata, debido al retraso en la consulta médica o a la presentación atípica de los síntomas, lo que dificulta el diagnóstico temprano. Según un estudio multicéntrico de Hernández y colaboradores (2024), la cirugía de emergencia en este grupo aumenta el riesgo de complicaciones como infecciones del sitio quirúrgico, fallo orgánico múltiple y prolongación de la estancia hospitalaria.

La mayoría de los pacientes (42.9 %) permaneció hospitalizada entre 1 y 3 días. Estudios recientes, como el de Ramírez et al. (2023), reportaron estancias similares en adultos mayores intervenidos quirúrgicamente, señalando que una hospitalización de 1 a 3 días está asociada a mejores resultados funcionales y menor incidencia de complicaciones nosocomiales, siempre que el paciente cumpla con criterios clínicos de alta segura. Según López y Sánchez (2024), estos protocolos facilitan la movilización temprana, el manejo adecuado del dolor y la alimentación pronta, contribuyendo a estancias hospitalarias cortas sin comprometer la seguridad del paciente.

La mortalidad fue de un 10.7 por ciento de los pacientes estudiados. Esto concuerda con los hallazgos de Rodríguez et al. (2023), quienes reportaron una mortalidad entre 9 % y 15 % en adultos mayores intervenidos por abdomen agudo en diversos hospitales latinoamericanos. Según Martínez y colaboradores (2024), la sepsis postoperatoria aumenta significativamente el riesgo de muerte en adultos mayores, especialmente cuando se asocia a cirugías realizadas en contexto de emergencia.

El método diagnóstico más utilizado fue la sonografía abdominal con un 28.6 %, seguido por la serie radiográfica con 19.6 % y la tomografía con 17.9 %. Según López et al. (2023), la ecografía tiene una alta sensibilidad y especificidad para la detección de patologías abdominales comunes en adultos mayores, lo que justifica su frecuente uso en el entorno hospitalario. como indica Martínez y Sánchez (2024), la radiografía permite una evaluación inicial rápida que orienta la conducta quirúrgica inmediata.

6. Conclusiones

1. Alta prevalencia de patologías quirúrgicas abdominales en adultos mayores: El estudio evidenció que el 10.9 % de los pacientes presentaron patologías quirúrgicas abdominales, con una mayor concentración en adultos mayores entre 70 y 89 años (73.2 %), lo cual resalta la necesidad de fortalecer los servicios quirúrgicos geriátricos.
2. Predominio del sexo masculino y comorbilidades asociadas: La mayoría de los pacientes fueron hombres (64.3 %) y más de la mitad (53.6 %) presentaron hipertensión arterial como principal comorbilidad, seguida por diabetes mellitus tipo 2 (21.4 %). Esto sugiere la importancia de un enfoque multidisciplinario en la atención quirúrgica de estos pacientes, considerando el control previo de enfermedades crónicas.
3. Alta frecuencia de patologías quirúrgicas crónicas: Las neoplasias (22.4 %) y las hernias (19.6 %) fueron las patologías más comunes, seguidas por apendicitis y sus complicaciones (17.9 %), lo que pone en evidencia la necesidad de programas de detección temprana y manejo quirúrgico electivo para prevenir complicaciones y reducir cirugías de emergencia.
4. Síntomas abdominales comunes como motivo de consulta: Náuseas, vómitos (24.3 %), dolor abdominal (20.3 %) y fiebre (17.8 %) fueron los síntomas más frecuentes, lo que refleja la importancia de una evaluación diagnóstica oportuna y efectiva para orientar el tratamiento quirúrgico.
5. Complicaciones postoperatorias y mortalidad significativas: Se reportaron complicaciones como infección del sitio quirúrgico (7.8 %), absceso intraabdominal (6.3 %) y casos de sepsis. La tasa de mortalidad fue de 10.7 %, lo que indica la necesidad de mejorar los protocolos de prevención de infecciones y manejo perioperatorio en adultos mayores.
6. Predominio de cirugías de emergencia y estancias cortas: El 53.6 % de las cirugías en mayores de 60 años fueron de carácter urgente. A pesar de ello, el 42.9 % de los pacientes permanecieron hospitalizados entre 1 y 3 días, lo que podría reflejar una rápida resolución quirúrgica o una necesidad de mejorar el seguimiento postoperatorio.

7. Uso preferente de sonografía como método diagnóstico: La sonografía abdominal fue el método más utilizado (28.6 %), seguido por la serie radiográfica y la tomografía. Esto destaca la utilidad de métodos accesibles y no invasivos en la evaluación inicial de estos pacientes, aunque se debe fortalecer el acceso a imágenes de mayor resolución cuando sea necesario.

7. Recomendaciones

Al Servicio Nacional de Salud (SNS):

- Fortalecer programas de atención quirúrgica geriátrica:
Se recomienda implementar políticas nacionales enfocadas en el abordaje quirúrgico del adulto mayor, dado el elevado porcentaje (73.2 %) de pacientes entre 70 y 89 años con patologías abdominales quirúrgicas, priorizando protocolos de evaluación preoperatoria, manejo perioperatorio y rehabilitación postoperatoria.
- Garantizar acceso oportuno a estudios diagnósticos de calidad:
Dado que la sonografía, la serie radiográfica y la tomografía fueron los métodos diagnósticos más utilizados, se sugiere asegurar disponibilidad continua de estos equipos en los hospitales del SNS, priorizando centros con alta carga quirúrgica.
- Desarrollar campañas preventivas sobre enfermedades abdominales frecuentes:
Incluir educación comunitaria sobre síntomas de alarma en enfermedades como neoplasias, hernias y apendicitis, que fueron las patologías más comunes, para promover la atención oportuna y reducir la necesidad de cirugías de emergencia.

Al Ministerio de Salud Pública (MSP):

- Diseñar guías clínicas para la cirugía segura en adultos mayores:
Elaborar y difundir protocolos estandarizados para la atención de pacientes quirúrgicos mayores de 60 años, especialmente para procedimientos de emergencia, con enfoque en reducción de complicaciones como infecciones del sitio quirúrgico y sepsis.
- Implementar estrategias de manejo integral de comorbilidades:
Dado el alto porcentaje de pacientes con hipertensión (53.6 %) y diabetes (21.4 %), se recomienda integrar equipos multidisciplinarios que permitan un mejor control de estas enfermedades crónicas en el pre y postoperatorio.
- Monitoreo y mejora continua de indicadores de morbilidad y mortalidad quirúrgica:
Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica en hospitales para identificar patrones de complicaciones posquirúrgicas (infección, absceso, sepsis) y mortalidad (10.7 %) a fin de implementar medidas correctivas basadas en evidencia.

Para los profesionales de cirugía del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas:

- Promover cirugías electivas tempranas en patologías crónicas identificadas: Dado que un 53.6 % de las cirugías fueron de emergencia, es recomendable programar intervenciones quirúrgicas en etapas tempranas, especialmente en pacientes con hernias y neoplasias, para disminuir los riesgos asociados a procedimientos urgentes.
- Optimizar protocolos de control de infecciones postoperatorias: Se sugiere reforzar medidas de bioseguridad, monitoreo del sitio quirúrgico y capacitación continua del personal para reducir la incidencia de infecciones (7.8 %) y abscesos intraabdominales (6.3 %).
- Implementar evaluación geriátrica integral preoperatoria: A fin de reducir riesgos quirúrgicos en pacientes mayores de 60 años, se recomienda incorporar una valoración multidimensional que contemple estado funcional, comorbilidades, apoyo familiar y nutrición.
- Fomentar la investigación clínica local: Promover estudios prospectivos sobre resultados quirúrgicos en adultos mayores, lo que permitirá tomar decisiones más ajustadas al contexto y mejorar la calidad del cuidado quirúrgico.

Referencias bibliográficas

1. Parés D, Fernández J. Unidades funcionales para el manejo quirúrgico del paciente geriátrico. *Cirugía Española*. 2018 [acceso 28/03/2022]; 96(3):129-30.
2. Caque K. Factores asociados a complicaciones postoperatorias de abdomen agudo quirúrgico en pacientes adultos mayores en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” 2018- 2019. Tesis en opción al título de médico cirujano. Universidad Federico Villarreal. Lima, Perú; 2020 [acceso 08/02/2022].
3. Vásquez-Márquez PI, Castellanos-Olivares A. La fragilidad del paciente geriátrico como un indicador de riesgo para complicación postoperatoria. *Rev Mex Anest*. 2018 [acceso 28/03/2022];41 (Suppl: 1): 53-7.
4. Martin ET, Keith SM, Nguyen H, Santarossa M, Evans R. Diabetes and Risk of Surgical Site Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. *Infect. Control Hosp. Epidemiol*. 2015 [acceso 28/03/2022]; 37(1): 88-99
5. Delgado Pagán GY, Ferriol González MR, Rojas Pérez MM, Del Sol Fabregat LA, Villegas Fleites A, Martínez Rojas L. Algoritmo para el manejo del paciente geriátrico en la Consulta preoperatoria de Anestesia y Geriatria. *Acta Med Cent*. 2019 [acceso 28/03/2022]; 13(1):72-83.
6. Egvaras Córdoba I. Análisis de la mortalidad y de la evolución del estado funcional en pacientes ancianos operados por patología abdominal urgente, utilizando el CriSTAL (Criteria for Screening and Triaging to Appropriate Alternative Care) score modificado [Tesis Doctoral]. España: Universidad Pública de Navarra; 2020 [acceso 28/01/2022].
7. Del Río Pérez Gerardo Andrés, Torres Toledo Daniel, Duménigo Rodríguez Ricardo, Zurbano Fernández Joaquín, Linares Rodríguez Hádale, Abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor, *Acta Médica del Centro / Vol. 14 No. 2 abril-junio 2020*.
8. Vásquez Cedeño Gustavo Adolfo, Guevara Palermo Elia. Evaluación de pacientes adultos mayores con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Estudio prospectivo, descriptivo, no experimental. *Rev Venez Cir [Internet]*. 2020 jun [citado 2025 Abr 09]; 73 (1): 4-9.

9. Jonathan Fernando coronel P., Diego Alejandro Calderón I. y Pablo Bruno Minda E. Manejo del abdomen agudo en adulto. Aceptado para publicación: 26 de julio de 2024.
10. Milagros Alejandra Riega E. y Jürgen Manuel Alexander Tejada F. Frecuencia y etiologías de dolor abdominal en adultos mayores atendidos en la emergencia de un Hospital General En Lima-Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú 2022.
11. Montenegro A., y Camacho C. Prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del Hospital Básico Durán. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador, 2020.
12. Vega R. Apendicitis aguda: aspectos clínicos y de laboratorio en adultos mayores, atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018. Tesis de medicina, 2019. Univ. Nacional F. Villarreal. Lima.
13. Diana Rojas-Valenzuela, Martha Quíñonez-Meza. Estudio epidemiológico de pacientes con dolor abdominal agudo no traumático egresados del servicio de urgencias. Rev Med UAS; Vol. 10: No. 1. Enero-Marzo 2020.
14. Carmen Wolfe, Maglin Halsey-Nichols, Kathryn Ritter, Nicole McCain. Abdominal Pain in the Emergency Department: How to Select the Correct Imaging for Diagnosis. Open Access Emergency Medicine 2022: 14 335–345.
15. Mella V, et al. Apendicitis aguda: análisis descriptivo de la situación epidemiológica en Chile. Revista Confluencia, 2020; 2 (1), 26-29.
16. Isabelle Osterwalder, Merve Özkan, Alexandra Malinovska, Christian H. Nickel and Roland Bingisser. Acute Abdominal Pain: Missed Diagnoses, Extra-Abdominal Conditions, and Outcomes. J. Clin. Med. 2020, 9, 899.
17. Sabo C y Dumitrascu D. Chronic Abdominal Pain in General Practice. Dig. 2021; 39:606–614.
18. Medina M, Paruta Z, Quincha V, y Páez G. Causas de abdomen agudo en adultos mayores. Recimundo 2020; 4 (1): 90-9.
19. Ministerio de Salud de Colombia, MINSALUD. Envejecimiento y Vejez. [Online]; 2022. Acceso 7 de Juliode 2022.

20. Leitón ZE, Fajardo-Ramos E, López-González A, Martínez-Villanueva RM, Villanueva-Benites ME. Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. *Revista Salud Uninorte*. 2020; 36(1): p. 124-139.
21. Esmeraldas EE, Falcones MR, Vásquez MG, Solórzano JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2019; 3(1): p. 58-74.
22. Medina MD, Paruta ZJ, Quincha V, Paéz GA. Causas de abdomen agudo en adultos mayores. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2020; 4(1): p. 90-99.
23. Aguirre-Canales VI, Gamarra-Vásquez JA, Lira-Segúin NAM, Carcausto. *Investigación Valdizana*, 15(2). [Online].; 2021.
24. Alosilla WY. Factores asociados a complicaciones postoperatorias del abdomen agudo quirúrgico, Hospital Regional Manuel Nuñez Butron 2019. Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano. Piura, Perú: Universidad César Vallejo.
25. Benavides D. C., Vega, D. A., González, J. D. Trauma Cerrado de Abdomen: Una Revisión de Literatura Actual. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024 May 6;8(2):3943-64.
26. Estepa Ramos, J. L., Santana Pedraza, T., Estepa Pérez, J. L., Acea Paredes, Y. Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2018-2020. *Medisur*. 2021 Apr;19(2):245-59.
27. Anastasiu M, Șurlin V, Beuran M. The management of the open abdomen - A literature review. *Chirurgia (Bucur)* [Internet]. 2021;116(6 suppl):645.
28. Cardoso, F. V., Silva, A. R. C., Buchares, A. C. F., Silva, M. B., Ferraz, M. G., Piccoli, M. V. F., et al. Manejo e conduta do abdome agudo: uma revisão narrativa. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2022;15(5): e10226.
29. Gil, A. G., Cereño, M. R., Torres, J. A. ABC del dolor abdominal agudo. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2023 Dec 1;30(10):539-45.
30. González, J. N., Lucena, M. J., Gómez, F. G., Anchustegui, A. Y. Dolor abdominal agudo médico y quirúrgico. Proceso diagnóstico y terapéutico en urgencias.

Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2023 nov 1;13(89):5248-55.

31. Hernández, A. L., Beaujón, L. J., Sarmiento, D. R., Araujo, H. J., del Portillo, D. A. Apendicitis y plastrón apendicular: entre la cirugía y la antibióticoterapia de amplio espectro. *Revista Neuronum*. 2020 nov 30;7(1):152-87.
32. Nieto MW, Tapia AL, Salazar GI, Jiménez JL. Criterio clínico y complicaciones quirúrgicas en abdomen agudo en paciente pediátrico. *Dominio de las Ciencias*. 2021;7(4):171.
33. Lapsa S, Ozolins A, Strumfa I, Gardovskis J. Acute appendicitis in the elderly: a literature review on an increasingly frequent surgical problem. *Geriatrics*. 2021.
34. Pirie K, Traer E, Finniss D, Myles PS, Riedel B. Current approaches to acute postoperative pain management after major abdominal surgery: a narrative review and future directions. *British Journal of Anaesthesia*. 2022 Sep 1;129(3):378-93.
35. Tapia Muñoz RN. Factores asociados al abdomen agudo inflamatorio en pacientes atendidos en el hospital Sergio E. Bernales en el año 2023. 2024.
36. Zaibak CA, De Lima NM, Barbosa SM, De Oliveira MV, Da Costa AMP, Cruz JL, et al. Manejo do abdome agudo inflamatório: uma revisão. *Braz J Hea Rev* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 27];7(1):6485–8.
37. Treuer R. Dolor abdominal agudo en el adulto mayor. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2017 Mar-Apr [citado 23 Ene 2019];28(2):282-290.
38. Parés D, Fernández Llamazares J. Unidades funcionales para el manejo quirúrgico del paciente geriátrico. *Cirugía Española* [Internet]. 2018 Mar [citado 1 Feb 2019];96(3):129-130.
39. Herrera Landero A, d'Hyver de las Deses C. Preoperative evaluation of the elderly. *Rev Fac Med (Méx)* [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado 7 Abr 2019];61(4):43-55.
40. Nazar JC, Zamora HM, Fuentes HR, Lema FG. Paciente adulto mayor y cirugía no cardíaca: ¿qué debemos saber? *Rev Chil Cir* [Internet]. 2015 Jun [citado 4 Feb 2019];67(3):309-317.
41. Cárdenas Bacallao PA. Envejecimiento poblacional un reto para el abdomen agudo quirúrgico del anciano para las Ciencias Médicas. *Archivos del Hospital*

- Universitario “General Calixto García” [Internet]. 2014 [citado 2 Abr 2019];2(1):21-32.
42. Gómez Blanco DI, Martínez Echevarría A, Jiménez García Y. Caracterización del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor. Rev. Cienc Méd Pinar del Río [Internet]. 2017 Ene-Jun [citado 31 Ene 2019]; 9(3):307-311.
43. Morera Pérez M, Roque González R, González León T, Sánchez Piñero RO, Olivé González JB. Cirugía abdominal laparoscópica en el adulto mayor. Rev Cub Cir [Internet]. 2019 [citado 2 May 2019];58(1): [aprox. 10 p.].
44. Rodríguez Morris A, Cazares Gómez A. Caracterización de pacientes mayores de 60 años operados por oclusión intestinal mecánica. Rev Cubana Tecnol Salud [Internet]. 2019 Jul-Sep [citado 2 Ago 2019];10(3):58-66.
45. Vincench Medina M, Arias Medina M. Guía práctica clínico quirúrgica para la atención individualizada al adulto mayor con enfermedad herniaria de la región inguinocrural. CCM [Internet]. 2016 Ene-Mar [citado 26 Ene 2019];20(1):137-146.
46. Nieves Andino A, Rodríguez Caraballo R, Knight Jones K, Gago Benítez G, Ganfong Elías A. Comportamiento de pacientes ancianos sometidos a cirugía de urgencia bajo anestesia regional y general. Rev Inf Cient [Internet]. 2016 [citado 21 Ene 2019];95(2):224-233.
47. Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros médicos y estadística de salud. Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2018 [citado 26 Ene 2019].
48. Pinto Herrera YL. Causas de abdomen agudo quirúrgico en pacientes geriátricos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro [tesis]. Ambato-Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016 [citado 1 Feb 2019].

Apéndice #1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2025	
Selección del tema	2025	Febrero
Búsqueda de referencias		Marzo
Elaboración del anteproyecto		Marzo
Sometimiento y aprobación		Abril
Revisión expedientes clínicos		Mayo
Tabulación y análisis de la información		Junio
Redacción del informe		Julio
Revisión del informe		Agosto
Encuadernación		Agosto
Presentación		Agosto

Apéndice #2. Costos y recursos

Humanos			
Un investigador o sustentante Dos asesores Archivistas y digitadores			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	3 resmas	130.00	390.00
Papel Mistique	3 resmas	80.00	540.00
Lápices	1 docena	180.00	36.00
Borras	6 unidades	3.00	24.00
Bolígrafos	1 docena	4.00	36.00
Sacapuntas	6 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.; CD-ROM 52x			3.00
Impresora HP 932c			
Scanner: Microteck 3700			
Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omni page Pro 10 Dragon NaturallySpeaking Easy CD Creator 2.0			
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D			1,200.00
Calculadoras	2 unidades		150.00
Antibióticos	2 unidades		10,000.00
Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
Económicos			
Papelería (copias)	1200	2.00	2,400.00
Encuadernación	copias	800.00	9,600.00
Alimentación	12		2,200.00
Transporte	informes		3,000.00
Imprevistos			3,000.00
TOTAL			\$33,197.00

Apéndice #3. Instrumento de recolección de datos

INCIDENCIA DE PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES EN EL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCENTE CENTRAL FUERZAS ARMADAS PERIODO NOVIEMBRE 2024-MAYO 2025.

Formulario.

Datos Demográficos

1. Edad:

2. Género:

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Otro

3. Estado civil:

- ☐ Soltero
- ☐ Casado
- ☐ Viudo
- ☐ Divorciado

4. Nivel educativo:

- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Preparatoria
- ☐ Universitario
- ☐ Postgrado

Historia Médica

5. ¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes patologías? (Marque todas las que apliquen)

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión
- ☐ Enfermedades cardíacas
- ☐ Enfermedades respiratorias
- ☐ Cáncer
- ☐ Otras: _____

6. ¿ha presentado alguno de los siguientes signos y síntomas? (marque todas las que apliquen)

- ☐ dolor abdominal
- ☐ fiebre
- ☐ náuseas
- ☐ vómitos
- ☐ distensión abdominal
- ☐ fatiga
- ☐ sangrado (especifique por donde)

7. ¿Ha tenido alguna cirugía previa?

- ☐ Sí
- ☐ No
- Si la respuesta es sí, por favor especifique: _____

8. ¿se ha realizado algunos de estos estudios para el diagnóstico?

- ☐ hemograma
- ☐ química sanguínea
- ☐ marcadores tumorales
- ☐ Radiografía de tórax
- ☐ radiografía de abdomen de pie y acostado
- ☐ sonografía abdominal
- ☐ tomografía axial computarizada
- ☐ Resonancia Magnética

9. ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado en el último año?

- ☐ 0
- ☐ 1-2
- ☐ 3-5
- ☐ Más de 5

Patologías Quirúrgicas

10. ¿ha cursado con alguna de estas patologías quirúrgicas?

- ☐ Hernias abdominales.
- ☐ Colelitiasis
- ☐ Colecistitis
- ☐ Apendicitis aguda.
- ☐ Obstrucción intestinal. (vólvulo, intususcepción, bridas y adherencias)
- ☐ Cánceres quirúrgicos (como cáncer de colon, estómago o páncreas).

10. ¿Ha sido sometido a alguna cirugía en el último año?

- ☐ Sí
- ☐ No
- Si la respuesta es sí, por favor especifique el tipo de cirugía: _____

11. ¿Cuál fue la razón principal para la cirugía?

- ☐ Emergencia
- ☐ Programada
- ☐ Otras: _____

12. ¿Presento alguna complicación durante su procedimiento?

- ☐ Si
- ☐ No
- Si la respuesta es " SI " por favor especifique el tipo de complicación

13. ¿Tuvo que ser reintervenido por complicación de algún procedimiento?

- ☐ Si
- ☐ No
- Si la respuesta es " SI " por favor especifique el tipo de Procedimiento

14. ¿Promedio de días de estancia Hospitalaria?

- ☐ 1-3 días
- ☐ 3'-5 días
- ☐ 6-10 días
- ☐ más de 10 días