



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**ABDOMEN AGUDO: FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES
DEL ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES DE 40 A 50 AÑOS.**

**ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “ABEL
GILBERT PONTON” PERIODO 2014 - 2015**

**TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MEDICO GENERAL**

ANA KAREN BERMUDEZ ROJAS

TUTOR

DR. LUIS NAVARRO

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO

2015 – 2016

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: : **FACTORES PREDISONENTES Y COMPLICACIONES DEL ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES DE 40 A 50 AÑOS ESTUDIO A REALIZARSE EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTON**

AUTOR/ ES: Ana Karen Bermudez Rojas **REVISORES:** Dr. Luis Navarro

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil **FACULTAD:** Ciencias Médicas

CARRERA: Medicina

FECHA DE PUBLICACION: **Nª DE PÁGS:**

ÁREAS TEMÁTICAS: Cirugia.

PALABRAS CLAVE: Dolor Abdominal, Infecciones, Abdomen agudo, síndrome abdominal.

RESUMEN: El propósito de este trabajo fue identificar los factores predisponentes y complicaciones del abdomen agudo en pacientes entre los 40 y 50 años de edad en el Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón en el año 2014-2015.

METODO: Para este estudio se incluyó los pacientes que han sido atendidos por emergencia y hospitalizados por abdomen agudo en el Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el año 2014 y 2015, se excluirán los pacientes con abdomen agudo hospitalizados sin factores de riesgos y que no cumplan con los criterios de inclusión. El estudio es Descriptivo retrospectivo utilizando la información que está en los registros de la base de datos del servicio de los pacientes atendidos durante el período de estudio, en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, la misma que será tabulada en cuadros gráficos.

RESULTADOS: Se obtuvieron 315 historias clínicas, pero según dichos criterios de inclusión y exclusión solo fueron validas 130 historias clínicas, 53 historias del 2014 y 77 historias clínicas del 2015 con CIE de abdomen agudo confirmado. En cuanto al sexo el sexo masculino fue el más afectado con 87 casos entre ambos años a diferencia de las mujeres con solo 43 casos. Gracias a este proyecto hemos podido establecer de una manera ordenada, tabulada y verídica los números de casos de abdomen agudo en los años 2014 y 2015.

Nº DE REGISTRO: **Nº DE CLASIFICACIÓN:**

DIRECCIÓN URL:

ADJUNTO PDF: **SI** **NO**

CONTACTO CON AUTOR/ES: **Teléfono:** 0980165333 **E-mail:** anitabermudez_0506@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN: **Nombre:** Universidad de Guayaquil – Facultad de Ciencias Medicas

Teléfono: 04-2310027

E-mail: rrpp@ug.edu.ec

CERTIFICADO DEL TUTOR DE TESIS

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR LA SRTA. ANA KAREN BERMUDEZ ROJAS, CON CEDULA DE IDENTIDAD No

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: LOS FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES DEL ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES ENTRE LOS 40 Y 50 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTÓN EN EL AÑO 2014-2015.

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR LUIS NAVARRO

TUTOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

ACTA FINAL DE SUSTENTACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

En la ciudad de Guayaquil a los 12 días del mes de mayo del año 2016 reunidos en la Facultad de Ciencias Médicas, dando cumplimiento con las disposiciones legales contempladas en la LOES, se integró el Tribunal constituido por los abajo firmantes, con el fin de recibir la Sustentación de Trabajo de Titulación: **ABDOMEN AGUDO: FACTORES PREDISPONENTES Y COMPLICACIONES DEL ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES DE 40 A 50 AÑOS, ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “ABEL GILBERT PONTON” PERIODO 2014 - 2015**, Como requisito para la obtención del título Académico de MEDICO.....

PARAMETROS	CALIFICACION		RESULTADOS			
Calidad de exposición		puntos				
Material audio-visual		puntos	Aprobado			
Defensas del proyecto		puntos	Reprobado			
Tiempo empleado		puntos	Recomendado para publicar			
CALIFICACION		puntos				

Para constancia de lo actuado suscriben los Docentes:

.....
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

OBSERVACIONES.....

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi madre, motor importante de mi carrera y de este logro, compañera en todo momento, por ser quien mantiene mi fe y esperanza, a mis docentes por su inquebrantable apoyo y por fomentar en mí el deseo de superación; y por último a mis compañeros colegas, amigos de grandes batallas e interminables sueños que entre libros y cuadernos estamos cumpliendo una meta; la de ser médico.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por esa unidad y aliento diario que hizo en mí mantener la constancia y lucha por alcanzar mis anhelos.

A mis madre por creer en mí, por jamás dejar de confiar en lo lejos que podría llegar, en lo sabio de sus palabras, en lo pesado de sus consejos y en lo fácil que me hizo el camino a pesar de los tropiezos.

Gracias a todos.

Ana Karen Bermudez Rojas

RESUMEN

OBJETIVO: El propósito de este trabajo de investigación fue identificar los factores predisponentes y complicaciones del abdomen agudo en pacientes entre los 40 y 50 años de edad en el Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón en el año 2014-2015.

METODO: Para este estudio se incluyó los pacientes que han sido atendidos por emergencia y hospitalizados por abdomen agudo en el Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón durante el año 2014 y 2015, se excluirán los pacientes con abdomen agudo hospitalizados sin factores de riesgos y que no cumplan con los criterios de inclusión. El estudio es Descriptivo retrospectivo utilizando la información que está en los registros de la base de datos del servicio de los pacientes atendidos durante el período de estudio, en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, la misma que será tabulada en cuadros gráficos.

RESULTADOS: Se obtuvieron 315 historias clínicas, pero según dichos criterios de inclusión y exclusión solo fueron validas 130 historias clínicas, 53 historias del 2014 y 77 historias clínicas del 2015 con CIE de abdomen agudo confirmado. En cuanto al sexo el sexo masculino fue el más afectado con 87 casos entre ambos años a diferencia de las mujeres con solo 43 casos. Gracias a este proyecto hemos podido establecer de una manera ordenada, tabulada y verídica los números de casos de abdomen agudo en los años 2013 y 2014.

CONCLUSIONES: Gracias a este proyecto hemos podido establecer de una manera ordenada, tabulada y verídica la prevalencia de Abdomen Agudo en los años 2014 y 2015 que fue con un total de 130 casos, los cuales fueron 53 casos del 2014 y 77 casos del 2015.

PALABRAS CLAVES: Abdomen Agudo, pancreatitis, colecistitis, apendicitis, oclusión intestinal, oclusión vascular, perforativo, ecografía, tomografía.

SUMMARY

OBJECTIVE: The purpose of this research was to identify predisposing factors and complications of acute abdomen in patients between 40 and 50 years old at the Specialties Hospital Abel Gilbert Ponton in 2014-2015.

METHOD: For this study, patients who have been treated by emergency and hospitalized for acute abdomen in the Specialties Abel Gilbert Ponton Hospital during 2014 and 2015 was included patients with acute abdomen hospitalized without risk factors are excluded which do not comply with the inclusion criteria. The study is retrospective Descriptivo using information that is in the records of the database service patients seen during the study period in the Specialist Hospital Abel Gilbert Ponton, the same that will be tabulated in charts.

RESULTS: 315 medical records were obtained, but according to the criteria of inclusion and exclusion only 130 were valid medical records, 53 and 77 stories of 2014 medical records of 2015 CIE confirmed acute abdomen. As the male sex was the most affected with 87 cases between the years unlike women with only 43 cases. Through this project we have been able to establish an orderly, tabulated and true numbers of cases of acute abdomen in 2013 and 2014 way.

CONCLUSIONS: Through this project we were able to establish an orderly, tabulated and truthfully the prevalence of acute abdomen in 2014 and 2015 was a total of 130 cases, which were 53 cases in 2014 and 77 cases in 2015.

KEY WORDS: Acute Abdomen, pancreatitis, cholecystitis, appendicitis, intestinal obstruction, vascular occlusion, perforativo, ultrasound, positron.

INDICE

INTRODUCCIÓN	- 1 -
CAPITULO I.....	- 3 -
EL PROBLEMA	- 3 -
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 3 -
JUSTIFICACIÓN	- 5 -
CAPITULO II	- 7 -
MARCO TEORICO.....	- 7 -
Frecuencia	- 8 -
Clasificación.....	- 8 -
Etiología	- 8 -
Anatomía Patológica.....	- 9 -
HIPÓTESIS.....	- 18 -
VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	- 18 -
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	- 18 -
VARIABLE DEPENDIENTE.....	- 18 -
MATERIALES Y MÉTODOS	- 19 -
CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO	- 19 -
OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE	- 20 -
INVESTIGACION	- 20 -
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	- 20 -
TIPO DE INVESTIGACION	- 20 -
DISEÑO DE INVESTIGACION	- 20 -
CONSIDERACIONES BIOETICAS	- 20 -
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	- 21 -
RECURSOS HUMANOS Y FISICOS.....	- 21 -
RECURSOS HUMANOS	- 21 -

RECURSOS FISICOS.....	- 21 -
INSTRUMENTOS DE EVALUACION.....	- 22 -
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	- 23 -
VARIABLE DEPENDIENTE.....	- 23 -
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	- 23 -
CAPITULO IV	
ESTADISTICA Y	
DISCUSION.....	26
CAPITULO V	
RECOMENDACIONES.....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	- 36 -

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de consulta médica urgente y su manejo resulta complicado por su enorme variedad clínica y por la urgencia vital que puede constituir.

El término abdomen agudo se utilizó por primera vez a finales del siglo XIX, para una situación clínica caracterizada por un dolor abdominal de aparición brusca, acompañado la mayoría de las veces por detención del tránsito intestinal, contractura de la pared abdominal y grave alteración del estado general del paciente, esto ha sido un problema común a lo largo de todos los tiempos.

Al enfrentarnos a un paciente con un cuadro de dolor abdominal es necesario definir exactamente sus características, así podremos establecer un diagnóstico sindrómico que nos orientará para conducir su estudio y actitud terapéutica, una actuación rápida es mucho más beneficiosa para el paciente. Ante un dolor abdominal se debe considerar la edad, la localización del dolor abdominal que orienta la evaluación inicial de los síntomas y signos que lo acompañan, a veces son predictivos de ciertas causas y pueden ayudar al diagnóstico diferencial.

La localización y cronología del dolor se debe establecer con exactitud y valorar sus irradiaciones, hay que tener cuidado con el adulto mayor por las características de la pared abdominal, la piel está menos vascularizada, menos elástica, el tejido celular subcutáneo se atrofia, hay sarcopenia, las fascias aponeuróticas se debilitan, al igual que el peritoneo y esto hace que no exista una traducción en el examen físico como sucede generalmente en el adulto joven.

Es importante considerar si se produce desplazamiento del dolor, muchos cuadros abdominales tienen una pauta de dolor característica, estos aspectos son necesarios tenerlos en cuenta para realizar un diagnóstico rápido, sin embargo en el adulto mayor en ocasiones no se comporta así, además el perfil clínico de este tipo de pacientes es diferente al del adulto joven. (PASCUAL, 2010)

El objetivo de este trabajo investigativo es determinar los factores predisponentes en el paciente con diagnóstico de Abdomen Agudo en edades entre 40 y 50 años y sus complicaciones en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Ponton en el año 2014 al 2015.

La naturaleza del estudio se basa en la observación directa y descriptiva, de tipo estudio de caso, de gran interés para el campo de salud pública, pues el Abdomen Agudo es un diagnóstico de ingreso muy frecuente en la actualidad en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Ponton, reconocer los factores que predisponen a complicaciones posterior al diagnóstico, nos permitirá prevenir las mismas y con ello mejorar la supervivencia y reducir al mínimo la estancia hospitalaria de estos pacientes. El método en la Investigación es el Científico, la técnica es de Observación Directa, procediendo a la revisión de Historias Clínicas y a la aplicación de encuestas.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El manejo del paciente con abdomen agudo es sin duda por su frecuencia de presentación en todo servicio de urgencias médico-quirúrgicas o centro especializado de trauma, una entidad en que debemos mantenernos actualizados en sus diversas modalidades diagnósticas, padecimientos y opciones en su tratamiento.

Además, su adecuado manejo clínico implica un amplio conocimiento y una gran responsabilidad por su enorme variedad clínica y por la urgencia vital que constituye en muchas ocasiones.

El diagnóstico etiológico a través de un síntoma como el dolor abdominal es uno de los desafíos más frecuentes a los que se tiene que enfrentar la comunidad médica. La dificultad estriba tanto en el elevado número de causas que lo desencadenan como en la variedad y sutileza de los signos que lo acompañan.

Tanto es así que los síntomas más anodinos pueden ser reflejo de una situación grave, mientras que los cuadros más abigarrados pueden auto limitarse y convertirse en enfermedades banales. Así, todos los trastornos abdominales agudos requieren un rápido y exacto diagnóstico, ya que el tratamiento varía según la causa y la mayoría de los cuadros abdominales agudos requiere resolución inmediata. El síndrome abdominal agudo ocurre en todas las edades de la vida, durante el embarazo y asociado a múltiples patologías sistémicas.

Es difícil precisar la frecuencia con la que se presenta un cuadro desencadenado por múltiples factores etiológicos y con variaciones que dependen del sexo, edad, etc.

La importancia del diagnóstico de estos síndromes radica en la gran mortalidad que implican si no son tratados adecuadamente y en tiempo. Se pueden presentar con frecuencia cuadros sépticos intraabdominales secundarios en su gran mayoría a perforación de vísceras huecas.

En el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Ponton de la Ciudad de Guayaquil, los pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo constituyen un diagnóstico de ingreso hospitalario de importante incidencia. No obstante las complicaciones de estos pacientes están relacionadas a múltiples factores que las predisponen alargando la estancia hospitalaria e incrementando la incidencia de infecciones intrahospitalarias y la mortalidad; de este modo determinar la importancia del diagnóstico oportuno y los factores que predisponen a complicaciones en estos pacientes nos permitirá disminuir la mortalidad, mejorar el manejo médico o quirúrgico y a su vez minorizar las secuelas a largo plazo en nuestros pacientes.

JUSTIFICACIÓN

En la realización de este anteproyecto es importante establecer cuales fueron los factores predisponentes que conllevaron a la complicación y deterioro general del paciente con diagnostico de Abdomen Agudo; cuales son las principales causas de abdomen agudo, el manejo inicial para un diagnostico oportuno y un tratamiento adecuado.

Por la frecuencia de casos registrados en nuestro país y en el mundo entero, donde la incidencia en la mortalidad en pacientes con diagnostico de Abdomen Agudo ha incrementado considerablemente teniendo en cuenta además de las complicaciones y secuelas que pueden ser catastróficas.

De esta manera contribuiremos en la prevención oportuna de las complicaciones que son frecuentes y la reducción de la mortalidad en pacientes con diagnostico de abdomen agudo en edades entre 40 y 50 años; brindando al personal medico una orientación y manejo para el diagnostico oportuno, mejor control del mismo y así disminuir los riesgos.

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Naturaleza. : Es un estudio básico de observación indirecta, de corte transversal retrospectivo analítico y descriptivo.

Campo : Salud Publica

Area : Cirugía General

Tema / Investigar : Abdomen Agudo: factores predisponentes y complicaciones en pacientes de edades entre 40 y 50 años.

Lugar : Hospital de Especialidades Abel Gilbert Ponton

Periodo: En el Año 2014 al 2015

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿ Que factores predisponen a las complicaciones en un paciente con Abdomen Agudo en edades entre 40 y 50 años?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores predisponentes en el paciente con diagnostico de Abdomen Agudo en edades entre 40 y 50 años y sus complicaciones en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Ponton en el año de 2014 al 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la frecuencia de pacientes con diagnostico de Abdomen Agudo entre las edades de 40 a 50 años que presentaron complicaciones posterior a la atención.
- Obtener el género con mayor frecuencia con que se presento abdomen agudo
- Identificas las complicaciones que se presentan en el paciente con diagnostico de Abdomen Agudo entre las edades de 40 a 50 años.

- Identificar cual es la complicaciones que presentan con mayor frecuencia en los pacientes con Abdomen Agudo entre las edades de 40 a 50 años.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

ABDOMEN AGUDO

Dolor: EL dolor se define como una experiencia localizada y desagradable que refleja la existencia de un daño tisular presente o inmediato.

Abdomen Agudo: El término dolor abdominal agudo (DAA) se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación. La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación de este tipo. (Miguel A. Montoro, 2010)

Comprende un amplio grupo de patologías y ante la que el médico debe efectuar un diagnóstico lo más exacto posible con prontitud de manera que pueda establecerse una indicación quirúrgica en los enfermos que así lo requieran. La interpretación de los signos y síntomas de origen abdominal es difícil.

Requiere de conocimientos sólidos y de experiencia. Todo dolor abdominal amerita una buena historia clínica y una adecuada exploración. En el abdomen pueden presentarse dos variedades de dolor:

- Visceral (sistema nervioso autónomo) el dolor se percibirá en la línea media como originado en ella.
- Parietal o somático (inervación somática aferente de nervios raquídeos) por lo que el dolor se percibe en el mismo lado y área del abdomen donde se origina. (Montero, 2010)

Frecuencia

El síndrome abdominal agudo ocurre en todas las edades de la vida, durante el embarazo y asociado a múltiples padecimientos. Es difícil precisar la frecuencia de un síndrome de múltiples factores etiológicos y con variaciones que dependen del sexo, edad, etc.

La mortalidad de los padecimientos digestivos se debe en gran parte a la sepsis de origen peritoneal, a consecuencia de cuadros abdominales con perforación de víscera hueca y generalmente por retraso en el diagnóstico y por lo tanto en el tratamiento oportuno.

Clasificación

Una de las clasificaciones más aceptadas, es la de Bockus, en la cual existen tres grupos:

- a) padecimientos intraabdominales que requieren cirugía inmediata
- b) padecimientos abdominales que no requieren cirugía
- c) padecimientos extraabdominales que simulan abdomen agudo.

Etiología

Como ya se ha mencionado, existen una gran variedad de patologías tanto intraabdominales como extraabdominales, que pueden causar o simular un cuadro de abdomen agudo.

Los dolores de origen intraabdominal se originan en el peritoneo, las vísceras huecas intestinales, las vísceras sólidas, el mesenterio o los órganos pélvicos. Pueden deberse a inflamación, obstrucción o distensión aguda y trastornos vasculares generalmente de tipo isquémico.

Las causas extraabdominales suelen ser de origen coronario, inflamación de nervios periféricos e irritación pleural.

Anatomía Patológica

El peritoneo es una membrana serosa formada por una capa superficial de células mesoteliales y una más profunda de tejido conectivo laxo.

La porción que rodea a los órganos intraabdominales se denomina peritoneo visceral. La parte que reviste las paredes del abdomen, la superficie inferior del diafragma y el suelo abdominal reciben el nombre de peritoneo parietal.

Exceptuando la parte terminal de las trompas de Falopio, el peritoneo es un saco completamente cerrado.

En vista de la diversidad de condiciones que desencadenan el abdomen agudo, no es posible hablar de anatomía patológica en general, porque esta es específica al proceso patológico.

La anatomía patológica varía desde la inflamación del órgano afectado (apendicitis, salpingitis, diverticulitis, colecistitis), hasta la presencia de alteraciones complejas como en la pancreatitis aguda o bien la necrosis de la pared intestinal secundaria a la enfermedad vascular oclusiva del mesenterio. Las alteraciones anatómicas de las perforaciones de víscera hueca varían con el sitio de la lesión. (Medicina, 2010)

Engloba un conjunto de enfermedades que se manifiestan como DOLOR ABDOMINAL (y que pueden tratarse médica o quirúrgicamente según el caso):

- Perforación
- Apendicitis aguda (causa más frecuente de dolor abdominal quirúrgico)
- Colecistitis
- Obstrucción intestinal
- Pancreatitis
- Cólico renal
- Patología ginecológica.

Es importante tener en cuenta que la etiología del abdomen agudo varía mucho según la EDAD:

- Si > 50 años:

- Patología biliar
- Obstrucción intestinal por neoplasia
- Dolor abdominal inespecífico

- Si < 50 años:

- Dolor abdominal inespecífico (ej. en niños inflamación de los ganglios mesentéricos)
- Apendicitis
- Colecistitis

El dolor abdominal agudo es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo; en los Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5% son originadas por dolor abdominal. Según estadísticas, en el año 2005 el dolor abdominal y pélvico ocupó el tercer puesto (correspondiente a 4,2%) entre las causas de consulta de urgencias. (Monica Bejarano, 2011)

La vida media en centro america (Mexico) está cada vez más próxima a la que se alcanza en los países desarrollados. En las últimas décadas, se ha experimentado un abatimiento paulatino de las enfermedades infecciosas y parasitarias con un incremento en la mortalidad por padecimientos crónicos y degenerativos estrechamente vinculados a una mayor sobrevivencia de la población. De esta manera, los servicios médicos atienden cada vez más a pacientes de mayor edad en todas las especialidades, pero particularmente en los servicios de urgencias, en donde el dolor abdominal agudo (DAA) del paciente adulto es cada vez más frecuente. (Pérez-Hernández JL, 2010)

PATOLOGÍAS CON DOLOR EN REGIÓN ABDOMINAL SUPERIOR

Enfermedades biliares. Aquellos trastornos que afectan al hígado, órganos biliares, páncreas, riñones estómago, intestinos, diafragma y pulmones pueden causar dolor en el cuadrante superior derecho.

Los síndromes del tracto biliar se clasifican de acuerdo a la fuente del dolor y la patogénesis de la enfermedad.

- **Colelitiasis.** Presencia de cálculos biliares dentro de la vesícula abdominal.

- **Cólico biliar.** Debido a la contracción de la vesícula biliar en respuesta a una comida con alto contenido graso.

Se produce la movilización de la litiasis, que puede impactar o alojarse en el orificio de salida de la vesícula, generándose entonces un aumento de presión con el consiguiente dolor en la zona.

Este tipo de dolor es visceral en origen, sin una verdadera inflamación de la pared de la vesicular. Los pacientes se quejan de dolor profundo que en ocasiones puede ser agudo e incapacitante. Este cuadro se puede confundir con el síndrome de intestino irritable, infarto de miocardio agudo, y ulcera péptica activa.

- **Colecistitis.** La obstrucción del conducto cístico puede progresar a la obstrucción total originando este cuadro. Los pacientes se quejan de dolor abdominal, con mayor frecuencia en el cuadrante superior derecho o epigastrio.

El dolor es constante, grave y suele llevar asociado síntomas vegetativos como náuseas, vómitos y anorexia.

- **Colangitis aguda.** Cuando la piedra se convierte en un obstáculo en las vías biliares y existe una sobreinfección bacteriana se desarrolla este cuadro. Es un proceso grave que asocia fiebre, ictericia y dolor abdominal.

- **Discinesia biliar.** Debido fundamentalmente a una disfunción del esfínter de Oddi, que puede causar dolor abdominal en el cuadrante superior derecho.

Pancreatitis. Habitualmente se produce cuando una litiasis biliar se impacta en la salida del conducto pancreático. Casi todos los pacientes presentan dolor abdominal agudo al inicio, suele ser constante y difuso.

Característicamente se describe como un dolor en cinturón. Este dolor puede durar desde horas hasta días y se suele acompañar de náuseas, vómitos, inquietud, agitación y alivio con la flexión hacia adelante del tronco superior.

Dispepsia: Este síntoma hace referencia a la presencia de dolor abdominal persistente o recurrente, o malestar abdominal centrado en la parte superior del abdomen. El diagnóstico diferencial de la dispepsia incluye la enfermedad de reflujo gastroesofágico, enfermedad de úlcera péptica, enfermedad biliar, síndrome de intestino irritable, pancreatitis crónica, cáncer gástrico, dispepsia inducida por fármacos, enfermedad psiquiátrica, gastroparesia diabética, enfermedades metabólicas, tumores malignos gastrointestinales y pancreáticos, enfermedad isquémica del corazón, y dolor de la pared abdominal.

Hernia hiatal: Las hernias paraesofágicas y las hiatales pueden llegar a producir un cuadro de dolor abdominal en la región superior del abdomen que puede requerir cirugía de urgencia.

Otros **Neumonías** sobre todo de los lóbulos inferiores pueden producir un cuadro de dolor abdominal superior inespecífico, así como también el infarto de miocardio inferior puede presentarse como dolor abdominal en el inicio.

El **absceso o infarto esplénico** pueden también manifestarse como dolor en hemiabdomen superior.

PATOLOGÍAS CON DOLOR EN REGION ABDOMINAL INFERIOR

Apendicitis aguda. Ante cualquier dolor abdominal se debe sospechar esta patología. Generalmente la apendicitis aguda se presenta con dolor periumbilical inicialmente que irradia a cuadrante inferior derecho, acompañado de cierre abdominal, fiebre y vómitos. Sin embargo, los pacientes pueden presentar cualquier tipo de manifestación abdominal.

Enfermedad diverticular: Generalmente estos pacientes no presentan síntomas y su diagnóstico se realiza de forma incidental. Algunos pacientes se quejan de síntomas inespecíficos como distensión abdominal, flatulencia y alteración del ritmo intestinal.

La presentación clínica de la diverticulitis depende de la gravedad del proceso inflamatorio subyacente y de si existen ya complicaciones en el momento del diagnóstico. Si los pacientes presentan dolor abdominal, se suelen quejar de un dolor sordo continuo, sobre todo en cuadrante inferior izquierdo, que puede durar varios días.

Cálculos renales. Estos pacientes presentan una clínica desde un dolor leve y casi imperceptible hasta un dolor abdominal tipo cólico insoportable sobre todo irradiado a zonas lumbares, intenso, fluctuante que puede requerir hospitalización.

Esta patología es debida a la obstrucción del uréter por una litiasis y el dolor se localiza en distintas regiones dependiendo de la zona de impactación del cálculo renal.

Distensión vesical. Pacientes con obstrucción del tracto urinario inferior que conducen a distensión de la vejiga aguda, pueden presentar dolor abdominal en hipogastrio y piso inferior abdominal. Este tipo de sintomatología se puede observar en aquellos pacientes con hipertrofia benigna de próstata.

Dolor pélvico: Trastornos de los órganos reproductivos femeninos a menudo producen dolores abdominales bajos.

Las principales causas de dolor agudo son:

- la enfermedad inflamatoria pélvica;
- quistes anexiales o masas con sangrado,
- torsión o ruptura;
- embarazo ectópico;
- y dolor debido a la infección uterina (endometriosis) o debido a la degeneración, de miocardio, o la torsión de los leiomiomas.

PATOLOGÍAS CON DOLOR ABDOMINAL DIFUSO

Isquemia y/o infarto mesentérica: En todo paciente de edad avanzada con dolor abdominal agudo se debe considerar esta patología. El infarto mesentérico ocurre con más frecuencia en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular.

La isquemia mesentérica puede ser una manifestación de una vasculitis sistémica que afecta el tracto intestinal. Habitualmente el dolor se localiza en un hemiabdomen.

Aneurisma abdominal. La rotura de una aneurisma abdominal puede presentarse simulando cólicos renales, diverticulitis, pancreatitis, isquemia coronarias, isquemias mesentéricas o enfermedad del tracto biliar. Estos pacientes clásicamente se quejan de dolor abdominal o en región dorsal o lumbar lancinante , con sensación de gravedad, acompañado de hipotensión. Ocasionalmente es posible palpar una masa abdominal pulsátil.

Peritonitis: Aquellos pacientes que presentan peritonitis suelen reducir al mínimo los movimientos abdominales ya que así minimizan mucho el dolor abdominal. A menudo encuentran relajación en posición de supino con las rodillas flexionadas. El uso de analgésicos en estos pacientes es de escasa eficacia.

Obstrucción intestinal: El dolor severo, agudo abdominal difuso puede ser causado por una obstrucción parcial o completa de los intestinos. Las causas más comunes en los adultos son una hernia encarcelada, adherencias, invaginación intestinal, o vólvulos intestinales. De vez en cuando el estreñimiento severo que conduce a la retención fecal puede causar obstrucción del intestino grueso y puede originar un dolor abdominal bajo intenso.

DOLOR ABDOMINAL EN POBLACIÓN FEMENINA

Enfermedad inflamatoria pélvica: El dolor abdominal es el síntoma cardinal en mujeres con esta patología. El dolor puede ser desde muy sutil hasta llegar a ser absolutamente incapacitante para realizar una vida normal.

Un dolor durante o poco después de la menstruación que se mantiene en el tiempo puede ser sugerente de esta patología. Además se suele acompañar de fiebre y sangrado uterino en un porcentaje elevado de pacientes.

Patología anexial: Los quistes y/o tumores de ovario, alteraciones en las trompas de Falopio, o en áreas paraováricas o paratubáricas pueden causar dolor debido a la ruptura, sangrado o torsión.

Endometriosis: Los síntomas comunes de la endometriosis incluyen dolor pélvico crónico (que suele ser más intenso durante la menstruación), dismenorrea, dispareunia, sangrado menstrual anormal, y la infertilidad. Endometritis

Se caracteriza por dolor uterino, sangrado vaginal, y fiebre. Esto es debido infecciones de transmisión sexual y procedimientos ginecológicos invasivos que producen inflamación de la capa interna del endometrio.

Embarazo ectópico: Dolor abdominal, alteraciones del ciclo menstrual (perdido o retrasado la menstruación), y sangrado vaginal son los síntomas clásicos de un embarazo ectópico.

Leiomiomas: Son tumores que se localizan en el útero y pueden originar dolor abdominal cuando hay una torsión del tumor o existe una degeneración del mismo.

(Gómez González del Tánago P, 2010)

DIAGNÓSTICO

El elemento fundamental es diferenciar el cuadro de abdomen agudo del dolor abdominal por otras causas y en seguida determinar si el proceso es de terapéutica médica o quirúrgica.

Otros elementos como la repercusión sistémica, los factores de riesgo (pacientes obesos, embarazadas, inmunocomprometidos, seniles etc.) se deben detectar y considerar, especialmente en los casos atípicos. Los estudios de laboratorio y gabinete deben ser dirigidos a detectar la patología intraperitoneal, en esencia lo quirúrgico, desde lo más básico y no invasivo hasta lo más complejo y potencialmente invasivo (ej. lavado peritoneal, laparoscopia diagnóstica).

Los estudios de laboratorio básico incluyen:

- Biometría hemática,
- química sanguínea de al menos tres elementos,
- tiempos de coagulación,
- examen de orina
- y en la mujer en edad fértil la prueba inmunológica de embarazo;
- para los cuadros del abdomen superior: amilasa, lipasa y pruebas de función hepática.

Los estudios de gabinete deben iniciar como es tradición por una radiografía de tórax y placas simples del abdomen (Serie de abdomen) o para algunos casos el método Fast de algunos servicios de urgencias, especialmente en relación al trauma.

El ultrasonido convencional, transvaginal o endoscópico, al igual que la tomografía computarizada son métodos de gran ayuda cuando no retrasan considerablemente el tratamiento quirúrgico, finalmente la laparoscopia y NOTES para casos selectivos

(Dr. Eduardo E. Montalvo Javé, 2008)

ACTITUD ANTE UN DOLOR ABDOMINAL AGUDO

El primer paso consiste en valorar la estabilidad hemodinámica del paciente, que permite distinguir dos situaciones muy diferentes:

Paciente inestable hemodinámicamente.

Paciente en shock. La urgencia del cuadro obliga a realizar una evaluación que permita descartar o diagnosticar procesos cuyo manejo específico ha de realizarse con premura. Al mismo, tiempo se debe intentar conseguir estabilidad hemodinámica con medidas básicas.

Shock hipovolémico: Rotura de aneurisma aórtico abdominal, hemorragia digestiva alta o baja, rotura de víscera sólida, embarazo ectópico roto, pancreatitis aguda.

Shock séptico: Perforación de víscera hueca, abscesos y otros procesos infecciosos abdominales y extraabdominales.

Paciente estable hemodinámicamente.

Interesa realizar un diagnóstico etiológico a fin de valorar si el cuadro va a precisar intervención quirúrgica urgente. Esta vendrá indicada por la progresiva inestabilidad hemodinámica, la rigidez abdominal y la sospecha de perforación de víscera hueca (neumoperitoneo).

A pesar de todo ello, frecuentemente no se llega a un diagnóstico etiológico. En este caso lo más razonable es la observación del paciente, repitiendo la exploración física y las pruebas complementarias que se consideren necesarias cada cierto tiempo, ya que la evolución del proceso puede dar el diagnóstico.

Mientras se realiza el estudio etiológico del dolor abdominal hay que valorar la administración de analgesia para procurar el alivio del paciente pero evitando enmascarar la evolución del proceso subyacente.

De acuerdo con las revisiones en la bibliografía el uso de analgésicos opioides puede alterar la exploración física pero no la actuación correcta de los profesionales según la patología que presenten los pacientes. (Gómez González del Tánago P, 2010)

HIPÓTESIS

¿Si reconocemos a tiempo los factores predisponentes, hacemos un diagnóstico oportuno en el paciente con dolor abdominal agudo y llevamos a cabo un buen manejo inicial proporcionando las medidas y técnicas adecuadas disminuiríamos las complicaciones, la mortalidad, y las secuelas que dejan en dichos pacientes?

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE

Abdomen Agudo

VARIABLE DEPENDIENTE

Factores predisponentes y Complicaciones

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO

Este trabajo de investigación se realizó en la Provincia del Guayas, en la ciudad de Guayaquil en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Ponton.

METODOLOGIA

Enfoque - Cuantitativo

Diseño no experimental

Corte -transversal

Método - observación analítica.

UNIVERSO Y MUESTRA

Pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo atendidos en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Ponton en el periodo 2014 – 2015.

Muestra correspondiente a pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo entre las edades de 40 a 50 años atendidos en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Ponton en el periodo 2014 – 2015.

VIABILIDAD

La presente investigación es viable porque cursa con el apoyo del tutor, las autoridades y el departamento de docencia de la institución, el permiso correspondiente de la universidad y los recursos económicos del investigador.

OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE

INVESTIGACION

Para esta investigación se usó el método científico, técnica de Observación Directa procediendo al estudio de 130 Historias Clínicas y a la recolección de datos mediante una Ficha Clínica de los pacientes en estudio.

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

TIPO DE INVESTIGACION

Transversal.

DISEÑO DE INVESTIGACION

Trabajo de Investigación Observacional, no experimental, de corte transversal retrospectivo, descriptivo.

CONSIDERACIONES BIOETICAS

La realización de este trabajo está acorde a las normas rectoras de investigación clínica a nivel internacional emanadas en la declaración de Helsinki y nacional de acuerdo a la resolución 1480 (2011).

- No habrá manipulación ni contacto directo con pacientes.
- Se respetara la confidencialidad.
- Se considera un estudio sin riesgo por ser de tipo retrospectivo, observacional indirecto.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Tiempo								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Presentación del tema del proyecto a investigar	x								
Recolección de datos para la investigación		x	x	x	x	x	x		
Presentación del anteproyecto a la universidad							x		
Presentación y corrección del anteproyecto								x	
Presentación trabajo final de investigación									x

RECURSOS HUMANOS Y FISICOS

RECURSOS HUMANOS

- Estudiante de medicina
- Tutor
- Personal de Estadística

RECURSOS FISICOS

- Computadora
- Fichas Clínicas
- Bolígrafos
- Programa estadístico
- Revistas medicas
- Libros de Medicina
- Páginas web

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Para esta investigación se usó el método científico, técnica de Observación Indirecta procediendo al estudio de 130 Historias Clínicas y a la recolección de datos mediante una Ficha Clínica de los pacientes en estudio.

Los datos fueron procesados en una computadora Pentium IV con ambiente Windows XP. Los textos y tablas se procesaron en Microsoft Word y Excel 2010. Los resultados fueron presentados a través de números absolutos, por cientos en cuadros estadísticos para el mejor entendimiento del lector de este trabajo

METODOLOGIA PARA EL ANALISIS DE RESULTADOS

Sirviéndome del método aleatorio probabilístico con un enfoque cualitativo y cuantitativo; recolecte la información a través de una ficha clínica para la anotación y recolección de datos. Esta investigación implemento un tipo de estudio observacional y transversal. La recolección de datos para la investigación consta de variables estructuradas desde información general hasta información específica para el esclarecimiento de la hipótesis.

La investigación se basara en resultados sobre los cuales se plantea el esclarecimiento de la hipótesis y el problema por ello, los resultados cuantitativos de la investigación se realizan en Microsoft Excel 2010, y la digitación de los datos cualitativos y descriptivos se realiza en Microsoft Word 2010 y Open Office 4.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

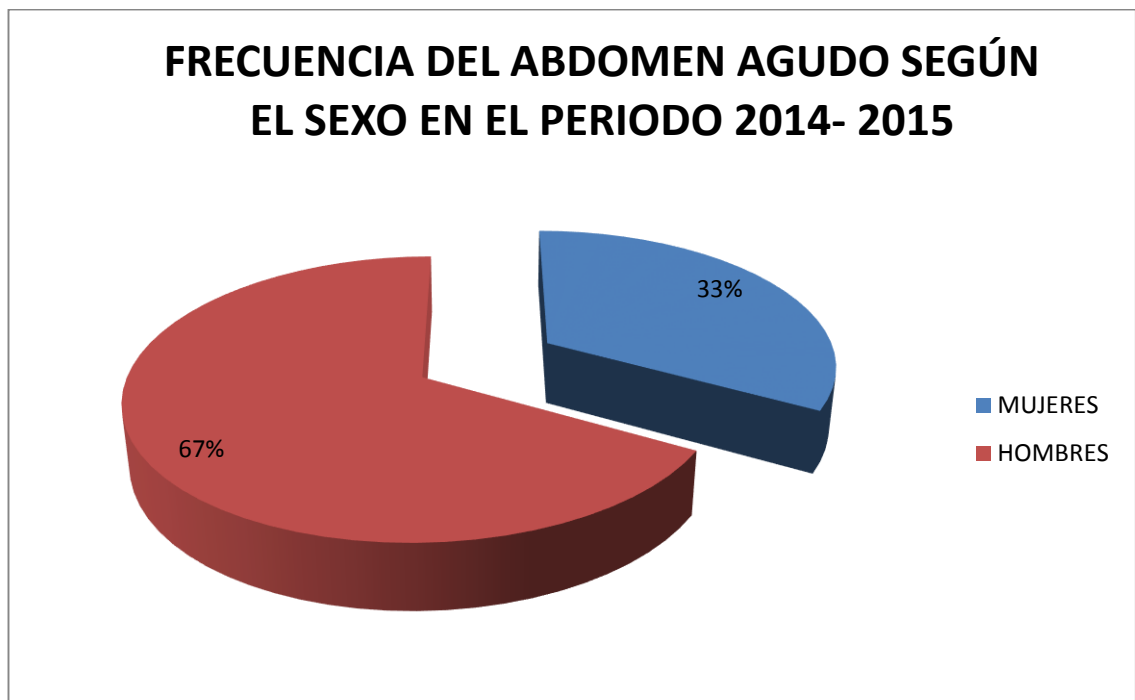
	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
VARIABLE INDEPENDIENTE Abdomen agudo	Se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación.	Dolor abdominal Síntomas inespecíficos (náuseas, vómito, fiebre) Signos semiológicos positivos - Mac burning - Murfy	Si – no Si – no Si - no	Historia clínica
VARIABLE DEPENDIENTE Factores predisponentes y complicaciones	Aquellos alteraciones que suceden posterior al dolor abdominal agudo o tiene una relación directa	Factores Predisponentes: Hipertensión Cigarrillo Alcohol Arterioesclerosis Obesidad Complicaciones: - Shock séptico - Shock hipovolémico - Infección de la herida quirúrgicas - Deshiscencia de pared - Absceso de pared - Hemorragia intraoperatoria	Si –no Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no Si - no	Historia clínica
VARIABLE INTERVINIENTE	FILIACION	- Sexo	Hombre- mujer	Historia Clínica

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. FRECUENCIA DE ABDOMEN AGUDO SEGÚN EL SEXO EN EL PERIODO 2014- 2015

SEXO	PACIENTES	FRECUENCIA
		%
MUJERES	43	33
HOMBRES	87	67
TOTAL	130	100%

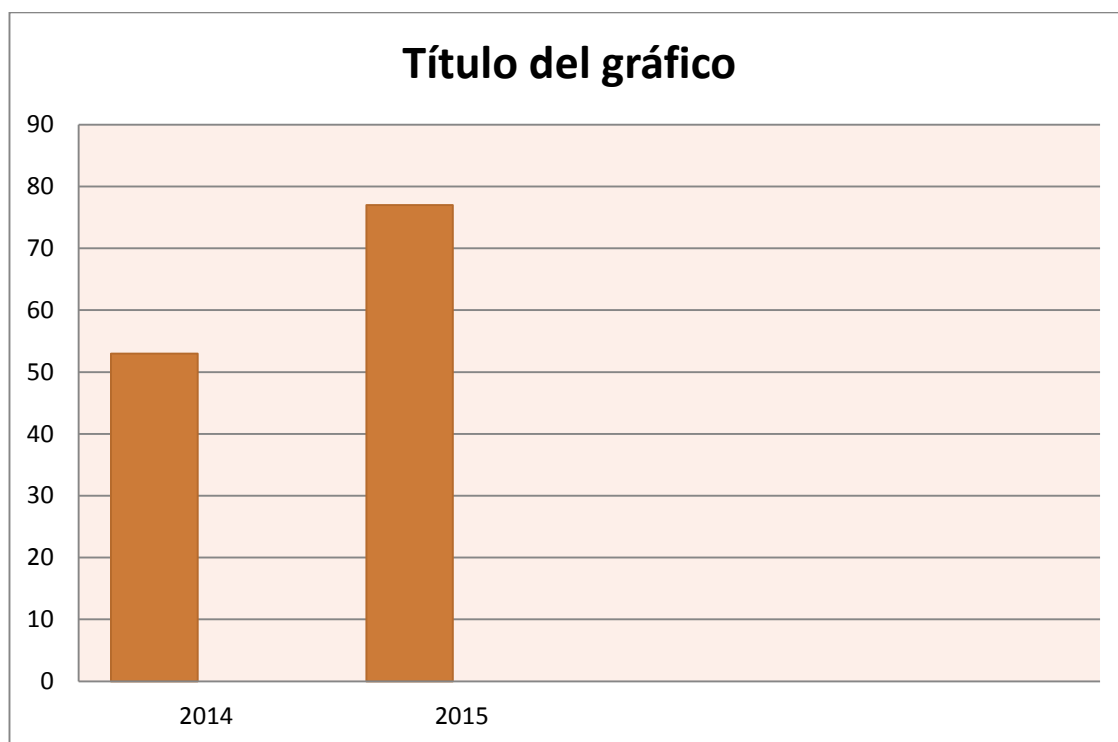


ANÁLISIS: Del total de la muestra estudiada en 130 pacientes , se observo que la frecuencia de abdomen agudo desde enero del 2014-diciembre del 2015 fue de hombres con un 67% (87 pacientes) , mujeres con 33% (43 pacientes).

TABLA 2. COMPARACION NUMERO DE CASOS DE ABDOMEN AGUDO ENTRE EL 2014 Y 2015.

AÑO	CASOS	FRECUENCIA
		%
2014	53	40,7
2015	77	59,3

Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Abel Gilbert Pontón.

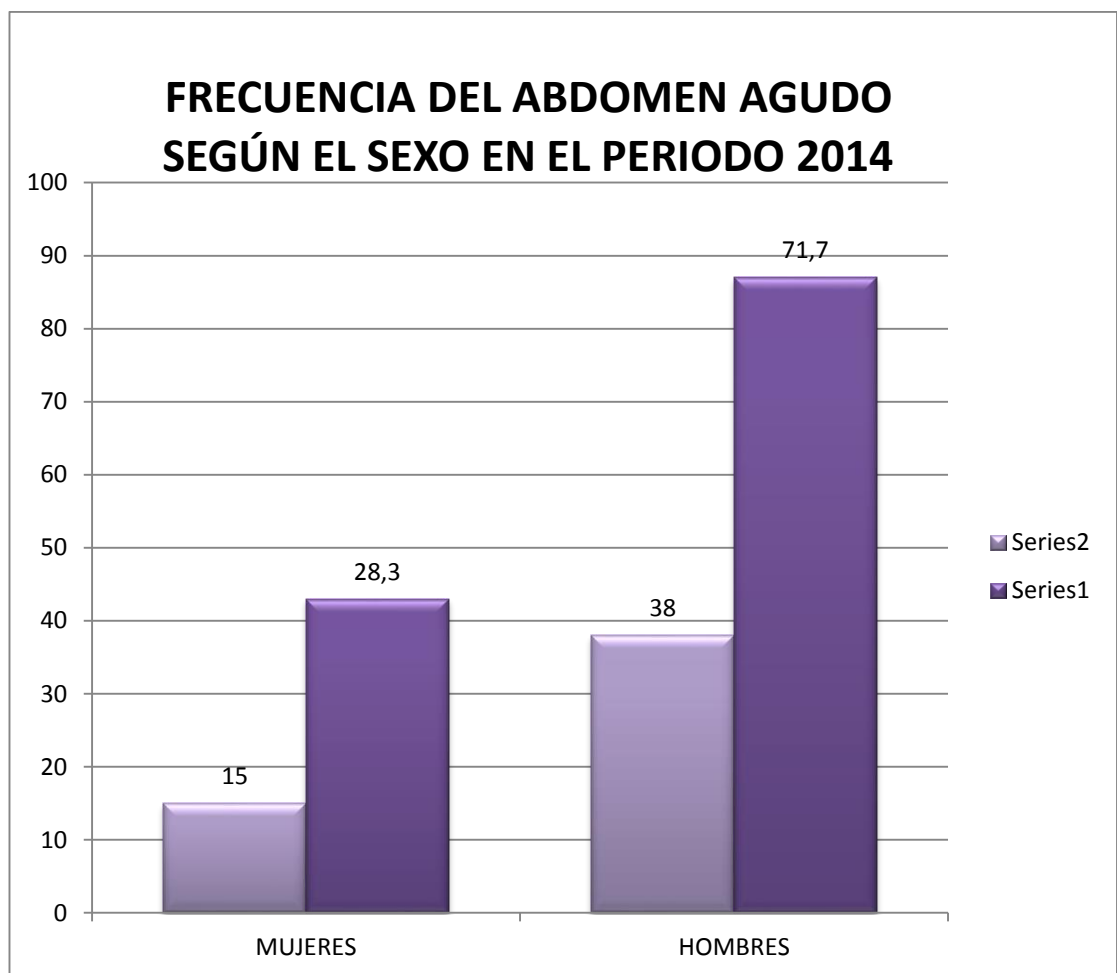


ANALISIS: En la Tabla 2 se muestra que durante el año 2014 la frecuencia de abdomen agudo en el Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón de paciente 40,7% (53 casos), en comparación en el año 2015 con 59.3% (77 casos) del total de 130 pacientes de la muestra , se ha observado un notable incremento de la incidencia en el ultimo año de esta enfermedad.

Tabla . 3 FRECUENCIA DE ABDOMEN AGUDO AÑO 2014 SEGUN EL SEXO

SEXO	PACIENTES	FRECUENCIA
		%
MUJERES	15	28,3
HOMBRES	38	71,7

Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Abel Gilbert Pontón.

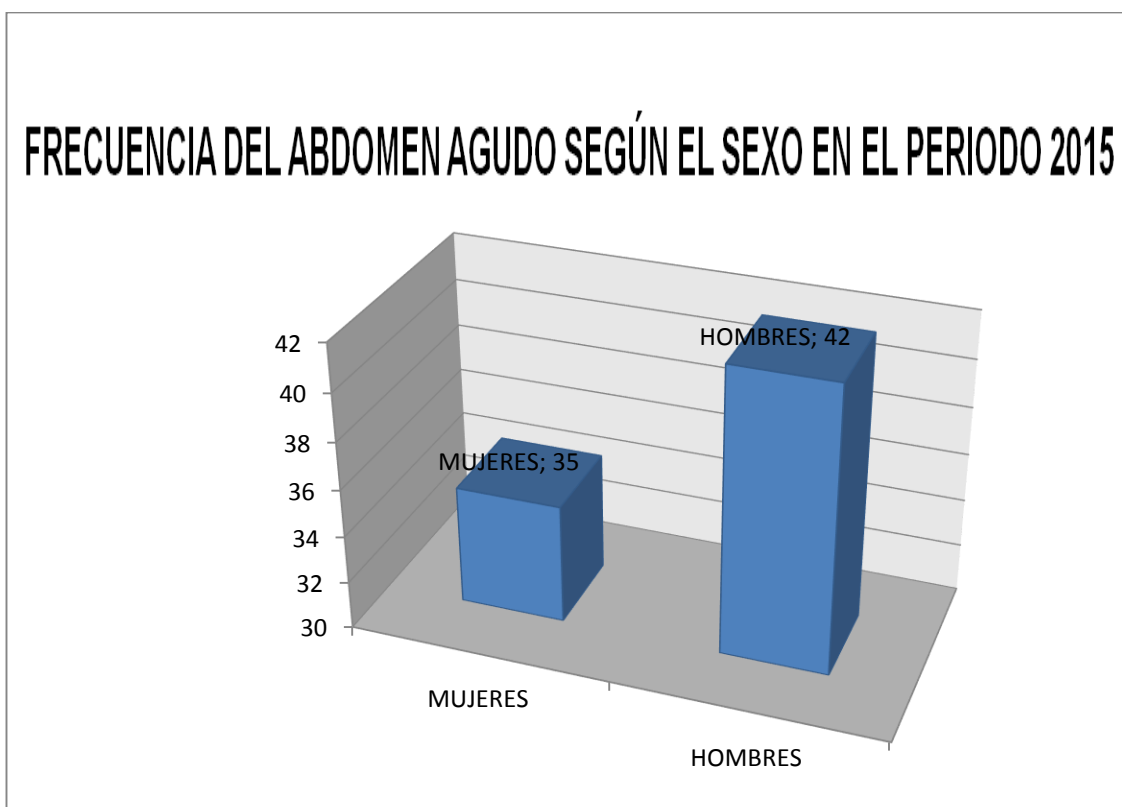


Análisis : Se observa la frecuencia del abdomen agudo en el 2014 tanto en el sexo femenino con un total de 15 casos que corresponde al 28,3% y en el sexo masculino con un total de 38 casos que corresponde al 71,7%.

Tabla . 4 FRECUENCIA DE ABDOMEN AGUDO AÑO 2015 SEGUN EL SEXO

SEXO	PACIENTES	FRECUENCIA
		%
MUJERES	35	45
HOMBRES	42	55

Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Abel Gilbert Pontón

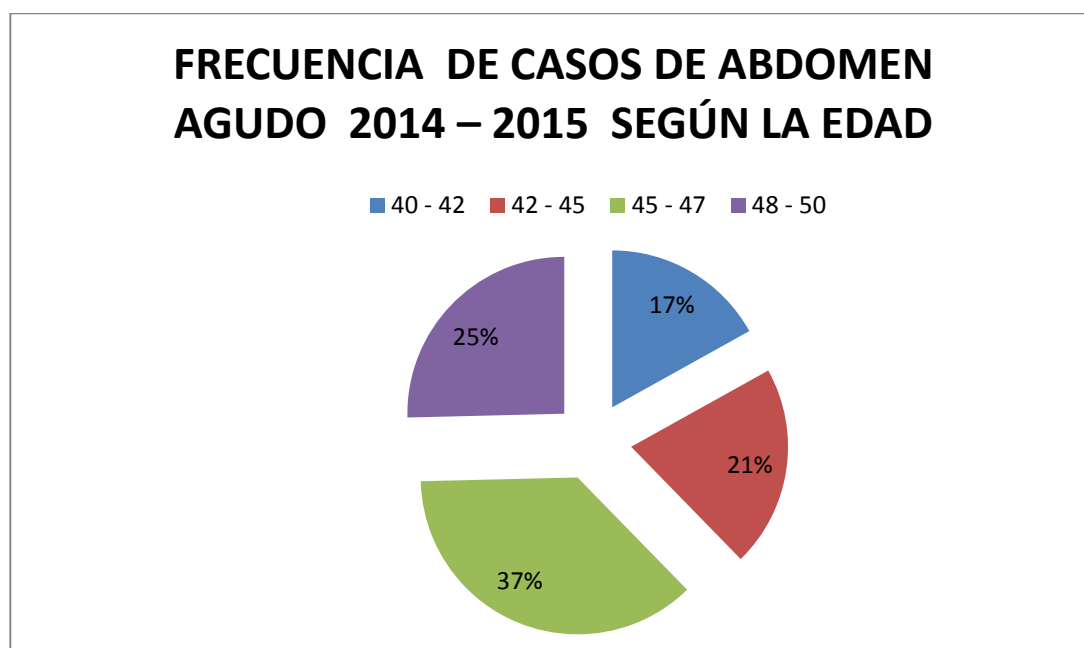


Análisis : Se muestra que durante el periodo 2015 se observó una frecuencia de abdomen agudo en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón del total de la muestra de 130 pacientes fue del 45% para mujeres (35 casos) y 55% para hombres (42 casos)

TABLA 5. FRECUENCIA DE CASOS DE ABDOMEN AGUDO 2014 – 2015 SEGÚN LA EDAD

EDAD	PACIENTES	FRECUENCIA
		%
40 – 42	22	16,9
42 – 45	27	20,7
45 – 47	48	36,9
48 – 50	33	25,5

Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Abel Gilbert Ponto

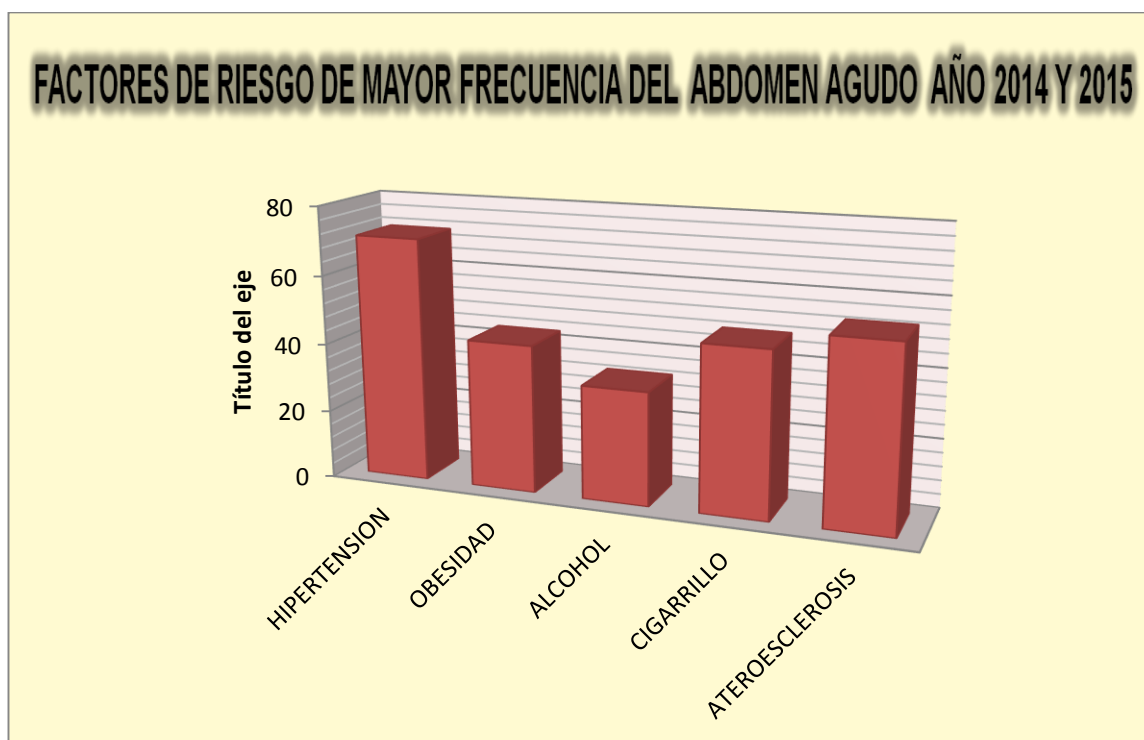


ANÁLISIS : Se muestra que durante el periodo comprendido entre Enero del 2014 y Diciembre del 2014 se presentaron más casos de pacientes con abdomen agudo en las edades comprendidas entre 45 y 47 años teniendo una frecuencia de 36.9% (48 casos) del total de la muestra en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón , mientras que los pacientes que se encontraron entre las edades de 40 a 42 años en los que la frecuencia fue de 16.9% (22 casos) en dicho centro, siendo este grupo el menos afecto.

TABLA 6. FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL ABDOMEN AGUDO 2014-2015

FACTORES DE RIESGO	MUESTRA	CASOS ENCONTRADOS	FRECUENCIA
			(%)
HIPERTENSION	130 (100%)	71	54.6 %
OBESIDAD	130 (100%)	43	33.7 %
ALCOHOL	130 (100%)	33	25.3 %
CIGARRILLO	130 (100%)	48	36.9 %
ATEROESCLEROSIS	130 (100%)	53	40.7 %

Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón



Graf 5: observamos los factores de riesgo más comunes, tenemos en primer lugar a la hipertensión, le sigue la obesidad, luego el cigarillo y alcohol y por último la aterosclerosis

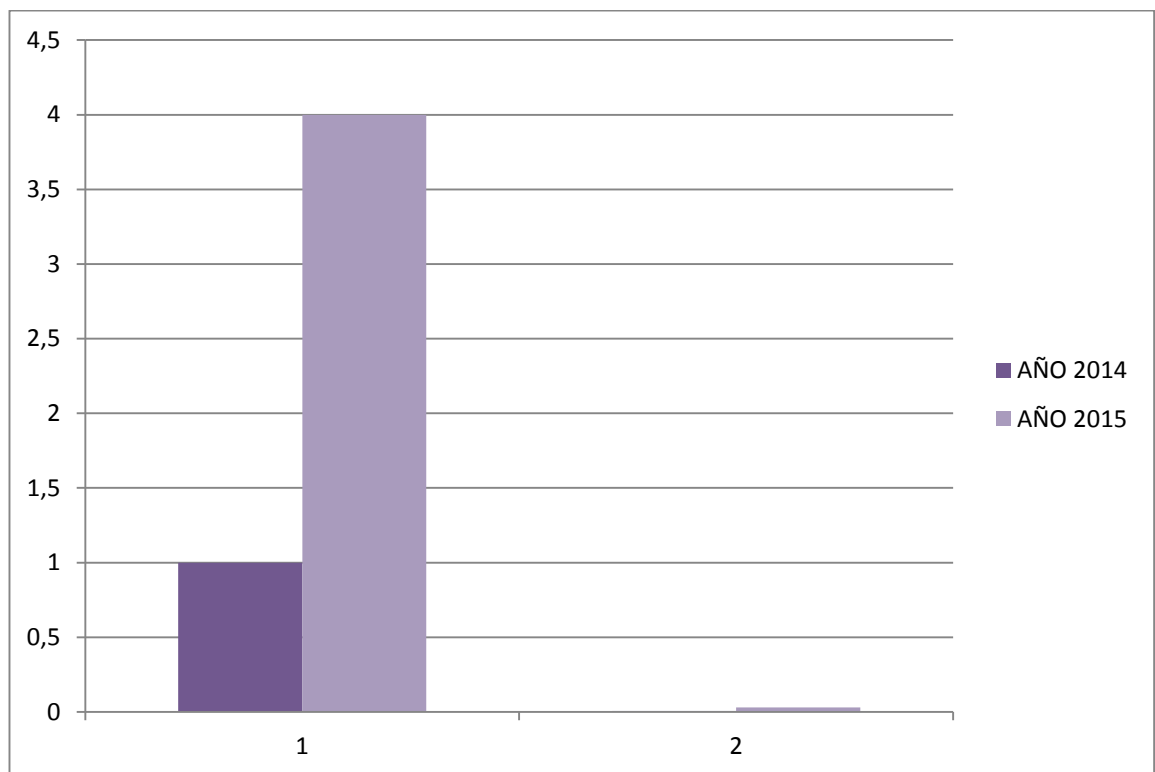
Análisis: Se muestra que durante el periodo de estudio del total de la muestra de 130 pacientes el 54.6% (71 casos) eran hipertensos seguido de un 40.7% (53 casos) tenían

como diagnostico aterosclerosis, el 36.9% (48 casos) fumaban, el 33.7% (43 casos) era obeso y el 25.3% (33 casos) bebía alcohol.

AÑO	No. DE FALLECIDOS	TASA DE MORTALIDAD
2014	1	0.76 %
2015	4	3.07 %

TABLA 7. TASA DE MORTALIDAD POR ABDOMEN AGUDO, PERIODO 2014-2015

Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón



Análisis: En la tabla 7 se muestra la tasa de mortalidad por abdomen agudo por años siendo mayor en el 2015 con una tasa de 3.07% (14 casos) del total de pacientes

atendidos por abdomen agudo en dicho año, mientras que en el 2014 la tasa fue de 0.76% (1 caso).

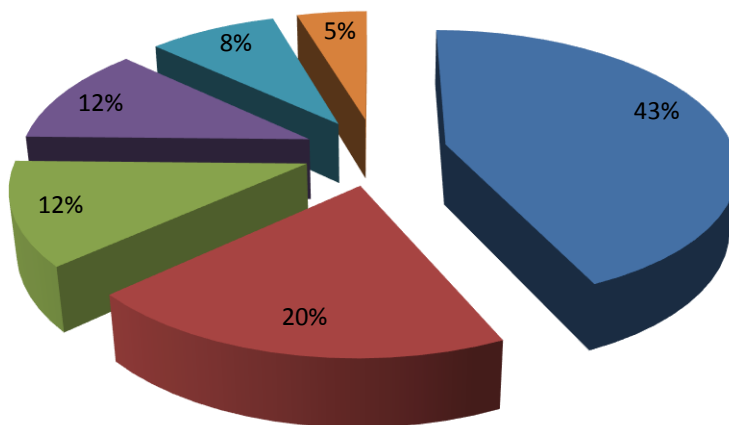
COMPLICACIONES QUIRURGICAS	No DE CASOS	FRECUENCIA
INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA	56	43,07%
DESHISCENCIA DE PARED	26	20,00%
ABSCESO DE PARED	16	12,00%
HEMORRAGIA INTRAOPERATORIA	15	11,53%
SHOCK HIPOVOLEMICO	11	8,46%
SHOCK SEPTICO	6	4,61%
TOTAL	130	100,00%

TABLA 8: NUMERO DE CASOS DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS DEL ABDOMEN AGUDO

Fuente: Historias Clínicas. Departamento de estadística Hospital Especialidades Abel Gilbert Pontón

COMPLICACIONES

- INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA
- DESHISCENCIA DE PARED
- ABSCESO DE PARED
- HEMORRAGIA INTRAOPERATORIA
- SHOCK HIPOVOLEMICO
- SHOCK SEPTICO



Análisis: En la tabla 8 se muestra las complicaciones quirúrgicas por abdomen agudo siendo infección de herida quirúrgica la que reporta más casos con 56 casos lo que corresponde al 43% del total de 130 casos (100%).

4.1 DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que la frecuencia de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo fue en el 2014 es de 53 casos entre las cuales 15 de mujeres y de 38 hombres a diferencia del 2015 con 77 casos, en las cuales mujeres 35 y 42 en los hombres, cabe discutir que los hombres son los más afectados que las mujeres con esta patología.

La edad de más frecuencia fue a los 45 – 47 años de edad, siendo más o menos frecuente de aparición 40 – 42 años de edad

La tendencia continua sobre los que padecen hipertensión con un 54.6%, le sigue las aterosclerosis 40.7% continuando con los fumadores 36.9%, luego las dislipidemias (obesidad) con un 33.7%, por ultimo el alcoholismo con un 25.3%.

A nivel internacional se observó un estudio en Venezuela que demuestra que las edades afectadas por abdomen agudo más frecuentes están comprendidas entre 24 y 60 años, mientras en este estudio demuestra que las más afectadas fueron entre 40 - 50 años.

Según este estudio observamos que la tasa de mortalidad por abdomen agudo por años siendo mayor en el 2015 con una tasa de 0.76 % del total de pacientes atendidos por abdomen agudo en dicho año, mientras que en el 2014 la tasa fue de 0.76 %.

Se muestra además que las complicaciones quirurgicas mas comunes por abdomen agudo siendo la infección de herida quirurgica la que reporta mas casos con 56 casos lo que corresponde al 43% del total de 130 casos (100%).

CONCLUSIONES

1. Gracias a este proyecto hemos podido establecer de una manera ordenada, tabulada y verídica la frecuencia del Abdomen Agudo en los años 2014 y 2015 que fue con un total de 130 casos, los cuales fueron 53 casos del 2014 y 77 casos del 2015.
2. El sexo más afectado fue el masculino que el femenino. Con un total de 80 casos entre los 2 años a diferencia del sexo femenino que tenía 50 casos entre los 2 años.
3. La edad de mayor prevalencia fue entre los 45 – 47 años
4. Los factores de riesgos de mayor frecuencia fue en primer lugar la hipertensión arterial con un total de 49 casos, luego la obesidad con 29 casos, le sigue el cigarrillo con 25 casos, el alcohol con un total de 17 casos y por último la aterosclerosis con un total de 10 casos.
5. La tasa de mortalidad del abdomen agudo fue en el 2014 de 0.76 % (1 caso) y en el 2015 de 3.07 (4 casos).
6. Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes por abdomen agudo es la infección de la herida quirúrgica la que reporta 56 casos lo que corresponde al 43% del total de 130 casos (100%).

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

La prevención debe ir asociada necesariamente, a cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio) y si la persona tiene factores de riesgos cardiovasculares asociados, estos deben ser modificados incluso con medicamentos en muchas ocasiones. Es deseable tener Presión arterial normal, excelente control de la diabetes, niveles adecuados de colesterol y triglicéridos suspensión del tabaquismo.

Dar charlas de orientación y educación a la comunidad más aun a las personas que poseen riesgos para evitar que estos avancen y en un futuro puedan padecer esta patología.

Es muy importante que el médico que evalúa inicialmente el paciente con dolor abdominal en urgencias, utilice de manera adecuada todas las herramientas clínicas, puesto que no existen “exámenes de rutina” para diferenciar los pacientes que requieren valoración prioritaria por el cirujano general, con el fin de prevenir las complicaciones del manejo inoportuno de los que requieren tratamiento quirúrgico urgente.

BIBLIOGRAFÍA

- ANTONIO RODRÍGUEZ NÚÑEZ, L. S. (2013). Simulación Avanzada en Trauma Pediátrico Prehospitalario. *Revista Española de pediatría - SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA* .
- atención inicial del niño politraumatizado. (s.f.). Obtenido de <http://urgenciaspediatria.hospitalcruces.com/doc/generales/proto/Cap6.pdf>
- Dr. Eduardo E. Montalvo Javé, D. H. (2008). Abdomen agudo. Avances en su manejo y abordaje. *artículo de revisión*.
- Eva Rupérez García, J. D. (s.f.). *Servicio Navarro de Salud* . Obtenido de Libro electrónico de temas de urgencias : <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Politraumatismo%20en%20pediatria.pdf>
- Gómez González del Tánago P, N. V. (2010). *abdomen agudo*. Obtenido de consejo general de colegios oficiales de farmaceuticos: <https://botplusweb.portalfarma.com/Documentos/2015/5/5/84282.pdf>
- <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-27-09%20Abdomen%20Agudo75.pdf>. (s.f.). *Abdomen Agudo*. Obtenido de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-27-09%20Abdomen%20Agudo75.pdf>
- Medicina, u. (2010). *Medicina,ude*. Obtenido de http://medicina.udea.edu.co/programas/Curriculo_Nuevo/9urgen/Urgencias/NOVENO%20SEMESTRE/BIBLIOTECA%20TEMATICA/QUIRURGICA%201/ABDOMEN%20AGUDO/Abdomen%20Agudo_archivos/Abdomen%20Agudo.htm

- Miguel A. Montoro, M. C. (2010). Dolor Abdominal Agudo. *Revista Medica Española - Servicio de Cirugía General y Digestiva, Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital San Jorge. Huesca.*
- Monica Bejarano, C. X. (2011). Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en. *Revista colombiana de cirugia.*
- Montero, M. V.-J. (2010). *VALIDEZ DE LA ECOGRAFÍA COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO*. Obtenido de <http://cdjbv.ucuenca.edu.ec/ebooks/doi553.pdf>
- PASCUAL, D. Y. (2010). *Tesis Repo*. Obtenido de http://tesis.repo.sld.cu/265/1/Rodr%C3%ADguez_Pascual.pdf
- Pérez-Hernández JL, T.-C. L.-A.-G.-V.-L. (2010). Dolor abdominal agudo en pacientes geriátricos evaluados en el servicio de urgencias en un hospital de tercer nivel. *Revisa de gastroenterologia de Mexico.*