



Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico

Clinical-surgical characterization of patients operated on for surgical acute abdomen

Royland Bejerano-Durán^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6333-5743>

Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez¹ <https://orcid.org/0009-0002-5608-2239>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Hospital Docente Clínico – Quirúrgico 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: roylandbejerano@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La interpretación del dolor abdominal por el cirujano general es un verdadero reto, por ser una situación clínica que exige una mayor capacidad de discernir, debido a que el más grave de los procesos intraabdominales puede estar precedido de los síntomas y signos más sutiles.

Objetivo: Caracterizar clínica y quirúrgicamente a los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal, en un total de 100 pacientes, se utilizaron las siguientes variables: sexo, edad, tez de piel, diagnóstico definitivo, localización del dolor, complicaciones, procedimiento quirúrgico y estado de egreso. Para su análisis se utilizaron frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Prevalcieron los pacientes del sexo femenino (60,0 %) comprendidas entre las edades de 55 y 66 años de edad (17,0 %). Predominó la tez blanca (49,0 %). En el 33,0 % el dolor abdominal se localizó en la fosa ilíaca derecha y el diagnóstico definitivo más frecuente fue la apendicitis aguda (23,0 %). El procedimiento quirúrgico más realizado fue la resección y anastomosis (20,0 %). El 78,0 % del total de pacientes no tuvieron complicaciones. Hubo 7 fallecidos.

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



Conclusiones: La serie estudiada se encuentra entre la quinta y sexta décadas de vida, con predominio del sexo femenino y la tez blanca. La apendicitis aguda constituye el diagnóstico más frecuente, lo que representa un predominio del dolor abdominal en la fosa ilíaca derecha y la resección y anastomosis como procedimiento más realizado.

Palabras clave: abdomen agudo; apendicitis aguda; cirugía general; pancreatitis aguda.

ABSTRACT

Introduction: The interpretation of abdominal pain by the general surgeon is a real challenge, as this is a clinical situation that demands the greatest discernment, because the most catastrophic of intra-abdominal processes may be preceded by the most subtle symptoms and signs.

Objective: To characterize patients who underwent acute abdominal surgery.

Methods: A cross-sectional descriptive observational study was carried out in a total of 100 patients, using the following variables: sex, age, skin complexion, definitive diagnosis, location of pain, complications, surgical procedure and discharge status. The information was processed in Microsoft Excel, for which absolute and relative frequencies were used.

Results: Female patients were predominant (60.0%) between the ages of 55 and 66 years (17.0%). White skin predominated (49.0%). In 33.0% of cases, abdominal pain was located in the right iliac fossa and the most frequent definitive diagnosis was acute appendicitis (23.0%). The most frequently performed surgical procedure was resection and anastomosis (20.0%). 78.0% of the total patients had no complications. There were 7 deaths.

Conclusions: The series studied is from the fifth to sixth decades of life, with a predominance of females and white skin. Acute appendicitis is the most frequent diagnosis, which represents a predominance of abdominal pain in the right iliac fossa and resection and anastomosis as the most frequently performed procedure.

Keywords: acute abdomen; acute appendicitis; acute pancreatitis; general surgery.



Recibido: 21/05/2024

Aprobado: 13/09/2024

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el motivo de ingreso más frecuente en cirugía de urgencias es el dolor abdominal. Las causas principales se corresponden con la mayoría de las afecciones del abdomen agudo quirúrgico, lo cual involucra a todas las vísceras abdominales. Forman parte de un cuadro clínico abigarrado y complejo, que desencadena síntomas y signos variados y de difícil comprensión.^(1,2)

El abdomen agudo quirúrgico se define como un cuadro clínico instaurado en la cavidad peritoneal, caracterizado generalmente por dolor abdominal intenso, de aparición brusca, que no retrotrae, sino que avanza y se agrava; que, de no mediar un diagnóstico rápido y certero e imponer tratamiento de inmediato, se pone en riesgo la vida del paciente.⁽¹⁾

El término abdomen agudo se describió por primera vez a finales del siglo XIX por John Blair Deaver, (1885-1931), profesor de la Universidad de Pensilvania, que lo calificaba como “cualquier proceso abdominal agudo que necesita tratamiento urgente, ya sea médico o quirúrgico”. Sin embargo, las afecciones abdominales agudas se describieron desde la época de Hipócrates.

Según la clasificación del Manual de diagnóstico y tratamiento del Grupo Nacional de Cirugía es recomendable utilizar la siguiente clasificación: síndrome peritoneal, síndrome oclusivo, síndrome hemorrágico y síndrome mixto.^(1,2,3)

Es posible lograr una disminución de la mortalidad por abdomen agudo quirúrgico, al iniciar una valoración preoperatoria exhaustiva, intervención quirúrgica temprana y efectiva, correcta interpretación de los exámenes complementarios, tanto de laboratorio como imagenológicos, y detectar a tiempo las posibles complicaciones que pueda presentar el paciente, e intervenirlas inmediatamente.⁽⁴⁾

La interpretación del dolor abdominal, por el cirujano general, es un verdadero reto, ya que es una situación clínica, que exige mayor capacidad de discernir. Es el más grave de los procesos intraabdominales; puede estar precedido de síntomas y signos muy sutiles.



Este estudio tiene el objetivo de caracterizar desde el punto de vista clínico y quirúrgico a los pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico.

MÉTODOS

Tipo de estudio y contexto

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en los pacientes atendidos en el servicio de cirugía de urgencias, del Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre, ubicado en el municipio 10 de Octubre, de la provincia La Habana, Cuba, durante el año 2023.

Sujetos

Se estudió una serie de casos (n= 100), que cumplieron con los siguientes criterios de selección: haber sido diagnosticados y operados de abdomen agudo quirúrgico, tener más de 18 años y la historia clínica individual completa. Además, se tomaron en cuenta 7 casos que como complicación tuvieron un plastrón y no fueron operados.

Variables

Se estudiaron las siguientes variables:

- Edad. Agrupada en: 19-30 años; 31-42 años; 43-54 años; 55-66 años; 67-78 años; 79-100 años.
- Sexo: femenino (F) y masculino (M).
- Tez: blanca (B), mestiza (M) y negra (N).
- Diagnóstico definitivo: absceso tubo-ovárico perforado; apendicitis aguda; colecistitis aguda; diverticulitis aguda; embarazo ectópico roto; folículo hemorrágico roto; hemorragia hepática; hemorragia del bazo; necrobiosis de fibroma uterino; oclusión intestinal; pancreatitis aguda; quiste de ovario torcido; salpingitis aguda; torsión de tumor del ovario; trombosis mesentérica; úlcera péptica gastroduodenal perforada.



- Localización del dolor (al momento del diagnóstico): epigastrio; hipocondrio derecho; hipocondrio izquierdo; mesogastrio; flanco derecho; flanco izquierdo; hipogastrio; fosa ilíaca derecha; fosa ilíaca izquierda; en barra.
- Complicaciones: absceso retrocecal; fallo múltiple de órganos; infección de la herida quirúrgica; ninguna; pancreatitis aguda postquirúrgica; peritonitis fibrinopurulenta; plastrón apendicular; plastrón ginecológico; resangrado; *shock* séptico.
- Procedimiento quirúrgico: apendicectomía; colecistectomía; gastrorrafia y epiploplastia; salpingectomía; salpingooforectomía; histerectomía total; histerectomía radical con doble anexectomía; resección y anastomosis; colostomía de Hartmann; laparotomía exploratoria.
- Estado de egreso: vivo; fallecido.

Procesamiento de la información

Se recolectaron todos los datos necesarios de las historias clínicas en planillas diseñadas para ello. El procesamiento estadístico fue descriptivo. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, así como la media, desviación estándar, mínimo y máximo, para la edad. Los cálculos se realizaron mediante Microsoft Excel 2016.

Aspectos bioéticos

El diseño del estudio respetó los principios éticos de la investigación bioética de la 13^{va} Declaración de Helsinki.⁽⁵⁾ Solo se trabajó con los datos de las historias clínicas de los pacientes, los cuales fueron anonimizados para realizar el análisis como grupo.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa mayor frecuencia de pacientes con abdomen agudo quirúrgico del sexo femenino (n= 60; 60,0 %) y en las edades comprendidas entre 55 y 66 años (n= 17; 17,00 %). La edad media \pm desviación estándar fue de $52,57 \pm 19,08$ años; el máximo 94 años y el mínimo 19. La tez blanca predominó (n= 49; 49,00 %).



Tabla 1 - Distribución de pacientes según edad, sexo y tez

Variables	Sexo					Total
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Edad						
19 - 30	7	7,00	7	7,00	14	14,00
31 - 42	12	12,00	4	4,00	16	16,00
43 - 54	11	11,00	10	10,00	21	21,00
55 - 66	17	17,00	7	7,00	24	24,00
67 - 78	9	9,00	8	8,00	17	17,00
79 - 100	4	4,00	4	4,00	8	8,00
Total	60	60,00	40	40,00	100	100,00
Tez						
Blanca	28	28,00	21	21,00	49	49,00
Mestiza	13	13,00	6	6,00	19	19,00
Negra	19	19,00	13	13,00	32	32,00
Total	60	60,00	40	40,00	100	100,00

En la figura 1 se observa que la localización más frecuente del dolor abdominal fue en la fosa ilíaca derecha (n= 33; 33 %), y en el sexo femenino (n= 21; 21 %).

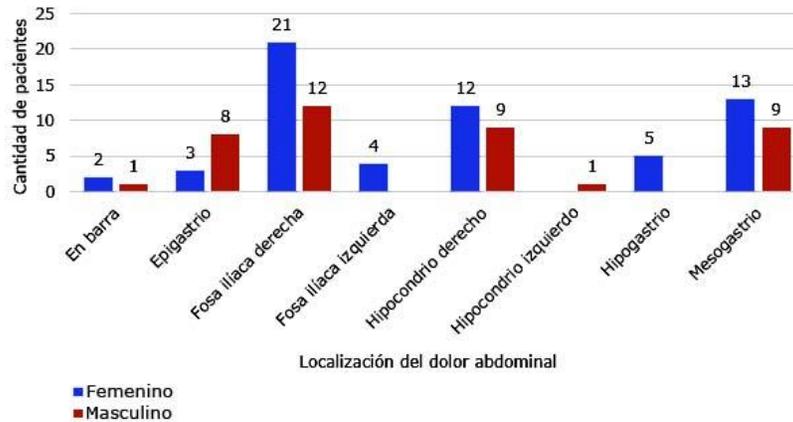


Fig. 1 - Pacientes según localización del dolor abdominal.

En la figura 2 se observa que el diagnóstico definitivo más frecuente fue la apendicitis aguda (n= 23; 23 %), similar en ambos sexos.

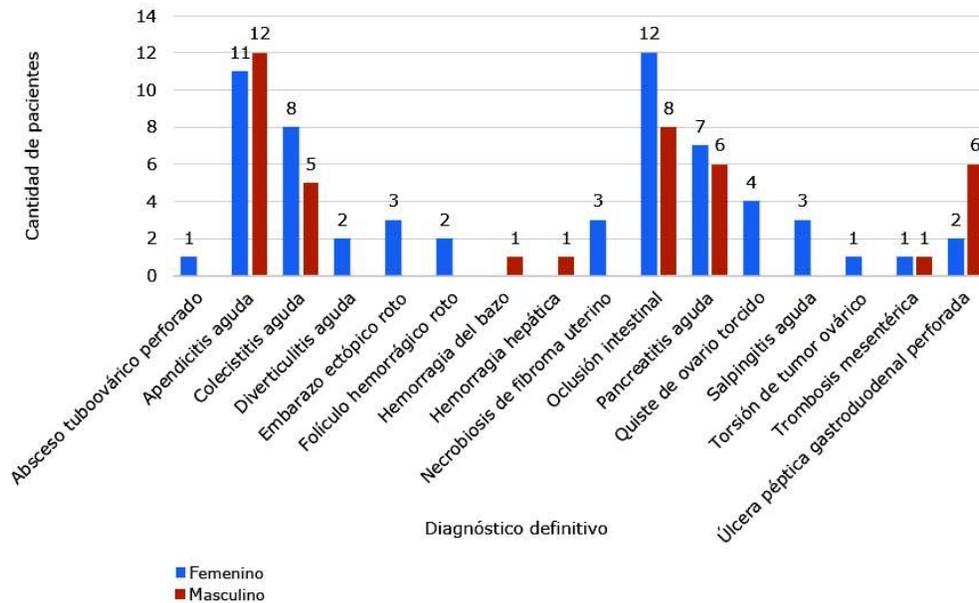


Fig. 2 - Pacientes según su diagnóstico definitivo.



En la tabla 2 se observa que el procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia fue la resección y anastomosis (n= 20; 20 %), con predominio del sexo femenino (n= 13; 13 %). El segundo en orden de frecuencia fue la apendicectomía (n= 17; 17 %), con predominio del sexo masculino (n= 10; 10 %).

En la mayoría de los casos no existió ninguna complicación (n= 78; 78 %). Entre las que se presentaron, estuvo el plastrón apendicular (n= 6; 6 %), con predominio en el sexo femenino (n= 4; 4 %), seguido del *shock* séptico (n= 4; 4 %) con igual frecuencia en ambos sexos (n= 2; 2 %).



Tabla 2 - Pacientes según el procedimiento quirúrgico realizado y complicaciones

Variables	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Procedimiento quirúrgico						
Resección y anastomosis	13	13,00	7	7,00	20	20,00
Apendicectomía	7	7,00	10	10,00	17	17,00
Colecistectomía	8	8,00	5	5,00	13	13,00
Lavado peritoneal con drenaje	7	7,00	6	6,00	13	13,00
Salpingooforectomía	10	10,00	-	0,00	10	10,00
No tratamiento quirúrgico	5	5,00	2	2,00	7	7,00
Gastrorrafia con epiploplastia	2	2,00	6	6,00	8	8,00
Histerectomía total	3	3,00	-	0,00	3	3,00
Laparotomía exploratoria	1	1,00	1	1,00	2	2,00
Ooforectomía	2	2,00	-	0,00	2	2,00
Colostomía de Hartmann	1	1,00	1	1,00	2	2,00
Empaquetamiento hepático	-	0,00	1	1,00	1	1,00
Esplenectomía	-	0,00	1	1,00	1	1,00
Histerectomía radical con doble anexectomía	1	1,00	-	0,00	1	1,00
Total	60	60,00	40	40,00	100	100,00
Complicaciones						
Sin complicaciones	47	47,00	31	31,00	78	78,00
Plastrón apendicular	4	4,00	2	2,00	6	6,00
Shock séptico	2	2,00	2	2,00	4	4,00
Infección de la herida quirúrgica	2	2,00	1	1,00	3	3,00
Peritonitis fibrinopurulenta	2	2,00	1	1,00	3	3,00
Fallo múltiple de órganos	1	1,00	1	1,00	2	2,00
Absceso retrocecal	-	0,00	1	1,00	1	1,00
Pancreatitis aguda postquirúrgica	1	1,00	-	0,00	1	1,00
Plastrón ginecológico	1	1,00	-	0,00	1	1,00
Resangrado	-	0,00	1	1,00	1	1,00
Total	60	60,00	40	40,00	100	100,00

En la figura 3 se observa que los pacientes egresados vivos predominaron con un 93 % (n = 93), con predominio del sexo femenino (n = 56; 56 %).

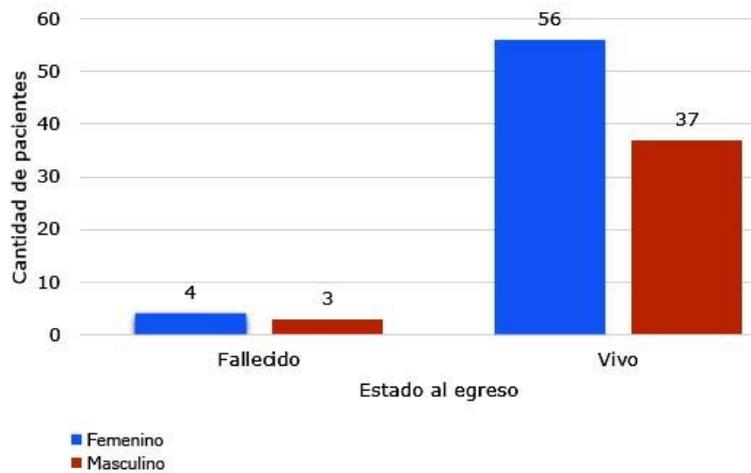


Fig. 3 - Pacientes según el estado de egreso.

DISCUSIÓN

Diferentes estudios^(5,6,7,8,13) revelan que la población mayor de 60 años de edad requiere con mayor frecuencia procedimientos quirúrgicos de urgencia, en estos pacientes la presentación clínica de las disímiles afecciones del abdomen agudo quirúrgico son atípicas, lo cual dificulta su diagnóstico y requieren de experiencia y práctica del cirujano.

Años atrás la cirugía mayor de urgencias era un evento esporádico en pacientes mayores de 60 años de edad,⁽⁶⁾ pero, con el envejecimiento poblacional la incidencia ha aumentado considerablemente, lo cual se evidencia en el estudio realizado, ya que la mayoría de los pacientes con las afecciones del abdomen agudo quirúrgico se encuentran entre la quinta y sexta, décadas de vida. Del *Río GA* y otros⁽⁶⁾ en su investigación exponen como resultados que la mayor incidencia se encuentra en las edades comprendidas en la octava década de vida, lo cual no corresponde con el estudio realizado. Además, Del *Río GA* y otros;⁽⁶⁾ *Céspedes HA* y otros⁽⁷⁾ comentan que la mayor incidencia fue en el sexo masculino, lo cual no coincide con el presente estudio, ya que la mayor incidencia fue del sexo femenino.

En el paciente anciano la incidencia de abdomen agudo quirúrgico es cualitativamente diferente a los pacientes jóvenes, debido a una mayor frecuencia de afecciones, que generalmente no ocurren en etapas



tempranas de vida, como son la oclusión intestinal, la trombosis mesentérica, las neoplasias de colon, enfermedades litíasicas de la vía biliar, las pancreatitis agudas, las úlceras perforadas, la enfermedad diverticular complicada, hernias de la pared abdominal complicadas; en etapas avanzadas de la vida las peritonitis son más graves, además de la isquemia y necrosis de órganos internos, lo cual eleva la morbimortalidad de estos pacientes.⁽⁷⁾

Ferrer H y otros⁽⁸⁾ en su artículo exponen que la apendicitis aguda y la colecistitis aguda fueron los diagnósticos más frecuentes, esto coincide por apendicitis aguda con el estudio realizado, pues fue la entidad más frecuente; en el estudio realizado la oclusión intestinal fue más frecuente que la colecistitis aguda. La oclusión intestinal constituye la segunda causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en el mundo, lo cual representa de un 10 - 15 % de los casos⁽⁹⁾ y un 20 % de los ingresos al servicio de urgencias⁽¹⁰⁾ lo cual coincide con el presente estudio.

Estudios plantean^(11,12,13) que desde la antigüedad el cirujano ha tenido que enfrentarse a las infecciones como complicación de las afecciones abdominales agudas, tanto locales, generales o sistémicas, ya que sus complicaciones son difíciles de tratar. Las infecciones intraabdominales se consideran un problema de salud mundial por su alta incidencia y complicaciones, ya que rápidamente se produce una septicemia, *shock séptico*, fallo multiorgánico y la muerte del paciente. Sin embargo, en el estudio realizado las complicaciones postquirúrgicas fueron pocas, lo cual no coincide con lo consultado en la literatura. Predominó el plastrón apendicular como complicación más frecuente y esto se debe a que el plastrón es un mecanismo de defensa del organismo para aislar y digerir un proceso inflamatorio del resto de la cavidad abdominal.⁽¹⁾

La serie estudiada se encuentra entre la quinta y sexta décadas de vida, con predominio del sexo femenino y la tez blanca. La apendicitis aguda constituye el diagnóstico más frecuente, lo que representa un predominio del dolor abdominal en la fosa ilíaca derecha y la resección y anastomosis como procedimiento más realizado.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soler-Vaillant R, Mederos-Curbelo ON, Cirugía. Tomo II. Afecciones quirúrgicas frecuentes [Internet]. 1ra Ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018. [acceso: 04/04/2024]. Disponible en: www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/
2. Soler-Vaillant R, Mederos-Curbelo ON, Cirugía. Tomo V. Afecciones del abdomen y de otras especialidades quirúrgicas [Internet]. 1ra Ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018. [acceso: 24/04/2024]. Disponible en: www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-v-afecciones-del-abdomen-y-otras-especialidades-quirurgicas/
3. Soler-Vaillant R, Mederos-Curbelo ON, Cirugía. Tomo VI. Lesiones graves por traumatismos [Internet]. 1ra Ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2018. [acceso: 24/04/2024]. Disponible en: www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-vi-lesiones-graves-por-traumatismos/
4. Calás-Balbuena RM, Falcón-Vilariño GC, Rodríguez-Fernández Z, Romero-García LI, Piña-Prieto LR. Factores predictores de complicaciones quirúrgicas infecciosas en adultos mayores tras cirugía abdominal de urgencia [Internet]. Rev Cubana Med Milit. 2022 [acceso: 24/04/2024]; 51(4):e2047. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2047>
5. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Fortaleza: 64ª Asamblea General; 2013. [acceso: 23/07/2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
6. Del Río-Pérez GA, Torres-Toledo D, Duménigo-Rodríguez R, Zurbano-Fernández J, Linares-Rodríguez A. Abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor [Internet]. Acta Médica del Centro. 2020 [acceso: 24/04/2024]; 4(2):222-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272020000200222&lng=es
7. Céspedes-Rodríguez HA, Bello-Carr A, Fernández-Pérez R. Abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico [Internet]. Rev Cub Cir. 2020 [acceso: 24/04/2024]; 59(4):e923. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000400001&lng=es
8. Ferrer-Robaina H, Clavijo-Torres R, Zayas-Díaz L, Mesa-Izquierdo O, Susén-Suárez R. Tratamiento del abdomen agudo quirúrgico por cirugía endoscópica [Internet]. Rev Cub Cir. 2018 [acceso:

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



24/04/2024]; 57(2):aprox. 8 pantallas. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932018000200003&Ing=es

9. Bejerano-Durán R, Hidalgo-Espinosa C. Vólvulo de intestino delgado como forma de presentación inusual de obstrucción intestinal [Internet]. Rev Cubana Med Milit. 2024 [acceso: 24/04/2024]; 53(1):1-8. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/17865>

10. Sellevoll HB, Saeed U, Young VS, Sandbæk G, Gundersen K, Mala T, et al. Acute abdomen as an early symptom of COVID-19 [Internet]. Tidsskrift for den Norske laegeforening. 2020; 140(7). DOI: [10.4045/tidsski.20.0262](https://doi.org/10.4045/tidsski.20.0262)

11. Salgado-Vives J, Chávez-Serna E, Yáñez-Herrera GG. Neumoperitoneo espontáneo secundario a neumatosis intestinal: una causa poco frecuente de abdomen agudo [Internet]. Cir Gen. 2022; 44(3):136-40. DOI: [10.35366/109774](https://doi.org/10.35366/109774)

12. Rodríguez-Benites AF, Sánchez-Landers M, Deza Tarrillo NE. Síndrome de Wilkie como reto diagnóstico en obstrucción intestinal: reporte de caso [Internet]. Rev Gastroenterol Peru. 2024; 44(1):75-8. DOI: [10.47892/rgp.2024.441.1637](https://doi.org/10.47892/rgp.2024.441.1637)

13. Martínez-López F, Montmany Vioque S, Rebaso-Cladera P, Luna-Aufroy A, Carol-Boeris F, Navarro-Soto S. Aprendizaje basado en la simulación: valoración de los objetivos docentes en un programa de abdomen agudo y oclusión intestinal en cirugía general [Internet]. FEM. 2023; 26:203-8. DOI: [10.33588/fem.2605.1298](https://doi.org/10.33588/fem.2605.1298)

Conflictos de interés

El autor declara que no existen conflictos de interés.

Información financiera

El autor declara que no existió financiamiento del presente trabajo.

Contribución de los autores

Conceptualización: *Royland Bejerano-Durán, Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez.*

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons 



Curación de datos: *Royland Bejerano-Durán, Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez.*

Análisis formal de los datos: *Royland Bejerano-Durán.*

Investigación: *Royland Bejerano-Durán, Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez.*

Metodología: *Royland Bejerano-Durán, Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez.*

Administración de proyecto: *Royland Bejerano-Durán, Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez.*

Validación: *Royland Bejerano-Durán, Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez.*

Software: *Royland Bejerano-Durán.*

Visualización: *Royland Bejerano-Durán, Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez.*

Redacción – borrador original: *Royland Bejerano-Durán, Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez.*

Redacción – revisión y edición: *Royland Bejerano-Durán, Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez.*

Disponibilidad de datos

Archivo complementario: Base de datos de investigación. Excel 2016.