

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS SANTIAGO DE CUBA
UNIVERSIDAD MÉDICA “MARIANA GRAJALES COELLO”
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO “VLADIMIR ILICH LENIN”**

**MODELO TEÓRICO PRÁCTICO DE ATENCIÓN MÉDICA AL
ADULTO MAYOR CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO**

**TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS MÉDICAS**

AUTORA: Dra. YASMÍN RODRÍGUEZ PASCUAL

TUTOR: Dr. C. RAFAEL VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

ASESOR: Dr. C. JORGE F. ABRAHAM ARAP

HOLGUÍN

2010

“AÑO 52 DE LA REVOLUCIÓN”

PENSAMIENTO

[...] No consentas que la sed de riquezas o el deseo de gloria influyan en el ejercicio de mi profesión; sostén las fuerzas de mi corazón para que siempre esté dispuesto a servir, tanto al pobre como al rico; al amigo como al enemigo; al bueno como al malvado. Que mi mente permanezca clara junto al lecho del enfermo y no sea distraída por ningún pensamiento extraño; haz que consiga tener siempre la ciencia y la experiencia; Haz que yo sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia [...]

Maimónides

DEDICATORIA

A ti mami por proveerme de la fuerza y la perseverancia necesaria para alcanzar este propósito tan importante en mi vida profesional, por creer tanto en mí.

A mí querida familia por perdonar todas las horas que no les dediqué en estos últimos años.

AGRADECIMIENTOS.

- Al Dr. C Rafael Trinchet Soler por su idea convertida en realidad de potencializar la investigación médica en Holguín, a todos los profesores del claustro del Diplomado para optar por Grado Científico que dedicaron horas enteras para que fuera posible la realización de esta investigación.
- Al Dr. C Rafael Vázquez Fernández que sembró la semilla del interés por la atención médica en el adulto mayor, gracias por la confianza depositada en mí.
- A todas las personas que de una forma u otra han colaborado con la realización de este estudio y con mi formación profesional.
- Al Dr. C Jorge Abraham Arap, por su entrega desinteresada en ayudarme a lograr mis propósitos en esta investigación, le agradezco y admiro su espíritu de ayuda docente.
- A mis amistades que me brindaron su apoyo incondicional y confían tanto en mí.

SÍNTESIS

En los 100 últimos años ha transcurrido una revolución silenciosa e inusitada: la de la longevidad. Fenómeno demográfico mundial que provoca un incremento de adultos mayores, eleva la asistencia a los servicios de urgencias hospitalarios de este grupo de edad, aumenta el número de operados de esta afección, aumentan las complicaciones y muertes, es un problema de salud.

La investigación tuvo como objetivo un modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Se realizó un cuasi experimento en adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin.

La muestra se conformó con adultos mayores operados agrupados en **un antes** de enero 2005 a enero 2008 donde se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de serie de casos, con 388 pacientes, donde se detectaron insuficiencias y **un después**, de enero 2009 a diciembre 2009 donde se aplicó la intervención del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico a 275 pacientes.

Se instituyó una síntesis teórica, que permitió la creación de un modelo práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico y un algoritmo de diagnóstico y tratamiento de un adulto mayor con dolor abdominal agudo. Hubo disminución de las complicaciones en un 16,28% y las muertes en 9,91% después de la intervención.

INDICE

	Página
SÍNTESIS	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. ESTADO DE LA CIENCIA. EL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN EL ADULTO MAYOR UN RETO PARA LA CIRUGÍA	11
1. 1.1. Fundamentos teóricos para el perfeccionamiento de la práctica clínica quirúrgica en el paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico en el fortalecimiento de la atención médica integral desde la Cirugía General en la asistencia de urgencia hospitalaria.	11
1.2. Referencias históricas del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor en los servicios de urgencia hospitalarios y su contribución al desarrollo de la Cirugía General.	13
1. 1.3. Enfoques conceptuales del abdomen agudo quirúrgico en la medicina contemporánea.	23
1.4. Objetivos terapéuticos en el abdomen agudo quirúrgico en adulto mayor.	25
Conclusiones del Capítulo 1	27
CAPITULO 2. DIAGNÓSTICO DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO. 2005-2008.	28
2.1. Objetivos.	28
2.2. Diseño metodológico.	28
2.3. Operacionalización de las variables.	29

2.4. Técnicas y procedimientos.	30
2.5. Ética	30
2.6. Estrategia de procesamiento estadístico.	30
2.7. Resultado y Discusión.	30
Conclusiones del diagnóstico.	46
2.8. Tácticas para realizar la propuesta de “modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.	47
2.8.1. Propuesta del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.	50
2.8.2. Dificultades que podemos encontrar en el adulto mayor para reconocer el diagnóstico y conducta del abdomen agudo quirúrgico.	52
2.8.3. Etiología del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor.	56
2.8.4. Pronóstico.	57
2.8.5. Reintervención.	58
2.8.6. Concepción teórica de la transformación del objeto de la investigación.	58
Figura 2.8.6. Representa, la concepción teórica del proceso de atención médica integral e individualizada.	61
2.8.7. Algoritmo de diagnóstico y tratamiento del adulto mayor con dolor	63
2.8.8. Modelo práctico de atención médica al paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.	64
Conclusiones del Capítulo 2	69

CAPÍTULO 3. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN CON LA APLICACIÓN DEL MODELO TEÓRICO PRÁCTICO DE ATENCIÓN MÉDICA AL ADULTO MAYOR CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO	70
3.1. Preliminares	70
3.2. Diagnóstico imprescindible al realizar la intervención de la aplicación del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.	72
3.3. Objetivos.	75
3.4. Material y método.	75
3.5. Operacionalización de las variables.	76
3.6. Procesamiento bioestadístico.	77
3.6.1. Metodología de la búsqueda bibliográfica.	77
3.6.2. Métodos de investigación en el cuasi experimento.	78
3.7 Análisis y discusión.	78
Conclusiones del Capítulo 3	98
Conclusiones Generales.	99
RECOMENDACIONES	100

INTRODUCCIÓN

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,¹ esto ha sido un problema común a lo largo de todos los tiempos.

Hoy día la noción conceptual mantiene los aspectos esenciales, el modo de desempeño al tratar al adulto mayor es diferente en cada profesional, esta actuación no está bien objetada por desconocimiento de los detalles propios del adulto mayor al enfermarse, lo que acarrea malos resultados. En la revisión bibliográfica constatamos que desde antaño se habla del término de forma general, sin tener en cuenta la edad, y sólo aparece en pocos textos de la literatura médica, hay que tener en cuenta que la Geriátrica surge en 1914, es una especialidad joven, siendo la causa por la que no aparecen reflejados sus distintivos de edad extrema de la vida.

En 1921 Zachary Cope publica un manuscrito sobre Abdomen Agudo Quirúrgico, trabajo clásico de la afección y las enfermedades que lo producen, sirvió como bibliografía todos estos años y aún se encuentra vigente.² En el 2001 Balibrea¹ hace una valoración sobre el abdomen agudo quirúrgico donde se aprecia que el término y sus clasificaciones no han sufrido alteraciones con el avance de la ciencia y la tecnología.

Expresa cambios en la fisiopatología, muestra una nueva modalidad quirúrgica, y le da importancia a la actualización terapéutica antibiótica. Existe la recopilación del 2006 de Rómulo Soler de abdomen agudo no traumático, actualizada, donde aborda temas de actualidad, con enfoque clásico.³ Posteriormente los profesores García Gutiérrez, Pardo Gómez y colaboradores hacen en el 2007 una descripción detallada y actualizada del abdomen agudo, con un valor extraordinario para la labor docente y asistencial.²

Por primera vez en la historia vamos hacia un mundo donde las personas ancianas, son más que las jóvenes,⁴ hay influencia de esperanza de vida inclinada a la mujer, explicado por la teoría de Hayflick.⁵

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.⁶

Numerosas enfermedades se presentan en grupos de población determinada, lo cual ya es de por sí orientador, un ejemplo de ellos es la

obstrucción intestinal en un paciente añoso sin antecedentes, nos hará sospechar la existencia de un cáncer de colon.

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, como por ejemplo el de la perforación de un ulcus duodenal, que tiene un inicio brusco en epigastrio muy intenso,⁷ 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.⁸

La intensidad del dolor es un parámetro de difícil valoración, se puede generalizar que este está en relación con la importancia de la enfermedad, es decir, un dolor de escasa intensidad rara vez es síntoma de un proceso grave, cuidado al hacer el diagnóstico de un adulto mayor, ya que el comportamiento no es igual que en un adulto joven, en ocasiones el dolor es únicamente una molestia.

La especialidad de Geriátrica, se utiliza como interconsultante, poco demandada, no se da importancia a este eslabón asistencial para valorar integralmente al paciente y se lleve lo mejor posible al quirófano. Un cirujano general integral, le impresiona a la investigadora que es lo que demandan nuestros días.

El envejecimiento poblacional, fenómeno demográfico mundial, ha influido en el incremento de los pacientes adultos mayores con esta afección, en su asistencia a los servicios de urgencia hospitalaria, con un considerado número de complicaciones y muertes en operados por esta enfermedad, representa un 15,72% en el servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin," con similar o superiores resultados en otros hospitales del país.^{9, 10, 11, 12.} A pesar de esta problemática no hay interés investigativo por parte de algunos profesionales.

El adulto mayor con esta afección constituye hoy un punto débil para la Cirugía General, por la diversidad en la actuación médica hacia esta dolencia, por el desconocimiento de su fisiopatología, como por el desinterés de ser tratados.

La no existencia de un instrumento asistencial de trabajo establecido con toda la seguridad científica de las acciones y procedimientos necesarios para la toma de decisiones en la conducta de un adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico es lo que nos hace consagrarnos a esta investigación.

Nos nutrimos de la práctica diaria, de las experiencias personales emitidas de colegas que se interesan por esta línea de investigación en el país, búsqueda intensa de bibliografía internacional (España, Perú, Chile, Honduras, Brasil, EE.UU, Colombia, México), nacional y las prácticas personales de trabajos realizados en este periplo investigativo en instituciones hospitalarias de todo el país.

Aún no se ha encontrado apreciable literatura donde se estipulen factores clínicos y quirúrgicos de prevención de la aparición de complicaciones y muertes por ser este grupo de edad de escaso interés profesional, producto de ideas arcaicas de muchos profesionales, relacionado con la evolución y el pronóstico del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Existe literatura, pero de forma dispersa, no se encuentra un conglomerado bibliográfico que pueda nutrir a los profesionales de conocimientos teóricos y prácticos para prestar atención a un adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

El sistema de salud que tenemos, gracias a una de las conquistas revolucionarias, preparó al pueblo sobre la conducta que deben asumir. Numerosos pacientes adultos mayores acuden en busca de asistencia de los servicios de urgencia hospitalarios con esta enfermedad, la frecuencia supera a cualquier otra afección a nivel asistencial en Cirugía, eso la hace prioritaria.

Se pretende con este trabajo que los propósitos, procedimientos de diagnóstico y tratamiento tengan semejanza en todos los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) de las instituciones de la provincia e incluso hacerlo extensivo a la atención primaria, donde se logre de forma estable la cascada de atención del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico y se reduzca la demora en estos dos aspectos tan importantes en el pronóstico de los pacientes de este grupo de edad, que acuden de urgencia.

La primicia del estudio posee como fuente de información la valoración de los casos que asisten a los servicios de urgencia hospitalario de forma espontánea o remitidos desde otra institución de salud, el actuar de los profesionales, la revisión de las historias clínicas, la entrevista a los expertos, criterios de usuarios, encuestas a pacientes y familiares, el efectuar un estudio descriptivo que permita reconocer las dificultades de asistencia médica del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico en las urgencias del Hospital General Universitario "Vladimir, Ilich. Lenin", al demostrar que:

- Las acciones referidas en este tipo de pacientes para disminuir las complicaciones y muertes, es muy desigual entre los profesionales de Cirugía por no existir criterios establecidos que rijan el nivel de actuación de los mismos.
- La mirada integral e individualizada encaminada a evitar aumento de las complicaciones y muertes es limitada y

desactualizada en el contexto de Cirugía General con relación a las situaciones clínicas y quirúrgicas reales de estos pacientes.

- No existen proyectos de investigación a nivel provincial y nacional relacionados con estudios diagnósticos y terapéuticos, por lo que estamos lejos de las necesidades reales de la población. El personal dedicado a esta línea de investigación refiere que son limitadas las investigaciones efectuadas, y escasa la preparación de los trabajadores directos del sector para enfrentar el reto que nos impone este fenómeno demográfico mundial, en el que Cuba tiene un comportamiento muy rápido. Es necesario influir en algunos aspectos, para originar cambios; ellos son:

1. Profesionales: en los cirujanos generales debe desaparecer la tendencia a pensar que el diagnóstico del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor es un proceso fácil, sin tener en cuenta la precisión del diagnóstico clínico de la enfermedad de forma integral e individualizada, tener presente el tiempo transcurrido desde que comenzó el dolor y la demora ocasionada hasta que se hace el diagnóstico, conjuntamente con un tratamiento rápido y efectivo, previendo las complicaciones y de presentarse darle solución rápida.

2. Tecnológicos: las nuevas tecnologías con alta sensibilidad diagnóstica, no deben restarle importancia a la clínica, que es quien aporta los datos más reveladores, se deben utilizar si es necesario, sin dejar de reconocer que existen investigaciones imaginológicas que son

muy efectivas en el diagnóstico y la decisión de una conducta quirúrgica. La tecnología aplicada al tratamiento puede influir en el resultado final.

3. Administrativos: no existen registros consecutivos fidedignos de los indicadores de morbilidad y mortalidad del paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico en la provincia de Holguín.

4. Sociales: todos los pacientes tienen el derecho de ser diagnosticado de forma rápida, de recibir un elevado nivel de atención médica mediante la realización de procedimientos terapéuticos eficaces y seguros, evitando complicaciones y muertes.

Sobre la base de las referencias en la actual investigación se identificó como **problema científico:** ¿Cómo brindar una mejor atención médica al paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico?

Este problema se enmarca en el **objeto de investigación:** el proceso de atención médica al paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, se excluye el origen traumático.

Objetivo general:

Elaborar un modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Se concreta como **campo de acción:** el diagnóstico y tratamiento del abdomen agudo quirúrgico de origen no traumático en el adulto mayor en el servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin."

La población objeto de estudio está constituida por todos los adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico que acuden de enero 2005 a enero 2008 en el primer momento investigativo, **el antes** y de enero 2009 a diciembre 2009 **en el después**, o segundo momento investigativo a los servicios de urgencia del Hospital General Universitario "Vladimir Ilich Lenin" de la provincia Holguín.

Como hipótesis científica se plantea: con la intervención de un modelo teórico práctico con acciones y procedimientos sustentados en la atención médica integral e individualizada al paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, deben disminuir la aparición de complicaciones y muertes.

Se entiende por atención médica integral e individualizada al paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico aquella acción médica quirúrgica que tenga en cuenta el deterioro de los órganos y sistemas producto de los años, los factores de riesgo sin compensar, el tiempo de evolución prolongado producto de las particularidades de esta edad extrema de la vida, la senectud, la disminución del tiempo quirúrgico y evitar técnicas o procedimientos quirúrgico agresivos,

Sobre la base de lo expuesto con anterioridad y para confirmar la hipótesis, se proponen como:

Objetivos específicos:

1. Elaborar el fundamento teórico sobre el abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor.

2. Realizar un diagnóstico del comportamiento de los pacientes adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico en el período enero 2005 a enero 2008 en el servicio de Cirugía General de la institución donde se realiza la investigación.
3. Someter a criterio de expertos los aspectos fundamentales del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.
4. Confeccionar la propuesta de acciones y procedimientos que unifique criterios de actuación en el diagnóstico y tratamiento de los profesionales en la práctica frente a un adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.
5. Someter a criterio de usuarios el modelo teórico práctico de atención médica.
6. Valorar la intervención de la aplicación del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

En este trabajo se utilizaron los siguientes **métodos de investigación:**

De nivel teórico:

Histórico-lógico: para conocer como el proceso de atención médica al paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico ha transitado por diferentes etapas, sus antecedentes, estado actual y realizar predicciones sobre su desempeño futuro para alcanzar el objeto en una forma superior.

Análisis y síntesis: para la crítica de las fuentes, buscar relaciones, análisis de los resultados y sacar conclusiones que faciliten realizar acciones en el diagnóstico y tratamiento.

Hipotético-deductivo: se empleó para elaborar la hipótesis y a partir de ella inferir los resultados a que se llegan en la investigación, tales como el modelo teórico práctico y el algoritmo.

Sistémico estructural: permite determinar los elementos integradores, sus relaciones funcionales, propiedades y jerarquización para modelar y describir la concepción teórica del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, con enfoque psicosocial y biológico.

De nivel empírico:

Los **métodos empíricos** como la **observación y medición de variables** de los casos operados, según los datos recogidos de investigaciones nacionales e internacionales. La **revisión de documentos** como historias clínicas en la aplicación del modelo en la práctica, encuestas para determinar resultados, estados de opinión, etc.

Criterio de usuario: análisis del modelo teórico práctico con los que participan en la implementación para asegurar la actividad en todos los eslabones del servicio de Cirugía.

Criterio de expertos por el método Delphi: se empleó para buscar consenso con un grupo de expertos en abdomen agudo en el adulto mayor,

sobre aspectos fundamentales a tratar en el modelo teórico práctico de tipo general, clínico, investigaciones diagnósticas y consideraciones quirúrgicas.

De nivel estadístico:

Las herramientas de la estadística descriptiva: para explicar relaciones y tendencias mediante tablas de distribución de frecuencias, gráficos y medidas de tendencia central y el por ciento.

Las herramientas de la estadística inferencial: se aplicaron las pruebas de hipótesis Chi cuadrado y la prueba de proporción muestral.

La novedad científica de esta tesis está basada en: la creación de un nuevo punto de vista en la atención

médica integral e individualizada en el adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico en el servicio de Cirugía General con enfoque psicosocial y biológico.

Es el primer estudio sobre la caracterización de la evolución clínica del diagnóstico y tratamiento en el adulto mayor con esta afección en la provincia de Holguín y en Cuba, en el que se estipulan factores exclusivamente clínico quirúrgicos de prevención de la aparición de complicaciones y muertes, hecho sin referencias nacionales o internacionales conocidos.

Se elabora, este modelo teórico práctico basado en la certeza de los cambios existentes en este grupo de edad que dificultan su diagnóstico y los cuidados que se necesitan para obtener resultados satisfactorios finales, dirigidos al tratamiento, que plantean un enfoque y una conducta

esencialmente diferentes a los realizados hasta el momento en la provincia Holguín y en Cuba, con la posibilidad de generalización a otros servicios de Cirugía General del país.

El **aporte teórico** de la investigación se manifiesta en los siguientes aspectos:

- Se establece una correspondencia dialéctica entre los procesos formativos de diagnóstico y tratamiento, y la práctica clínico quirúrgica al realizar el ejercicio usual en el servicio de Cirugía General en este tipo de paciente, a partir de los orígenes teóricos epistemológicos que defienden su funcionalidad en el contexto.
- Se ofrece una concepción teórica que sustenta un modelo teórico práctico de acciones y procedimientos para la formación de pautas en el accionar del personal médico, previa transformación en el diagnóstico y tratamiento del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico en el servicio de Cirugía General en cualquiera de sus eslabones.

El aporte práctico se manifiesta en: un modelo teórico práctico que incluye un algoritmo de atención médica integral e individualizada al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, de prácticas clínico quirúrgicas con un resumen claro de acciones y procedimientos en el servicio de Cirugía General, elementos que desde el punto de vista práctico favorecen a la toma de conductas a través de un esmero médico exhaustivo y particularizado con un enfoque psicosocial y biológico por parte de los profesionales.

La provincia Holguín tiene en el momento actual un 16,1% de población envejecida y un considerado número de complicaciones y muertes en los operados de esta afección, con este **"Modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico"** estas cifras pudieron ser disminuidas **y así sucedió**, el apropiarse de esta herramienta para la toma de decisiones, produjo beneficios, es algo innegable.

La **significación práctica**: se muestra al perfeccionar la actuación de los profesionales ante este tipo de paciente, a través de un modelo teórico práctico de atención médica que garantice un cuidado integral e individualizado al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico con enfoque psicosocial, biológico y de calidad, al lograr un **impacto asistencial** con efectos positivos en el proceso clínico quirúrgico de atención en la salud del paciente y en su calidad de vida; un **impacto social** al brindar un servicio de calidad como merece el pueblo, prolongarle la vida a los pacientes y participar en la interrelación de dos o más generaciones cubanas; y **científico** al aportar un nuevo conocimiento (**Modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico**), que contiene una síntesis teórica proveniente de una revisión exhaustiva de numerosas fuentes, un modelo práctico de atención al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico y un algoritmo de atención para el diagnóstico y tratamiento de un dolor abdominal agudo en el adulto mayor, carente en la provincia Holguín y en el país.

A partir de los antecedentes encontrados es necesario concretar el abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor para su atención, esto nos ayuda a la comprensión del fenómeno que se investiga y queda plasmado en el siguiente capítulo como parte de la concepción teórica metodológica que se propone.

CAPÍTULO 1. ESTADO DE LA CIENCIA. EL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN EL ADULTO MAYOR UN RETO PARA LA CIRUGÍA

El cimantar los aspectos teóricos que se tubieron en cuenta alrededor del estudio del paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico fue lo que se pretendió en este capítulo como parte esencial para la disminución de la aparición de complicaciones y muertes, desde la asistencia de los servicios de urgencia hospitalaria. Se trataron los antecedentes e intereses de los mecanismos de diagnóstico y tratamiento de esta afección en el adulto mayor y lo que representaron en el desarrollo de la Cirugía General como especialidad, se defendieron puntos de vista críticos de las intenciones referidas a la diversidad de actuación médica en el contexto de la asistencia médica de urgencia y se individualizaron su emprendedora acción, que tuvo como punto de partida un estudio que se aprovechó como

inicio de esta línea de investigación sobre la base de la necesidad en estos momentos.

1.1 Fundamentos teóricos para el perfeccionamiento de la práctica clínica quirúrgica en el paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico en el fortalecimiento de la atención médica integral desde la Cirugía General en la asistencia de urgencia hospitalaria.

Resultó de gran importancia en el paciente adulto mayor con esta afección al imbuirse en el proceso de perfeccionamiento de la práctica clínica quirúrgica tradicional desde los servicios médicos de urgencia hospitalarios, se precisó en que se fundamenta y como se justifica el beneficio o eficacia y posteriormente se mostraron cuales son las relaciones entre los elementos de diagnóstico y tratamiento, desde la Cirugía General.

Fue inevitable utilizar modelos de investigación, conceptos teóricos y aplicaciones clínicas válidas para

exponer la base científica de la Cirugía. Lo que fue más significativo, hubo que desarrollar una base científica para las recomendaciones quirúrgicas terapéuticas basadas en datos empíricos, recogidos y analizados de acuerdo con reglas reconocidas a nivel nacional e internacional y alejadas de sus posiciones y criterios particulares.

Se introdujo en los años 80 la Geriátrica en Cuba, hoy la misma no está contenida en las especialidades quirúrgicas, ni se ha logrado la geriatrización de los servicios de Cirugía General. Se utiliza como interconsultante y tiene la función de compensar al paciente adulto mayor que va al quirófano o al paciente operado, o es llamado si existe complicación cardiopulmonar. Esto repercute en el paciente, pues no se mantiene su seguimiento estable por esa especialidad, por lo que se hace necesario la capacitación del personal profesional de Cirugía General: un cirujano general integral o un grupo de atención interdisciplinario es lo que se necesita.

A partir de este análisis la investigadora pensó en el accionar sobre el objeto de la investigación desde la esfera de esta disciplina, unida a otras especialidades y personal de apoyo, donde se tomó un camino preciso, integral e individual desde la Cirugía, con beneficio para el paciente y para la ciencia.

El nivel secundario donde se desarrolló la investigación ofrece una asistencia médica especializada de tipo intermedio, y su función elemental es tratar al hombre ya enfermo.

La atención médica en las unidades del sistema de salud de Cuba fue según las necesidades que el paciente demandó, en el accionar sobre el objeto de estudio. El paciente adulto mayor con esta afección necesitó una atención urgente, integral e individualizada con enfoque psicosocial y

biológico debido a que el estado del enfermo exigió el cuidado médico obligatorio, ya sea porque peligró su vida, o para evitar complicaciones, por lo que fue necesario que todo el perfeccionamiento profesional y transformación del objeto de investigación fuera valorado y realizado también en la atención primaria de salud, para evitar los diagnósticos tardíos que se acostumbran ver en la práctica diaria. La investigación que se desarrolló, aspiró a activar el nivel secundario de atención clínico quirúrgico con la finalidad de disminuir el número de complicaciones y muertes en los pacientes adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico y hacer llegar el conocimiento a la atención primaria de salud, así como lograr su aplicación en una etapa superior.

Desde el punto de vista del cuidado médico de atención secundaria, la Cirugía General ofrece las posibilidades necesarias para poder:

- Precisar un modelo teórico práctico de atención médica que unifique la diversidad de criterios en relación a la atención médica integral e individualizada de esta enfermedad.
- Incluir como objetivo terapéutico el control de los factores de riesgo modificables, la fisiopatología del adulto mayor, un diagnóstico rápido, un tratamiento quirúrgico no prolongado y un seguimiento postoperatorio adecuado, que prevea las complicaciones y su tratamiento precoz.
- Estos basamentos orientan la investigación hacia la necesidad de fundamentar como desde la Cirugía General en los servicios médicos de

urgencias hospitalarios se favorece una atención integral e individualizada a este tipo de paciente.

1.2 Referencias históricas del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor en los servicios de urgencia hospitalarios y su contribución al desarrollo de la Cirugía General.

Desde Hipócrates, en la primera mitad del siglo XVIII y la primera del siglo XIX se enunció que enfermedades abdominales agudas eran operadas por cirujanos de la época, sin embargo no fue hasta finales del siglo XIX que se definió el enunciado por el cirujano John B. Deaver (1855-1931) por primera vez. Difundida en todo el mundo por los médicos como (cualquier afección aguda de la cavidad abdominal, que necesite tratamiento urgente, en ocasiones médico, pero la mayoría de las veces quirúrgico, en cuyo caso se denomina **abdomen agudo quirúrgico**), ² esta denominación la empleó Deaver para sintetizar las manifestaciones clínicas graves de diferentes procesos abdominales quien además añadió, en los casos de abdomen agudo debe pensarse en el apéndice antes, ahora y después. ²

Se realizaron múltiples investigaciones al desarrollar los adelantos de la ciencia y la técnica hacia numerosos conocimientos de esta enfermedad, sin diferenciar este grupo de edad, los cambios que produce el envejecimiento dentro de los diferentes órganos, sistemas y tejidos, su repercusión, sin demandar las variantes y alternativas que pudieron usarse en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Los primeros avances surgieron cuando se introduce la Geriátrica Contemporánea que permitió ampliar la visión sobre la atención médica a este tipo de paciente de edad extrema que tanta necesidad de cuidados especiales tiene, al igual que el conocimiento que es necesario poseer para prestarle atención y de esta forma obtener buenos resultados. La leyenda del proceso de atención médica del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico la evaluamos en tres aspectos :

- Visión y definición del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.
- Diagnóstico del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.
- Objetivos terapéuticos en la atención médica integral e individualizada.

Se concertaron tres momentos históricos significativos desde los inicios de la Cirugía y el surgimiento del término de abdomen agudo quirúrgico, en el mundo y en Cuba, hasta el progreso y consolidación de la enfermedad en dependencia de la finalidad de atención médica y del desarrollo científico alcanzado de cada momento.

Primer Momento: de surgimiento de la Cirugía y del abdomen agudo quirúrgico como enfermedad, en el siglo XIX hasta el triunfo de la Revolución cubana. Finales del siglo XIX a 1959.

A lo largo de la historia de la humanidad, la vejez ha sido valorada de diferentes formas: Freeman ¹³ describió 9 períodos en el conocimiento científico de esa etapa de la vida; en tanto Roger Bacon ¹³

escribió en 1236 uno de los primeros documentos relacionados con el envejecimiento.

Con los avances realizados en la anatomía patológica y en la fisiología experimental durante el siglo XVIII y la primera parte del XIX, se abrió el camino para el desarrollo de la Cirugía. Sólo no se trató de darle solución a los síntomas, finalmente se pudo comprender el verdadero problema de la afección.¹⁴ Sin embargo fue primordial el comienzo de especialidades que unidas proporcionaron el camino correcto de la misma y pudieron darle paso a una tecnología de alta complejidad para el momento histórico al variar según la época, región e incluso país dependiendo de la necesidad y otros factores económicos y sociales (Teoría de la Complejidad).¹⁵

Todas las posibilidades prácticas se vieron restringidas hasta el descubrimiento de la anestesia en 1846, se reconocieron los cuatro requisitos clínicos fundamentales necesarios para que una intervención quirúrgica pudiera considerarse un verdadero procedimiento terapéutico viable.

El conocimiento de la anatomía humana, un método para controlar la hemorragia y mantener la hemostasia transoperatoria, la anestesia para evitar el dolor y realizar de forma más humana intervenciones laboriosas, la explicación de la infección y los métodos necesarios para lograr un medio antiséptico y aséptico en el quirófano que evitaron la muerte de más del 50% de operados de la época.¹⁶ Se demandaron modelos de investigación, concepciones teóricas y aplicaciones clínicas válidas que

demonstraron la base científica de la Cirugía y se hizo necesario basarse en la cirugía experimental ¹⁴

Los progresos logrados en la anestesia, la asepsia y la antisepsia, así como en los conocimientos anatómicos y fisiológicos forjaron un notable desarrollo de la Cirugía a finales del siglo XIX, al que contribuyeron con gran participación los cirujanos europeos y estadounidenses. ¹⁶

Frederick Treves popularizó la apendicectomía en Inglaterra después de haber operado al Rey Eduardo VII de una apendicitis aguda en 1902. ¹⁶

En Cuba existía una medicina popular, cirujanos latinos y cirujanos romancistas que trataron de resolver la atención médica sanitaria de la época, la cual era difícil. La educación formal de la medicina se inició con la fundación de la Universidad de la Habana en 1728. A pesar de estos avances, la cirugía tuvo poco desarrollo en el siglo XVIII, se debió a una enseñanza universitaria muy teórica.

Únicamente se practicaban operaciones externas, amputaciones, trepanaciones y el tratamiento de heridas de guerra, en este momento histórico, las habilidades prácticas eran escasas. ¹⁶

Hasta finales del siglo XIX no se realizaron en Cuba operaciones en grandes cavidades y existían como especialidad la Medicina y la Cirugía, siendo esta última la madre de las especialidades quirúrgicas y no se separaron de ella hasta el siglo XX. ¹⁶

En el siglo XIX Adolphe Quetelet, se consideró el primer gerontólogo de la historia, desarrolló investigaciones sobre la evolución de la especie

humana, provocó una revolución conceptual en su tiempo acerca de la senectud.¹⁷

Julio Ortiz Cano operó la primera apendicectomía en Cuba en 1899, así aparece registrada.¹⁶

En 1914 se introdujo el término Geriátrica por I. I. Vahar, ignorado en el mundo hasta ese momento.¹⁷

El 27 de Enero de 1929 fue fundada la Sociedad Nacional de Cirugía.¹⁶

En la tercera década del siglo XX se creó la escuela de Cirugía con muchos discípulos notables que situaron a Cuba en un lugar relevante en América Latina.¹⁶

En 1935, Marjory Warren inició la Geriátrica contemporánea con los principios¹⁶ de que la vejez no es una enfermedad, es esencial establecer un diagnóstico exacto, son curables muchas enfermedades en la vejez y que el reposo injustificado puede ser peligroso, los cuales se mantienen vigentes.¹⁷

Entre la primera y segunda Guerra Mundial surgió la era del antibiótico, aspecto que ayudó a mejorar los resultados postoperatorios. A final de la década del cuarenta se introdujo el conocimiento de la respuesta metabólica del operado y se originó la ecografía en el mundo con fines diagnósticos, en la década de los cincuenta se logró adquirir conocimientos del balance hidroelectrolítico.²

En Cuba vivían en 1950 casi 400 000 ancianos, pero 30 años después superaban el millón y se espera que el 21%, o sea, 1 de cada 4 cubanos, sea mayor de 60 años para el 2025. ¹⁸ La atención a este grupo de edad antes de 1959 se limitaba a los beneficios de un pequeño presupuesto estatal y a las recaudaciones obtenidas por religiosos, existían 20 asilos de ancianos. ¹⁹

En 1951 comenzaron los primeros trabajos del síndrome compartimental abdominal tan usual y controvertido en nuestros días. Tanto su diagnóstico oportuno como su tratamiento constituyeron un reto para los cirujanos e intensivistas que se enfrentaron a estos casos. Los cambios fisiopatológicos pueden llevar a la muerte al enfermo. ²

Segundo Momento: de organización de los servicios de salud en la atención del paciente con abdomen agudo quirúrgico. Desde 1959 -1980.

En la década del sesenta Henry Dolle desarrolló la teoría de los mediadores endógenos de la inflamación, aspecto que abrió la senda concluyente para la fisiopatología del abdomen agudo quirúrgico. ² En los años sesenta se puso en vigor los conocimientos del monitoreo del sistema cardiovascular y posteriormente el uso de la alimentación parenteral, ² aspectos que ayudaron al seguimiento postoperatorio de los adultos mayores. ²

En la misma década de los setenta surgieron las unidades de terapias intensivas, las que vinieron a aportar un gran beneficio en la evolución y pronóstico de estos pacientes. ²

A partir del triunfo revolucionario se produjeron cambios políticos y socioeconómicos en los que figuraron el cuidado del adulto mayor, se instituyó un programa de trabajo social y posteriormente con el paso de los años un Programa para el Adulto Mayor, en el que la Geriátrica comenzó su rol en la atención de este grupo de edad, pero sin lograr la geriatrización de los servicios quirúrgicos. En estos momentos es una especialidad interconsultante.

¿Es desarrollo o necesidad la Geriátrica? Las dos, pues el aumento de la esperanza de vida incrementó el número de adultos mayores a escala mundial, por lo que no sólo se atribuye conocer acerca del envejecimiento y sus rasgos, sino realizar investigaciones que ayuden a enfrentar el problema.¹⁸

En 1980, se elevó la calidad de atención al pueblo, se crea un subsistema de atención de urgencias donde se dio solución a muchas afecciones médicas dentro de ellas el abdomen agudo, pero sin el conocimiento ni la experiencia de las particularidades del paciente adulto mayor. Existió la necesidad real de introducir la geriatría como conocimiento.

En 1980 se inició con fines diagnóstico la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), tecnología imaginológica que ha aportado en algunos diagnósticos del abdomen agudo quirúrgico del adulto mayor, específicamente en la pancreatitis. En este mismo año se realizó por primera vez por vía laparoscópica una apendicectomía, por el ginecólogo alemán Kurt Semm, se inició la era de la Cirugía de mínimo acceso.¹⁶ Existía un aumento en la

formación de cirujanos en el mundo al igual en Cuba. Surgió como novedosa la era de la Cirugía de mínimo acceso en el mundo, como expresamos anteriormente y es hoy considerada la vía de elección de los procederes de urgencia en el adulto mayor.

En 1982 se celebró en Viena la Asamblea Mundial del Envejecimiento, y se firmó el ingreso de Cuba a dicha sociedad. Durante esta etapa los estudios indicaron que las complicaciones y la muertes se presentaron en más de la mitad de los casos adultos mayores,¹⁹ se utilizaron técnicas quirúrgicas clásicas que hoy se mantienen vigentes.

Tercer momento: consolidación de la atención médica en el paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico. Desde 1980 a la actualidad.

La especialidad de Geriátrica se introdujo en 1980 en Cuba, alcanzó un pujante avance en la década de los 90, se comenzó a tratar al adulto mayor teniendo en cuenta su fisiopatología, sus rasgos propios, con su sintomatología y signología demorada. Se tuvo en cuenta la demora para llegar a la atención secundaria, por ocultar los síntomas o por falta de pericia en la atención primaria.

Se creó la Federación de Sociedades de Gerontología y Geriátrica de América Latina, inmersos en el contexto de la investigación, geriatras y gerontólogos, avanzaron parejos en la búsqueda científica.¹⁷

En mayo de 1992 se inauguró el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad en la Habana, hoy constituye el centro de referencia nacional para la

especialidad. La investigadora tuvo el criterio de que existe la necesidad de formar cirujanos geriatras o integrales dado el fenómeno demográfico que transitamos, al ser una arista débil dentro de la Cirugía. Más con la predicción de que se acentuará en los próximos años. ¹⁷

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ²⁰ se precisó como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años, categorizados en tercera edad, cuarta edad, los longevos y centenarios. La esperanza de vida siguió en aumento, se puede encontrar otra clasificación como: **primera edad**, hasta los 19 años, **segunda edad**, de los 20 años hasta los 59 años, **una tercera edad** de los 60 años en adelante, dentro de estos, de 60 años a 74 años están los **viejos jóvenes**, de 75 años a 89 años los **viejos - viejos**, de más de 90 años **los longevos**, los de más de 100 años **los centenarios** y los de más de 110 años **los supracentenarios**. ²¹

A finales de 1995 se inició en la Habana el Sistema de Urgencia Médica que dio cobertura a todo el país, se perfeccionó y originó el Subsistema Integrado de Urgencias Médicas, el que significó para la Cirugía una herramienta de valor en el diagnóstico y tratamiento precoz de muchas urgencias y emergencias médicas quirúrgicas, se creó con la finalidad de prestar mejor atención médica y cuidar la salud y bienestar de los pacientes, dentro de ellos los adultos mayores. ²²

En 1996 entró en vigor el programa de atención hospitalaria al adulto mayor. El programa creado persiguió diversos objetivos, entre los cuales

sobresalen: mantener un estado nutricional adecuado, aspecto importante en el adulto mayor, donde la atención primaria puede jugar un papel importante, al igual que el médico cirujano en la consulta externa al preparar o diagnosticar un paciente quirúrgico electivo, al tener en cuenta que el adulto mayor es frágil. Los indicadores clínicos de la fragilidad son la edad avanzada, presencia de comorbilidad y albuminemia inferior a 3 grs/l, ²² en la urgencia cuando existe desnutrición podemos calcularla y actuar sobre ella, es beneficioso para el paciente, así se hizo en este estudio.

Se experimentaron en estos últimos años avances importantes, en el conocimiento de la fisiopatología, los medios diagnósticos y el tratamiento. Refiriéndonos a la peritonitis y a la pancreatitis aguda fue evidente que conozcamos mejor las alteraciones fisiológicas según las implicaciones de mediadores de la respuesta inflamatoria sistémica, fundamentalmente las citocinas, los mecanismos de activación enzimática o los fenómenos de isquemia- reperfusión, por citar algunos de ellos. ¹

Enfrentamos el reto con lo que tuvimos y hablamos de modificaciones en el proceso de atención médica y ser perseverantes en la necesidad de conocer la fisiopatología del adulto mayor, las alteraciones en órganos y sistemas, sus peculiaridades sintomatológicas y signológicas, sus características psicosociales, las nuevas opciones diagnósticas y nuevas líneas de tratamiento.

El principio fundamental del tratamiento de la enfermedad en una persona adulta mayor estriba en combinar la experiencia clínica quirúrgica que utiliza las posibilidades de la medicina científica avanzada con una cuidadosa y afectuosa consideración del individuo y su personalidad.²³

La nueva tecnología radiológica ha aportado grandes avances en la definición de la etiología al igual en la decisión terapéutica de la intervención quirúrgica.²⁴ En la técnica operatoria hay que hacer una necesaria referencia en lo que ha supuesto la cirugía laparoscópica en el tratamiento de estos pacientes.

La ecografía es una exploración de empleo habitual en pacientes con dolor abdominal agudo, sin

embargo es dependiente de la habilidad del operador, en la actualidad se utilizan protocolos que han dado resultados para disminuir las laparotomías innecesarias y los falsos negativos en las apendicitis, también cuando se usa con doppler a color con compresión gradual tiene muy buenos resultados en la pancreatitis para buscar la presencia de necrosis pancreática.¹

La tomografía computarizada se ha hecho más delimitada con la existencia de la helicoidal, específica para enfermos con dolor en cuadrante inferior derecho con gran utilidad en las apendicitis, abscesos que proceden de la misma. Debemos reconocer su avance en el diagnóstico de la pancreatitis aguda potenciada con el uso de contraste en las formas más graves, su

problema es lo tóxico que es al riñón el contraste yodado y los efectos a la exposición repetidas a las radiaciones. ¹

El empleo del gadolinio intravenoso en la resonancia magnética ha mostrado buena tolerancia renal y ofrece más seguridad que los contrastes yodados, a considerar en las pancreatitis agudas permitieron su estadificación con similares resultados a los obtenidos con la tomografía computarizada helicoidal.

La tomografía computarizada helicoidal siguió siendo el método a emplear al explorar el espacio retroperitoneal y la transcavidad de los epiplones, al igual que en los abscesos abdominales y más aún cuando son provocados por apendicitis aguda.¹

Es difícil hacer un razonamiento totalmente cierto del papel de la cirugía laparoscópica en el abdomen agudo en el adulto mayor. Existen diversas tendencias y controversias del tema pues se habla de inconvenientes dado por el propio neumoperitoneo, grave para el paciente, sin embargo es el método que utilizamos en el país a pesar de que ya en el mundo existen otras etapas de desarrollo como la etapa de los 'gasless laparoscopic sugery,' y la Scarless surgery. Si el cirujano y el anestesista están adiestrados, pueden disminuir o eliminar esa repercusión negativa. Lo preciso es que el cirujano juicioso decida con criterio irrefutable y ético, lo que es mejor para el paciente y basarse en su propia experiencia. Esta modalidad de penetrar a la cavidad abdominal no está dentro de los objetivos de la investigación, pero está presente como el método

adecuado hoy día y será incluido en una etapa superior de la investigación. Naturalmente, ese cirujano prudente y juicioso no ha de ser renuente a admitir las innovaciones que se originen de la evidencia.¹³

En los últimos 100 años se está produciendo una revolución tan silenciosa como inusitada: la de la longevidad, lo que conduce a la aparición de nuevos medicamentos, métodos diagnósticos terapéuticos y conceptos socioeconómicos, así como al aumento de las necesidades, que ejercen un efecto importante sobre la política pública y dentro de ella la salud,²⁵ que es baluarte en Cuba por sentido de pertenencia.

El cuidado y bienestar del adulto mayor se convertirá en la piedra angular de la capacidad de los países, tanto desarrollados como subdesarrollados^{20,22} al tener presente que los años no son impedimento, en la cuarta edad y los longevos, existe creación, productividad intelectual, ejemplo de ellos tenemos muchos,²⁶ incluso en nuestro país. El programa hospitalario incluye la creación de los servicios de Geriátrica, lo que mejora la asistencia médica de este grupo de edad.

Los pacientes quirúrgicos alcanzan según reportes internacionales el 43%, de la totalidad de los atendidos por los servicios de urgencia.²⁶ En la institución hospitalaria donde se desarrolla la investigación, la demanda de estos servicios creció cada día, en el año 2008 se expuso un incremento de 2321 pacientes atendidos con respecto al año anterior con relación al total de casos de todas las edades, lo que supuso un aumento en un 19,6% de los casos asistidos en el sistema de urgencias hospitalario de Cirugía y un

47% de esos pacientes eran adultos mayores y el 50% de esos adultos mayores fueron intervenidos por un abdomen agudo, a nivel nacional no encontramos el dato.

Cada día hay más adultos mayores, de igual forma acuden más adultos mayores a los servicios de urgencias hospitalarios en busca de atención médica, se incrementan los adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico, se intervienen quirúrgicamente mayor cantidad de estos pacientes, se eleva el número de complicaciones en estos pacientes operados y aumentan las muertes, por lo que se pudo observar una tendencia al incremento en la incidencia, morbilidad y mortalidad de este grupo de edad con esta afección. La exposición anterior nos permitió establecer las precisiones siguientes.

- **En la primera etapa:** el instinto de observar sólo la unidad biológica del sujeto enfermo, con superioridad del punto de vista positivista, trajo limitaciones en la atención que puede brindarse a la persona enferma.
- **En la segunda etapa:** resaltó el enfoque curativo que fue de una posición pospositivista hacia un nuevo paradigma constructivista. Ocurrió un proceso de atención más integral con la asistencia de la Geriatría como especialidad consultante que aún no beneficia al paciente totalmente, sobresalió el papel de la atención secundaria.
- **En la tercera etapa:** hubo una idea diferente en el actuar de este conflicto médico al integrar diagnóstico y tratamiento en el paciente que previó todas sus modificaciones funcionales a la cual se le pudo

interconsultar y conceder patrones de conductas seguidas por el propio cirujano de asistencia ya capacitado, desde las diferentes disciplinas relacionadas con el abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor, transitando hacia un paradigma crítico en la investigación. Las precisiones emanadas del estudio histórico hablaron de la necesidad de profundizar en las principales características del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor desde los servicios de urgencia hospitalarios.

1.3 Enfoques conceptuales del abdomen agudo quirúrgico en la medicina contemporánea

El razonamiento de los cimientos teóricos e históricos del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor desde la Cirugía General como especialidad en el contexto de los servicios de urgencia partió de una progresión conceptual, **de reducir el riesgo a aumentar las complicaciones y las muertes**, de la relación de hacer un buen y rápido diagnóstico al igual que objetivar el proceder terapéutico para este problema quirúrgico. Esta realidad, de estos elementos en el estado de la ciencia, se debieron, a la propia diversidad clínica quirúrgica y terapéutica de la enfermedad en el accionar de los profesionales involucrados en este fenómeno, al considerar que cada disciplina médica lo hace en dependencia a los objetivos particulares de su ciencia y no en la integralidad e individualidad.

El término de abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor ha sobrevivido durante más de un siglo y la razón hay que buscarla en su

utilidad, al concatenarla a una especialidad que vincula las particularidades de un grupo de edad extrema que es la senectud, conforma algo doblemente complejo.

A pesar de los años se mantienen los conceptos y las clasificaciones clásicas, defendidas por diferentes autores, criticadas en ocasiones por sus detractores, pero conservadas a través de los tiempos.

Existen definiciones múltiples, pero todas llegan a un punto convergente, se utilizaron variados términos para reconocerlo. En revisión de la National Library of Medicine definió el abdomen agudo como una entidad clínica que corresponde a un síndrome caracterizado por dolor abdominal que su gravedad, los síntomas y los signos asociados pueden simular una peritonitis aguda, de igual manera puede o no tratarse de una afección quirúrgica.²⁷

Otros términos conceptuales utilizados en literatura médica son:

- Síndrome caracterizado por dolor abdominal, signos de reacción peritoneal y efecto sobre el estado general, particularidades que obligan generalmente a la realización de una intervención quirúrgica.²⁸
- De igual manera se plantea que es una urgencia abdominal de gran probabilidad quirúrgica que comprende un amplio grupo de afecciones las 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.²⁸

- Otra definición es una situación clínica que se presenta como una molestia abdominal aguda, cuyo síntoma principal es el dolor que sugiere una enfermedad que pone en peligro la vida del enfermo y que por este motivo, casi siempre debe resolverse mediante una intervención quirúrgica de urgencia. ²⁹
- Se dice que abdomen agudo quirúrgico es un proceso de carácter grave y evolución rápida que se desarrolla en la cavidad peritoneal y que exige usualmente la intervención quirúrgica urgente para evitar complicaciones graves o la muerte. ³⁰
- Para la investigadora, abdomen agudo en el adulto mayor es un síndrome caracterizado por dolor abdominal de aparición variable e insidioso, potencialmente mortal, que provoca alteraciones locales y sistémicas en dependencia de la etiología, la fase evolutiva y del deterioro fisiológico del paciente, necesitando de un diagnóstico precoz y en la mayoría de las veces tratamiento quirúrgico.

La comprensión del fenómeno que se investigó en el proceder diagnóstico y terapéutico como aspectos elementales, quedó plasmado en el siguiente capítulo como parte de la concepción teórica del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico que se propuso.

1.4 Objetivos terapéuticos en el abdomen agudo quirúrgico en adulto mayor.

Estuvieron determinados por la certeza y rapidez con que el profesional hizo el diagnóstico con una anamnesis cuidadosa, un examen físico minucioso e investigaciones diagnósticas imprescindibles, el logro de conseguir en el menor tiempo posible llevar al paciente en las mejores condiciones posible al quirófano, teniendo en cuenta las afecciones comórbidas, evitar la agresividad quirúrgica y muy importante disminuir el tiempo quirúrgico, evadir la agresión prolongada del agente anestésico producto de las alteraciones en la farmacocinética, que causan alteraciones en diferentes órganos vitales.

Se estipularon las diferentes aristas en la disminución de aparición de complicaciones y muertes al analizar los objetivos de conducción en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los diferentes contextos de actuación de la integralidad y en lo individual, fue el principio fundamental de esta propuesta.

Desde principios del siglo pasado la bibliografía escrita del abdomen agudo fue mucha pero no dedicada a este grupo de edad con sus particularidades, no existen normas que puedan servirnos como punto de partida. La investigadora consideró importante como destrezas objetivas en la actuación de esta disyuntiva de la Cirugía contemporánea, compensar los órganos vitales, sin obviar la fisiopatología del adulto mayor, defender las intervenciones seguras, utilizar el menor tiempo quirúrgico posible, un seguimiento adecuado en el postoperatorio alerta a

las complicaciones y su diagnóstico precoz, no a las intervenciones heroicas y no uso indiscriminado de medicamentos, el adulto mayor no perdona la demora quirúrgica y mucho menos cuando se trata de una complicación.

En el adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico se une la fisiopatología de la afección, con los rasgos en dependencia del deterioro de los órganos y sistemas de forma personalizada, más la fisiopatología propia del envejecimiento.

Se debe mantener los cuidados generales, deambulación precoz, la atención psicosocial y la rehabilitación, como pilares básicos en la prevención y aparición de complicaciones y muertes, se formularon dos propósitos: un diagnóstico rápido, certero y una conducta terapéutica correcta, todo con enfoque psicosocial y biológico.

Se dispuso un progreso en la rama de la Cirugía, de forma integral e individual y se brindó un nuevo conocimiento a partir de un proceso con un soporte teórico fuerte que permitió tener elementos de trabajo para facilitar una óptima atención a este tipo de paciente: **"Modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico"** en correspondencia con los conceptos de llevar la tecnología conjuntamente con la clínica a nuestra sociedad. ³¹

Conclusiones del Capítulo 1

- El procesamiento empírico y teórico efectuado admitió progresar en los fundamentos teóricos y metodológicos precisos para determinar la lógica investigativa, a partir de la cual se precisan.
- Se establecieron los fundamentos teóricos e históricos sobre el abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor desde la Cirugía General y en la asistencia de urgencias hospitalarias en este medio de atención, se aceptó establecer la oportunidad de esta investigación, en lo concerniente al diagnóstico y tratamiento.
- El razonamiento del perfeccionamiento histórico de los antecedentes y tendencias del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor se efectuó sobre la base de razones e indicadores determinados, los cuales revelaron un conjunto de precisiones por etapas que confirman la necesidad de profundizar en el tema que se investiga.
- La idea de la investigación partió desde la Cirugía General como ciencia, la cual dirigió la atención hacia la determinación de una definición, el aumento del riesgo de complicación, de la muerte y la introducción de un nuevo objetivo, la integralidad e individualidad diagnóstica y terapéutica con un enfoque psicosocial y biológico.
- El perfeccionamiento y avance tecnológico imaginológico se mostró con todas las gamas existentes en función del diagnóstico del abdomen

agudo quirúrgico en el adulto mayor, con sus indicaciones fundamentales.

- La posibilidad de utilizar algunos métodos científicos permitió a la investigadora, exhibir un conjunto de elementos que caracterizaron esta afección en el adulto mayor desde los servicios de urgencias hospitalarios y sus diferentes eslabones. Las precisiones anteriores muestran la necesidad de establecer fundamentos teóricos y prácticos que perfeccionen dicho proceso médico integral del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico no traumático.

CAPÍTULO 2. DIAGNÓSTICO DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO 2005-2008

2.1. Objetivos

General:

Evaluar el comportamiento de las afecciones que provocan el abdomen agudo quirúrgico del adulto mayor en el Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin de Holguín, desde enero 2005 a enero 2008.

Específicos:

1. Describir el comportamiento quirúrgico de algunas variables de interés.
2. Estimar la tasa de letalidad en los pacientes estudiados.

3. Elaborar una herramienta de trabajo para la concreción en la práctica del modelo, con acciones y procedimientos para ofrecer atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

2.2. Diseño metodológico.

Para dar salida al **objetivo 1** se realizó un estudio descriptivo prospectivo de serie de casos sobre la atención médica de los adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico de urgencia en el servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin durante el período de enero 2005 a enero de 2008 con la finalidad de diagnosticar el comportamiento del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes adultos mayores operados por esta afección durante el período de enero 2005 a enero 2008 que llegaron al servicio de Cirugía de urgencia en busca de atención médica.

Los criterios de inclusión de la investigación fueron:

- Pacientes adultos mayores de ambos sexo que acudieron a Cuerpo de Guardia del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin presentando abdomen agudo quirúrgico.
- Pacientes que ellos o sus familiares desearon participar en la investigación.
- Pacientes pertenecientes a la provincia Holguín.

Los criterios de exclusión de la investigación fueron:

- Pacientes adultos mayores con enfermedad neoplásica terminal, por la posibilidad de influir en la evolución del paciente.
- Pacientes adultos mayores con una historia clínica incompleta, que no brinde los datos necesarios para la investigación.
- Pacientes adultos mayores operados por vídeo laparoscopia, que no se encuentra dentro de los objetivos de la investigación.

Para dar salida al objetivo 2: se trabajó con la fórmula para estimar tasa de letalidad, que fue realizada.

$$TL = \frac{\text{Fallecidos operados de aaq > de 60 años enero 2005 enero 2008}}{\text{Pacientes operados de aaq > de 60 años enero 2005 enero 2008}} \times 100$$

Para dar salida al objetivo 3 operacionalizar las diferentes variables para procesar el modelo, con la representación que se manifiesta en la práctica en el diagnóstico, y el tratamiento, incluyendo el preoperatorio, transoperatorio y el postoperatorio.

Los pacientes operados que cumplieron los requisitos para el estudio fueron 388.

2.3. Operacionalización de las variables. Se trabaja con varias variables que se operacionalizan cuidadosamente y de forma clara, algunas de ellas son: edad y sexo, factores de riesgos, diagnóstico preoperatorio y operatorio, investigaciones diagnósticas imprescindibles, tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, complicaciones y fallecidos, se puede ver en (**anexo 1**)

2.4. Técnicas y procedimientos.

La recolección de datos estadísticos se realizó a través de un formulario, (**anexo 2**) la cual se llenó de forma directa con el paciente, ya que estos fueron atendidos por la investigadora en el servicio de Cirugía General y otros datos fueron obtenidos de la historia clínica. Toda la información fue recogida por los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) y la autora. Se efectuó el vaciamiento de los datos primarios en una base de datos en Excel con las variables estudiadas.

2.5. Ética.

La ética médica está definida por el respeto a la población, su derecho a la autodeterminación, privacidad, integridad y autoestima, basado en esto fue aplicado a todos los pacientes de este estudio previo consentimiento. (**anexo 3**)

2.6. Estrategia de procesamiento estadístico.

Completo el formulario diseñado con las variables, se procesó en el programa Microsoft Excel que nos permitió agruparlos, se empleó escalas ordinales o nominales, según variables y los resultados fueron estudiados mediante el uso de distribución de frecuencias y porcentajes, se presentaron en tablas simples, de doble entrada y gráficos.

2.7. Resultado y Discusión.

Las tablas del capítulo que no se localizan en el texto se encuentran en el (anexo 4)

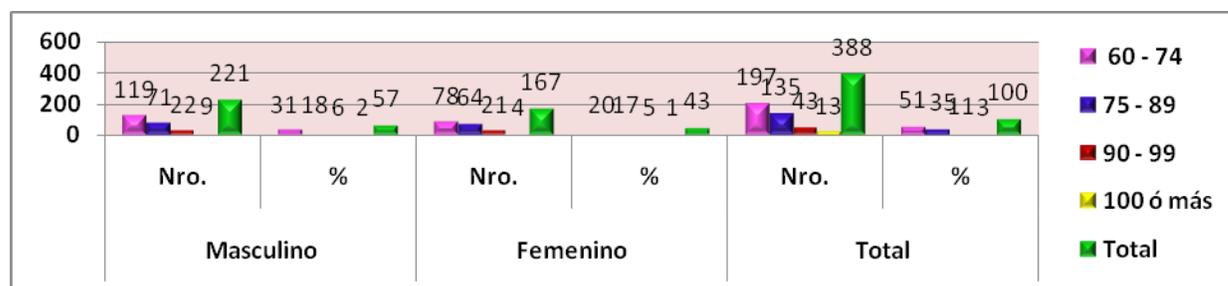
La distribución por edad, **gráfico 1**, mostró que con el avance de los años, la frecuencia de presentar abdomen agudo quirúrgico disminuye. Es difícil hacer comparación de la edad, debido a que la distribución de frecuencias utilizada en la literatura es muy desigual.

Como se observó el comportamiento tendió a un incremento de los casos en la tercera edad, de 60-74 años, con un 51,00%; y 35,00% en el grupo de 75-89 años o cuarta edad.

En los pacientes longevos se presentó en un 11,00%, lo que se debe a una coincidencia de la media de la expectativa de vida, que ya alcanza los 80 años para la mujer en Cuba, coincidiendo con este trabajo otros autores. ^{32,}

^{33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40} .El **sexo** que predominó fue el masculino con 57,00% y el femenino con un 43.00%. La literatura revisada exhibe resultados similares. ^{41, 42,43, 44, 45, 46, 47, 48.}

Gráfico 1. Distribución por edades y sexo de pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008



Fuente: Historia clínica individual

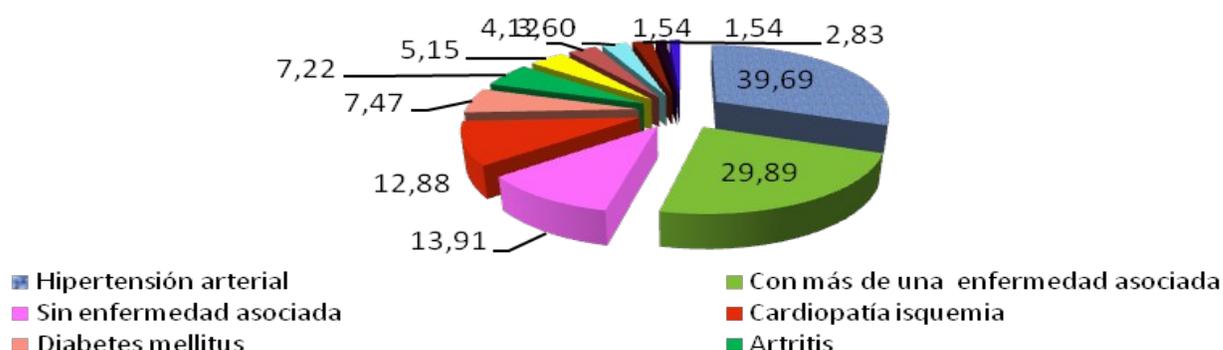
La exposición al estrés, hábitos tóxicos con mayor intensidad en el hombre influye en este comportamiento y así lo exhiben diferentes autores tanto nacional como internacional. ^{32, 33, 38, 42, 43, 47.}

Es prudente observar cómo en el **Gráfico 2** predominaron las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial ocupó el 39,69%, similar a resultados obtenidos en estudios de Batista, ³⁸ trabajo realizado por Piriz, ³⁹ y otros autores ^{33, 34, 36, 44, 49, 50, 51} relacionados con la edad del adulto mayor.

Encontramos que hubo pacientes con más de una enfermedad asociada en un 29,89%, lo que caracteriza al adulto mayor, es decir la presencia de la polipatología.

Las enfermedades que se encontraron coincidieron con muchos autores: la cardiopatía isquémica con 13%, EPOC con 16%, obesidad 3,60%, diabetes mellitus 7,47%, artrosis 7,22%. ^{32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41}

Gráfico 2. Factores de riesgo de los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008.



Fuente: Historia clínica individual

Sin embargo se observó un 13,91% sin enfermedad asociada, en trabajo realizado por Batista ³⁸ de la provincia de las Tunas, en Hospital Ernesto Guevara de la Serna de 2002 a 2004, el porcentaje de sanos fue del 35%, lo cual presumimos se debe a una dificultad en la dispensarización de la atención primaria, pues somos provincias colindantes y con población de similares características.

En el diagnóstico preoperatorio como se observó en la **Tabla 1**, en los adultos mayores se presentó la oclusión intestinal en un 47,16%, la colecistitis aguda en 24,23%, la apendicitis aguda con un 7,98%, la úlcera péptica perforada con un 7,47% y la trombosis mesentérica con un 6,44%, este último comportamiento fue alto y la investigadora consideró se debió a la coincidencia con los factores de riesgo.

Predominaron las enfermedades cardiovasculares que tanta incidencia tiene en la provincia y en el país. La isquemia o trombosis mesentérica no se reporta con similar presentación en la literatura nacional, se observa con un porcentaje más bajo. ^{40,43, 43, 46, 50.}

En el estudio realizado por Espinosa, ³⁴ el 71% de los casos están dado por 4 causas: afección bilio-pancreática en un 31,1%, la obstrucción intestinal con 17,7%, las hernias complicadas de la pared abdominal con un 13,3% y enfermedades ulcero pépticas un 8,9%, afines con lo señalado por otros autores. ^{46, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58.}

La apendicitis aguda reduce su frecuencia con el incremento de la edad, se presenta en el adulto mayor de forma atípica, con predominio de la forma

pseudoclusiva, progresa rápidamente, muchas veces lo que se trata es la complicación y desciende del primer lugar en el adulto joven a uno de los últimos peldaños.³⁸

Chávez Ampuero,⁵⁷ en Perú obtuvo como diagnóstico preoperatorio la obstrucción intestinal en un 41,1%, en un 23,1% la afección biliar y en la apendicitis aguda el 20,3% similar el comportamiento con este trabajo, sin encontrar de forma significativa el reporte de la trombosis mesentérica.

Es llamativo cómo en este estudio el porcentaje de trombosis mesentéricas casi alcanzó el de la apendicitis aguda, a pesar de ser esta una enfermedad que desciende su frecuencia según incrementa la edad, es prudente resaltar que los 25 casos presentados de trombosis mesentérica en el estudio mostraron los antecedentes de enfermedades cardiovasculares, por lo que no se debe descansar las acciones preventivas y curativas en la atención primaria de salud, además de representar este resultado una preocupación para la institución y la provincia.

Quintana¹⁰ habla que en el adulto mayor las enfermedades biliares se triplican. La oclusión intestinal está dentro de las causas más frecuentes del abdomen agudo quirúrgico en el mayor de 60 años, más a expensas de las formas tumorales, las herniarias y la presencia de bridas, ya que generalmente cuando se llega a esta edad extrema de la vida una mayoría de los pacientes ya han sido operado una primera vez.³⁹

Se observó en el **Gráfico 3** un uso inadecuado de las investigaciones diagnósticas imprescindibles, los pacientes fueron operados sin que se les realizaran los estudios más elementales de los órganos vitales, mal que se padece al tratar a un adulto mayor, sólo interesó lo que pasaba en el abdomen y no se valoró al paciente de forma integral y de esta forma lograr llevarlo en mejores condiciones al acto quirúrgico. Es prudente cumplir con este aspecto y los resultados serán más alentadores.

El **hemograma con diferencial** se le realizó a todos los pacientes que fueron atendidos, es bueno tener presente que se pueden ver pacientes con peritonitis que pueden presentar valores normales de leucocitos.

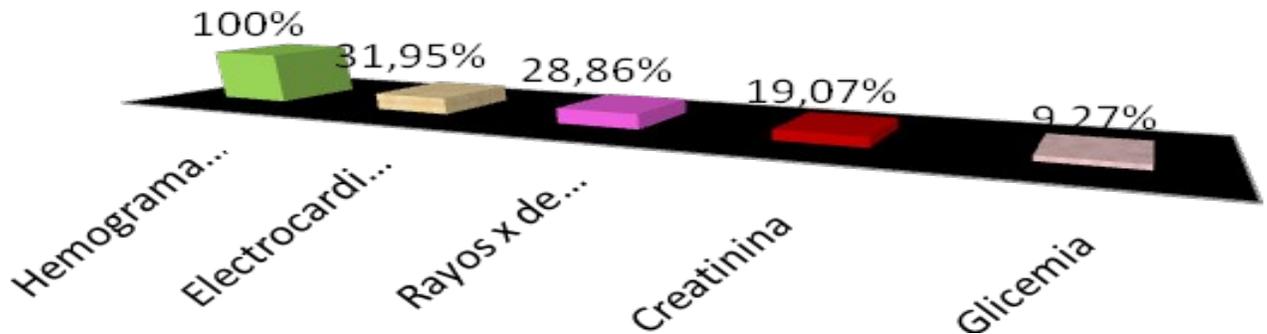
Creatinina: se realizó en un 19,07% de los pacientes, se puede ver un adulto mayor con creatinina sérica normal, pero la filtración glomerular debe estar disminuida, hay que tener presente al prescribir medicamentos y dentro de ellos los nefrotóxicos.

Glicemia: se realizó buscando trastornos endocrinos metabólicos a veces desconocidos y es importante detectar la hiperglicemia en pacientes crítico, en el abdomen agudo. ⁵⁸

Radiografía de tórax y electrocardiograma: se realizaron para conocer el estado funcional del pulmón y el corazón y adoptar conductas venideras, solamente se realizó en un 28,86% el primero y el 31,95% para el segundo examen investigativo.

Gráfico 3. Investigaciones diagnósticas imprescindibles realizadas en los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo

**quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario
Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008.**



Fuente: Historia clínica individual.

Hubo dificultad con la realización de estas investigaciones diagnósticas, necesarias para tener una idea del funcionamiento de los órganos dianas, actuar sobre ellos para lograr llevar al paciente lo mejor posible al quirófano y poder obtener una respuesta más adecuada en la intervención quirúrgica de urgencia que se le propone al paciente, la investigadora consideró es uno de los problemas más importantes a resolver, el cual garantiza en un gran porcentaje el resultado de la intervención, independientemente del uso de una adecuada y prudente técnica quirúrgica.

Este aspecto fue difícil de comparar con otros trabajos pues están relacionados en muy poca literatura.

Existen otros estudios que se indicaron en dependencia de la afección que se trata, que se dejan a consideración del médico de asistencia, en dependencia de su juicio médico y la gravedad del paciente.

El mayor número de casos en el diagnóstico operatorio como se observó en la **Tabla 2** lo tuvo la oclusión intestinal con un 46,13%, de estos por tumor el 19,33%, por hernias complicadas de la pared abdominal el 18,30%, por bridas el 7,73% y por vólvulo del sigmoides un 0,77%. La colecistitis aguda con un 25,52%, la úlcera perforada con 7,21%, apendicitis aguda con un 7,98%, que coinciden con los resultados de otros autores.^{10, 47,52.}

Algunas bibliografías revisadas hablan de las cuatro primeras causas del abdomen agudo. El hondureño Membreño⁴⁶ expuso las vías biliares, íleos intestinales mecánicos, las úlceras pépticas perforadas y las diverticulitis agudas del colon, no coinciden con esta investigación, consideró la autora se debe a las costumbres o hábitos alimentarios del país donde se realizó el estudio.

En el trabajo revisado de Quintana¹⁰ Camagüey, obtuvo el protagonismo en la cirugía de urgencia las hernias complicadas de la pared abdominal con 31,62% y en los pacientes mayores de 70 años se presentaron con mayor frecuencia la obstrucción mecánica del intestino de causa no herniaria (bridas, vólvulos, neoplasias y procesos inflamatorios).

Garza⁴⁸ en México informó resultados similares, mientras que en Italia Roseano⁴⁹ reportó mayor incidencia de afecciones biliares, colorectales y gastrointestinales. Aunque se ha descrito que el cáncer es cada día más una enfermedad de la edad

avanzada ^{51,52 53} en esta investigación se encontró moderada incidencia de intervenciones quirúrgicas por esa causa.

Ojeda en Bayamo ³⁵ encontró que el síndrome oclusivo fue la afección quirúrgica más frecuente, la oclusión intestinal por bridas postquirúrgicas en el 49,50%, superior a nuestros resultados en un 41,77%; le siguen las hernias con una incidencia de un 35%.

De los casos ocluidos en la investigación el cáncer colórectal ocupó el 7,5%, siendo el total de esta afección en este trabajo el 19,33%, lo que es muestra de dificultad en el diagnóstico precoz de esta afección en la atención primaria de salud, aspecto de mucha importancia, que necesita de su cumplimiento y control por parte de las autoridades autorizadas.

En la **Tabla 2ª** vemos como al 87,11% se les realizó un diagnóstico correcto, unas 190 por cada 100 mil intervenciones quirúrgicas son realizadas en pacientes adultos mayores, ⁵² debido a que en esta época de la vida hay un aumento de las entidades que elevan el índice de intervenciones quirúrgicas.

En este estudio se realizó el diagnóstico preoperatorio de oclusión intestinal en un 47,13%, por tumor el 19,33%, la afección herniaria complicada de la pared abdominal en un 18,30%, por bridas el 7,73% y por vólvulo del sigmoides el 0,77%.

En el acto operatorio se encontró el 7,73% de oclusión intestinal por bridas considerándose bajo, si lo comparamos con trabajos realizados, ^{10, 32, 35,} con similar comportamiento en estudio realizado por la autora en adultos

jóvenes ⁵⁹ y el 19,33% por oclusión intestinal mecánica con presencia de tumoración, con un comportamiento moderado, al entender de la investigadora, con relación al comportamiento de la incidencia de los tumores en el país y en el mundo.

La colecistitis aguda se diagnosticó preoperatoriamente en un 24,23% de los casos y en el acto quirúrgico se encontró el 25,52%. De los 99 casos operados, el 2,06% no se les realizó Ultrasonido y Laparoscopia a pesar de estar normado, lo que contribuyó a no subsanar el diagnóstico preoperatorio, además de constituir una violación de las Normas de Cirugía vigentes en el país.

Se hizo el diagnóstico preoperatorio en un 6,44% con trombosis mesentérica por el cuadro clínico y el alto índice de sospecha en pacientes con enfermedades cardiovasculares, de ellas se corroboraron en el acto operatorio un 6,18% y de ellas el 2,58% eran segmentarias, se le realizó resección y anastomosis, no se utilizaron otras alternativas terapéuticas, el tratamiento vascular en el hospital donde se realizó la investigación es aún incompleto.

La úlcera péptica perforada se vio representada preoperatoriamente en un 7,47%; se diagnosticó operatoriamente un 7,21%. Provocó dificultad diagnóstica la apendicitis aguda con varias horas de evolución, que enmascaró el cuadro clínico; se comprobaron en un 5,67%.

Hubo un 2,83% con laparotomías innecesarias, proporción baja, pero la investigadora consideró este número de pacientes se pudo disminuir al

utilizar los medios diagnósticos al alcance del médico de guardia, de igual manera que la no correlación entre el diagnóstico preoperatorio y el operatorio en este trabajo, el comportamiento no fue alto, un 12,89%, pero presentó las mismas dificultades antes mencionadas, es decir no se agotó el uso de los medios diagnósticos al alcance en los servicios de urgencias hospitalarios, que en muchos casos pueden evitar laparotomías innecesarias o diagnósticos tardíos en este tipo de paciente.

Encontramos que en Chile ³⁴ se presentó el 15,60% entre ambos diagnósticos, superior al resultado de este estudio, de similar manera lo hace Geloren, ⁵³ que señaló una variación de 20% apoyado en exámenes, cirugía o necropsia, y en investigación realizada en Las Tunas se obtuvo un 12,7%. ³⁸

Se vio en el **Gráfico 4** que el tiempo de evolución de menos de 24 horas fue de un 33%, sin embargo en el periodo de 24 a 48 horas fue un 57% y más de 48 horas de un 10%.

Cerero ⁶⁶ en su trabajo obtuvo el 25% con menos de 24 horas de evolución, de 24 a 48 horas tuvo una presentación de 33,3%, y con más de 48 horas el 41,6%.

Vemos cómo el por ciento de los pacientes que acuden al Cuerpo de Guardia después de las 48 horas ya es menos representativo. Se observa que el 33% acudió al hospital antes de las 24 horas, esto puede ser muestra de la educación de la población, pero no coinciden los resultados

de este trabajo con los del Hospital de las Tunas ³⁸ a pesar de ser provincias colindantes y poblaciones relacionadas.

El trabajo de la investigadora coincidió con otros autores.^{37, 54.}

Gráfico 4. Tiempo de evolución preoperatorio de los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008.



Fuente: Historia clínica individual.

En la **Tabla 3** de los casos de este estudio el 92,26% fueron tratados por lo establecido en las Normas de Cirugía. Aún en el servicio no se han realizado las guías de buenas prácticas en el adulto mayor.

De ellos el 7,74% se les realizó un proceder o técnica quirúrgica que prolongó la intervención y pudo influir en la presencia de complicaciones al tener mayor exposición al agente anestésico.

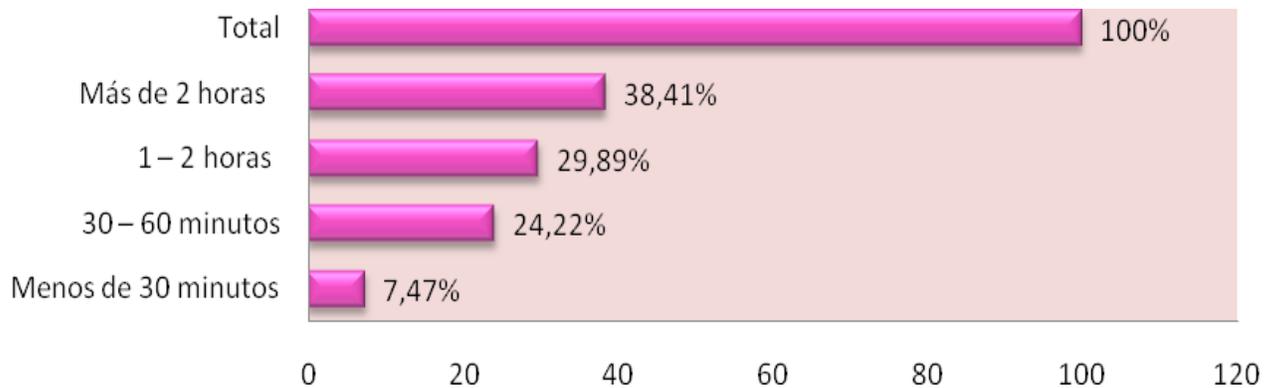
La edad no es una contraindicación operatoria y menos en la urgencia, se debe tener en cuenta que

cualquier demora en el diagnóstico o tratamiento y la prolongación del tiempo quirúrgico aumenta significativamente la ya reconocida alta morbilidad y mortalidad de la sepsis abdominal. ⁶⁶

Se encontraron 18 plastrones apendiculares y se intentó apendicectomía en un 2,57% con un tiempo anestésico superior y una evolución tórpida, un 2,57% con colecistitis agudas, utilizando más de 3 horas de anestesia y a 3 de ellas no se les pudo realizar colecistectomía, (cuando a veces es necesario en el adulto mayor hacer colecistostomía), observándose entonces una evolución más favorable.

Se detectaron 8 pacientes 2,06% entre pancreatitis hemorrágica y colecistopancreatitis, se realizó lavado de la cavidad a todas, a 4 de ellas se colecistectomizaron y a una se drenó las vías biliares.

Consideramos que el 7,74% de los pacientes operados por procedimientos no normados no constituyen una proporción alta, pero sí una violación de lo establecido o normado por el Grupo Nacional de Cirugía. **Gráfico 5. Tiempo quirúrgico de los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008.**



Fuente: Historia clínica individual.

El tiempo quirúrgico se comportó con menos de 30 minutos en un 7,47%. De 30 a 60 minutos, con el 24,22%, de 1 hasta 2 horas fue del 29,89% y más de 2 horas el 38,41%. Con más de 4 horas encontramos un 1,80%, estos dos últimos comportamientos muy desfavorables para el paciente adulto mayor, por el tiempo de exposición al agente anestésico, actuando sobre órganos con cierto desgaste por los años.

La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) presentó la clasificación para definir el riesgo quirúrgico de acuerdo con las limitaciones funcionales que causan las enfermedades existentes.

Al comparar la curva de mortalidad con la clasificación de ASA no se puede deducir que la mortalidad postoperatoria se relacione más con las enfermedades coexistentes que con la edad cronológica.

La prolongación del tiempo quirúrgico repercute en diversas complicaciones que pueden tener lugar en el transcurso del transoperatorio y el postoperatorio inmediato o mediato. ⁶⁵

Tabla 4. Comportamiento de las complicaciones en los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008.

Complicaciones	Enfermedades	Nro.	%
Inmediatas	Infarto agudo del miocardio (IMA)	4	1,03
	Hemoperitoneo postoperatorio	3	0,78
	Coleperitoneo	2	0,51
	Retención urinaria	2	0,51
	Tromboembolismo pulmonar	2	0,51
Total inmediatas		13	3,35
Mediatas	Íleo paralítico	22	5,67
	Sepsis de la herida	20	5,15
	Insuficiencia prerenal	14	3,60
	Peritonitis	11	2,83
	Bronconeumonía	10	2,57
	Retención urinaria	10	2,57
	Evisceración	6	1,74
	Dehiscencia de la herida	3	0,78
	Edema agudo del pulmón	3	0,78
	Shock séptico	2	0,51
Total Mediatas		101	26,03
Total		114	29,36

Fuente: Historia clínica individual.

Se encontró un 3,35% como se pudo ver en la **Tabla 4** de complicaciones inmediatas. En este período la mayor representatividad la tuvo el infarto agudo del miocardio con un 1,03%.

Las complicaciones mediatas fueron un 26,03%, el íleo paralítico un 5,67%, la sepsis de la herida en un 5,15%, la insuficiencia prerenal en un 3,60% y un 2,83% con peritonitis, estas fueron las más distintivas Estudio realizado

por Chávez Ampuero en Perú ⁵⁷ arrojó una incidencia de complicaciones del 74,3%, muy superior al resultado obtenido en este estudio.

Consuegra de Cienfuegos, ⁶⁰ expone el íleo paralítico, el desequilibrio hidromineral y ácido básico junto a la sepsis respiratoria como las complicaciones más frecuentes, coincide con este trabajo en el íleo paralítico, que se considera existió por un desequilibrio hidroelectrolítico y se interpreta como efecto y causa. Se observó que el número de complicaciones mediatas fue alto e influyó en el incremento de la estadía.

Valdés en el Fajardo ⁹ reportó que las complicaciones más comunes fueron la infección de la herida, la peritonitis, la bronconeumonía y la insuficiencia cardíaca, lo que coincide con lo notificado en la literatura. ^{36, 37, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70.}

López Cuevas ⁶⁷ planteó un alto número de complicaciones cardiovasculares postquirúrgicas en pacientes intervenidos de urgencia. El trabajo no tuvo similitud en este resultado a pesar de haber un 39,69% de pacientes con factores de riesgo cardiovasculares, estas complicaciones no predominaron.

Beltrán ⁶⁸ en trabajo de reparación herniaria por hernioplastia de Lichtenstein de urgencia en Chile encontró complicaciones como infecciones del sitio quirúrgico, al igual a otros autores. ^{69, 70, 71, 72.}

En la investigación se encontró el 3,60% con insuficiencia renal aguda (IRA) o fracaso renal agudo (FRA) caracterizado por disminución de la filtración glomerular y retención de productos nitrogenados como urea y

creatinina en sangre que puede acompañarse de cambio en el volumen urinario. ^{73, 74.}

La recuperabilidad de estos dos tipos de FRA depende del reconocimiento temprano y el tratamiento

oportuno, para de esta forma evitar un daño renal progresivo severo y que condicione una IRA de tipo intrínseca, ocasionada por factores pre y posrenales excesivamente prolongados. ^{75, 76} La IRA intrínseca es también denominada con los términos de necrosis tubular aguda (NTA), IRA isquémica y/o nefrotóxica y está asociada con un daño parenquimatoso renal de intensidad variable y su recuperabilidad estará en dependencia de la intensidad del daño producido. ^{77, 78}

En los países subdesarrollados y aquellos que están en vías de desarrollo las causas más comunes son las pérdidas excesivas de líquidos y electrolíticos, sobre todo en las enfermedades diarreicas infecciosas, en la hemorragia obstétrica, el aborto séptico, el uso de drogas nefrotóxicas, las transfusiones incompatibles y la hemoglobinuria causada por una deficiencia de la glucosa 6 fosfato deshidrogenasa. ^{79, 80.} En este trabajo las causas fundamentales fueron: las intervenciones prolongadas y el uso de antibióticos nefrotóxicos.

Como se observó en la **Tabla 5** fueron necesarias las reintervenciones en un 7,47%; la causa que predominó fue la peritonitis en un 2,83%. En estudio realizado por Valdés en el Fajardo ⁹ tuvo necesidad de reintervenir

en un 18,8% de los pacientes, superior al trabajo realizado en el hospital que se realiza la investigación.

En Hiroshima ^{80, 81.} se obtuvo un índice que osciló entre 0,5 y 15%, mientras que en estudios llevados a cabo en universidades de los EE.UU y España se recoge una representación de reintervenciones de aproximadamente 2,5% ^{82, 83} que se refieren a estudios de pacientes adultos de todas las edades, no se observa un alto número de reintervenciones.

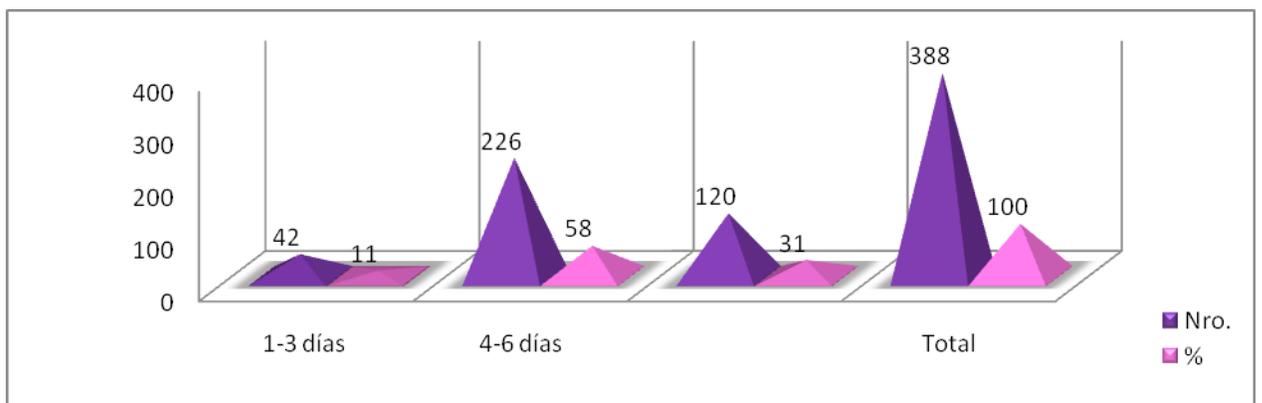
La edad es uno de los factores pronósticos más importantes que inciden sobre el desarrollo de complicaciones, sobre todo de peritonitis. ^{8, 87.}

Batista ³⁸ en Las Tunas encontró un 2,4% de peritonitis por dehiscencia de la sutura intestinal, abscesos intrabdominales un 1,8%, peritonitis por perforación traumática del intestino en un 1,2%, coleperitoneo en 1,2%, hemorragia postoperatoria 0,6%, resultado muy similar en proporciones al realizado en la investigación. Detrie ⁸³ plantea que los síndromes peritoneales forman el grupo más importante de hallazgos postoperatorios y son causa del 60% de las reintervenciones. En el trabajo existió necesidad de reintervención en un 7,47%, el cual no se consideró alto por la investigadora.

La estadía hospitalaria, como se pudo ver en el **Gráfico 6** tuvo mayor representatividad de 4 a 6 días, con un 58,00% en la cual se encuentran los pacientes que tuvieron una evolución satisfactoria o una complicación de rápida solución lo que la investigadora considera adecuado para este

tipo de paciente, que tiene sus particularidades. Este resultado coincide con varios autores. ^{37, 38, 39, 42, 49, 62, 69.}

Gráfico 6. Estadía hospitalaria de los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008.



Fuente: Historia clínica individual.

El comportamiento de la estadía de una semana o más se encontró en un 31,00%, lo que influyó la presencia de complicaciones postoperatorias que hizo que los pacientes permanecieran más tiempo de ingresados y esto tuvo una repercusión directamente proporcional con el incremento en el costo hospitalario.

De 1 a 3 días sólo hubo en este estudio un 11,00%, pues la corta estadía en el adulto mayor se ha

limitado por la no existencia de un seguimiento diario y sistemático del consultorio médico de la familia

transitoriamente en estos últimos tiempos.

Es evidente que predominaron los pacientes con una estancia hospitalaria de 4 a 6 días, lo que la investigadora consideró adecuado para este tipo de paciente.

En la **tabla 6** el total de los fallecidos, fue de un 15,72%. Predominó el sexo masculino con 9,51%, el femenino con un 6,17%, lo que coincide con muchos autores revisados.^{32, 35, 38, 42, 43, 49, 62, 68, 67, 69.}

La mortalidad descrita internacionalmente para este grupo de edad de 60 a 85 años es entre 3 y 8%, después de 85 años la mortalidad se eleva hasta un 15%.

En los resultados del trabajo se pudo apreciar un incremento de los fallecidos en el grupo de 75 a 89 años, de un 8,76% y a expensa del sexo masculino.

Tabla 6. Comportamiento de los fallecidos de los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich. Lenin 2005 - 2008.

Grupo de edades	Masculino		Femenino		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
60 - 74	5	1,28	2	0,51	7	1,80
75 - 89	20	5,15	14	3,60	34	8,76
90 - 99	11	2,83	8	2,06	19	4,89
100 ó más	1	0,25	-	-	1	0,25
Total	37	9,51	24	6,17	61	15,72

Fuente: Historia clínica individual

La causa directa de muerte **Tabla 7** tuvo el mayor comportamiento en el shock séptico con un 3,60%, la bronconeumonía y la peritonitis fecaloidea

con 2,57%, fallo multiorgánico el un 2,08%, desequilibrio hidroelectrolítico con el 1,28%, tromboembolismo pulmonar en un 1,03%, insuficiencia cardiaca en el 0,77% y el shock hipovolémico con un 0,51%.

Valdés ⁹ obtuvo similares resultados a los del trabajo de la investigadora, pero con un aumento de la

mortalidad de 70,4% en los mayores de 85 años.⁶⁰

El trabajo de Chávez, ⁵⁷ en Perú, presentó el 5,13% de fallecidos, y coincidió con las causas expresadas en este trabajo.

Las causas directas de muerte más frecuentes: el shock séptico para un 6,70%, la peritonitis fecal supurada con el 4,2%, la bronconeumonía bilateral con el 3%, seguida de los desequilibrios hidroelectrolítico, infarto isquémico y fallo múltiple de órganos, son resultados obtenidos en estudio realizado por Batista de Las Tunas. ³⁸

Quintana ¹⁰ en Camagüey expresó no tener diferencias significativas entre las causas de muerte, aunque se observó un ligero predominio del tromboembolismo pulmonar.

Arenal ⁸⁴ reportó la sepsis generalizada como principal causa de fallecimiento.

López Cuevas ⁶⁷ presentó en su trabajo una mortalidad de 11%, en la literatura internacional oscila entre 14 y 23%. De igual manera se reportan el síndrome peritoneal y el oclusivo como los que más aportan.

La mortalidad reportada por Ricardo Espinosa, ³⁴ en Chile, fue de 6,7% y en mayores de 80 años se duplica coincidiendo con otros autores.^{85, 86}

Conclusiones del diagnóstico

- El grupo que se afectó más fue el de la tercera edad, igual que el sexo masculino, siendo el factor de riesgo más asociado la hipertensión arterial.
- Las oclusión intestinal, la colecistitis aguda y la apendicitis aguda, fueron los diagnósticos pre operatorios más frecuentes, de igual forma se comportó el diagnóstico operatorio, pero fue desplazada la apendicitis aguda por la ulcera perforada.
- No se realizó un uso adecuado de las investigaciones diagnósticas imprescindibles.
- El mayor número de pacientes tuvo un tiempo de evolución preoperatorio de 24 a 48 horas.

- La prolongación del tiempo quirúrgico por más de 2 horas tuvo un comportamiento representativo. Las complicaciones mediatas fueron las más frecuentes y dentro de ellas el íleo paralítico.
- La mayor representatividad de la estadía hospitalaria fue de 4 a 6 días.
- La causa de muerte más frecuente fue el shock séptico y la letalidad estuvo alta.

2.8. Tácticas para realizar la propuesta de “modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.”

Durante siglos, la práctica médica se basó mayoritariamente en la experiencia y el juicio personal. En las últimas décadas esta conducta ha cambiado, se busca mayor incorporación del conocimiento científico a la práctica de la Medicina.⁸⁷

El formidable crecimiento de la ciencia y de la innovación biomédica, los grandes avances en las comunicaciones, el desarrollo de la informática y la telemedicina, permiten el uso de gran cantidad de información en la toma de decisiones, cuestión que permite modificar la forma en la que los médicos se enfrentan a los problemas del ejercicio de su profesión.⁸⁸

Las Guías de Prácticas Clínicas han sido definidas por Casariego⁸⁷ como documentos donde se plantean preguntas específicas y se organizan las mejores evidencias científicas disponibles para que, en forma de recomendaciones flexibles, sean utilizadas en la toma de decisiones clínicas.“ Precisamente, el término “guías” denota flexibilidad, en oposición al carácter más normativo de los protocolos⁸⁹

Las Guías irrumpieron en la literatura en la última década del siglo XX⁹⁰ y se han convertido en un instrumento para el mejoramiento de la atención a los enfermos y familiares. Bien diseñadas y aplicadas, son ventajosas herramientas dentro del ciclo de la calidad y motores impulsores del cambio en la práctica profesional.⁸⁷

El modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico propuesto por la investigadora, a su juicio significa la representación del proceso de atención médica de forma integral y particularizada, conjuntamente con la enseñanza de las acciones y procedimientos para lograr ese proceso complejo dirigido al diagnóstico y tratamiento, facilitar su comprensión y actuación, puede ser aplicable en cualquier entorno.

El modelo fue ideado basado con la certeza clara, sin dudas de resolver los problemas de atención médica de la labor diaria, es decir eliminar esas insuficiencias detectadas en el primer momento investigativo o **ANTES**, se ordenó la búsqueda y evaluación crítica de la bibliografía, y se creó un sistema claro de aprobación de la calidad de la realidad y la fuerza de las recomendaciones, basadas en un nivel de convicción determinado.⁸⁸ Se llevó a criterio de expertos en un primer tiempo los aspectos más importantes a juicio de la investigadora a tratar en el modelo, en un segundo tiempo se determinó la lista del personal que se autoevaluó como personal experto, según encuesta estandarizada que se utiliza con este fin. Se partió de considerar experto al individuo en término genérico capaz de ofrecer valoraciones conclusivas, de un problema en cuestión y hacer recomendaciones con un máximo de competencia.

Para la confiabilidad en las valoraciones emitidas por los expertos se tuvo en cuenta: cantidad de expertos que integran el grupo, composición del grupo y las particularidades de los mismos.

Los mismos pronunciaron con sus características propias, competencia profesional, querer participar en la investigación, gran capacidad de análisis y pensamientos, además disposición para emitir sugerencias. La competencia de un experto se podrá considerar a partir de la valoración que se realice, del nivel de calificación que posea en una determinada esfera del conocimiento de la especialidad, por ello se aplica la encuesta. La competencia de los expertos se mide a partir del coeficiente K, que se calcula mediante fórmula. Para la selección de los expertos se tuvo en cuenta que los mismos contaran con algunos de los siguientes criterios:

- Poseer más de 8 años de experiencia como especialista de Cirugía General.
- Especialista de Cirugía General con experiencia asistencial en adulto mayor.
- Interesado en el estudio del tema y encontrarse dispuesto en la práctica a vencer el reto que constituye la cirugía abdominal aguda no traumática en adulto mayor.

La codificación para la interpretación del coeficiente de competencia (K) fue:

Si $(0,8 < K < 1,0)$ el coeficiente de competencia es alto.

Si $(0,5 < K < 0,8)$ el coeficiente de competencia es medio.

Si $K < 0,5$ el coeficiente es bajo.

La disposición a participar se apreció desde el mismo momento en que conocieron de la investigación, con muy pocos detractores de la misma.

Se aplicó la encuesta: (**anexo 5**), a cada uno de los posibles expertos. Se seleccionaron 40 posibles expertos, de ellos (22) alcanzaron puntuaciones entre 0,8 y 1,0 (**0,8<K<1,0**), lo que lo acreditaron como coeficiente de competencia alto, (13) obtuvieron una puntuación entre 0,5 y 0,8 (**0,5<K<0,8**) los que se consideran con un coeficiente de competencia medio y (5) con puntuaciones de menos de 0,5 (**K<0,5**) con un coeficiente bajo que fueron retirados del criterio de expertos.

Al final se trabajó con treinta y cinco expertos, después de haber aplicado la fórmula a cada uno.

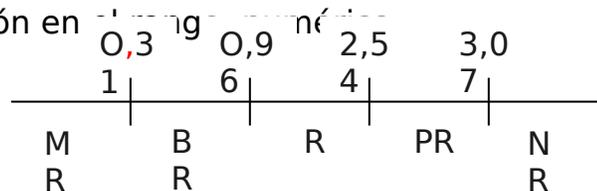
Para la aceptación de la pertinencia teórica de cada uno de los aspectos se decidió tomar valores correspondientes a las categorías: **MR**, (muy relevante) **BR**, (bien relevante) **R**, (relevante) **PR**, (poco relevante) y **NR** (nada y relevante).

Los datos obtenidos se procesaron siguiendo la lógica establecida para este tipo de estudio. Los aspectos que se pusieron en consideración como primer aspecto, fueron quince, de ellos el 15, obtuvo 34 votos **MR**, el 7 con 29 votos **MR**, el 1, 4, y el 6, con 30 votos **MR**, el 3 y el 10 con 26 votos **MR**, así quedó conformado el modelo teórico práctico de atención al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, sin necesidad de una segunda ronda. En el segundo aspecto a tener en cuenta, relacionado con

alguna propuesta o sugerencia cualitativa de otro aspecto a incluir no existió ninguna sugerencia, por lo que queda constituido la propuesta del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico. Posteriormente, se le mostró a un conocedor de la línea de investigación y sugirió la inclusión del aspecto de la nutrición por su importancia. Finalmente este aspecto fue considerado en el modelo teórico práctico, un experto importante para la investigación, por lo que se decidió aceptar su criterio, hoy es el asesor de la tesis.

Con toda las revisiones bibliográficas, experiencias de colegas, la experiencia de la investigadora en sus más de diez años al prestar atención a adultos mayores, se conforma el modelo

Este comportamiento quedó representado en cuatro puntos de cortes según su ubicación en



Ver resultados de las tabulaciones del método Delphi que se aplicó (anexo 6)

2.8.1. Propuesta del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Síntesis teórica.

El abdomen agudo quirúrgico es y será un desafío para los Médicos Generales Integrales y más para los cirujanos, sobre todo cuando pensamos que ha sido definido dentro de muchos conceptos como

cualquier estado morbosos agudo del abdomen que requiere una intervención inmediata.

La labor del cirujano es buscar antecedentes, examinar meticulosamente, indicar investigaciones diagnósticas juiciosas, identificar la enfermedad y por último tratarla de forma correcta y rápida para obtener satisfactorios resultados, resumido en tres aspectos fundamentales ⁸⁶ esta actividad: exponer el diagnóstico de sospecha más probable, comprobar el diagnóstico preoperatorio planteado e iniciar el tratamiento adecuado de forma rápida.

El abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor se presenta con frecuencia, es costumbre recibir en el cuerpo de guardia a un paciente que tiene un dolor abdominal agudo que generalmente comenzó desde hace 2 o 3 días, que él consideró tenía un trastorno digestivo. El mismo se medicó, fue sobado y por temor a ser ingresado, niega sus síntomas o por minimizar el cuadro, los familiares o acompañantes no lo había traído al hospital. Este cuadro de dolor abdominal agudo es menor que en el adulto joven y en ocasiones únicamente refieren molestias, es un dolor impreciso en la localización y de igual manera la irradiación puede acompañarse o no de otros síntomas característicos y en algunos casos pueden estar ausentes.

En el examen físico se encuentran síntomas abdominales, que muchas veces no es de la forma clásica como dolor de aparición aguda, que incrementa su intensidad con las horas iniciales de evolución, náuseas,

vómitos, ritmo intestinal alterado, estado general discretamente tomado, en dependencia de los días de evolución, presencia de fiebre, la cual en muchos casos de estos está ausente, por insuficiencia en la producción de los mediadores que alteran el centro termorregulación en el hipotálamo.^{91,}
92.

Simultáneamente puede hacerse la anamnesis, exploración y diagnóstico adecuado dependiendo de algunos aspectos difíciles de vencer que están dentro de las particularidades del adulto mayor.

La enfermedad se presenta de forma atípica, resaltándose más en los adultos mayores de la cuarta edad, con la concomitancia de cuadros confusionales agudo, deterioro del estado general, defectos perceptuales y falta de cooperación.⁹³

La elaboración de una historia clínica en el adulto mayor necesita de más tiempo que en el adulto joven y se pone a prueba la paciencia y la pericia del médico, la falta de ésta, hace que el diagnóstico se haga con menor exactitud y contribuye a que exista retardo en el mismo y que pueda existir una tórpidas evolución en un gran número de pacientes. Esto se debe a que estamos frente a un proceso con rasgos específicos de una edad extrema de la vida, la senectud, de carácter grave, de evolución rápida y progresiva que se desarrolla en la cavidad abdominal, donde los órganos y tejidos envejecen, las funciones disminuyen, los medios defensivos bajan y existe la presencia de enfermedades asociadas que en ocasiones se confunden con los procesos agudos, que casi siempre exigen

una intervención quirúrgica de urgencia, para evitar complicaciones y muertes.

La clasificación del abdomen agudo quirúrgico, es variada, se usa la misma que el adulto joven. Las más frecuentes: las Normas de Cirugía Cubana, Clasificación de Prini, Clasificación etiológica de Christman, Clasificación clínica de Dussaut, Clasificación evolutiva clínica patológica, Clasificación de Bockus y la clasificación del Profesor García Gutiérrez recientemente. ²,

94

El diagnóstico diferencial incluye gran variedad de afecciones intra y extra abdominales, pueden ser desde muy grave, hasta una situación menos seria, ⁹⁵ es decir el cuadro clínico puede ser evidente, sospechoso o dudoso para el cirujano de asistencia, debe ser de forma ágil su diagnóstico. Está demostrado que la prolongación del tiempo de evolución influye negativamente en el pronóstico del paciente, el cirujano debe disipar actitudes pesimistas con respecto a la cirugía y sus resultados e influir positivamente en el paciente, y retirar todo temor de muerte, para ayudarlos psíquicamente.

2.8.2 Dificultades que se pueden encontrar en el adulto mayor para reconocer el diagnóstico y conducta terapéutica del abdomen agudo quirúrgico.

Existen una serie de factores que caracterizan la presentación atípica del adulto mayor con su enfermedad y otros proporcionan la realización de una correcta valoración, ⁹⁶ dentro de estos están:

1. **Historia Clínica:** importante para el diagnóstico correcto, muchas veces es difícil por no haber una buena comunicación por alteraciones del lenguaje, delirium, déficit perceptual, cognitivo, que hacen casi imposible la misma, demorando el diagnóstico. Se deben agotar los mecanismos, utilizar al familiar o acompañante, tener perspicacia al interrogarlo, muchas veces esa demora en busca de la asistencia médica depende de los propios familiares o acompañantes, en dependencia del cuadro familiar y social que tiene el adulto mayor en su entorno.

2. Debemos conocer si tiene **antecedentes de enfermedad abdominal**, litiasis biliar, hernia hiatal, estreñimiento crónico, si se ha realizado una intervención quirúrgica anterior, litiasis ureteral, trastornos digestivos como (acidez, pirosis), **pues pueden ser la causa del cuadro de manifestación aguda actual.** El abdomen agudo puede ser tanto quirúrgico como médico y este último aunque no corresponde a nuestra especialidad muchas de sus entidades, estamos en la necesidad de diagnosticarlo o acercarnos al diagnóstico y resolver el dolor o acudir a la interconsulta con el Geriatra. Hay que tener presente si tiene antecedentes de una enfermedad crónica no transmisible, no hacer fijación que es la causa del dolor agudo actual, en muchos casos trae demora en el diagnóstico, con la consiguiente repercusión.

3. Preguntar **si consume determinados fármacos** que puedan alterar la percepción del dolor, influyendo en los hallazgos de la exploración física. Se debe tener en cuenta los antiinflamatorios no esteroideos, estos

pueden disminuir la percepción del dolor, alterar la capacidad de respuesta **e incluso influir en la aparición de algunas enfermedades abdominales.**

4. **Los síntomas** pueden presentarse más tardíos e inespecíficos en la mayoría de los casos que en los pacientes adultos jóvenes.⁹⁷

El dolor de origen intrabdominal se origina en el peritoneo, las vísceras huecas intestinales, las vísceras sólidas, el mesenterio y los órganos pélvicos; se deben a inflamación, obstrucción o distensión aguda y trastornos vasculares isquémicos.

Como se aprecia el dolor se conduce con la participación del sistema neurológico y el mismo tiene

desgaste en terminaciones nerviosas por el propio proceso de envejecimiento, lógicamente se verá afectada la percepción.

Conocer **¿Cuándo comenzó el dolor?** Debe asociarse a la agudeza o la cronicidad, o si se relaciona a algún evento en particular, **la localización del dolor**, usualmente ubica al órgano afectado, con las características propias de este grupo de edad, es inespecífica o referida. Conocer si el dolor lo tuvo en otra ocasión, si se trata de un cuadro recidivante, si se asocia a la ingestión de alimentos, si se alivia con alguna posición, eventos diarios, si es permanente o tipo cólico.

Factores que modifican el dolor: hay que analizar si se produce variación del dolor con la respiración, con la ingesta, con el vómito, con la deposición, etc.

Así el dolor por irritación peritoneal se agrava con el movimiento, el dolor ulceroso se calma con la ingestión de alimento pero no es muy apetecible, en la pancreatitis se experimenta un alivio del dolor al inclinarse el paciente hacia adelante, todo esto es muy difícil encontrarlo en el adulto mayor con la misma claridad que el adulto joven.

Un dolor cólico que se alivia con la deposición puede ser indicativo de afección en el colon, el vómito alivia el dolor en procesos obstructivos del tracto gastrointestinal superior, etc. ⁹⁸

Las manifestaciones gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómitos y constipación), muchas veces no se presentan y cuando lo hacen es tardíamente, ⁸ este aspecto que incluye a varias manifestaciones es sorprendentemente ausente en los pacientes con esta afección, cuestión que hace se desoriente un poco el cirujano de asistencia.

Causas de dolor abdominal según su localización. ⁸⁶ Hay enfermedades quirúrgicas y médicas. La localización orienta al cuadro etiológico y nos hace pensar si se trata de una enfermedad grave, como la disección aórtica de un aneurisma o la isquemia mesentérica, esto depende de la pericia del médico. Para mayor facilidad se hace la localización según cuadrantes.

La exploración física puede ser más inespecífica. La hipotermia es frecuente en el adulto mayor con más de 24 horas de evolución de la afección, **son numerosos los casos sin fiebre.**

Hay escasos hallazgos físicos, en ocasiones con peritonitis difusa, trombosis mesentérica o una obstrucción de intestino delgado, las características de la pared abdominal, con la elasticidad y vascularización de la piel alterada, debilidad muscular y aponeuróticas, conjuntamente con un peritoneo debilitado, origina duda en la interpretación al efectuar el examen físico. ⁸⁶

Palpación superficial: se apreciará la existencia de zonas de hiperestesia cutánea y la **palpación profunda:** buscamos la existencia de organomegalias y de masas (procesos inflamatorios o tumorales vesicular, pseudoquistes pancreáticos, plastrones inflamatorios, aneurismas y hernias).

Contractura abdominal: refleja la existencia de una irritación peritoneal y aparece en cuadros que suelen requerir cirugía urgente. Es de suma importancia diferenciarla de la contractura voluntaria, que se modifica durante la exploración, a veces es difícil lograrlo sobre todo en personas con un estado de ansiedad, dementes, etc. ⁹⁸

Tacto rectal: una maniobra imprescindible en el estudio de un dolor abdominal. Se explora la próstata, útero; se buscarán masas rectales, ocupación del fondo de saco de Douglas y exacerbación del dolor a la palpación, es un proceder difícil de hacerlo en el adulto mayor, por eso no debe diferirse. ⁹⁸

Tacto vaginal: exploramos el útero y anejos, masas, desencadenamiento del dolor a la palpación del cuello, etc. Es importante realizar una exploración bimanual: tacto vaginal-abdomen.

Mediante la percusión abdominal: valoramos la existencia de matidez o timpanismo abdominales. Una matidez fisiológica es el reborde hepático, si esta matidez se extiende más de dos traveses de dedo por debajo del reborde costal se considerará la existencia de hepatomegalia. Una distensión abdominal con timpanismo generalizado es signo de distensión abdominal, sin embargo una distensión abdominal con matidez generalizada es sugerente de ascitis, que podemos corroborar con cambios de timpanismo y matidez según los diferentes decúbitos. Matidez en localizaciones anómalas son indicativas de organomegalias (esplenomegalia) y masas intrabdominales.⁹⁸

La auscultación abdominal: se realiza para valorar la intensidad y características de los ruidos abdominales. Debe realizarse durante unos 2 minutos. En un peristaltismo normal se escucha ruido intestinal cada 1 a 3 minutos, pudiendo encontrar ausencia de ruidos (íleo paralítico o reflejo por peritonitis), ruidos metálicos (característicos de la obstrucción intestinal), etc. Existen otros criterios. Es importante valorar la existencia de soplos intrabdominales (propios de aneurismas aórticos).⁹⁸

5. Exámenes investigativos: la realización de los exámenes diagnóstico investigativos o imprescindibles, conjuntamente con otros complementarios necesarios si se va a intervenir quirúrgicamente el

paciente y otros que dejamos a criterio del médico de asistencia, a la gravedad del paciente y por supuesto a los medios diagnósticos con los que contemos.

6. Aspectos psicosociales del adulto mayor: por haber llegado a la senilidad un paciente, nadie tiene derecho a pensar que ya vivió suficiente y desde el primer momento pensar que su pronóstico es malo.

En ocasiones el familiar o profesional considera que los síntomas son propios del envejecimiento y no de una afección abdominal aguda, conocido por **viejismo**, eso provoca un retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Es necesario recordar que el adulto mayor no se adapta fácilmente a los cambios, se deprimen con mucha facilidad y temen mucho a la muerte.

2.8.3. Etiología del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor.

Los factores etiológicos son iguales que en el adulto joven, no se presentan con igual frecuencia de aparición, predomina la enfermedad oclusiva en sus diferentes causas, la enfermedad biliar y se debe tener siempre presente la apendicitis aguda a pesar de no ser frecuente en esta edad, el por ciento encontrado en la mayoría de los estudios es de menor consideración.

Si nos orientamos, los factores etiológicos son:

- Las enfermedades biliares causan el 25% de los casos de dolor abdominal agudo en la bibliografía internacional, en el diagnóstico realizado en la institución donde se realiza la investigación se comportó

de igual forma con un 25.51%., Fenyó y Vidaña dan cifras superiores, hasta un 40%.⁹⁸

- La oclusión intestinal mecánica tiene un comportamiento de 2/3 de los ancianos que se operan de urgencia, el 50% se debe a bridas o adherencias, que resuelven de operarse en las primeras 24 a 48 horas en un 75%.
- Las hernias de la pared abdominal complicadas son frecuentes, pasan inadvertidas al no realizase un examen físico minucioso por posiciones anquilosantes, o por descuido del profesional, estas se presentan en un 15% - 20%. Blake exhibe resultados superiores, hasta de un 33%.⁹⁸
- La malignidad con un 15% - 20%, la diverticulitis, ulcus péptico perforado, apendicitis aguda y procesos vasculares, tenerlos siempre presentes en dependencia de los factores de riesgo y el estilo de vida del paciente.
- En los adultos mayores se conoce un grado de desnutrición del 35% al 65% y está relacionado a factores económicos, mentales, enfermedades crónicas comórbidas y capacidad para alimentarse, tiene repercusión en la presencia de complicaciones.
- La apendicitis aguda se presenta en ancianos entre el 5% y el 10%.⁸⁸ coincidiendo con Ponka, Fenyó, Blake y Vidaña.⁹⁸

2.8.4. Pronóstico.

Depende del tiempo de evolución, del periodo de tiempo que sea necesario para identificar el diagnóstico y poder realizar tratamiento quirúrgico, el error diagnóstico y la demora es frecuente por una presentación atípica, por ausencia de síntomas y signos, por lo que son atendidos frecuentemente cuando recién comienza una complicación.⁹⁹ La valoración de esta afección en el adulto mayor, requiere más tiempo y en algunos casos numerosos exámenes investigativos.

En este grupo de edad la intervención quirúrgica precoz tiene una mayor trascendencia; mejor evolución y resultados más favorables. Un mal índice de exactitud diagnóstica, un tiempo largo para conocer la causa del abdomen agudo quirúrgico son aspectos funestos para el resultado del proceso de atención.

La mortalidad tiene escala predictiva de la Sociedad de Anestesia Americana (ASA)¹⁰⁰ que se basa en el riesgo perioperatorio y define el riesgo quirúrgico de acuerdo con las limitaciones de las enfermedades existentes, y tiene correlación directa con la mortalidad. En ella influye el retraso de la intervención quirúrgica y las condiciones previas del paciente, que solamente permite una Cirugía paliativa. Al comparar la curva de mortalidad con la clasificación ASA, no se encuentra diferencia significativa en la cirugía de los jóvenes y la de los adultos mayores. Se puede deducir que la mortalidad postoperatoria se relaciona más con las afecciones coexistentes que con la edad cronológica.

2.8.5. Reintervención: se debe tener en cuenta las complicaciones en el postoperatorio y hacer el diagnóstico lo más rápido posible. Es muy controvertida la reintervención, con la experiencia de profesores en el tema y la de la investigadora en sus años de trabajo con este grupo de edad, aconseja a su modo de ver la relaparotomía programada personalizada y siempre decidida por el mismo cirujano que siguió el caso, la relaparotomía por demanda según la modesta experiencia de la investigadora casi nunca es útil, el adulto mayor en la mayoría de las ocasiones no expone los criterios de reintervención. La infección abdominal grave marca pautas en el índice de morbilidad y mortalidad en los servicios de cirugía y terapia intensiva, por lo que se utiliza la relaparotomía programada en las peritonitis de alto riesgo. Esperar por la aparición de signos infecciosos o fallo de órganos como indicación de reexploración (laparotomía a demanda) no es aconsejable. En este sentido la relaparotomía programada y el abdomen abierto aparecen como opciones terapéuticas más prometedoras.

101

2.8.6. Concepción teórica de la transformación del objeto de investigación.

La idea supuesta de la transformación del objeto de investigación, el proceso de atención médica del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, se fracciona en dos componentes fundamentales, **el integral** y **el individualizado**,

estrechamente relacionados entre sí, con lo que se investigan nuevos estilos y propósitos de diagnóstico y tratamientos que permitan obtener resultados beneficiosos y por lo que la investigadora hizo la proposición del modelo teórico práctico de atención al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico. Se establecieron prioridades en dependencia del estado crítico del paciente, con una observación activa al investigar y examinar al paciente, no prolongar esta estancia y evitar el estancamiento o estacionamiento del paciente, compensar al paciente que se va a llevar al quirófano y evitar la pérdida de tiempo en esperas innecesarias, hasta ahora tolerado en el accionar terapéutico y así poder lograr resultados favorables.

La integralidad de las especialidades de Cirugía, Geriátrica, Anestesia, Terapia intensiva o intermedia y Enfermería, hizo que se conformara el grupo interdisciplinario necesario para este proceso, este grupo fue apoyado por psicólogos, trabajadores sociales y rehabilitadores integrales, una vez conformado el personal calificado para el desarrollo del proceso, que no entran a jugar su rol como grupo, (pues lo hicieron las especialidades necesaria) en el momento adecuado, hasta el comienzo del periodo postoperatorio, es decir después de la tercera etapa, en el desarrollo de la intervención del modelo presentamos dificultades con la sistematicidad de los psicólogos, y trabajadores sociales, no se pudo lograr la incorporación de ellos al pase de visita todos los días, pero con el tiempo esto se logró en una forma superior.

La Cirugía y la Geriátría, rigen el exponer el diagnóstico de sospecha más probable y de forma rápida, evitan la demora de la noxa al paciente por tiempo prolongado, que afecta el pronóstico para constituir la **1^{er} Etapa**. El binomio conformado entre la Cirugía y la Anestesia como especialidad y ejercida por el profesional con sus plenos conocimientos adquiridos, comprueban el diagnóstico preoperatorio, para constituir la **2^{da} Etapa**, la cual juega un papel importante. Se realizó el tratamiento con relación al diagnóstico, en sus nuevas aristas: menos tiempo quirúrgico, utilizar los procedimientos quirúrgicos normados en el modelo teórico práctico, se dió prioridad al paciente inestable, se le brindó tratamiento quirúrgico adecuado y seguro, para constituir la **3^{era} Etapa**.

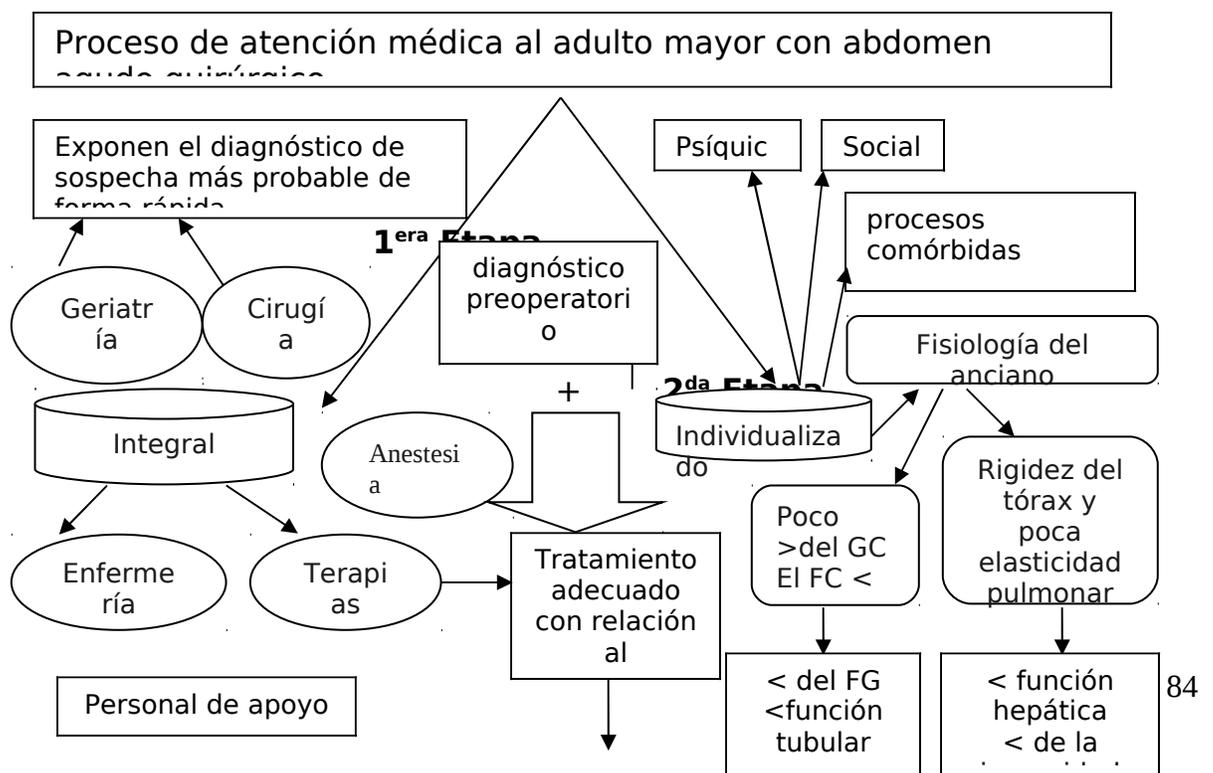
Se incorporó un aspecto vital que enaltece en el modelo teórico práctico, que es la fisiología del anciano de forma personalizada retomada al fin como conducta a seguir en una edad extrema de la vida, que tiene sus peculiaridades.

Paralelamente se trató al paciente de forma individual en el aspecto psicocial y la presencia de procesos comórbidos.

Enfermería, Salas de Atención al Grave, Anestesia y Geriátría tienen su protocolo de actuación, para dar cumplimiento a este modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico. La fisiopatología, se comporta en el sistema cardiovascular con cambios morfológicos, disminuye la capacidad ventricular con poco aumento del gasto cardiaco, el flujo coronario disminuye.⁸⁶ Hay rigidez del

tórax, se pierde la elasticidad pulmonar, se pierde casi el 50% de la función respiratoria.⁸⁶ De igual manera disminuye el filtrado glomerular, existe esclerosis de los glomérulos, disminución en el aclaramiento de la creatinina, se reduce la función tubular. La función hepática decrece, disminuyen los hepatocitos y el flujo hepático disminuye.⁸⁶ Baja la inmunidad, padecen de infecciones más frecuentes provocando menor reserva funcional, mayor vulnerabilidad, esto hace que disminuya la capacidad de respuesta a la hipotensión, a la presencia de hipovolemia y de el Síndrome Inflamatorio de Respuesta Sistémica, por supuesto cada paciente con sus rasgos propios.⁸⁶

Estos dos componentes, con todas sus aristas interrelacionadas entre sí, con un diagnóstico temprano de las complicaciones postoperatorias de ocurrir y su solución precoz, hicieron que disminuyeran las complicaciones y las muertes.



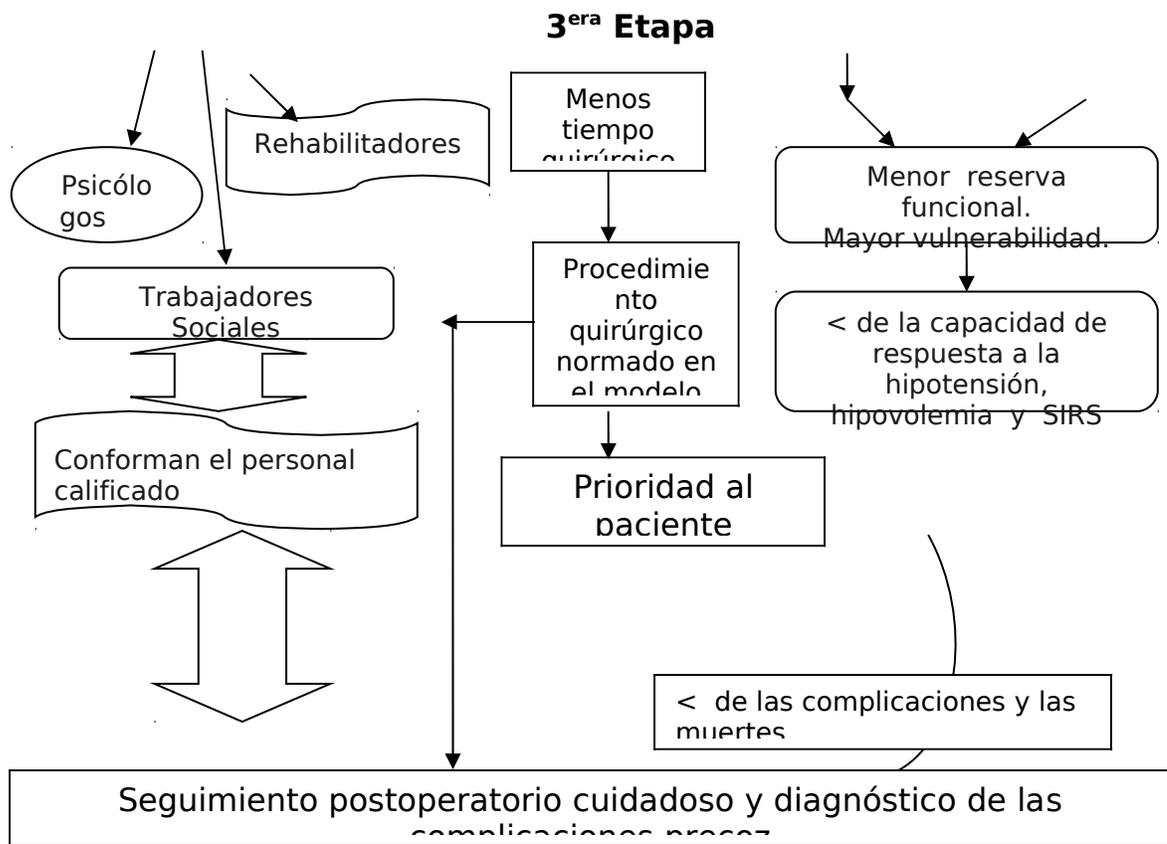


Fig. 2.8.6 Representa la concepción teórica del proceso de atención médica integral e individualizada del adulto mayor con

de engrane que se debe utilizar en la práctica médica de un paciente adulto mayor con dolor abdominal agudo en busca del diagnóstico del abdomen agudo quirúrgico donde se muestra la importancia de los signos vitales, y un examen físico minucioso y se requiere debe ser valorado por el mismo cirujano, se le dio valor a los cambio durante periodos evaluativos cada 3 horas, que sea un proceso activo investigativo la observación, sin estancamiento del paciente en observación hasta que se tome la decisión de que lo trate el Geriatra de tratarse de una enfermedad médica o de ser intervenirlo quirúrgicamente de tratarse de un abdomen

agudo quirúrgico, siempre recordar la importancia que tiene el diagnóstico precoz.

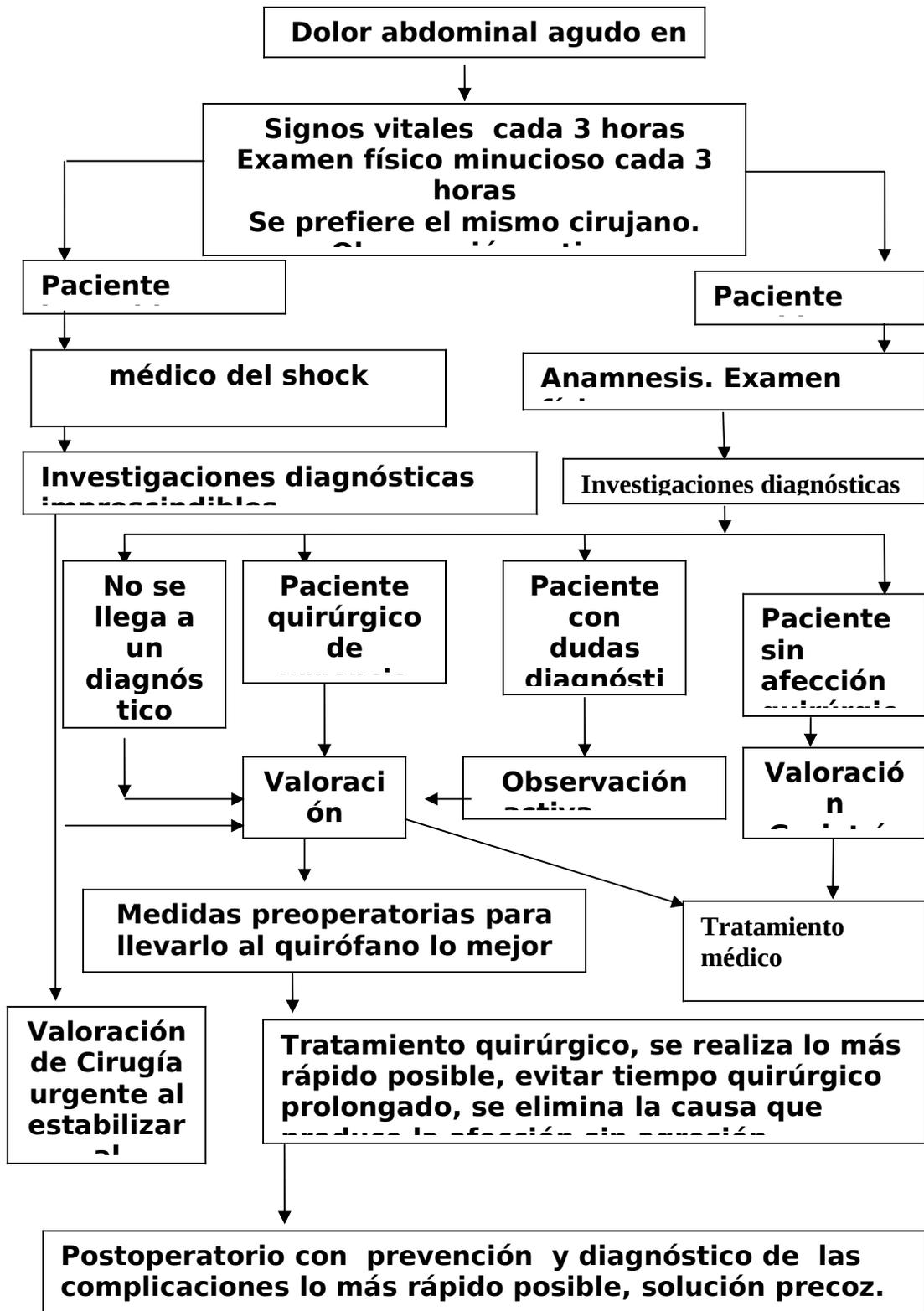
El paciente con certeza de que no tiene un abdomen agudo quirúrgico no debe volver a su casa sin ser valorado por el Internista o mucho mejor el Geriatra y se describe toda la cascada de atención médica hasta el tratamiento quirúrgico según la modalidad que presenta.

Debemos utilizar todas las posibilidades de investigaciones diagnósticas que se tenga al alcance y conocer en qué estado están los órganos dianas del paciente que se lleva al quirófano, de esto depende de la forma que nos responda el paciente en la mayoría de las veces, siempre tener presente el comportamiento personalizado de cada individuo o paciente.

Necesario es que el tratamiento quirúrgico se realice lo más rápido posible, evitar tiempo quirúrgico prolongado y eliminar la causa que produzca la afección sin provocar más agresión que la que ya se produce con el acto quirúrgico.

La mortalidad a nivel internacional en el abdomen agudo quirúrgico no traumático está en el rango del 3 al 8 % en los pacientes de 60- 65 años y se eleva en un 15% en los mayores de 85 años, según Pérez de España, ⁸⁶ como lo explicamos anteriormente pero esta puede tener modificación con el mejor conocimiento de la fisiopatología del adulto mayor, con adelantos de las técnicas quirúrgicas y una anestesia superior.

2.8.7- Algoritmo de diagnóstico y tratamiento del adulto mayor con dolor abdominal agudo. ¹⁰²



2.8.8 Modelo práctico de atención al paciente adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Proceder inicial:

1. Recepción: debe realizarse un trámite rápido, el paciente no debe moverse solo, siempre debe ir acompañado de un trabajador dedicado a ese menester en el cuerpo de guardia.

De existir dudas en el diagnóstico debe ponerse en observación, esta estancia debe ser activa, preparándolo para un posible acto quirúrgico, se le debe explicar la enfermedad que tiene al paciente si está lúcido, sin producir pánico, de no ser así se hará con los familiares o acompañante, debe ir con una micro - historia clínica realizada, valoraciones cada 3 horas, siempre por el personal de mayor preparación del grupo de guardia, preferentemente por el mismo cirujano.

No debe permanecer más de 1 hora en camilla, y protegerlo del frío si es necesario.

2. Establecer la gravedad del cuadro clínico: ver si hay shock mediante una evaluación rápida del paciente (TA, FC, FR, diuresis) y estado de conciencia.

3. Estabilización hemodinámica a aquellos pacientes que lo necesiten, hacer evaluación diagnóstica sin pérdida de tiempo. Canalizar vena, de no ser posible realizar abordaje venoso profundo.

4. Administrar oxígeno a x litros / minutos a través de catéter nasal, depende de la necesidad real del paciente.

5. Valorar necesidad de **sonda vesical** para llevar ritmo de diuresis, también para toma de muestra, retirar la misma en cuanto existan las condiciones.

6. **Indicación de investigaciones diagnósticas imprescindibles** para conocer el funcionamiento de los órganos vitales o la presencia de alguna enfermedad crónica: Hemograma con diferencial, Glicemia, Creatinina, Radiografía de Tórax y E.C.G. Para ser llevado al quirófano debe realizarse otras como el Cuagulograma, Grupo y Factor y las demás a criterio médico y gravedad del paciente.

7. En el desequilibrio nutricional de los adultos mayores intervienen las condiciones de vida, la salud dental y el estado psicológico. En este tipo de paciente existen cambios en el sistema digestivo durante el envejecimiento que influyen en el estado nutricional.^{103, 104, 105.} Para la valoración antropométrica se puede utilizar el índice de Quetelet, que permite determinar el índice de masa corporal por la siguiente fórmula, más el pliegue cutáneo y la circunferencia braquial.^{106 107.} Son exámenes y cálculos rápidos.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kg.}}{(\text{Talla en m})^2}$$

De acuerdo con esos valores se consideraron como:

Obeso: Mayor de 30

Sobrepeso: 29,9 - 25

Normopeso: 24,9 - 20

Bajo peso: 19,9 - 18,5

Desnutrido: Menor de 18,5. En dependencia de los resultados, el cirujano puede tener un cálculo de lo que debe proporcionar al paciente en la alimentación parenteral en el postoperatorio.

8. **La laparoscopia o la laparotomía** puede utilizarse sin tener un diagnóstico exacto.

9. Debe ir el paciente al quirófano lo más compensado posible, sin caer en demoras.

• **Valoración Geriátrica:** aquí, es necesario detectar enfermedades no conocidas en el adulto mayor y compensar las enfermedades crónicas no transmisibles, de esta forma el paciente tendrá una respuesta mejor al estrés quirúrgico y anestésico.

- Usar sonda naso gástrica.
- Poner vendas elásticas en miembros inferiores.
- Brindarle apoyo emocional al paciente y a los familiares, brindarle entrevistas después del salón.
- Uso de antibiótico según lo establecido, recordando la fórmula de Cockcroft, ⁹⁹

$FG = (140 - \text{edad}) \times \text{Kg. de peso} / 0,82 \times \text{creatinina (mmol/l)}$. En mujeres y obesos debe multiplicarse por

0,85. La cifra normal de FG es de 80 a 120 ml/min.

Acto quirúrgico

Periodo operatorio

- Es necesario mantener la humedad ocular, los ancianos tienden a la desecación de las mucosas y de los ojos, si anestesia orotraqueal los ojos deben estar tapados.
- De ser posible proteger las zonas de apoyo.
- Evitar se prolongue el tiempo quirúrgico, realizar el proceder menos agresivo posible, hacer si es necesario un proceder paliativo.
- Debe operar el cirujano de mayor nivel del equipo en el quirófano y el personal anestésico debe tener el mismo rango.
- Utilizar técnicas depuradas.
- Cierre de la pared abdominal con puntos de seguridad.

Intervenciones específicas:

Periodo operatorio

Colecistitis aguda: colecistectomía, colecistostomia en pacientes con muy mal estado general, o técnicamente imposible de garantizar una colecistectomia segura de urgencia,

Colangitis: coledocotomía, drenaje amplio, lavado y drenaje de Kher. de calibre adecuado.

Pancreatitis hemorrágica o necrotizante: la intervención quirúrgica debe ser retardada. (Lograr que se defina el área de necrosis y esperar que ocurran la complicaciones entre 3 y 4 semanas). Se necesita tratamiento médico intensivo.

Definir si la necrosis es estéril o si es infectada a través punción transcutánea guiada por Ultrasonido.

Si necrosis estéril: se hace tratamiento conservador.

Si necrosis infectada: tratamiento quirúrgico:

- necresectomía y drenajes triple lumen.
- Relaparatomías a demanda frente a complicaciones: persistencia de la sepsis. (Aparición en los drenajes) y la hemorragia.

Apendicitis aguda: apendicectomía.

Oclusión intestinal por bridas: lisis de las bridas. Si compromiso vascular resección intestinal y anastomosis.

Úlcus péptico perforado: preferentemente sutura con epiploplastia pediculada.

Perforación de intestino delgado: reseca bordes y sutura, resección segmentaria y anastomosis.

Perforación del colon: depende del tiempo de la perforación, de la causa y la experiencia del cirujano.

En caso de Perforación de Tumores, reseca siempre que sea posible el tumor y avocar los extremos seccionados como colostomía

Hernia de la pared abdominal complicada: quelotomía con reparación anatómica

si compromiso vascular resección intestinal y anastomosis.

Isquemia mesentérica: resección de ser segmentaría o de margen quirúrgico. Solicitar de inmediato tratamiento de la especialidad de Cirugía Vasculard de ser posible, previa corrección del estado hemodinámico.

Absceso intrabdominal: drenaje, lavado de la cavidad y dejar drenajes doble de triple lumen.

Periodo postquirúrgico.

1. El paciente se debe examinar con privacidad, acompañado de su familia, si es necesario ingreso en sala de atención al grave se debe de explicar el reglamento de la misma, para evitar mal entendido.
2. Retirar la sonda de levin inmediatamente que cumpla con los criterios y establecer la vía oral, teniendo en cuenta el tipo de intervención quirúrgica que se le realizó.
3. Deambulación precoz, evitar el encamamiento prolongado, realizar ejercicios de piernas primero antes de parar al paciente.
4. Brindar fisioterapia y rehabilitación, comenzar a las 48 horas de operado, estimular la movilización de secreciones y la tos.
5. Valoración con el psicólogo y el psiquiatra de ser necesario.
6. Pase de visita tres veces al día las 72 primeras horas.
7. Asegurar cuidados de enfermería especializada en los tres turnos.
8. Ayudar al paciente a que recupere su independencia anterior, de haberla tenido.

9. Cuidado con fármacos: Clordiazepóxido, Diazepam, Meprobamato, Benadrilina, Cimetidina, Ranitidina, Warfarina, Indometacina y otros. Utilizar pequeñas dosis y espaciarlas.

10. Cautela con la hidratación, evitando excesos, depende de la función cardiovascular.

11. Tener presente el valor de la creatinina inicialmente y la caída del aclaramiento de la creatinina, es decir el filtrado glomerular al usar antibiótico y otros medicamentos nefrotóxicos.

Estos aspectos son reconocidos por profesores estudiosos y apasionados del tema. ^{11,101, 108, 110.}

Intervenciones genéricas.

- En cuadro abdominal agudo no debe usarse analgésicos, mientras no se tenga la certeza de la afección, literaturas lo aconsejan, esto enmascara el cuadro.
- La edad por sí misma no es una contraindicación quirúrgica, su indicación de inicio, es la misma que en cualquier otro grupo de edad.
- Los ancianos toleran muy bien la cirugía mayor con una buena preparación preoperatoria, anestesia adecuada, no agresividad quirúrgica y tiempo quirúrgico adecuado, en el postoperatorio un uso de antibiótico adecuado, hidratación, nutrición y apoyo emocional apropiado con las particularidades de su edad, les beneficia extraordinariamente.

Conclusiones del Capítulo 2

- Se realiza valoración del diagnóstico del comportamiento del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico en el periodo de enero 2005 a enero 2008, donde se muestran una serie de insuficiencias en el proceso de atención en estos pacientes.
- Se plasma una recopilación teórica resumida del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor con nociones fundamentales en el conocimiento del mismo, que aparecen situados según pueden presentarse en la práctica.
- Se realiza algoritmo de un paciente con un dolor abdominal agudo, previo soporte teórico de la modificación del objeto de la investigación, donde están descritas las dos variantes con sus cuatros modalidades de diagnóstico y tratamiento posibles.
- Se logra un modelo de proceder práctico del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico con sus tres vertientes: el periodo inicial, el periodo quirúrgico y el periodo postquirúrgico, con las acciones y procedimientos pertinentes a realizar
- Se hacen algunas intervenciones genéricas, que la autora considera importante en la toma de decisiones al tratar un adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN CON LA APLICACIÓN DEL MODELO TEÓRICO PRÁCTICO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO

3.1. Preliminares.

Se razonó que el proceso de atención médica integral e individualizada al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico es un proceso continuo, dinámico y sistemático que involucra a efectuar una proximidad a la realidad del paciente de este grupo de edad.

De los resultados obtenidos con las conductas y procedimientos utilizados hasta estos últimos tiempos en el diagnóstico y tratamiento del adulto mayor con esta enfermedad, tener el propósito de conocerlo, analizarlo y evaluarlo desde la realidad misma, pronosticar su posible cambio, así como proponer las acciones que conduzcan a su transformación, es lo que buscamos con esta intervención.

Elaborada la propuesta del modelo teórico práctico de atención del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, se realizó un análisis en el capítulo de Cirugía de la provincia Holguín. Fue el tema de Tesis de Maestría de Longevidad Satisfactoria, que constituye un Proyecto Ramal aprobado de la investigación. Se presentó en XLI Jornada de inauguración del Hospital Vladimir Ilich Lenin, en la Jornada 43 y 44 Aniversario del mismo. Se expuso en el XXX Fórum Provincial y alcanzó el primer premio, al igual que en el Fórum Nacional 2009 que obtuvo esa misma categoría. Se expuso el "modelo teórico práctico de atención médica integral e individualizada al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico" antes de cambiar el título en la VIII Jornada Provincial de Gerontología y Geriatria de la provincia Holguín, valorado por el Grupo Nacional de Gerontología y Geriatria. Fue expuesto en el X Congreso de Cirugía Cubana y Reunión Regional de la Federación Latinoamericana de Cirugía, en la XI Jornada de Trabajo de la SILAC 2009.

En el I taller de Residentes de las Provincias Orientales, se autorizó a que se comenzara a aplicar en las provincias del territorio oriental, con la intención de obtener resultados de la aplicación, con el fin de ver como se manifestó el comportamiento para su generalización. En diciembre del 2009 en la Territorial de las Provincias Orientales que se efectuó en las Tunas se expuso la investigación y se obtuvo algunos resultados alcanzados de su aplicación en las diferentes provincias, se percibió que

al aplicarlo se mejoraron los resultados, solamente se tuvieron en cuenta dos variables, complicaciones y fallecidos. El algoritmo de dolor abdominal en el adulto mayor que contiene el modelo teórico práctico de atención médica, fue enviado a la página de **CIRURED**, y se aceptó, constituye parte de la bibliografía de la investigación y está publicado el comportamiento del primer momento investigativo en la Revista Electrónica Ciencia Holguín en Marzo de 2010.

Los principales usuarios del modelo teórico práctico son los cirujanos generales, geriatras, internistas, médicos generales integrales (MGI) de la atención primaria y para todo el personal en formación tanto residentes como estudiantes de medicina.

El conjunto de descripciones que aseguran una decisión óptima de intervención para la disminución de las complicaciones y las muertes de este tipo de paciente está sustentado en la aplicación del **modelo teórico práctico de atención médica del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico**.

Este constituye un conjunto de acciones y procedimientos científicos basados en el convencimiento que unifican los criterios de diagnóstico y tratamiento en el adulto mayor con esta afección, incluyendo un modelo práctico de atención médica y un algoritmo de dolor abdominal agudo en un adulto mayor.

En resumen los resultados del diagnóstico del comportamiento del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, manifestaron la necesidad de

forma rápida de hacer una intervención en el que se estructure de forma coherente acciones médicas a desarrollar en el pre, trans, y post operatorio en este tipo de paciente, encaminadas a disminuir el número de complicaciones y muertes, con la finalidad de proporcionar una atención al paciente geriátrico en el campo de la Cirugía con menos riesgos, que la misma sea integral, individualizada e innovadora, sustentada en los fundamentos teóricos del **"modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico."**

Definir en que consiste el modelo de intervención, y como este debe quedar estructurado, es importante, se parte de concebir que el establecer la guía inteligente desde una perspectiva amplia e integral, de las acciones encaminadas a resolver los problemas detectados entre **lo que es** y **debería ser**, entre **lo antes** y **lo después de la intervención**, de acuerdo con determinadas expectativas trazadas. Todo lo anterior requiere a su vez, de una serie de acciones médicas programadas que deben llevarse a cabo para cumplir objetivos y fines propuestos, considerar un tiempo requerido para su realización que permite organizar y unificar los modos de actuación profesional. El mismo implica la integración de recursos humanos, materiales y físicos necesarios para su ejecución.

Se realizó **el criterio de usuario**, que se hace después de discutido en el capítulo de Cirugía de la provincia Holguín del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, se hicieron intervenciones esclarecedoras y se orientó como se realizaría la implementación del mismo en el servicio de Cirugía General de la institución, cuáles fueron los niveles de control y como se jerarquizaría el cumplimiento de la aplicación, la periodicidad del control diario fue importante, el cual se expresa en el (**Anexo 7**)

3.2. Diagnóstico imprescindible al realizar la intervención con la aplicación del modelo teórico práctico de atención al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Antecedentes.

1. El abdomen agudo quirúrgico es un problema de primer orden dentro del Programa de atención al Adulto Mayor en el sistema de salud cubano por ser un grupo de edad priorizada y al existir un envejecimiento poblacional de crecimiento rápido, su solución es un reto a la Cirugía General actual.
2. La Cirugía General es la especialidad que presta atención al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico y tiene necesidad de formar grupos interdisciplinarios que se dedique a esta labor asistencial, dirigido por un **cirujano integral** de nuevo tipo para enfrentar el reto que hoy nos obliga el fenómeno demográfico poblacional.

3. Con ciertas limitaciones locales, la Cirugía cuenta con un equipamiento tecnológico aceptable para su desarrollo, si lo utilizamos correctamente y equitativamente.

4. Los cirujanos cubanos gozan de reconocida reputación científica nacional e internacional, con buena preparación profesional, motivación por su superación y con un alto sentido humano.

Cometido.

Favorecer la extensión de un proceso asistencial de calidad al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, a partir del conocimiento de la fisiopatología, un diagnóstico rápido, el uso de una correcta terapéutica y un excelente aprovechamiento de las tecnologías médicas diagnósticas acorde con las exigencias que impone la situación actual con el envejecimiento poblacional excedido del mundo y de Cuba, cumpliendo con las pretensiones del Ministerio de Salud Pública, distintivo de la política de la Revolución respecto a la salud del pueblo.

Antes de comenzar con la intervención de la aplicación del modelo teórico práctico al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, se aplicó un instrumento que permitió utilizar la técnica de análisis de campos de fuerzas, se sistematizó la búsqueda de opciones o alternativas de solución a los problemas, que consideraron todas las variantes de combinación de las fuerzas, tanto internas como las externas, en el entorno donde se realizó la investigación y nos referimos de manera específica a la aplicación de la matriz DAFO ¹⁰⁹.

Análisis interno.

Debilidades

D1. Aún es insuficiente el cambio de mentalidad de algunos profesionales sobre la posibilidad de tratamiento quirúrgico en los adultos mayores y el incremento de la esperanza de vida.

D2. La mayor parte de los especialistas en Cirugía no tienen la preparación necesaria en la fisiopatología del adulto mayor, ni conocen la necesidad de una atención médica integral e individualizada a este grupo de edad.

D3. Dificultad con la tenencia de una sala de Cirugía Geriátrica con lo imprescindible.

D4. La no existencia en manos de los profesionales de Cirugía, de un instrumento o herramienta de conductas de atención del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Fortalezas.

F1. Incremento del número de equipos diagnósticos en la provincia.

F2. Buena preparación profesional de los especialistas en Cirugía.

F3. Disposición por parte de los especialistas en asumir los adelantos tecnológicos, se sienten motivados con dichas tecnologías.

F4. Interés de enfrentar el reto de la Cirugía ante este fenómeno demográfico, el envejecimiento poblacional.

Análisis externo

Amenazas.

A1. Dificultad con reposición de equipamiento tecnológico en la institución donde se realizó el estudio.

A2. Insuficiente bibliografía de la Cirugía Geriátrica y la necesidad de prepararnos para vencer el reto que nos ha impuesto el fenómeno demográfico actual, el envejecimiento poblacional.

A3. Dificultades para los médicos de Medicina General Integral a poder obtener la bibliografía de abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor así como cursos post grados, aspecto de vital importancia para la preparación de los profesionales de la atención primaria de salud.

Oportunidades.

O1. Política próspera del Ministerio de Salud Pública hacia el empleo de las tecnologías diagnósticas en Cirugía.

O2. Existencia de un proyecto Ramal aprobado enfocado a perfeccionar, apoyar y financiar el diagnóstico y el tratamiento del adulto mayor con esta afección.

O3. Total apoyo del Grupo Nacional de Cirugía y la Sociedad Cubana de Cirugía para el desarrollo de la investigación en el tema, permitiéndonos dar a conocer el modelo teórico práctico a varias provincias.

Perspectiva en el 2010.

Todo adulto mayor con abdomen agudo tendrá posibilidad al diagnóstico y tratamiento perfeccionado al llegar a los servicios de urgencia hospitalarios con un suficiente número de especialistas en Cirugía que

alcancen una preparación en la fisiopatología del adulto mayor, con la visión de un nuevo paradigma de esperanza de vida, para este grupo de edad que le permita un adecuado desempeño en el proceso asistencial para la disminución de las complicaciones y la muerte.

3.3. Objetivos.

Objetivo General:

- Valorar el "Modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico."

Objetivos específicos:

- **1.** Describir el comportamiento de variables impactos.
- **2.** Realizar valoración entre el antes y el después.
- **3.** Estimar la tasa de letalidad en los pacientes estudiados.

3.4. Material y método

Para dar salida a **objetivo 1 y 2:** se realizó una investigación de desarrollo, según clasificación CITMA, un cuasi experimento teniendo en cuenta la clasificación biomédica. Con la finalidad de valorar la intervención del modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo, se implementó en el Servicio de Cirugía General de Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin de Holguín.

El universo de estudio lo constituyeron todos los pacientes con iguales características que en el estudio diagnóstico del 2005 - 2008, o Primer Momento Investigativo o **ANTES** que acudieron a los servicios de

urgencias hospitalarios, la intervención abarca desde enero 2009 a diciembre del 2009.

Los criterios de inclusión y exclusión son los mismos que los utilizados en el primer momento investigativo o **ANTES**.

Los pacientes que cumplieron los requisitos para el estudio de la intervención fueron 275.

Para dar salida a objetivo 3: se trabaja con la fórmula para estimar tasa de letalidad, que fue utilizada en el primer momento investigativo o **ANTES**.

$$TL = \frac{\text{Fallecidos operados de aaq > de 60 años enero 2009 junio 2009}}{\text{Pacientes operados de aaq > de 60 años enero 2009 junio 2009}} \times 100$$

3.5- Operacionalización de las variables:

Se trabajó con variables de impactos, con las mismas características y descripción que en el estudio diagnóstico del capítulo 2. Las mismas son:

- Investigaciones diagnósticas imprescindibles realizadas.
- Tiempo de evolución preoperatorio.
- Tiempo quirúrgico.
- Estadía hospitalaria.
- Complicaciones.
- Fallecidos.

El resto de las variables fueron estudiadas, pero se consideró que con las variables impactos era suficiente para demostrar el valor de la

intervención de aplicación del modelo teórico práctico al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

3.6 Procesamiento Bioestadístico.

Para el procesamiento de la información se creó una base de datos con ayuda del paquete MICROSOFT OFFICE XP, con análisis estadísticos con los programas: FOX - PLUS for WINDOWS, EPINFO 2000 y SPSS 10,0 para formar y preparar tablas de trabajo y que después se representaron en gráficos y procesar el texto de los informes. Los resultados de la investigación se presentaron en gráfico con representación escrita del análisis de documentos.

- Se trabajó inicialmente con la estadística descriptiva la cual se centra en la organización, recopilación, presentación y análisis de datos. Los datos fueron expresados mediante el uso de distribución de frecuencia y porcentajes y se presentaron en tablas simples y de doble entrada; en las mismas se determinó fundamentalmente, la frecuencia absoluta y dentro de las frecuencias relativas, los porcentajes, después se llevó a gráfico algunas de ellos.
- Se aplicaron las pruebas de hipótesis Chi cuadrado y la prueba de proporción muestral.

3.6.1 Metodología de la búsqueda bibliográfica.

Se realizó una búsqueda en MEDLINE, utilizando Pubmed, (National Library of Medicine, EBSCO, HINARI. En la estrategia de búsqueda se emplearon como Términos MESH (Medical Subject Heading Terms) principales:

(abdomen agudo quirúrgico, enfermedades agudas abdominales, Dolor abdominal agudo) y diferentes combinaciones de los términos secundarios siguientes: diagnóstico, tratamiento, cirugía, adulto mayor y ancianidad. Se incluyeron además artículos identificados en las listas de referencias de trabajos relevantes, maestrías, autores considerados expertos en este tema, presentaciones en Congresos de Cirugía cubana y trabajos de Gerontología.

En la búsqueda de trabajos de fuentes de información elaborada sobre predictores clínicos de la enfermedad, localizados mediante la opción “Clinical Queries”, accesible desde la página principal de Pubmed en formato de revisiones sistemáticas, y en el acápite de “Búsqueda por categoría de estudios diagnósticos y terapéuticos” como guías clínicas quirúrgicas de predicción, no encontramos guías relacionadas con este trabajo, ni protocolos ni normativas.

3.6.2 Métodos de investigación:

Métodos teóricos.

- Análisis y síntesis: para resumir los aspectos más importantes de la bibliografía consultada, vinculado con el problema tratado en el tema que se aborda.
- Histórico-lógico: para conocer los antecedentes del fenómeno que se estudia y tendencias actuales, lo que permitió establecer las bases teóricas de la propuesta.

Métodos empíricos.

- Encuesta a pacientes y familiares: para obtener los datos necesarios.
- Revisión de documentos.
- Observación: a los pacientes para verificar la efectividad de la aplicación del modelo teórico práctico.
- Se aplica criterio de expertos y de usuario para dar a conocer cómo aplicar y utilizar el modelo, el nivel de jerarquización y control de la intervención.

Método estadístico descriptivo. Uso de distribución de frecuencia y el por ciento.

Método estadístico inferencial. Las pruebas de hipótesis de Chi-cuadrado, y de proporción muestral para dos poblaciones

De nivel experimental: Se realizó un cuasiexperimento para evaluar la efectividad del modelo propuesto.

3.7. Análisis y discusión.

La investigadora consideró oportuno y esclarecedor a pesar de no estar dentro de las variables impactos que son las que se describieron en este capítulo, reconocer que se observó en el segundo momento investigativo o **DESPUÉS** al analizar la distribución de edad y sexo que el grupo de mayor representatividad siguió siendo el de 60-74 años o tercera edad, con predominio del sexo masculino.

Se debe señalar que hubo un discreto incremento en el grupo de 75-89 años o cuarta edad en un 0,70%, con mayor representación del sexo

femenino en un 4,75%, donde se mostró la mayor esperanza de vida en la mujer, también fue evidente, que se siguió envejeciendo gradualmente de forma general, esa fue la apreciación según lo que observó en los resultados de la investigación.

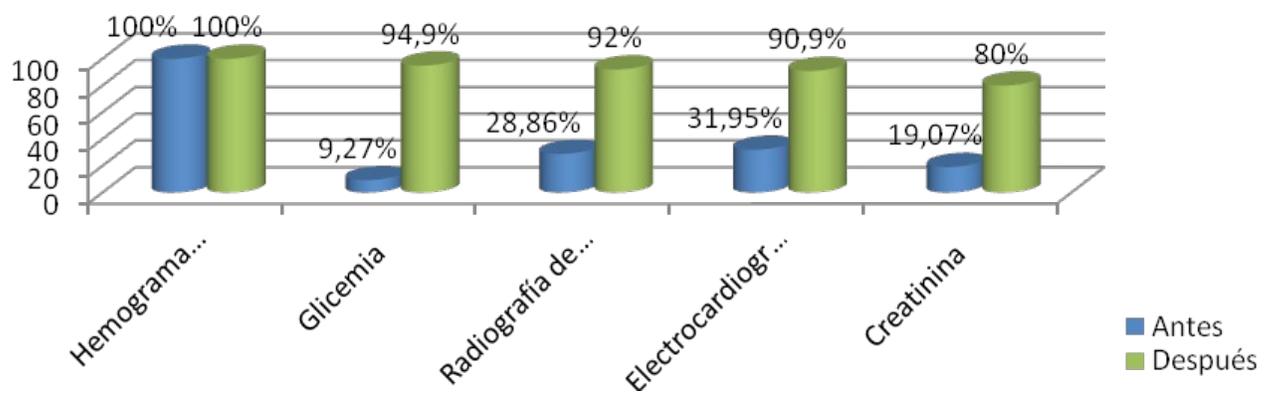
Un aspecto que consideró muy oportuno señalar en la investigación es que en el Segundo Momento investigativo, la incidencia de trombosis mesentéricas fue mucho menor, lo que la investigadora lo consideró como un fenómeno casual en el Primer Momento o ANTES

Ser adulto mayor no representa un obstáculo para realizar la cirugía y hay que prepararse para enfrentar el reto que representa atender adecuadamente a estos pacientes con particularidades propias, por ello los especialistas de Cirugía pronto se considerarán cirujanos geriatras, debido a la necesidad de atención de este grupo de edad producto al incremento de la población de la llamada tercera edad,¹¹¹ que la investigadora prefirió llamarlos adultos mayores, los cuales incrementan el riesgo de morir por complicaciones quirúrgicas con el aumento de la edad,¹¹² sobre todo si la operación se realiza de forma urgente.¹¹³

La edad avanzada no representa un impedimento para tratar a estos enfermos en las unidades especializadas de atención al grave del sistema de salud,¹¹⁴ en el hospital donde se realizó la investigación, está vigente hoy la prestación de ese servicio y ha proporcionado gran beneficio, la investigadora da fe de ello en sus 10 años de experiencia en la asistencia

médica de pacientes adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico en la institución donde realizó la investigación.

Gráfico 1. Investigaciones diagnósticas imprescindibles. Resultados de la intervención con el modelo teórico práctico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Enero 2009 - diciembre 2009.



Fuente: Historia clínica individual.

n= 0,05

Después de la intervención con la aplicación del "Modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico." como se evidenció en el **Gráfico 1** existió una mayor utilización de las investigaciones diagnósticas imprescindibles, esto nos dio la certeza que se llevó mayor cantidad de pacientes al quirófano en mejores condiciones, así se valoró, y se proporcionó una mayor posibilidad de conocer el funcionamiento de los órganos dianas y de esta forma poder compensarlos de ser necesario. Se encontró la presencia de enfermedades concomitantes, algunas no conocidas por el enfermo, fundamentalmente la

Diabetes Mellitus, la cual frente a ciertas situaciones agudas: como la injuria accidental o quirúrgica, sepsis, pancreatitis, infartos del miocardio, accidentes cardiovasculares concomitantes con el abdomen agudo, enfermedades crónicas como la enfermedad renal, el alcoholismo, la enfermedad cardíaca y agentes terapéuticos como diuréticos, β bloqueantes e inmunosupresores estimulan a que se presenten alteraciones importantes.

Todas estas situaciones provocan una respuesta sistémica conocida como respuesta de stress, como consecuencia de la liberación de hormonas contrareguladoras (cortisol, catecolamina, glucagón y hormona del crecimiento) y citoquinas proinflamatorias que afectan la homeostasis de la glucosa indirectamente, estimulando la secreción de hormonas contrareguladoras y directamente alterando la respuesta celular a la insulina,^{58,98 114}

Se determinó el grado de deterioro funcional del paciente, que admitió actuar sobre estos órganos afectados a pesar de ser una intervención quirúrgica de urgencia. Esto influyó positivamente sobre el paciente y el resultado final de la intervención quirúrgica, muestra de ello fue la favorable evolución de los pacientes estudiados, en el **Segundo Momento investigativo**, ya aplicado el modelo teórico práctico. En este aspecto no se realizaron comparaciones con otros trabajos pues a pesar de tener gran importancia es poco tratado en la bibliografía revisada nacional, así como la internacional.

Se realizaron las investigaciones imprescindibles y se actuó en consecuencia a las alteraciones de los órganos dianas que se presentaron. Esto le proporcionó beneficio al paciente y mejoró la calidad de respuesta a la agresión quirúrgica del operado así lo aseguró la investigadora, y quedó demostrado en los resultados.

Otros autores ¹¹⁴ coinciden con el trabajo, al darle importancia a las medidas preoperatorias, como la compensación de los órganos que se encuentran afectados. Investigadores de gran renombre en Cuba le dan importancia a las investigaciones para el diagnóstico de la enfermedad y consideran que son las mismas en los niños y el adulto no anciano, ¹¹⁵ La investigadora coincidió con la consideración anterior, aunque discurre en la necesidad de ampliar el perfil en el adulto mayor para su diagnóstico ya que hay más daños en los órganos y sistemas en este tipo de paciente.

Vázquez ¹¹⁶ del Perú tiene similitud con el estudio en relación a los exámenes investigativos diagnósticos, al igual que Ramírez Sosa ¹⁰⁹ en lo particular de cada afección. Otro investigador reconocido, considera existe en la atención médica un uso inadecuado de los complementarios antes de la intervención quirúrgica, que influye en la evolución de los pacientes, criterio que coincide con este trabajo. ¹¹

Las enfermedades cardiovasculares fueron las condiciones comórbidas más importantes y lideraron las complicaciones transoperatoria, estas se solucionan por el anestesista en el momento del acto quirúrgico en la gran mayoría, por lo que contar con un anestesista capacitado en la atención al

adulto mayor en el acto quirúrgico y evaluar la tolerancia y la capacidad funcional como factores predictivos de la reserva cardiaca es de gran utilidad.⁸

Debe evaluarse la función pulmonar debido a que las complicaciones pulmonares suelen ser frecuentes y tan graves como los cardiovasculares.

8, 116, 117

La participación del geriatra o internista es fundamental para eliminar o compensar cualquier trastorno del ritmo cardíaco o cuadros de hipertensión aguda que pueden presentarse en cualquier etapa.⁹⁸ No se concibe que sea llevado un adulto mayor al quirófano sin la realización de las investigaciones imprescindibles que así se llama en la investigación y menos sin la valoración de un geriatra o internista

que compense las enfermedades existentes ya sean conocidas o no.

Otras investigaciones diagnósticas son de gran importancia en muchos de los casos para hacer el diagnóstico, las que se indican en dependencia de la afección a criterio del médico, como son radiografías simples de abdomen, amilasa, orina, ionograma, gasometría, de igual forma el cuagulograma, el grupo y factor, se debe tener en cuenta si va a ser operado o no el paciente. Depende de los recursos que dispongamos en el medio que nos encontremos, es de especial ayuda las investigaciones imaginológicas, que debe ser muy precisa su indicación.

La radiografía de tórax de pie o sentado en dependencia del estado del paciente nos permite ver el aire libre supra diafragmático, signo de perforación gastrointestinal.

La radiografía simple de abdomen puede mostrar calcificaciones anormales relacionadas con cálculos

vesiculares, del riñón o el apéndice cecal, al igual en la oclusión intestinal permite observar asas dilatadas con niveles hidroaéreos.⁹⁸

El hematocrito al descender expresa que ha pasado tiempo para que entren en juego los mecanismos de dilución, el incremento habla en algunos casos de hemoconcentración e hipovolemia y se ve en peritonitis, oclusión intestinal y pancreatitis.¹¹⁸ La mayor parte de los abdomen agudos quirúrgico cursan con leucocitosis y neutrofilia, a veces tardíamente y en algunos casos ausentes en etapas iniciales y por ello no se debe pensar en su exclusión.¹¹⁸

La ausencia de leucocitosis puede verse en sepsis graves por gérmenes gran negativos, en ciertas leucemias y en granulias tuberculosas capaces de generar cuadros abdominales.

La elevación de la amilasa en sangre y en orina orienta el diagnóstico hacia la pancreatitis aguda aunque pueden verse valores elevados en perforación duodenal, infarto intestinal e inyección de insulina. La valoración de la glicemia es importante, la diabetes agrava el pronóstico del abdomen agudo quirúrgico.¹¹⁸

La video laparoscopia tiene una función importante diagnóstica y terapéutica en el abdomen agudo quirúrgico. ¹⁰⁹ Para las afecciones gástricas y esofágicas las endoscopias son las más indicadas. ⁹⁸

Muchas son las investigaciones diagnósticas que se pueden realizar, las imprescindibles para garantizar la mayor compensación preoperatoria de los procesos comórbidas, las demás para realizar un diagnóstico rápido, siempre debemos tener presente no sustituir un buen interrogatorio y examen físico cuidadoso, la clínica apoyada en la fisiopatología del adulto mayor será siempre nuestra mejor compañía.

En la **Tabla 1** se obtuvo un 25,45% de pacientes con una evolución preoperatoria de menos de 24 horas. Es prudente hacer el análisis de que existió un mayor conocimiento para enfrentar al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, también se observó que hubo mejor dominio de la fisiopatología, y además el cumplimiento del algoritmo del adulto mayor con dolor abdominal agudo favoreció grandemente en realizar un diagnóstico más rápido, esa fue la apreciación de la investigadora y lo que mostró la investigación con los resultados obtenidos en la intervención con el modelo teórico práctico de atención al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Tabla 1. Tiempo de evolución preoperatorio. Resultados de la intervención con el modelo teórico práctico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Enero 2009 - diciembre 2009.

Periodo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Menos de 24 horas	128	33	70	25,45
24- 48 horas	222	57	189	68,73
Más de 48 horas	38	10	16	5,81
Total	388	100	275	100

Fuente: Historia clínica individual.

n=

0,05

El 68,73% de los pacientes estuvieron dentro de 24- 48 horas con un incremento en un 11,73% con relación **al antes**, este resultado fue bueno al tratarse de este grupo de edad de tan difícil diagnóstico y con más de 48 horas de evolución preoperatoria sólo el 5,81% de los casos, de ellos la mitad de estos se trataron de pacientes de la cuarta edad donde conocer la causa del abdomen agudo se hizo mucho más difícil por sus particularidades fisiológicas y de comunicación.

Estos resultados en la evolución preoperatoria mejoraron al lograr perfeccionar los conocimientos en las particularidades de este grupo de edad en todos los profesionales que prestan asistencia médica a este

tipo de paciente en esta institución, así se demostró en el servicio de Cirugía General donde se realizó la investigación.

Las intervenciones quirúrgicas tuvieron un comportamiento como se observó en la **Tabla 2**, donde el por ciento de operaciones de menos de 30 minutos se presentó en un 10%, con un 2,53% más que en el

diagnóstico realizado, **el antes**, a criterio de la investigadora, fue que se obtuvo un tiempo breve y se

debe a cirujanos con mucha habilidad, lo que necesitamos es que a su vez la intervención sea segura. De estos casos fueron 18 apendicitis y 10 lisis de bridas, operados por el especialista.

Tabla 2. Tiempo quirúrgico. Resultados de la intervención con el modelo teórico práctico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Enero 2009 - diciembre 2009.

intervalo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Menos de 30 minutos	29	7,47	28	10,18
30-60 minutos	94	24,22	138	50,18
1-2 horas	116	29,89	82	29,82
Más de 2 horas	149	38,41	27	9,81
Total	388	100	275	100

Fuente: Historia clínica individual

n=0,05

De 30 - 60 minutos existió un incremento de 25,96%, poseen las habilidades y además ya se observó el sentir de la tenencia del conocimiento del daño que ocasiona prolongar el tiempo quirúrgico, se razonó sensato el comportamiento en este rango, en el periodo de más de

2 horas al que le damos mucho valor, tuvo una disminución de un 28,60%, se considera un resultado muy positivo y beneficioso para los pacientes.

En muchos trabajos este aspecto no se evaluó, y estamos convencidos que fue básico en las futuras horas postoperatorias, en la evolución y pronóstico.

En trabajo realizado por Guasch PA ¹¹⁹ y col tuvieron un tiempo quirúrgico en el rango de 30-155 minutos, cuestión perjudicial para la evolución del paciente. Chávez ⁵⁷ en su serie mostró un rango de 111,28 minutos, al igual que un trabajo realizado por los doctores Vicente de la Cruz y Vicente Medina ¹² que muestran 100 minutos en su serie de casos, estos dos últimos en rangos quirúrgicos permisibles y favorables para el pronóstico del paciente.

Durante el acto operatorio es fundamental la participación de un anestesiólogo acostumbrado a tratar con los cambios de la fisiopatología del anciano, para coordinar acciones con el cirujano de asistencia y utilizar la medicación lo más exacta posible, debiendo estar preparado para la valoración de las complicaciones cardiacas que pueden presentarse. ⁵⁶

La prolongación del tiempo quirúrgico de un paciente adulto mayor trae como consecuencia la utilización de mayor cantidad de medicamentos anestésicos, se traduce en los efectos que ocasionan producto de la edad, sobre la farmacocinética y la farmacodinamia de las drogas anestésicas

que involucran muchos aparatos y sistemas, que repercuten en diversas complicaciones que pueden tener lugar en el transcurso del transoperatorio y postoperatorio inmediato o mediato, y las fundamentales son:

1. Composición corporal

Debido a los cambios en la composición corporal se producen paralelamente cambios en los volúmenes en que se distribuyen las drogas. Esto explica porqué los ancianos son más sensibles a las drogas anestésicas que los pacientes jóvenes.⁵⁶

2. Metabolismo basal

La reducción correspondiente en la producción de calor y la alteración simultánea de la vasoconstricción termorreguladora mediada por el sistema autónomo coloca al paciente quirúrgico adulto mayor en riesgo especial de hipotermia postoperatoria.⁵⁶

3. Sistema cardiovascular

Todas las drogas anestésicas disminuyen algún grado el gasto cardíaco, porque el corazón de los ancianos está comprometido mecánicamente y es más sensible a los efectos hipotensores de las drogas anestésicas.⁵⁶

4. Sistema respiratorio

La consecuencia funcional primaria debido a la edad es la pérdida de la retracción elástica pulmonar, que disminuye la eficacia del intercambio gaseoso y crea una alteración difusa de la relación ventilación perfusión.⁵⁶

5. Sistema renal

La disminución del aclaramiento de creatinina aumenta las concentraciones y determina un retardo en la excreción de las drogas que son eliminadas por el riñón.⁵⁶

6. Sistema hepático

Con la edad disminuye el volumen del hígado, el volumen sanguíneo y la capacidad intrínseca del órgano. El efecto de estos cambios producen una disminución del aclaramiento de las drogas anestésicas, ya que la mayoría de las drogas usadas en anestesia son metabolizadas precisamente en el hígado.⁵⁶

Es preciso tener en cuenta que el tiempo de recuperación postoperatoria es más largo que en los grupos de menor edad, de modo que cuando se ha cumplido 75 años, dicho tiempo se duplica e incluso si se compara con los pacientes más jóvenes se triplica.¹¹

El tratamiento postoperatorio debe ser muy minucioso, tratando de prevenir y en el peor de los casos

reconocer, para tratar precoz las complicaciones postoperatorias, que son más prematuras y frecuentes que en personas jóvenes, a su vez más graves y menos toleradas que en otros grupos de edades.¹²¹

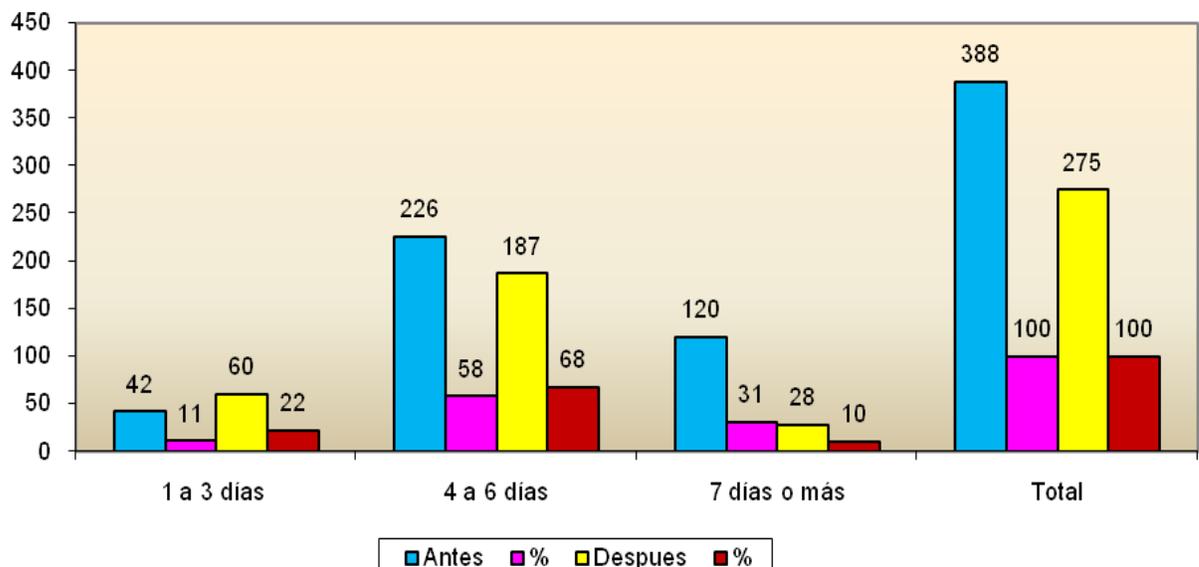
Como puede verse en la **Gráfico 2** hubo una reducción de la estadía de 7 o más días en un 21,00%, se percibió como humanamente el paciente pudo abandonar el hospital curado en un tiempo menor y sin introducirnos

en el tema económico también se pudo observar que se produjo una disminución de los costos hospitalarios.

La mayor cantidad de pacientes tuvieron una estadía entre 4 y 6 días con un 68,00%, en el después con un 10% por encima en relación con él antes. Sin embargo Chávez ⁵⁷ en Perú exhibe una permanencia de 11,54 días, superior a esta investigación.

Gráfico 2. Estadía hospitalaria.

Resultados de la intervención con el modelo teórico práctico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Enero 2009 - diciembre 2009.



Fuente: Historia clínica individual.

n= 0,05

En Colombia Giovanna ¹²⁰ mostró una estadía de 7,8 días, siendo esta más prolongada en los pacientes que presentaron complicaciones. Fenyó ¹²¹

expresa algo similar, pero además describe factores sociales que le influyeron en una estancia prolongada. Miettinen,¹²² tuvo una permanencia hospitalaria de 12,5 días e influyeron en una estancia prolongada y Kettunen⁴² de 12 días,

En Chile en estudio realizado por Espinosa³⁴ describe que el 55,6% de sus casos estudiados permanecieron hospitalizado más de una semana. Como se aprecia internacionalmente el comportamiento de la estadía es superior a Cuba y aún más con relación al hospital donde se realiza la investigación.

Quintana A¹⁰ en Camagüey tuvo una media de la estadía hospitalaria de 9,19 días. El ingreso más corto fue de 24 horas y la mayor hospitalización de 54 días, lo que demuestra que existió una estadía

prolongada. Ramírez¹⁰⁸ en Sancti Spíritus tuvo una estadía hasta de 7 días para pacientes fallecidos.

Se observó en la **Tabla 3** que los resultados arrojaron que las complicaciones inmediatas se presentaron en un 2,90%, contra un 3,35% en el diagnóstico realizado en el **antes**, con un 0,45% de disminución en relación de una con la otra, la diferencia no fue amplia, pero existió una reducción.

La confusión mental se presentó en 15 casos, complicación descrita en la literatura, la cual se le dio mucha importancia, además es uno de los problemas más frecuente que se presentan durante el postoperatorio en los adultos mayores y de los que recibe menos atención, la cual no fue

reflejada en **el antes**, o primer momento investigativo, por lo que consideramos importante tocar este aspecto en la investigación, al tener en cuenta la necesidad de tener presente la valoración de la misma.

Se debe considerar como estado transitorio y reversible, que no es placentero para el adulto mayor ni para sus familiares, si este se presenta hay que tomar unas series de medidas de seguridad para evitar accidentes. ¹⁰³

Tabla 3. Comportamiento de las Complicaciones.

**Resultados de la intervención con el modelo teórico práctico.
Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. enero 2009 - diciembre 2009.**

	Enfermedades	ANTES		DESPUÉS	
		No	%	No	%
Inmediatas	Infarto agudo del miocardio	4	1,03	1	0,36
	Hemoperitoneo postoperatorio	3	0,78	1	0,36
	Coleperitoneo	2	0,51	1	0,36
	Retención Urinaria	2	0,51	4	1,45
	Tromboembolismo pulmonar	2	0,51	1	0,36
	TOTAL INMEDIATAS	13	3,3	8	2,9

Mediatas	Íleo paralítico	22	5,6	8	0
			7		2,9
	Sepsis de la herida	20	5,1	4	1,4
			5		5
	Insuficiencia Pre renal	14	3,6	2	0,7
			0		3
	Bronconeumonía	10	2,5	2	0,7
			7		3
	Retención urinaria	10	2,5	2	0,7
			7		3
	Evisceración	6	1,7	1	0,3
			4		6
	Dehiscencia de sutura	3	0,7	1	0,3
		8		6	
Edema agudo del pulmón	3	0,7	-	-	
		8			
Shock séptico	2	0,5	2	0,7	
		1		3	
Peritonitis	11	2,8	6	2,1	
		3		8	
TOTAL MEDIATAS	10	26,	2	10,	
	1	02	8	20	
TOTAL	11	29,	3	13,	
	4	38	6	10	

Fuente:
Z =5,29

Historia

clínica

individual.

Se apreció cómo se presentó el infarto agudo del miocardio en un caso para un 0,36% con igual comportamiento el tromboembolismo pulmonar, fue un por ciento bajo, la investigadora reconoce que las complicaciones disminuyeron en cantidad y también en la severidad de su presentación, esto influyó en el resultado final de la investigación

La investigadora considera se debió este resultado a que se trataron las descompensaciones de los órganos vitales por procesos comórbidos, y se realizaron intervenciones más seguras.

El paciente pudo llegar en mejor estado al salón, paso o eslabón omitido en la mayoría de los casos antes de la intervención y no se cumplía por no existir el conocimiento del beneficio que proporciona al paciente.

La retención urinaria se presentó en un 1,45%, con la presencia de globo vesical, esto se debe a la

dificultad en la función urinaria por los años o adenomas prostáticos concomitando, de igual forma se reportó en otros autores.^{8, 11,120.}

Las complicaciones mediatas en el diagnóstico o en **el antes** se vieron en un 26,02% y después de la intervención en un 10,20%, es decir con de la aplicación del "modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico" se disminuyó en un 15,82% de las mismas y de forma general en un 29,38% se descendió a un 13,10%, es decir se logró disminuir en un 16,28%.

Las complicaciones mediatas que más se presentaron fueron el íleo paralítico para un 2,90%, que lo estimamos como consecuencia de un inadecuado balance hidroelectrolítico y falta de deambulacion precoz, las peritonitis en un 2,18% además la sepsis de la herida con un 1,45%, el

cual es bajo, pero se está acostumbrado a ese comportamiento en este medio donde se desarrolla la investigación.

La evisceración presentó mejor comportamiento después de la intervención, con un 0,36%, la edad constituye un elemento predisponente a la posible evisceración en un paciente laparotomizado, en la literatura revisada se plantea que a medida que los años se incrementan, van interrelacionándose estrechamente múltiples factores con su aparición, tales como: enfermedades crónicas no transmisibles, debilitamiento del sistema inmunológico para enfrentar las agresiones del medio, así como aumento del deterioro biológico en las diferentes funciones celulares del organismo, cuyo buen estado es directamente proporcional al metabolismo de elementos químicos esenciales para la cicatrización (hidroxiprolina, colágenos y fibrina entre otros).¹¹⁹ A todo esto se le suma las características de la pared abdominal de este tipo de paciente.

Quintana Proenza¹⁰ reportó las infecciones como principal causa de complicaciones postoperatoria, coincidiendo con Roseano.⁴⁹

Valdés Jiménez⁹ obtuvo que las complicaciones más comunes fueron la infección de la herida, la

peritonitis, la bronconeumonía y la insuficiencia cardiaca, coincidiendo con otros autores^{35, 36, 62, 63, 64, 65, 66, 67}. Quédraogo¹²³ en serie efectuada en el 2004 exhibió un 47,06% de complicaciones, más tarde se realiza estudio

similar de adulto mayor con esta afección evaluando calidad y se obtiene un 51,40% en el 2008 por Rocha y tutores. ¹²⁴

Chávez ⁵⁷ en Perú, obtuvo un 74,36% de complicaciones, con mayor rango las respiratorias con un 30,77% y la sepsis de la herida con 25,64%. La mayoría de los autores refieren que las operaciones de urgencia tienen mayor incidencia de complicaciones postoperatoria que las electivas.^{8, 57, 62, 67, 99.}

El adulto mayor está más predispuesto a infecciones severas debido a la senescencia inmunológica y enfermedades predisponente concomitantes. Las complicaciones respiratorias y renales producto del deterioro de sistemas que hacen el grupo de edad más vulnerable, tuvo baja representatividad ¹²⁵

Hay que tener presente que en ocasiones se hace un uso exagerado de medicamentos nefrotóxicos o la aplicación de la polifarmacia sin seguimiento del aclaramiento de la creatinina y esto es peligroso, otros autores coinciden con los resultados de esta investigación. ^{69,70,71,72.}

De los pacientes complicados a 16 se les brindó asistencia médica en unidad de atención al grave que representó un 44,44%, ya que en esta institución se tiene claro que la edad geriátrica no contraindica el ingreso a esas salas. En la institución donde se realizó la investigación, está representado en más de un 20% de los ingresos en adultos mayores. ¹¹²

En la investigación, se obtuvo una representatividad de los fallecidos en un 5,81% en el después con un diferencia significativa en relación con el antes de 9,91%, como se observó en la **tabla 4**.

Tabla 4. Comportamiento de fallecidos. Resultados de la intervención con el modelo teórico práctico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. enero 2009 - diciembre 2009.

Grupo de edades	Antes						Después					
	M	%	F	%	T	%	M	%	F	%	T	%
60-74 años	5	1,2	2	0,5	7	1,80	2	0,7	1	0,3	3	1,0
		8		0				3		6		9
75-89 años	2	5,2	1	3,6	3	8,73	4	1,4	2	0,7	6	2,1
	0	5	4	0	4		5		3		8	
90-99 años	1	2,8	8	2,0	1	4,79	3	1,0	3	1,0	6	2,1
	1	3		6	9		9		9		8	
100 o más	1	0,2	-	-	1	0,25	1	0,3	-	-	1	0,3
		5					6				6	
Total	3	9,5	2	6,1	6	15,7	1	3,6	6	2,1	1	5,8
	7	1	4	7	1	2	0	3		8	6	1

Fuente: Historia clínica individual.

Z =5,29

A pesar del compromiso fisiológico de los diversos órganos y sistemas, suelen ser funcionalmente

suficientes como para tolerar un tratamiento quirúrgico.

La presencia de procesos comórbidos, sí aumenta la mortalidad de 1,5 a 6,1% cuando se detectan tres condiciones clínicas comórbidas. La

mortalidad postoperatoria se relaciona más a las enfermedades coexistentes que a la edad cronológica.⁸

El riesgo de morir por complicaciones después de una intervención quirúrgica aumenta con la edad del paciente y más si la operación es el abdomen agudo, sobre todo cuando existe peritonitis.¹⁰⁹

Los ancianos tienen un grado de desnutrición que va del 35 al 65% y está relacionado a múltiples factores^{8, 103, 104} se le debe prestar atención a pesar de ser afecciones de urgencias, y se remedia con el uso de la alimentación parenteral.

Según Barbosa⁹⁹ la mortalidad de la apendicitis aguda en mayores de 65 años es de 4,6% y en fase perforada en un 11%, en mayores de 70 años en un 32%, por lo que se considera importante el diagnóstico rápido, en este trabajo de este autor la morbilidad del abdomen agudo fue de 74% y la mortalidad de 5,13%, pero sólo se tuvo en cuenta afecciones como la colecistitis, la oclusión intestinal y la apendicitis aguda. En el estudio realizado por la investigadora incidió en la mortalidad la presentación de apendicitis perforada con grandes peritonitis en 4 casos para un 1,45%. Esto se debió a que llegaron tardíamente al servicio de urgencia hospitalario, el diagnóstico fue difícil y eso trajo consigo demora en el tratamiento quirúrgico, todos necesitaron de hospitalización en salas de atención al paciente grave.

En el mismo trabajo de Barbosa⁹⁹ la mortalidad operatoria fue de 18-40%, la mortalidad por hernias operadas de urgencia que necesitaron resección

intestinal tuvo una mortalidad de 8-14%, la oclusión intestinal enfermedad frecuente en este grupo de edad plantea el 50%, por adherencias el 50%, hernias, entre el 15-20%, y neoplasias entre el 15-20%, de los fallecidos mayores de 70 años, obtuvo el 40% de mortalidad, no tuvo igual comportamiento a nuestro estudio ni en porcentajes ni en resultados.

Peñas Ricardo de las Tunas obtuvo una mortalidad en oclusión intestinal de un 20,4% a expensa de las adherencias con un 41,90%, las hernias complicadas con un 27,63%.

En la investigación la necesidad de realizar resección intestinal no constituyó un problema, solamente se presentó un caso para un 0,36%, el cual falleció por una sepsis generalizada. En trabajo realizado por Vicente Medina ¹²⁷ plantea que las intervenciones de urgencia realizadas por hernia y oclusión intestinales son las que ocupan el lugar número 15 entre las causas de muerte de estos pacientes operados.

Pereira Rodríguez y Artamirano ^{128, 129} mostraron en sus trabajos una mortalidad de un 20% y se plantea una mortalidad a nivel de la literatura internacional de un 14 a un 25%.

Otras revisiones de trabajos realizados en Cuba por profesionales dedicados a este grupo de edad vimos como Cárdenas ¹¹ hace algunas consideraciones sobre el abdomen agudo en el anciano y reportan en su serie un 10 % de mortalidad. Valdés Jiménez ⁹ en el 2002 obtuvo una

mortalidad de 74,4% en ancianos mayores de 85 años, la principal causa de muerte fue la sepsis.

Quintana Proenza ¹⁰ en el 2001, reportó una mortalidad global de 16,87%, Morales González ⁵² en el 2003 informa un estudio con una mortalidad de 20,43% y la causa de muerte el shock séptico.

Espinosa ³⁴ obtuvo en su trabajo un 6,7% global en la mortalidad y postoperatoria un 11,1%, de igual forma reporta González ¹³⁰ con 11,8%, Miettinen ¹²² con 13%, Paajanen ¹³¹ con 17%, Kettunen ⁴² con 22%, al considerar que se debió el incremento de trombosis mesentéricas y obstrucción intestinal, edad mayor a 80 años y ASA IV y V, en la investigación repercutió la presencia de trombosis mesentéricas, en pacientes con antecedentes cardiovasculares, que a pesar de ello no se hizo un diagnóstico rápido y aún no se agotaron todos los procedimientos terapéuticos existentes. En una serie de Van Geloven, ⁵³ la mortalidad para todos los pacientes mayores de 80 años fue de 34%, muy superior a la mostrada por el, dándole gran importancia a la oportunidad de la cirugía, tiempo quirúrgico, enfermedades comórbidas y el menoscabo funcional que de ellos resulta. El grado de clasificación de la sociedad Anestésica Americana (ASA) es un excelente predictor de mortalidad.

Giovanna ¹²⁰ en su estudio mostró una mortalidad global de 13,4%, con una mortalidad postoperatoria de 27,13%, Kim ¹³² la describe una en 5,60% y aunque en sus pacientes si hubo mayor número de enfermedades

concomitantes, neoplasia, anormalidades electrocardiográficas, necesidad de cuidados intensivos, transfusiones y mayor número de complicaciones, estos factores no modificaron su mortalidad.

Jordán Alonso ¹³³ en el 2005 planteó que de los pacientes que sufren una pancreatitis aguda fallecen entre el 5 y el 10%, si nos referimos solamente a las severas estas se elevan hasta un 30 a un 40%, en la investigación la mortalidad fue de 0,36 con un caso y muy poca morbilidad. Castillo ¹³⁴ en trabajo realizado en cirugía de urgencia de la tercera edad en ese mismo Hospital, en el 2009 obtuvo una mortalidad de 20%.

Barbosa ⁹⁹ en su trabajo en Perú plantea que la colecistitis aguda, es de las causas más frecuentes en

el anciano que produce dolor, representa el 30% de todas las operaciones de urgencia de este grupo de edad y se complica en el 40 a 60% de los casos. La litiasis coledociana aumenta el riesgo quirúrgico, la endoscopia en el preoperatorio puede tener resultados favorables en un 90%, evitando en lo posible practicar esfinterotomía. El tratamiento quirúrgico de la colecistitis debe ser endoscópico, compensando al paciente para evitar una mayor mortalidad, la conversión a cirugía abierta va del 20 al 25% sin aumento de la mortalidad.

La clasificación ASA tiene un gran valor predictivo, tiene en cuenta el estado físico del paciente para valorar el riesgo operatorio y tiene correlación con la mortalidad, algunos autores como García - Sancho

Martín,⁸ le dan gran valor al índice de Reiss,⁸ también con valor predictivo y correlación con la morbilidad y la mortalidad lo clasifican en nulo (ninguno), moderado (uno) y elevado (dos o más) los factores de riesgo: edad mayor de 85 años, cirugía de urgencia, laparotomía, ASA IV o V, peritonitis, infarto intestinal, neoplasia no extirpable o metástasis.

En Cuba existe una Tesis de Maestría de Cardoso Lunar¹³⁵ del Centro de Investigaciones sobre: Longevidad, Envejecimiento y Salud, que aborda una evaluación de un índice pronóstico de mortalidad, donde tener 80 años o más, clasificar en el grupo IV de ASA, pertenecer a la categoría de sistema Vital III, recibir cirugía de urgencia, presentar un tumor maligno inoperable, ser intervenido por tumoración de páncreas y vías biliares, tiempo quirúrgico de más de dos horas fueron las categorías que individualmente más aportaron a la mortalidad. Un índice acertado, de fácil ejecución y con buenos resultados.

Se diseñó un índice de riesgo cardíaco revisado y abreviado, conocido como índice de Lee, con un uso más sencillo, siendo los criterios: cirugía de alto riesgo, cardiopatía isquémica, antecedentes de insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular previa, diabetes insulínica, creatinina preoperatoria superior a 2,0 mg/dl. Este índice comprende desde la clase I a la VI con los puntos clase respectivamente a la clasificación, dando por cada uno un punto, tiene buenos resultados prácticos.¹³⁶

La conducción del paciente con abdomen agudo debe ser rápido, eficaz y requiere de un tratamiento interdisciplinario, dependerá de la gravedad del padecimiento, por ejemplo se requiere del apoyo de la Unidad de Cuidados Intensivos, para la estabilidad hemodinámica y la valoración en el preoperatorio y en una gran proporción de los casos en el postoperatorio inmediato.^{137, 138, 139}

La ruta crítica en este tipo de afecciones agudas, se representa en un algoritmo que se describe en México, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: prioridad de la valoración y permeabilidad de las vías aéreas, adecuada circulación, perfusión tisular y completar los estudios de laboratorio y consulta para definir en base a la historia clínica y exploración física el diagnóstico probable y tratamiento.

Este algoritmo propuesto representa la conducción básica en todo paciente que se recibe en un servicio de trauma o de urgencias médico quirúrgicas, priorizando el ABC de la evaluación primaria y en caso necesario estabilización del estado de choque de acuerdo a cada paciente en particular. Como se apreció a pesar de ser en países diferentes e incluir el trauma, el algoritmo se rige por parámetros similares, independientemente de que no se reseña a los adultos mayores, la apreciación de la investigadora fue que se persiguen fines relacionados, no tan abarcadores como el de esta investigación, pero ya se ve que se piensa en nuevo paradigma de atención, comienza a surgir una nueva visión de esta afección. Todas estas herramientas de trabajo en el diagnóstico y

tratamiento tienen gran utilidad, el incorporarla a la práctica diaria para mejorar los resultados y el pronóstico es de gran utilidad, pues permite saber con que fragilidad o inestabilidad personalizada se trabaja en cada paciente adulto mayor y cual nivel de actuación debe ser el más oportuno. La letalidad del estudio fue de un 5,81%. La causa de muerte que mayor representatividad tuvo fue la sepsis intrabdominal.

Conclusiones del capítulo 3

- Se obtuvo un modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico admitido científicamente con las características de la senectud cubana actual.
- Al utilizar el Modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, se logró disminuir las complicaciones, las muertes, la estadía y se influye en la disminución de los costos.
- La mayor representatividad de la edad siguió siendo el grupo de la tercera edad, con predominio del sexo masculino.
- La utilización de las investigaciones diagnósticas imprescindibles fueron muy superior en el segundo momento investigativo o **después** y se logró incrementar el tiempo de evolución preoperatorio en las primeras 48 horas en ese momento investigativo.
- El tiempo quirúrgico tuvo una disminución significativa, al igual que la estadía, las complicaciones y los fallecidos en el segundo momento investigativo o **después**.

- La letalidad disminuyó considerablemente en el **después** con relación al **antes** de la intervención del modelo teórico práctico de atención al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Conclusiones Generales

- Se realizó un diagnóstico del comportamiento de los paciente adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico, que brindó las insuficiencias existentes, que sirvieron de base para realizar la intervención y resolver problemas entre el antes y el después, además mostró la necesidad de introducir una herramienta de trabajo para la asistencia médica de estos pacientes.
- Se demostró que con las bases teóricas que sustentaron, el modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, es aplicable y produce una disminución considerable de las complicaciones, las muertes, la estadía y los costos hospitalarios. No tiene consecuencias desfavorables al paciente y tiene posibilidad de ser generalizado.
- Su aplicación permitió actuar en dependencia de lo que sucedió fisiopatológicamente en el adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, al conocer el deterioro que ocurren en los órganos y sistemas por el paso de los años.
- El modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico se concibió como un proceso continuo, repetido y en avances dirigido a la preparación teórica práctica de los profesionales, residentes y estudiantes de medicina de todos los niveles de salud, con la finalidad de brindar una atención de calidad al

paciente de este grupo de edad con esta afección, además de enfrentar el reto que hoy se asume frente a este silencioso pero apresurado crecimiento poblacional.

Recomendaciones.

- Sugerir la introducción de la aplicación del Modelo teórico práctico de atención médica al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, al estar reconocido como una herramienta de trabajo beneficiosa en el diagnóstico y tratamiento de esta afección.
- Continuar los estudios sobre la fisiopatología del adulto mayor en todos los niveles de atención de la Salud Pública, en busca de una mejor preparación científica para enfrentar el reto del envejecimiento poblacional que provoca el fenómeno demográfico existente en el mundo, alarmante en Cuba que lo convierte en el país más envejecido de la región para el 2025.
- Trabajar para logra la geriatrización de los servicio quirúrgicos o grupos interdisciplinarios para la atención del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Balibrea JL. Abdomen agudo en el siglo XXI. Med. Clin. (Internet). 2001 (citado 5/7/2008); 117: (aprox. 3 p.). Disponible en: http://db.doyma.es/cgl_bin/wdbcgl.exe/doyma/mrevista-home-home
2. García Gutiérrez A, Pardo G, Abraham J. F, Adelfna RI, Área S. Abdomen Agudo. En: Cirugía. T3. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p. 1057-1438.
3. Soler Vaillant R. Abdomen Agudo no traumático. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
4. Alfonso León, AC, Albizu - Campos Espiñeira, JC. "La población cubana en la segunda mitad del siglo XX". (Internet) (citado 5/7/2008): (aprox. 37 p.) . Disponible en: sociales.reduaz.mx/art_ant/poblacion_cubana_sxx.pdf -
5. HoylMT. Envejecimiento biológico. En: Manual de Geriatria. (internet) (citado 15/8/2008).
Disponible en: <http://www.geriatria/uc/archives-html>.
6. Bree RL, Foley WD, Gay SB. For the Expert Panel on Gastrointestinal Imaging. ACR American College of Radiology. (internet) (citado 20/9/2008). Disponible en :http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/app_criteria/pdf/ExpertPanelonGastrointestinalImaging.aspx.

7. Rodríguez Pascual Y, Leyva Carralero C, Vega Abascal L, Rodríguez García M, Pupo Zúñiga A. Comportamiento de la úlcera péptica perforada en pacientes atendidos en Cirugía del Hospital V. I. Correo Científico Médico de Holguín (Internet). 2008 (citado 20/9/2008); 12(1): (aprox. 6 p.). Disponible en: www.cocmed.sld.cu/no_121/pdf/n121ori3.pdf
8. García- Sancho Martín. Particularidades de la Cirugía en el anciano. Anales Real Academia Nacional de Medicina. 2008; 125(2): 277-80
9. Valdés J, Mederos O, Barrera JC. Abdomen agudo quirúrgico en el anciano. (Internet). 2002 (citado 29/10/2008). Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>
10. Quintana A, Sánchez T, Quintana JJ, Salvador E, Guardia Mella E. El adulto mayor en cirugía general. Hospital Amalia Simoni. Camagüey. Rev. Cub. Cir. 2001; 40 (3):305-11.
11. Cárdenas A, Abraham J, Cardoso N, Albert D, Rasna A. Algunas consideraciones del abdomen agudo quirúrgico en el anciano. X Congreso de Cirugía Cubana (Internet). 2008 (citado 29/12/2008) Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/_dia._sala_9.pdf -
12. Vicente ML, Vicente A. Estudio comparativo de la Cirugía Digestiva Electiva y Urgente en pacientes mayores de 60 años. Hosp Joaquín Albarrán X Congreso de Cirugía Cubana (Internet). 2008 (citado 29/12/2008) Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/3_dia_sala_8.pdf

13. Freeman JT. Ageing: Its History and Literature, Human Sciences Press.
London: Cambridge University Press; 1979.
14. Sabiston DC . Historia de la cirugía. En: Tratado de patología Quirúrgica.TI. 18 ed. México: Interamericana; 2007.p. 1-14.
15. Morin E. La epistemología de la Complejidad. La Gazeta de Antropología. (Internet). 2004 (citado 29/12/2008) ; 20.Disponible en: www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html
16. García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Historia de la Cirugía. En: Cirugía. Selección de Temas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003 .p. 1 -21..
17. Martínez Almansa L. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y Morbimortalidad. Resumed. 1999; 12(2): 77-90.
18. Fong Juana A, Bueno J. Geriátría: ¿Es Desarrollo o una Necesidad? Hospital Provincial Docente Dr. Ambrosio Grillo. MEDISAN 2002; 6 (1): 169-75.
19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa del adulto mayor. La Habana: MINSAP; 1997
20. Oree A. Los mayores podemos adoptar entrega y experiencia. Rev. Sesenta y Más 1999; 176:22-5.

21. Baster Moro JC. Glosario de términos y definiciones de la gerontología y geriatría. La Habana: Premio anual de salud; 2007.
22. Prieto Ramos O, Vega García E. Envejecimiento y sociedad. En: Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996.p.11-9.
23. Prieto Ramos O. Duración de la vida y longevidad. En: Temas Gerontología Geriátrica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1990.p. 21-3.
24. Bree RL, Blackmore CC, Foley WD, Gay SB, For the Expert Panel on Gastrointestinal Imaging. ACR American College of Radiology . (Internet). 2007 (citado 6/1/2009). Disponible en: http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/appo_criteria.aspr. Accessed
25. Wittmann DH, Iskander GA. The compartment syndrome of the abdominal cavity: a state of the art review. J Intensive Care Med. 2000; 15:201-220.
26. Los secretos de la longevidad. (Internet). 2007 (citado 6/1/2009). Disponible en: <http://www.enplenitud.com>
27. Merrill T, Olmos P. "Extracare": un nuevo concepto de residencia. Rev. Sesenta y Más 1999; 176: 39- 44.
28. Soriano Girona H. Abdomen agudo. En: Temas de cirugía. Actualización Bibliográfica en castellano. Barcelona: Mc Graw Hill; 2001.p. 115-18

29. Chavin J, Voyer L E, Biogili E. Abdomen Agudo. En: Manual de Protocolo y actuaciones para residentes. España: Complejo Hospitalario de Toledo; 2001 .p. 44-51
30. Larrea Fabra M, Duve Barrero A , Llera Domínguez G. Abdomen agudo quirúrgico. Supercurso. Hospital Universitario general Calixto García. (internet). 2006 (citado 12/2/2008). Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/.../supercursoabdomenagudo1.pdf
31. Castro Díaz- Balart F . Ciencia tecnología y sociedad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2004.
32. Cabrera J .Cirugía de urgencia en adulto mayor. Hospital Militar Mario Muñoz Monroy. Rev. Cub. Med. Milit. 2004; 33(4):8-11.
33. Rodríguez Paz C, Palacio Valdés A. Causas y mortalidad de la obstrucción intestinal en el anciano. Rev. Gastroenterol. Mex. 2005; 65 (3): 121-3.
34. Espinosa R, López F, Guzmán S, Arroyo C, Ibáñez L. Patología biliar litiásica en mayores de 79 años. Rev. Chil. Cir. 1997; 49:153-6.
35. Ojeda M J, Sosa O, Puig E, Rondon S, Norbert J. Mortalidad quirúrgica 1992 -1998. Hosp Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo. MULTIMED 1998; 2(3) :12-4.
36. Maristamy CA, Rodríguez S, Mshana K. Cirugía mayor en los ancianos. Rev. Cub. Cir. 1984; 23(5): 445-58.
37. Wells SA. Surgery in the elderly. Curr. Probl. Surg. 1998; 35(2):107-

38. Batista D, Rodríguez Y, Sánchez A, Hernández A. Comportamiento del abdomen agudo quirúrgico en pacientes geriátricos desde el 2002 al 2004. Jornada Científica Estudiantil. Hospital Ernesto Guevara de la Serna de Las Tunas. Rev. Cub. Cir. 2005; 36 (2):19 - 21.
39. Piriz A, Suárez J D, Revé J P. Apendicitis aguda en el anciano. Rev. Cub. Cir. 1990; 29(1): 87-95.
40. Vicens A, Piulach J, Guiñol J, Sandies J, Morell F. Colescistitis aguda en mayoresde 65 años. Revisión de 128 casos. Rev .Esp. Geriatr. Gerontol. 1986; 21 (5):285-92.
41. Mishida K, Okinaga K, Miyazarra Y, Suzuki K, Tanaka M, Hatano M, et al. Emergency abdominal surgery in patients aged 80 years and older. Surg.Today. 2000; 30: 22-7.
42. Kettunen J, Paajanen H, Kostigenen S. Emergency abdominal surgery in the elderly. Hepatogastroenterology (internet). 1995 (citado 12/2/2009); 42:(aprox. 2 p.). Disponible en:
[http://www.scielo.cl/scielo.php
pid=500034_988720040012000008&script=sd_arttet#2](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=500034_988720040012000008&script=sd_arttet#2)
43. Keller S M, Markoritz L S, Wilder J R, Aufses A H. Emergency and elective surgery in patiens over age 70. Am Surg 1987; 53:636 - 40
44. Muttinen P, Pasanen P, Salonen A, Latineen J, Alhara E. The out come of elderly patiens after operation for acute abdomen. Aun chir gynarcol. 1996; 85:11-15.

45. Zuidema D G. Cirugía del aparato digestivo. 5 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005.
46. Membreño A. Manejo del paciente anciano con abdomen agudo quirúrgico espontáneo. Consideraciones y recomendaciones prácticas. Rev. Med. Hond. 1991; 59:26-30.
47. Martínez A. La oclusión intestinal como causa de abdomen agudo. Revisión de 211 casos. Rev. Clin. Esp. 1980; 156 (3): 159-64.
48. Garza JH, Basurto E, Vázquez R. Cirugía en anciano. Cir. Gen. 1997; 19(1): 32-6.
49. Roseano M, Erasmo R, Tonello C. Evaluation of the surgical risk and preparation to major surgical intervention in geriatric surgery. Ann Ital Chir. 1997; 51(2): 159-63.
50. Nagarra H, Koforr O, Sano T, Tsuno N, Saito H, Muto T. Prediction of postoperative pulmonary complications in elderly patients with esophageal carcinoma. ABCD. Arg. Bras. Cir. Dig. 2005; 8(3): 77-80.
51. Peña Ricardo Y, Hernández Concepción R. Resultados del tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal en el anciano. Hospital Guillermo Domínguez López. 2006 - 2008. Jornada Científica Territorial de Cirugía General Las Tunas. (Internet). 2009 (citado 12/2/2008). Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/3_dia_sala_12.pdf -
52. Morales González, R A. Mortalidad postoperatoria intrahospitalaria de los adultos mayores en Cirugía General. Rev Cubana Cir. (Internet).

- 2003 (citado 20/1/2010); 42(4): (aprox. 4 p.). Disponible en:
<http://www.ciencias.holguin.cu/2010/Marzo/.../ARTI20.htm> -
53. Van Geloren AA, Biesheurel T H, Luitse J S, Hoitsma H F, Ofertop H. Hospital admissions of patient aged over 80 with acute abdominal complaints. Eur J Surg. (Internet). 2000 (citado 12/2/2009) :(aprox. 5 p.). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
[pid=500034_988720040012000008&script=sd_arttet#12](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=500034_988720040012000008&script=sd_arttet#12)
54. Porina Rodríguez L, Cordero Jiménez C. Cirugía mayor urgente en el anciano. Mediciego. 12:(3):-54-6.2004
55. Canales Solís P C. Comportamiento y manejo de la apendicitis aguda en pacientes de 60 años y más en el Departamento de Cirugía General [Tesis]. Nicaragua: Facultad de Ciencias Médicas UNAN - León; 2007.
56. Reguera Espelet A M. Estado actual del manejo perioperatorio del paciente geriátrico. (Internet). (Citado 12/2/2009). Disponible en:
<http://anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos /anestesia-reanimación/geriatria/manejo-perioperatorio-paciente.htm>.
57. Chávez Ampuero Ortiz P, Varela L. Estudio comparativo del dolor abdominal agudo quirúrgico entre mayores y menores de 60 años. Rev. Soc. Perú. Med. Interna (Internet). 2001 (citado 12/2/2009); 14 (1) :(aprox. 12 p.). Disponible en:
<http://catserver.bireme.br/cgi.bin/wxi>.

- 58 Carlson D. Hiperglicemia en pacientes críticos. (Internet). 2006 (citado 12/2/2009): (aprox. 6 p.). Disponible En: http://www.clinica-unr.org/Especiales/9/Especiales_9_Hiperglicemia_Pag_1.htm
59. Rodríguez Pascual Y, Leyva Carralero C, Bauta Desdin JL, Rodríguez García M, Pupo Zúñiga A. Incidencia de pacientes con oclusión intestinal tratados con lisis de bridas en el Hospital de Holguín. Correo Científico Médico de Holguín (Internet). 2008 (citado 12/2/2009); 12(1): (aprox. 6 p.). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no121/pdf/n121ori5.pdf>
60. Consuegra J E. Evaluación de la calidad de la cirugía mayor de urgencia. Jornada científica. Cienfuegos: Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Gustavo Aldereguía Lima; 2005.
61. Rosel L, Salinas J. Cirugía urológica de alto riesgo en el anciano. España: Ed. Complutense; 1993.
62. Masoro E. Bisology of aging. Arch. Intern. Med. 1987; 147:166-8.
63. Delgado M J, Vallejo R. Mortalidad quirúrgica geriátrica. Rev Cub. Cir. 1980; 19(4):293-8.
64. Guerra E, Uricurte J. Cirugía en los pacientes de edad avanzada. Rev. Cub. Cir. 1977; 16(6): 545- 52.
65. Cerdán F J, Díaz M, Hoyos V, Cedeño J, Bru I, Balerea J L. Cirugía de la litiasis biliar en el anciano. Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 1986; 21 (5): 269-75.

66. Cerero J M, Vidal L, López A. Morbilidad y mortalidad quirúrgica de urgencia en el anciano. Rev. Cub. Cir. 1990; 29(4): 598-605
67. López Cuevas, González O, Morales W, Gómez Hernández M, González F. Morbimortalidad cardiovascular en el paciente geriátrico quirúrgico. 4to. Congreso Virtual de Cardiología. Matanzas: Hospital Universitario Mario Muñoz Monroy; 2005.
68. Beltrán Marcelo A, Cruces Karina S, Tito F, Tapia Q, Vivencio Alfonso. Resultados quirúrgicos de la hernioplastia de Lichtenstein de urgencia. Unidad de emergencias Hospital de Ovalle. Rev Chilena de Cirugía. 2006; 58(5): 356-364
69. Papegiogas B, Lazarides Ch, Makris J, Koutelidakes J, Patsas A, Gregoriou M, et al. Tension free repair versus modified Bassini technique (Andrens technique) for strangulated inguinal hernia: A comparative study hernia. (Internet). 2005 (citado 20/3/2009); 9 : (aprox. 3 p.). Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/xt4624hqq8wyuhc4/>
70. Paus A, Sesaire C, Jacquet N. Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. Br J Sing. 1997; 84:310-12.
71. Ciga MA, Oteiza F, Ortiz H. Estudio prospectivo de las complicaciones de la hernia en función de la edad de los pacientes. Cir. Esp. 2004; 75:204-6.
72. Mandal A K, Jennette J C. Diagnosis and management of renal disease and hypertension. 2 ed. Carolina: Academia Press; 1994.

73. Lovesio C. Abdomen agudo en el paciente crítico. En: Medicina Intensiva. 5 ed. Barcelona Editorial el Ateneo; 2002.p.966.
74. Thandai R, Pascual M, Bonretre J V. Acute renal failure. Engl J Med. 1996; 334:1460.
75. Turnkey J H, Marschall J H, Brownjohn A M, Ellis C M, Parsons F M. The evolution of acute renal failure. Quart J Med. 1995; 273:83-104.
76. Fenn W F. Diagnosis and management of acute tubular necrosis. Med. Clin N A 2000; 74: 873-91.
77. Mc Cathy J T. Prognosis of patients with acute renal failure in the intensive unit: A tale of two eras. Mayo Clin Proc. 1996; 71:117-26.
78. Liana F, Pascual J. The acute renal failure study group. Epidemiol. 2001; 2: 97-101.
79. Woodrow G, Turney J H. Cause of death in acute renal failure. Nephrol Dialysis Transp. 1994; (7): 230-4.
80. Hiroshima T, Yamashiro M, Hashimoto H. Prognostic análisis for postoperative complications of abdominal surgery. Nippon Ronem 1992:635-43.
81. Whitman D H, Shein M, Condon R E. Management of secondary peritonitis. Ann Surg. 1996; 224 (1): 10-18.
82. Andros C, Dsering M, Herman V H, Kaminski D I. Planned reoperation for generalized intraabdominal infection. Ann J Surg. 1996; 152: 682-6.

83. Detrie PH. El postoperatorio en la cirugía abdominal. Barcelona: Toray - Masson; 1973. p.609-12.
84. Arenal J, Bengosechea - Beeby M. Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly. Ann J Surg. (Internet). 2003 (citado 30/3/09); 46: (aprox. 5 p.). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=500034988720040012000008&script=sd_arttet=17
85. Haddarri F, Abie - Zidan F M, Jones W. Factors affecting surgical outcome in the elderly at Auckland Hospital. ANZ J Surg. 2002; 72: 537 - 41.
86. Pérez JA., Blasco O, Figueroa JM, Figueroa, Doblado B. Síndromes abdominales agudos. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. Salud Rural. 2003; 20(2): 5-10
87. Casariego Vales E, Briones Pérez E, Costa Ribas C. ¿Qué son las GPC?. Guías Clínicas. 2007; 7 (Supl 1): 1.
88. Clancy CM, Cronin K. Evidence-based decision making: Global evidence, local decisions. Health Affairs. 2005; 24: 151-162.
89. Castiñeira Pérez C, Medrano Ortega FJ. ¿Cómo leer una GPC? Guías Clínicas. 2007; 5 Supl 1: 8.

90. González Guitián C, Sobrido Prieto M. Bases de datos de guías de práctica clínica. *El profesional de la Información*. 2006; 15(4):297-302
91. Cruz JM, Martínez R, García M, Zarzalejos JM, De la Peña F. Endocarditis infecciosa en el anciano. *Ann Med Interna*. 2003; 20(11):569-74.
92. García MA, Álvarez B, Álvarez F, Moreno de Cisneros A, Bueno JI, Salinas A. Endocarditis infecciosa sobre válvula natural: ¿Es diferente en el anciano? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000; 35:313-6.
93. Bassy N, Rodríguez J, Esteban M J, Chaves R. Situaciones Clínicas más relevantes. *Abdomen Agudo*. En: *Tratado de Geriatria para residentes*. Ginebra: O.P.S; 2006 .p. 567-573.
94. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. *Introducción al Estudio de la Semiología del Abdomen Agudo Quirúrgico*. La Habana: Minsap; 2001.
95. Wadman M, Syk I. Unspecific clinical presentation of bowel ischemia in the very old. *Ageing Clin Exp Res*. 2004, 16:2005.
96. Verdejo C, Rexard L. Abdomen agudo en Geriatria. En: Ribera JM, Cruz A. *Manual de Geriatria II Formación continuada para Atención Primaria*. Madrid. Idepsa; 1993 .p. 63-72.

97. Cooper GS, Shales DM, Salata RA. Intrabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. Clin infects dis. 1994, 19:146-8.
98. Díaz Tie M. Dolor abdominal agudo. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Monforte. (Internet). (citado 14/5/2009). Disponible en: <http://www.cirugest.com /revisiones /cir12-07/cir12-07.htm>
99. Barbosa E. Abdomen agudo en el adulto mayor. (Internet). (citado 14/5/2009). Disponible en: <http://www.fihu-diagnóstico.erg.pe.revista/números/2003/julago03/175-180>.
100. Shabbir J, Ridgway PF, Lynch K. Administration of analgesia for acute abdominal pain suffering in the emergency setting. Eur J Emerge Med. 2004; 11(6) :306-12.
101. Sosa Hernández R, Sánchez Portela CA, Delgado Fernández J C, Simón Rodríguez L, Pastrana Román I. Parámetros clínicos humorales e imaginológicos en la reintervención por sepsis intraabdominal. Rev Cubana Cir (Internet). 2007 jul.-sep (Citado 11/4/09); 46(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
101. Rodríguez Pascual y. algoritmo de diagnóstico y tratamiento del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico. CIRURED (Internet). 2010 (citado 14/2/2010). Disponible en:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/algoritmodiagnostiotratamientoadultomayordolorabdominal.pdf>

102. Davison J, Gels M. Nutritional risk and body composition in free-living. Elderly participating in congregate meal - site programs. J Nutr Elder. 2004;24 (1): 53 - 68
103. Mufunda J, Mebsrahtu G, Usman A, Niarango P, Kosia A, Ghebrat Y, et al. The prevalence of hypertension and its relationships with obesity: results from a national blood pressure survey in Eritrea. J Hum Hypertens (Internet). 2006 (citado 14/2/2010); 20(1): (aprox. 6 p.). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16151443
104. Bolet Asloveza M, Socarrás Suárez MM. La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas (Internet). 2009 (citado 14/2/2010); 8(1). Disponible en: <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/index.html>
105. Castellano Puerto E. Inmunonutrición en el adulto mayor. Rev. Cubana Med Gen Integr (Internet). 2007 (citado 14/2/2010); 23 (4). Disponible en: <http://cielo.sld.cu/cielo.phplng=pt>
106. Chávez Pérez JF. La salud de los adultos mayores una visión compartida. (Internet). 2008(citado 14/2/2010). Disponible en: http://www.alanrevista.org/ediciones./2008-2/nuevos_libros.asp
107. Abraham J, Rasua A, Albert D, Cardoso N, García JC. Algunas reflexiones en cirugía del anciano. Hosp .Univ. Calixto García. X

- Congreso de Cirugía Cubana (Internet). 2008(citado 14/2/2010).
Disponibile en: www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/1_dia._sala9.pdf -
108. Ramírez Sosa R, Concepción Cruz M. Comportamiento de la Mortalidad en los ancianos operados Hospital Universitario Camilo Cienfuegos. Gaceta Médica Espirituana (Internet). 2006 (citado 14/2/2010); 10(1).Disponibile en:
[http://www/bus.sld.cu/revista/gme/pub/](http://www.bus.sld.cu/revista/gme/pub/)
109. Programa director para la preparación y superación da los cuadros, reservas y canteras en el sistema nacional de salud. Curso introductorio. Dirección de salud. ENSAP (Internet). 2004 (citado 18/3/2010). Disponibile en:
www.sld.cu/.../gestion_desentralizada_de_los_sistemaslocales_integrados_de_salud.pdf -
110. Ramírez Sosa R. Cirugía y Sociedad: relación inseparable. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana (Internet). 2008 (citado 18/3/2010); 10(1). Disponibile en: [bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(1\).../p10.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(1).../p10.html)
111. Batista Ojeda IM, Medrano Montero E, Terrero de la Cruz J, González Mendoza A.
Mortalidad por peritonitis secundaria. UCI Hospital V. I. Lenin. 2000-2001. Correo Científico Médico Holguín (Internet). 2002 (citado 18/1/2010); 6(3): (aprox. 2 p.).

Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no63/n63ori5.htm>

112. Jiménez Peneque RG. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una Mirada actual. Rev Cubana Salud Pública 2004; 30(1):17-36
113. Robinson, B; Henderson, WG; Kauri, S Daley, J Surgical outcomes for patients aged 80 and older: Morbidity and mortality from major no cardiac surgery. J Ann Geriatr Soc. 2005, 53:424-429.
114. Quevedo Guanche L. Temas de actualización del manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía General. Rev Cubana Cir. (Internet). 2007 (citado 20/1/2010); 48 (2). Disponible: <http://bus.sld.cu/revista/cir/vol146-2-07/Cir11207.htm>.
115. Vázquez M. Abdomen Agudo Quirúrgico. Rev de Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma (Internet). 1999 (citado 20/1/2010); 1 (1): (aprox. 4 p.) Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevist/mb-urp-nl/a08.htm>
116. Cabrera Reyes J, Castillo Lamas L, Peñate Rodríguez Y. Resultados de la cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor. (Internet). (citado 20/1/2010). Disponible en: <http://www16deabril.sld.cu>
117. Organización Panamericana de la Salud. Dolor Abdominal. (Internet). (citado 20/1/2010). Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia12.pdf -

118. Guasch PA, Rodríguez Z, Cabrera J, Blanco A. Evisceración tras laparotomías en adultos: consideraciones sobre su diagnóstico. Medisan (Internet). 2008 (citado 20/1/2010); 12(2) Disponible: http://bvs.sld.cu/revista/san/vol.12-2.08/san_05_208.htm
119. Giovanna S Parra, Merulanda F, Santocoloma M, Osorio M, Chacón J A. Dolor abdominal agudo en el anciano en el Hospital de Caldas. Rev Col Gastroenterol. (Internet). 2003 (citado 20/1/2010); 18(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572003000300006&script=sci_arttext
120. Fenyo G. Acute abdominal disease in the elderly: Experience from two series in Stockholm. Am J Surg. (Internet). 1982 (citado 20/3/2010): (aprox. 3 p.). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=500034_988720040012000008&script=sd_arttext&1
121. Miettinen P, Pasanen P, Salonen A, Latineen J, Lava E. The outcome of elderly patients after operation for acute abdomen Ann Chir Gynaecol. (Internet). 1996 (citado 20/1/2010): (aprox. 6 p.). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=500034_988720040012000008&script=sd_arttext&6
122. Quédraogo I, Miñoso Andina J P, Rodríguez Sarrias YD, Torres Ajá L. Abdomen agudo quirúrgico en el anciano. Medisur (Internet). 2004

(citado 20/1/2010);12(2) (aprox. 2 p.). Disponible en: Disponible
<http://www.medisur.sld.cu>.

123. Rocha Quintana A, Martínez Soto Y, Tutores Fajardo Olivera D, Consuegra Díaz JE. Evaluación de la Calidad de la Cirugía Mayor Abdominal de Urgencia. (Internet). (citado 20/1/2010). Disponible en: <http://www16deabril.sld.cu>
124. Chávez JC, Ortiz Saavedra P y Varela Pinedo L. Estudio Comparativo del Dolor Abdominal Agudo Quirúrgico entre Mayores y Menores de 60 años. Boletín de la Sociedad peruana de Medicina Interna- (Internet). 2001 (citado 20/1/2010); 14(1). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
125. Peña Ricardo Y, Hernández Concepción R. Resultados del tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal en el anciano. Hospital Guillermo Domínguez López. 2006 - 2008. Jornada Científica Territorial de Cirugía General. Las Tunas. (Internet). 2009 (citado 20/1/2010). Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/3_dia_sala_12.pdf -
126. Vicente Medina ML, Vicente de la Cruz AA. Estudio comparativo de la Cirugía torácica no cardíaca en pacientes menores y mayores de 60 años. Hosp Univ Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán Domínguez. Rev Cubana Cir. (Internet). 2007 (citado 20/1/2010); 40(4). Disponible en: Disponible en: http://bvs.sld.cu/revista/cir/vol46_4_07/cir-504_07.htm
127. Pereira Rodríguez L, Cordero Jiménez C, De la Cruz Grado ME. Cirugía mayor urgente en el anciano. Mediciego. (Internet). 2004 (citado

- 20/2/2010); 20(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_supl2_04/articulos/a4_v10_supl204.htm
128. Artamirano CC, Catón G F, Toledo C G, Olmazabal B J, Lugos CC. Cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor. Rev. Chil. de Cir. 2002; 54 (6): 654- 657.
129. González R, González JA. Cirugía general en el anciano. Consideraciones básicas. Rev Chil. Cir. 2001; 53:7-19.
- 130 PaaJanen H, Jackal M, Roxanne H, Nor back I. Acute pancreatitis in patients over 80 years. Eur J Surg. (Internet). 1996 (citado 20/1/2010);471: (aprox.5 p.). Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=500034_988720040012000008&script=sd_arttet≠15
- 131 Kim J P, Kim S-J, LeeJ-H, Kim S- W, Choy M- G, Yu H-J. Surgery in the aged in Korea. Arch Surge. (Internet). 1998 (citado 20/1/2010); 133: (aprox.5 p.). Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=500034_988720040012000008&script=sd_arttet≠30
132. Jordán Alonso A, Fdez. Morín J, de Posada Jiménez PR, Cruz Méndez D. Pancreatitis Aguda. Hospital militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanza. Rev. Méd. Electrónica de Matanzas. (Internet). (citado 20/1/2010). Disponible en: <http://www.revmatanzassld.cu/revista/%medica%año%202005/vol3%202005/revista%20medica%20>

(Internet). (citado 20/1/2010); 11 (3). Disponible en:
www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2008/tm083d.pdf -

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

- ❖ Corona Martínez L A, Fonseca Hernández M, Figueiras Ramos B, Hernández Rodríguez Y. Vinculación de los fundamentos filosóficos del método de simulación con la modelación como método científico general de investigación. Rev Cubana Educ Med Super (Internet).

2002 (citado 10/9/09); 16(3):204-310. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revista/ems/vol16_3_02/emso3302.htm≠cargo.

❖ [Ruibal León A, Fernández Machín L. M, González García V.](#)

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Rev Cubana Med (Internet). 2004 (citado 10/9/09); 43(4). Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_4_04/med07404.htm≠cargo.

- ❖ Rubio Silveira N, Echevarría del Risco C, Canino Cereijo K, García Paneca K. Síndrome compartimental abdominal: aspectos de interés. Revista Científica de las Ciencias médicas en Cienfuegos (Internet). 2004 (citado 10/9/09); 2(1): 48. Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/48>

- ❖ Soberón Varela I, Hilda de la Concepción de la Peña A, Hernández Varea JA, Luna González M, Gallo Cortés F. Resultados de la colecistectomía videolaparoscópica en ancianos. Rev Cubana Cir (Internet). 2007 abr.-jun (citado 10/9/09); 46(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200004&lng=es&nrm=iso

- ❖ Campos Armand D: Gangrena de intestino delgado por oclusión vascular mesentérica. Ciudad de la Habana: Congreso de Cirugía; 2000.

- ❖ Macari M, Megibow A, Imaging of suspected acute small bowel obstructions. Smen. Roengenol 2001 ; 36(2): 108-117.

- ❖ Yacaman- Handal R, Flores-. Acute pancreatitis secondary to typhoid fever in a preschool child. *Rev Gastroenterology* 2000 ; 65(1): 30-33.
- ❖ *Edward S. M.: Management of acute abdomen. Indexed for Medline PMID-.11198757. 2000.; (11): 808,*
- ❖ Morales-Conde S, Gómez JC, Sánchez Motamoros I. Revisión de conjunto. Ventajas y peculiaridades del abordaje laparoscópico en el anciano. *Cir Esp.* 2005;78(5):283-92.
- ❖ Lucidarme D, Corman N, Courtade A. Results of cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients. *J Chir.* 1997; 134: 191-295.
- ❖ Felices Montes M, Lobato Bancalero L, Villa Bastilla E. Colectomía abierta versus laparoscópica en el anciano. *Geriatría* [Internet]. 2002 (citado 10/12/09); 4 (1). Disponible en: www.geriatría.com/numero6/privado6/geriatriaarticulo2002_3.html
- ❖ Rodríguez Paz C, Palacio Valdés A. Causas y mortalidad de la obstrucción intestinal en el anciano. *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 65(3):121-123
- ❖ López SI, Mariangel PP, Cárdenas AN, Jahusen KJ, Massri ED. Cáncer colorrectal complicado. *Cuad cir* 2004; 18(1):11-20

- ❖ Rey Calero J, Gil de Miguel A., Herruzo Cabrera, R, Rodríguez Artalejo F. Demografía. En : Fundamentos de epidemiología para profesionales de la salud. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2007. p. 53-63.
- ❖ Osa JA. De La. Dolor abdominal. [Internet]. (citado 10/12/09). Disponible en:
<http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/d/index.html>
- ❖ Soriano García JL, Carrillo Franco G, Arrebola Suárez JA, Martín García A. El cáncer en la tercera edad. Rev Cubana de Oncología [Internet]. 1995 enero-junio (citado 10/12/09); 11(1). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol11_1_95/onc14195.htm
- ❖ [Gómez Juanola, M, López Zamora, A Moya Rodríguez M, Hernández Jiménez O R.](#) Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr (Internet). 2005 (citado 10/12/09); 21(1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revista/mgi/vol21_1-2_05/mgi031-205t.htm # autor
- ❖ Mac Mahon B P, Thomas F. Principios y métodos de epidemiología. México. Prensa Médica Mexicana, 1975. 339p.

- ❖ Kleinbaum D, Küpper Lawrence L, Morgenstern H. Epidemiologic Research. Principles and Quantitative Methods. California: Lifetime Learning; 1982: 529
- ❖ Colimon Kalh M. Fundamentos de Epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1990: 339
- [Morales Díaz I A, Pérez Migueles L. Pérez Jomarrón E. Peritonitis bacteriana difusa. Rev.Cub Cir \(Internet\). 2000 \(citado 20/12/09\): 39\(2\): 136 - 36. \[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932000000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es\]\(http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932000000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es\)](#)
- ❖ Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. (Internet). (citado 20/12/09) . Disponible en: <http://www.uninet.edu/tratado/>
- ❖ Shock e hipotensión. (Internet). (Citado 20/12/09). Disponible en: <http://www.intox.org/pagesource>
- ❖ Torres Vidal RM. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública (Internet). 2005 (Citado 20/12/09);31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- ❖ Valdivia Domínguez A. El envejecimiento de la población: un reto. Rev Cubana Hig Epidemiol (Internet). 2006 (Citado 20/12/09); 44(3).

<http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?>

[method=showDetail&id_articulo=40065&id_seccion=296&id_ejemplar=4126&id_revista=65](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=40065&id_seccion=296&id_ejemplar=4126&id_revista=65)

- ❖ Jiménez Paneque RG. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública (Internet). 2004 (Citado 20/12/09); 30(1):17-36. Disponible en:

<http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?>

[method=showDetail&id_articulo=28532&id_seccion=762&id_ejemplar=2925&id_revista=79](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=28532&id_seccion=762&id_ejemplar=2925&id_revista=79)

- ❖ Morales González R A. Mortalidad postoperatoria intrahospitalaria de los adultos mayores en Cirugía General. Rev Cubana Cir (Internet). 2003 (Citado 20/12/09); 42(4). Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid>

=S0034-

74932003000400006&script=sci_arttext

ANEXOS

(Anexo I) Operacionalización de las variables

• Variable	Dimensión	
<ul style="list-style-type: none"> • Para dar respuestas al objetivo 1: • Edad 	<p>60-74 tercera edad</p> <p>75-89 Cuarta edad.</p> <p>90-99 Longevos.</p> <p>100 o más.</p> <p style="text-align: center;">Definición</p>	<p>Años vividos según carnet de identidad</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo biológico 	<p>Masculino.</p> <p>Femenino.</p> <p>La diferencia orgánica según sexo biológico se corroboró por examen físico.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo 	<p>Presentes</p> <p>No presentes</p> <p>Se tuvieron en cuenta las enfermedades crónicas no trasmisibles que en un momento determinado pueden deteriorar la evolución y confundir el diagnóstico de estos pacientes al asociarse con un abdomen agudo quirúrgico</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico preoperatorio 	<p>Si</p> <p>No Setuvo en cuenta antecedentes, cuadro clínico, examen físico y complementarios, valorado el paciente en el cuerpo de guardia clasificadas según las Normas de Cirugía en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apendicitis aguda. • Obstrucción intestinal. • Enfermedad biliopancreática. • Trombosis mesentéricas. • Úlcera péptica perforada. 	

(Anexo 2) Formulario.

Número: ----- HC _____ Edad _____

Sexo _____

Enfermedades asociadas:

HTA ___ DM ___ IMA ___ Cardiopatías-----Respiratorias ___ Otras ___

Diagnóstico al ingreso:

Complementarios:

Hematológicos: Hemograma_ *Glicemia Creatinina* _Otros_

Imaginológico: Ultrasonido_ _ Rx tórax_ Rx abdomen _ Otros_

Endoscópicos: Laparoscopia_ Panendoscopia_ Otros_

EKG_

Diagnóstico preoperatorio:

Tiempo de evolución preoperatorio: 1-24 h ___ 24-48 h ___ más de
48 h ___

Diagnóstico operatorio:

Tiempo quirúrgico:

Operación realizada:

Reintervenciones: Sí ____ No ____ Número _____ Motivo _____

Accidente quirúrgico: Sí ____ No ____ Tipo: _____

Complicaciones postoperatorias:

Cardiovasculares ____ Sépticas ____ Respiratorias ____ Otras _____

Estadía hospitalaria: 1-3 días ____ 4 a 6 días ____ 1 semana o más _____

Egresado: Vivo ____ Muerto -----

Necropsia: Sí ____ No _____

Causas directas de la muerte:

Diagnóstico definitivo:

(Anexo 3) Consentimiento informado de participación en el la investigación de un modelo teórico práctico para la atención del adulto mayor con abdomen agudo.

Yo _____, participo de forma voluntaria en una investigación que tiene como objetivo aplicar un modelo teórico práctico al adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico que llega al Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin de Holguín.

Estoy dispuesto a formar parte del grupo de pacientes que se le aplicará la investigación y permito el uso de la información contenida en mi historia clínica por parte de la investigadora, se mantendrá de forma confidencial.

Conozco que mi diagnóstico, tratamiento y evolución depende del éxito de una intervención quirúrgica, y que nada implica daños para mi salud.

.Autorizo su utilización en investigaciones, publicaciones, siempre que sean beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y se mantenga sin revelar mi identidad. Conozco que de desear puedo retirarme de la investigación sin que eso traiga dificultades con los médicos y la institución.

He realizado todas las preguntas a cerca de la investigación y de desear recibir más información sobre la enfermedad, conozco que puedo dirigirme a:

Dra. Yasmín Rodríguez Pascual

Hospital V. I. Lenin. Servicio de Cirugía Teléf. 462011

Estoy conforme con todo lo dispuesto y para que así conste firmo a continuación, expresando mi consentimiento.

Nombre y Apellidos

Firma

Dirección particular _____

Fecha _____ Lugar _____ Hora _____

Testigo _____

Firma _____

Miembro del proyecto _____ Firma _____

Anexo 4 - Tablas del Capítulo 2 que no se encuentran en el texto de la tesis

Diagnóstico del comportamiento de los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico de enero 2005 a enero 2008.

Tabla 1. Diagnóstico preoperatorio de los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008.

Enfermedades	Nro.	%
Oclusión intestinal	183	47,16
Colecistitis aguda	94	24,23
Apendicitis aguda	31	7,98
Úlcera péptica perforada	29	7,47
Trombosis mesentérica	25	6,44
Perforación intestinal	14	3,60
Pancreatitis aguda	12	3,09
Total	388	100

Fuente: Historia clínica individual.

Tabla 2. Diagnóstico operatorio de los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenín.2005 - 2008.

Enfermedades	Nro.	%
Oclusión intestinal	179	46,13
Colecistitis aguda	99	25,51
Úlcera péptica perforada	28	7,21
Trombosis mesentérica	24	6,18
Apendicitis aguda	22	5,67
Laparotomía en blanco	11	2,83
Pancreatitis aguda	10	2,58
Peritonitis por vísceras perforadas	10	2,58
Peritonitis primaria	3	0,77
Aneurisma fisurado	2	0,52
Total	388	100

Fuente: Historia clínica individual.

Tabla 2ª. Correlación entre diagnóstico preoperatorio y operatorio de los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin 2005 - 2008.

Diagnóstico	Nro.	%
Correcto	338	87,11
Incorrecto	50	12,89

Fuente: Historia clínica individual.

Tabla 3. Tratamiento quirúrgico realizado a los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008

Proceder	Nro.	%
Normado	358	92,26
No normado	30	7,74
Total	388	100

Fuente: Historia clínica individual

Tabla 5. Necesidad de reintervención en los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008.

Proceder	Nro.	%
Con necesidad de reintervención	29	7,47
Sin necesidad de reintervención	359	92,53
Total	388	100

Fuente: Historia clínica individual.

Tabla 7. Causas de muerte de los pacientes adultos mayores operados de abdomen agudo quirúrgico. Cirugía General del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. 2005 - 2008.

Causas	Nro.	%
Shock séptico	14	3,60
Peritonitis fecaloidea	10	2,57
Bronconeumonía	10	2,57
Fallo múltiple de órgano	8	2,08
Desequilibrio hidroelectrolítico	5	1,28
Infarto isquémico	5	1,28
Tromboembolismo pulmonar	4	1,03
Insuficiencia cardíaca	3	0,77

a tener en cuenta en la atención del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico, los que se tendrán presentes para realizar un modelo teórico práctico Considere que la escala que le presentamos es ascendente, es decir el conocimiento del tema referido va creciendo desde 0 hasta 10.

Realice un auto valoración del grado de influencia que cada una de las fuentes que le presentamos a continuación, ha tenido en su conocimiento y juicio sobre el tema Aspectos y criterios a tener en cuenta en la atención del adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Para ello marque con una x, según corresponda en **A** alto, **M** medio, **B** bajo.

Grado de influencia de cada una de las fuentes			
Fuente de argumentación	A	M	B
Análisis teórico realizado por usted.			
Su experiencia obtenida.			
Trabajo de autores nacionales.			
Trabajo de autores extranjeros.			
Su propio conocimiento del estado del problema en el extranjero.			
Por su intuición.			

Muchas Gracias

(Anexo 6) Tabulaciones de las encuestas de criterio de experto

TABLA DE FRECUENCIA ABSOLUTA						
ASPECTOS A CONSULTAR	MR	BR	R	PR	NR	TOTAL
Recepción adecuada del paciente, incluye la permanencia en observación no más de 12 horas y valoraciones c/ 3 horas.	30	3	2	0	0	35
La edad	12	9	9	5	0	35
Establecer gravedad del cuadro	26	6	3	0	0	35
Investigaciones diagnóstica imprescindibles: hemograma	30	3	2	0	0	35

completo, glicemia, creatinina, radiografía de tórax y E.C.G.						
Laparoscopia, laparotomía aun sin diagnóstico	2	4	14	9	6	35
Estabilización hemodinámica	30	4	1	0	0	35
Uso de antibióticos con el cuidado necesario por la edad	29	5	1	0	0	35
Estadía hospitalaria	2	4	6	10	13	35
Deambulación precoz	9	9	10	7	0	35
Hidratación adecuada	28	5	1	1	0	35
El sexo	1	5	1	4	24	35
Estado psíquico	1	12	14	6	2	35
Fisioterapia y rehabilitación	6	7	18	4	0	35
Vía oral lo antes posible	17	4	4	8	2	35
Evitar el tiempo quirúrgico prolongado	34	1	0	0	0	35

(Anexo 6 a)

TABLA DE FRECUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA					
ASPECTOS A CONSULTAR	MR	BR	R	PR	NR
Recepción adecuada del paciente, incluye la permanencia en observación no más de 12 horas y valoraciones c/ 3 horas.	30	33	35	35	35
La edad	12	21	30	35	35

Establecer gravedad del cuadro	26	32	35	35	35
Investigaciones diagnóstica imprescindibles: hemograma completo, glicemia, creatinina, radiografía de tórax y E.C.G.	30	33	35	35	35
Laparoscopia, laparotomía aun sin diagnóstico	2	6	20	29	35
Estabilización hemodinámica	30	34	35	35	35
Uso de antibióticos con el cuidado necesario por la edad	29	34	35	35	35
Estadía hospitalaria	2	6	12	22	35
Deambulación precoz	9	18	28	35	35
Hidratación adecuada	28	33	34	35	35
El sexo	1	6	7	11	35
Estado psíquico	1	13	27	33	35
Fisioterapia y rehabilitación	6	13	31	35	35
Vía oral lo antes posible	17	21	25	33	35
Evitar el tiempo quirúrgico prolongado	34	35	35	35	35

(Anexo 6 b)

TABLA DEL INVERSO DE LA FRECUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA				
ASPECTOS A CONSULTAR	MR	BR	R	PR
Recepción adecuada del paciente, incluye la permanencia en observación no más de 12 horas y valoraciones c/ 3 horas.	0.8571	0.9429	1	1
La edad	0.3429	0.6	0.8571	1
Establecer gravedad del cuadro	0.7429	0.9143	1	1
Investigaciones diagnóstica imprescindibles: hemograma completo, glicemia, creatinina, radiografía de tórax y E.C.G.	0.8571	0.9429	1	1

Laparoscopia, laparotomia aun sin diagnóstico	0.0571	0.1714	0.5714	0.8286
Estabilización hemodinámica	0.8571	0.9714	1	1
Uso de antibióticos con el cuidado necesario por la edad	0.8286	0.9714	1	1
Estadía hospitalaria	0.0571	0.1714	0.3429	0.6286
Deambulación precoz	0.2571	0.5143	0.8	1
Hidratación adecuada	0.8	0.9429	0.9714	1
El sexo	0.0286	0.1714	0.2	0.3143
Estado psíquico	0.0286	0.3714	0.7714	0.9429
Fisioterapia y rehabilitación	0.1714	0.3714	0.8857	1
Vía oral lo antes posible	0.4857	0.6	0.7143	0.9429
Evitar el tiempo quirúrgico prolongado	0.9714	1	1	1

Anexo 6 c)

TABLA DEL INVERSO DE LA FRECUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA				
ASPECTOS A CONSULTAR	MR	BR	R	PR
Recepción adecuada del paciente, incluye la permanencia en observación no más de 12 horas y	Si	-	-	Si

valoraciones c/ 3 horas.				
La edad	-	SI	-	-
Establecer gravedad del cuadro	Si	-	-	Si
Investigaciones diagnóstica imprescindibles: hemograma completo, glicemia, creatinina, radiografía de tórax y E.C.G.	Si	-	-	Si
Laparoscopia, laparotomía aun sin diagnóstico	-	-	SI	-
Estabilización hemodinámica	Si	-	-	Si
Uso de antibióticos con el cuidado necesario por la edad	Si	-	-	Si
Estadía hospitalaria	-	-	SI	-
Deambulación precoz	-	SI	-	-
Hidratación adecuada	Si	-	-	Si
El sexo	-	-	-	-
Estado psíquico	-	-	SI	-
Fisioterapia y rehabilitación	-	SI	-	-
Vía oral lo antes posible	-	-	SI	-
Evitar el tiempo quirúrgico prolongado	Si	-	-	Si

(Anexo 7): Criterio de usuario

Se realiza en el Servicio de Cirugía General, en el lugar que ocupa el Colegio Médico, con participación provincial, pues pudo participar todo miembro del Capítulo de Cirugía que lo pretendiera, con la ayuda y participación de la vicedirección quirúrgica que siempre nos brindó su apoyo.

Participaron: 28 miembros

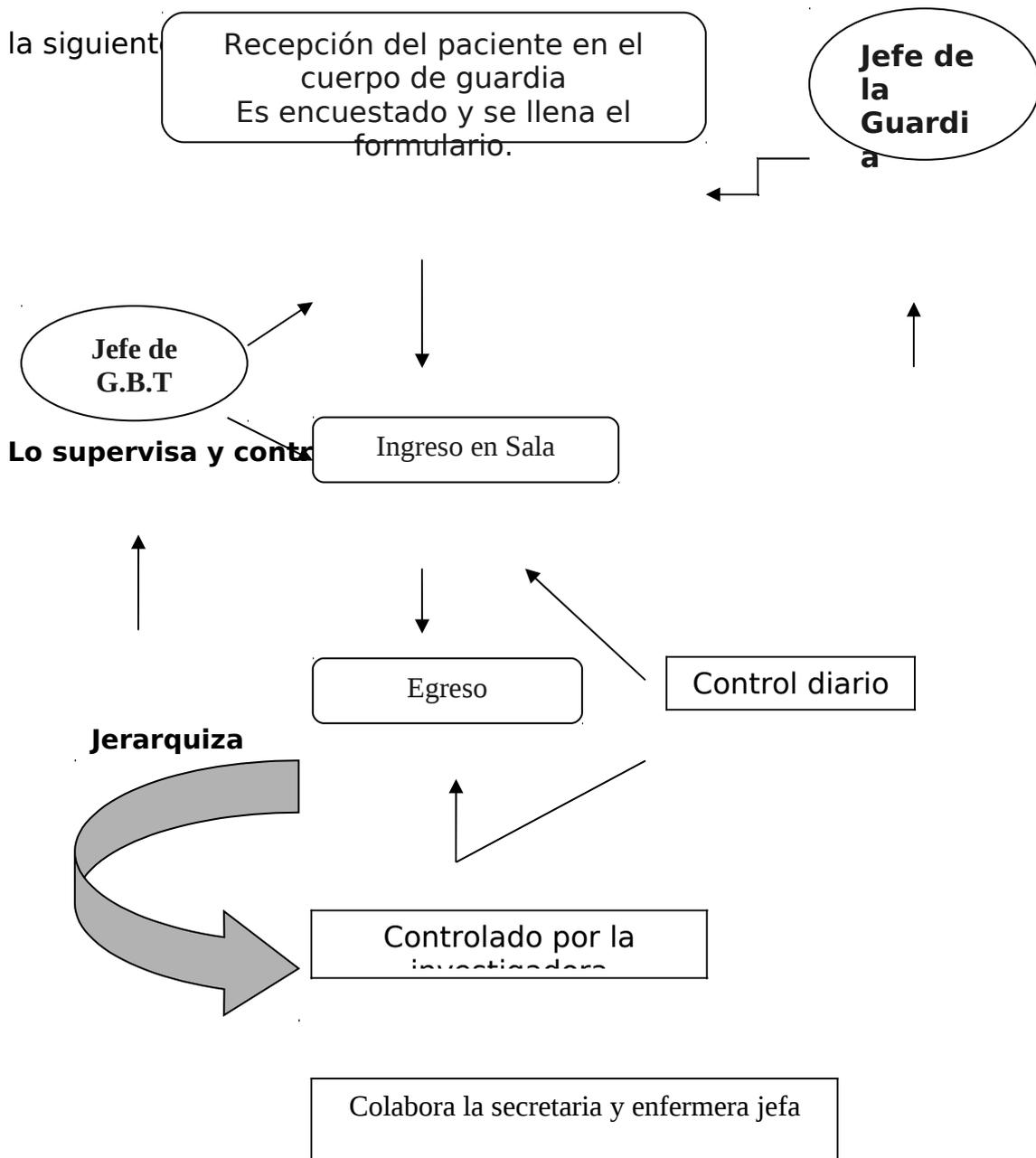
Se realizaron las siguientes preguntas:

¿El modelo teórico práctico puede ser aplicado en cualquier edad del grupo de adulto mayor?

¿Sólo se aplicará en el adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico?

¿Qué se hace cuando no exista de guardia médica un Geriatra?

La implementación del modelo teórico práctico quedó establecida de la siguiente



CAPÍTULO 1. ESTADO DE LA CIENCIA. EL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN EL ADULTO MAYOR UN RETO PARA LA CIRUGÍA

**CAPÍTULO 3. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN CON LA
APLICACIÓN DEL MODELO TEÓRICO PRÁCTICO DE ATENCIÓN MÉDICA
AL ADULTO MAYOR CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO**

**CAPITULO 2. DIAGNÓSTICO DEL COMPORTAMIENTO DEL
ADULTO MAYOR CON
ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO 2005-2008**

