



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Complicaciones infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024.

AUTOR:

Paredes Ormaza José Gregorio

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

TUTOR:

Suárez Padrón Maydelein

Guayaquil, Ecuador

2 de septiembre del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Paredes Ormaza José Gregorio**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____
Suarez Padrón Maydelein

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, 2 del mes de septiembre del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Paredes Ormaza José Gregorio

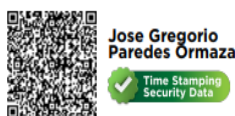
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Complicaciones Infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 2 del mes de septiembre del año 2025.

Autor:

f.



Paredes Ormaza José Gregorio



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Paredes Ormaza José Gregorio

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Complicaciones Infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 2 del mes de septiembre del año 2025.

Autor:

f.



Jose Gregorio
Paredes Ormaza
Time Stamping
Security Data

Paredes Ormaza José Gregorio



Complicaciones Infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024



Nombre del documento: Complicaciones Infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024.docx
ID del documento: e652a24730d24dca3597c98080f2557011de73c1
Tamaño del documento original: 1,36 MB

Depositante: jose PAREDES ORMAZA
Fecha de depósito: 13/8/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 13/8/2025

Número de palabras: 8324
Número de caracteres: 54.707

Ubicación de las similitudes en el documento:



TUTOR (A)

f. 
Suarez Padrón Maydelein

AGRADECIMIENTOS

Hoy cierro un capítulo muy importante en mi vida, por lo cual quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las personas que han formado parte de todo este camino que no fue fácil, y que sin ellos nada de esto fuera posible.

En primer lugar, agradezco a Dios, quien fue mi guía y refugio en todo momento. Su infinita bondad y sabiduría me han acompañado en cada paso de este arduo camino, brindándome la fuerza, claridad y perseverancia necesarias para superar los retos y alcanzar esta meta. A mi amada esposa, mi compañera inseparable, gracias por siempre apoyarme en todo momento. Tu amor incondicional y paciencia infinita han sido mi mayor sostén. En los momentos de duda o cansancio, tu sonrisa, tus palabras de aliento y tu fe en mí me dieron la motivación para seguir adelante. Eres mi inspiración, y esta tesis lleva tu huella en cada página.

A mi familia, en especial a mis padres, les debo todo lo que soy. Su amor, sacrificios y enseñanzas han moldeado mi carácter y mis valores, guiándome siempre hacia el camino del esfuerzo y la dedicación. Mamá y papá, sus consejos, su ejemplo de vida y su confianza inquebrantable en mis capacidades han sido el motor que me ha impulsado a llegar hasta aquí. A mis hermanos, gracias por estar siempre presentes, celebrando mis logros y apoyándome en los desafíos.

Paredes Ormaza José Gregorio.

DEDICATORIA

A Dios, mi fuente de inspiración y fortaleza, quien con su infinita bondad ha guiado cada paso de este camino, dándome la luz para perseverar y la sabiduría para culminar este esfuerzo.

A mi querida esposa, mi compañera de vida, cuyo amor inquebrantable y apoyo constante han sido el pilar que me ha sostenido en los momentos más difíciles. Tu presencia hace que cada logro sea más significativo.

A mi familia, en especial a mis padres, por su amor inmenso, sus sacrificios y las lecciones de vida que me han formado. Su fe en mí ha sido el cimiento de este logro.

Con todo mi corazón, dedico este trabajo a ustedes, quienes son el motor de mi vida y la razón de mis sueños.

Paredes Ormaza José Gregorio.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 JUSTIFICACIÓN	5
1.3 OBJETIVOS	6
1.3.1 Objetivo General:	6
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4 HIPÓTESIS	7
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 ABDOMEN AGUDO	8
2.1.1 DEFINICIÓN	8
2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA	8
2.1.3 ETIOLOGÍA	8
2.1.4 FISIOPATOLOGÍA	11
2.1.5 CUADRO CLÍNICO	12
2.1.6 DIAGNÓSTICO	15
2.1.7 TRATAMIENTO	16
2.1.8 COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS	18
CAPÍTULO III	20
MATERIALES Y MÉTODOS	20
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	20
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y PERÍODO DE TIEMPO	20
3.1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	20
3.1.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	20
3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	21
3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	21
3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	21
3.3 MÉTODO DE ESTUDIO Y RECOLECCIÓN DE DATOS	21
3.4 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	22
CAPÍTULO IV	24
ANÁLISIS Y RESULTADOS	24

DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO V	36
CONCLUSIÓN	36
RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	38

ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN

Ilustración 1 Clasificación de Christmann	10
Ilustración 2 Causas de origen extraperitoneal	11
Ilustración 3 Características del dolor abdominal en función de su fisiopatología	12
Ilustración 4 Anamnesis del dolor en abdomen agudo	13
Ilustración 5 Examen físico para el diagnóstico de abdomen agudo	15
Ilustración 6 Protocolo de manejo del abdomen agudo	18

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 SEXO	24
Tabla 2 EDAD	25
Tabla 3 COMORBILIDADES	26
Tabla 4 MICROORGANISMOS INFECCIOSOS	27
Tabla 5 TIEMPO DE CIRUGIA	28
Tabla 6 COMPLICACIONES	29
Tabla 7 MORTALIDAD	30
Tabla 8 TABLA CRUZADA ENTRE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LAS COMPLICACIONES DE UN PACIENTE POSTOPERATORIO	31
Tabla 9 ESTIMACIÓN DE RIESGO ENTRE TIEMPO QUIRURGICO Y COMPLICACIÓN INFECCIOSA	31
Tabla 10 TABLA CRUZADA ENTRE LA COMPLICACIÓN DE UN PACIENTE POSTOPERATORIO Y LA MORTALIDAD	32
Tabla 11 ESTIMACIÓN DE RIESGO ENTRE LA COMPLICACION Y LA MORTALIDAD	32
Tabla 12 TABLA CRUZADA ENTRE LA ASOCIACIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO II CON LA INFECCIÓN DEL SINTIO QUIRURGICO	33
Tabla 13 PRUEBA DE CHI CUADRADO ENTRE LA ASOCIACIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO II CON LA INFECCIÓN DEL SINTIO QUIRURGICO	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 SEXO	24
Gráfico 2 EDAD	25
Gráfico 3 COMORBILIDADES	26
Gráfico 4 MICROORGANISMOS INFECCIOSOS	27
Gráfico 5 TIEMPO DE CIRUGIA	28
Gráfico 6 COMPLICACIONES	29
Gráfico 7 MORTALIDAD	30

RESUMEN

Introducción: Hoy en día se consideran como principal problema de salud las complicaciones postoperatorias con una mortalidad que va entre los 3 a 12 millones de muertes anuales. Es de suma importancia realizar una atención adecuada con la finalidad de prevenir, reconocer de forma oportuna y dar tratamiento de las complicaciones postoperatoria para evitar la muerte (1). Se considera, la principal urgencia quirúrgica es el abdomen agudo que se caracteriza por una aparición abrupta de dolor abdominal de intensidad moderada que requiere de intervención inmediata. Se toma en cuenta que alrededor del 80% de los pacientes que se les realiza una cirugía abdominal presentan complicaciones postoperatorias, por lo que se debe realizar una identificación oportuna de cuáles son los pacientes que presentan alto riesgo y que podrían beneficiarse para obtener un pronóstico favorable. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de las complicaciones infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024. **Metodología.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024. **Resultados.** Como resultados se obtuvo que la prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes posquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur es del 30%. **Conclusión:** La presente investigación se evidencio que las complicaciones infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en UCI presentan una alta prevalencia del 30%. A su vez, se observa que la complicación más frecuente es la infección del sitio quirúrgico con un 42,2% lo que es de suma importancia dado que diversos estudios tuvieron resultados similares por lo que se debe reforzar las medidas de prevención, control de infecciones y seguimiento postoperatorio.

Palabras claves: Sepsis, Cirugía, Infecciones nosocomiales, Abdomen agudo, Laparotomía, unidad de cuidado intensivos.

ABSTRACT

Introduction: Currently, postoperative complications are considered a major health problem, with mortality rates ranging between 3 and 12 million deaths annually. Providing adequate care is of utmost importance to prevent, promptly recognize, and treat postoperative complications to avoid mortality (1). The primary surgical emergency is acute abdomen, characterized by the sudden onset of moderate to severe abdominal pain requiring immediate intervention. It is noted that approximately 80% of patients undergoing abdominal surgery experience postoperative complications, making it essential to promptly identify those at high risk who could benefit from interventions to achieve a favorable prognosis. **Objective:** To estimate the prevalence of infectious complications in postoperative patients admitted for acute abdomen in the ICU of the Guasmo Sur General Hospital during the period 2021–2024. **Methodology:** An observational, descriptive, retrospective, and cross-sectional study was conducted at the Guasmo Sur General Hospital during the period 2021–2024. **Results:** The results showed that the prevalence of infectious complications in postoperative patients admitted for acute abdomen in the ICU of the Guasmo Sur General Hospital was 30%.

Conclusion: This study demonstrated that infectious complications in postoperative patients admitted for acute abdomen in the ICU have a high prevalence of 30%. Furthermore, the most frequent complication was surgical site infection, with a rate of 42.2%, which is highly significant as various studies have reported similar results. Therefore, it is crucial to strengthen measures for infection prevention, control, and postoperative follow-up.

Keywords: Sepsis, Surgery, Nosocomial infections, Acute abdomen, Laparotomy, Intensive care unit.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día se consideran como principal problema de salud las complicaciones postoperatorias con una mortalidad que va entre los 3 a 12 millones de muertes anuales. Dicho lo anterior, es de suma importancia realizar una atención adecuada con la finalidad de prevenir, reconocer de forma oportuna y dar tratamiento de las complicaciones postoperatoria para evitar la muerte (1). Por otro lado, tenemos que la principal urgencia quirúrgica es el abdomen agudo que se caracteriza por una aparición abrupta de dolor abdominal de intensidad moderada que requiere de intervención inmediata. Dicho lo anterior, se toma en cuenta que alrededor del 80% de los pacientes que se les realiza una cirugía abdominal presentan complicaciones postoperatorias, por lo que se debe realizar una identificación oportuna de cuáles son los pacientes que presentan alto riesgo y que podrían beneficiarse para obtener un pronóstico favorable(1).

Se debe entender que las infecciones nosocomiales son la principal causa de morbilidad a nivel mundial, que originan un problema de salud tanto en la parte económica como social. Se puede describir las siguientes causas como infecciones en el lugar o sitio quirúrgico, abscesos intraabdominales, peritonitis y sepsis, siendo patologías que causan alta demanda de recursos y aumentado los días de estancia hospitalaria(2). Por lo que, se debe identificar los factores de riesgo asociados, con la finalidad de obtener eficacia en las prácticas de control de infecciones, para proponer estrategias de prevención para las complicaciones postoperatorias.

Por otro lado, en nuestro país existen estudios similares al de nosotros, en donde se observa en el estudio de Salguero, T que el 35,67% de los casos presentar complicaciones postquirúrgicas, con mayor predominancia en infección del sitio quirúrgico, siendo el número de casos más frecuentes en el sexo femenino con un 58%, la cual se observó en dicho estudio que la tasa de mortalidad fue alrededor del 2% (3). Por otro lado, el estudio de Céspedes, H realizado en Perú obtuvo como principal complicación la infección del sitio quirúrgico con un 25,7%, obteniendo entre los casos un 22% de tasa de mortalidad en dicho estudio (4).

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de las complicaciones infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024?

Las complicaciones infecciosas postquirúrgicas se consideran la principal causa de morbilidad en nuestro país aumentando la estancia hospitalaria y el riesgo de muerte. Hoy en día en nuestro país, se han incrementado estas complicaciones lo que genera preocupación entre el personal médico y administrativo afectando de forma directa la vida del paciente y a su vez los costos hospitalarios. Dichos pacientes, al encontrarse en una área hospitalaria, se encuentran expuestos por su condición clínica y la exposición a procedimientos invasivos que les favorece al desarrollo de infecciones intrahospitalaria, lo que da como resultado pronósticos desfavorables, con aumento en la tasa de reingresos a los hospitales e inclusive la muerte (2).

El Hospital General Guasmo Sur, se considera uno de los principales hospitales de segundo nivel en Guayaquil, donde se ha observado un aumento progresivo de las complicaciones postquirúrgicas, sin embargo, no existen estudios que nos permita dimensionar el alcance real de dicha problemática. Por lo que la ausencia de dicha información nos limita a implementar mejores estrategias de prevención por lo que se realizara un trabajo de investigación sobre la prevalencia y factores de riesgo relacionados a las complicaciones infecciones en los pacientes postquirúrgicos por abdomen agudo en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 -2024.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El trabajo de investigación que se va a realizar es de suma importancia para mejorar la calidad de atención médica con la finalidad de realizar una evaluación oportuna y un tratamiento adecuada para la disminución de la mortalidad hospitalaria a su vez, el identificar los factores de riesgo nos permitirá establecer medidas de prevención disminuyendo así las complicaciones postquirúrgicas en pacientes con abdomen agudo y optimizar mejor el uso de los antibióticos para reducir la resistencia bacteriana de las infecciones nosocomiales.

En este estudio, se va a proporcionar información valiosa con la finalidad de crear nuevos protocolos de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno que contribuyan tanto al ámbito clínico y administrativo del Hospital General Guasmo Sur. A su vez, sirve como base para futuras investigaciones en nuestro país.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General:

- Estimar la prevalencia de las complicaciones infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir el género y rango de edad más afectado por complicaciones infecciosas en pacientes postquirúrgicos con abdomen agudo.
- Determinar las comorbilidades relacionadas con el desarrollo de infecciones postquirúrgicas en pacientes con abdomen agudo.
- Identificar los microorganismos más frecuentes asociados a estas complicaciones.
- Calcular el tiempo quirúrgico de los pacientes con complicaciones infecciosas en el postoperatorio.
- Evaluar las complicaciones infecciosas más frecuentes en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo.

1.4 HIPÓTESIS

Los pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024 presentan una alta prevalencia del 38% de complicaciones infecciosas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ABDOMEN AGUDO

2.1.1 DEFINICIÓN

Se define como abdomen agudo a la presencia clínica abrupta o repentina del dolor abdominal con una intensidad severa acompañado de síntomas gastrointestinales y repercusión sobre el estado general, por la cual si se extiende a más de 6 horas puede considerarse una amenaza grave para la vida del paciente por lo que el tratamiento la mayoría de los casos es quirúrgico (3).

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

El abdomen agudo en la mayoría de los casos afecta entre un 2 – 3% de los pacientes, en la cual solo el 33% termina en tratamiento quirúrgico, considerándose como una de las principales causas de urgencias quirúrgicas (1). Así mismo, aproximadamente el 20 – 40% de los pacientes que acude a emergencia por dolor abdominal no especificado un 56% de los pacientes ingresan con un diagnóstico incorrecto, siendo un factor determinante para las futuras complicaciones. La incidencia según el sexo es igual para ambos por lo que no se observa predominancia en alguno de ellos. (4)

Según los datos del INEC en el año 2019-2020 el dolor abdominal se consideró una de las principales emergencias en las consultas con un alrededor del 25% terminando así en tratamiento quirúrgico la mayoría de sus casos. Se observó que el principal cuadro agudo era la apendicitis con un 65% seguido de la colecistitis aguda con un 45%. Por otro lado, la mortalidad en nuestro país es del 8 – 18% que se deben a complicaciones postoperatorias y el no realizar un diagnóstico precoz. (1)

2.1.3 ETIOLOGÍA

La etiología es multifactorial que pueden ir desde benignas y autolimitadas a mortales si no se llega a actuar con rapidez. Por lo que la evaluación debe ser de forma sistemática para poder realizar un diagnóstico oportuno. Se clasifican en:

2.1.3.1 DE ORIGEN INTRAPERITONEAL

Estas se deben principalmente por causa inflamatoria tales como la peritonitis, que se caracteriza por una inflamación del peritoneo por causa bacteriana frecuentemente. La peritonitis se puede dividir en primaria, secundaria y terciaria. La peritonitis primaria se caracteriza por la invasión de bacterias frecuentemente gram negativos aerobios a la cavidad peritoneal (5). La peritonitis secundaria que se debe a la perforación de una víscera hueca en la cavidad abdominal, la etiología es polimicrobiana tanto en bacterias gram negativas aerobias y anaerobias. Por otro lado, la peritonitis terciaria se debe a una infección persistente intraabdominal posterior a una intervención quirúrgica por peritonitis con cuadros graves.

Entre las otras causas inflamatorias tenemos a la apendicitis aguda es una enfermedad que se caracteriza por una inflamación aguda de la apéndice vermiforme, la cual con lleva un curso característico de dolor abdominal predominante en fosa iliaca derecha acompañado de náuseas y vómitos, a su vez puede obstruirse causando trombosis de la pared intestinal terminando en gangrena y perforación de esta (6). Otra entidad, es la colecistitis aguda siendo una complicación por la presencia de cálculos en la vesícula predominantemente en el cuello de está causando una obstrucción que termina en isquemia de la pared o infección por bacterias gram negativos como la E. coli y otros gérmenes cuando se perfora su pared. Se puede también tener otras causas la diverticulosis colónica, pancreatitis aguda, adenitis mesentérica, la enfermedad pélvica inflamatoria y entre otros. (6)

Por otro lado, tenemos la segunda causa más frecuente que son las mecánicas tales como la obstrucción intestinal ya sea por bridas o cirugías previas tumores o apendicitis con peritonitis localizada. El mecanismo fisiopatológico se basa en que la obstrucción causa una dilatación intestinal con acumulación de líquido y aire próximo a la obstrucción causando una disminución de su calibre. Un claro ejemplo de este es el íleo biliar que se debe a una obstrucción del intestino delgado por la migración de un cálculo de la vesícula biliar por medio de una fistula (5). La tercera causa es la vascular por presencia de sangre en la cavidad abdominal o hemoperitoneo provocando dolor abdominal a agudo. Como ejemplo tenemos el embarazo ectópico roto que se caracteriza por abdomen agudo con síntomas de hipotensión arterial. Por otro lado, tenemos rotura de órganos principalmente el bazo, por traumatismo abdominal de tipo cerrado siendo el más común y la isquemia mesentérica que se

caracteriza por una disminución abrupta del flujo sanguíneo por medio de las arterias mesentéricas provocando un cuadro agudo de necrosis del intestino delgado o grueso, puede ser de tipo oclusiva o no oclusiva. (7)

Clasificación de Christmann

Inflamatorio	Obstructivo	Perforativo	Hemorrágico	Vascular oclusivo
Apendicitis	Bridas	Úlcera gástrica o	Embarazo	Isquemia
Colecistitis	Hernias	duodenal	ectópico roto	mesentérica
Diverticulitis	Neoplasias	Úlcera ileal	Ruptura de	Trombosis
Pancreatitis	Vólvulos	Neoplasias	hematoma	mesentérica
Salpingitis	Parásitos	perforadas	hepático o	Estrangulación
	Bezoares	Fecalomas	esplénico	
	Fecalomas	Procesos	Aneurisma	
	Procesos inflamatorios	inflamatorios	Aorta abdominal	

Ilustración 1 Clasificación de Christmann

2.1.3.2 De origen extraperitoneal

Las principales causas son la neumonía aguda que puede provocar al inicio un dolor abdominal concomitante, por lo que se ve más en niños que adultos por el compromiso de la pleura diafragmática que incluso puede irradiarse hacia la región infraclavicular o el hombro. Por otro lado, tenemos otras patologías que afectan la pleura diafragmática como la pericarditis aguda. A su vez, se puede observar en la pielonefritis aguda la presencia de dolor abdominal dado que afecta la capsula renal, causando el cólico renal por presencia de cálculos que se originan una compresión del lumen de uréter provocando distensión de la capsula renal. Por otro lado, se puede observar que en la cetoacidosis diabética presentan un cuadro de dolor abdominal agudo esto se debe por el compromiso de la capsula de Glisson al distenderse, por la hiperglicemia, deshidratación y el estado de acidosis metabólica. Entre otras patologías extraperitoneal tenemos la porfiria aguda intermitente, la insuficiencia suprarrenal aguda y el herpes zoster. (5)

Origen extraperitoneal
Torácicas – Neumonía – Embolia de pulmón – Infarto de miocardio – Pericarditis aguda – Insuficiencia cardíaca congestiva
Genitourinarias – Pielonefritis aguda – Cólico renal – Infarto renal
Metabólicas – Acidosis diabética – Porfiria aguda intermitente – Insuficiencia suprarrenal aguda – Uremia
Neurogénicas – Herpes zóster – Compresión de las raíces nerviosas D4-D12

Ilustración 2 Causas de origen extraperitoneal

2.1.4 FISIOPATOLOGÍA

Se considera que el dolor abdominal se clasifica según su mecanismo tales como:

- **Dolor visceral:** Se denomina al dolor que se origina en los órganos abdominales que se encuentra cubiertos por la una capa interna, denominada el peritoneo visceral. A su vez, en la pared muscular de las vísceras huecas y en la capsula de los órganos macizos se encuentran los receptores dolorosos la cual reciben el estímulo por medio de las vías aferentes viscerales en conjunto con los nervios simpáticos que llega a la medula espinal hacia las asas dorsales posterior a los centros nerviosos superiores (4). Por otro lado, se caracteriza por un dolor sordo, con mala localización que se percibe en el abdomen a distancia de la víscera que está afectada.
- **Dolor somático:** es un tipo de dolor que se origina en la capa externa denominada peritoneo parietal, innervada por las fibras nerviosas espinales que van del segmento D7 al L1. Este puede causarse por un estímulo inflamatorio como la peritonitis o uno químico por perforación de algún órgano que su contenido sea jugos enzimáticos. El dolor se caracteriza por intensidad grave con aparición súbita que se agudiza con maniobras de valsaba. (7)
- **Dolor referido:** se denomina al tipo de dolor que se percibe en una región del cuerpo diferente al lugar de origen, es decir, lejos donde se encuentra el órgano

afectado. Esto se debe a que la conducción del estímulo termina en el asta dorsal, donde se encuentran los estímulos de los axones somáticos aferentes de la piel, por lo que el cerebro no puede diferenciar cual axón ingresa el estímulo, lo que produce que se proyecte la sensación a la piel. (5)

Tabla I. Características del dolor abdominal en función de su fisiopatología				
	Origen	Mecanismo	Transmisión	Características
Dolor visceral o esplácnico	Receptores de vísceras abdominales	Estiramiento o tracción de la víscera	Lenta	- Poca precisión - Mal localizado - Difuso - Sin postura antiálgica - Síntomas vagales (ansiedad, sudoración, náuseas y vómitos)
Dolor parietal, peritoneal o somático	Receptores del peritoneo parietal, piel y músculos	Inflamación o isquemia	Rápida (fibras mielinizadas)	- Dolor intenso - Bien localizado - Punzante - Postura antiálgica
Dolor referido	Regiones alejadas del lugar donde percibe	Visceral o parietal	Vías centrales compartidas	

Ilustración 3 Características del dolor abdominal en función de su fisiopatología

2.1.5 CUADRO CLÍNICO

Es de suma importancia realizar una buena examinación dado que el abdomen agudo comprende un conjunto de signos y síntomas que aparecen de forma súbita por consecuencia de una patología que puede ser intrabdominal grave, por lo que se recomienda realizar una buena anamnesis exhaustivo que nos proporción la elaboración de la historia clínica para complementarlo con la exploración física del paciente (6). Se recomienda lo siguiente:

Descripción de los antecedentes personales patológicos y quirúrgico eso nos podría ayudar a orientar el diagnóstico, como, por ejemplo:

- Colelitiasis nos hace pensar en colecistitis o pancreatitis
- Diverticulosis en diverticulitis
- Hernias en obstrucción intestinal

- Cirugía abdominal en obstrucción intestinal o un vólvulo
- Patología cardiovascular en tromboembolismo pulmonar o isquemia mesentérica

Por otro lado, se debe de realizar una buena interrogación del dolor, como (4):

- **Comienzo:** presentación brusca, abrupta o repentina se asocia con cuadros de perforación de víscera hueca, vólvulo o embolia mesentérica. A diferencia de los abdómenes agudos inflamatorios que son de forma progresiva como la apendicitis aguda, colecistitis, etc.
- **Localización:** cuando el dolor afecta la región epigástrica puede sugerirse a las vísceras como el estómago, duodeno y desembocadura del colédoco. Por otro lado, se afecta la porción restante del duodeno y el intestino grueso la porción del ciego, apéndice, colon ascendente afecta la región periumbilical, mientras que la porción del color descendente y sigmoide afecta la región hipogastrio.
- **Irradiación:** cuando se irradia hacia el hombro podemos pensar en perforación de ulcera péptica, si es en forma de hemicinturón o cinturón completo podemos pensar en pancreatitis. A su vez, si se irradia a fosa iliaca derecha pensamos en apendicitis aguda, entre otras.
- **Intensidad, ritmo y duración**
- **Factores que modifican el dolor:** tenemos que en procesos inflamatorios que causen peritonitis el paciente exagera el dolor a los movimientos o maniobras de valsaba por lo que deben quedarse inmóviles. Así mismo, en presencia de una obstrucción intestinal al presentar cuadros de vómitos provoca alivio de los síntomas. (8)

MNEMOTECNICA: ALICIA FREDUSA	
A	Aparición (antigüedad) → Desde cuando le duele?
L	Localización → Donde le duele?
I	Irradiación (propagación) → Duele en un solo lugar?
C	Carácter → Cómo es el dolor?
I	Intensidad → Si el 1 es leve y 10 es máximo del 1 al 10 que tan fuerte es su dolor?
A	Atenuación - Agravantes → Hay algo que aumenta o calma su dolor?
FRE	Frecuencia → Cada que tiempo aparece su dolor o es perenne?
DU	Duración → Cuando dura su dolor?
SA	Síntomas asociados → Además del dolor tiene otras molestias?

Ilustración 4 Anamnesis del dolor en abdomen agudo

Por otro lado, tenemos los síntomas asociados como la fiebre que se presenta en cuadros ya cuando infección bacteriana, náuseas y vómitos en afectación visceral y obstrucción intestinal. Se puede relacionar con estreñimiento por un íleo mecánico o dinámico, diarreas por isquemia mesentérica o pseudobstrucción intestinal. También puede presentar síntomas urinarios como disuria, ardor y tenesmo vesical por la presencia de pielonefritis asociada a cálculos renales. (4)

En la exploración física se debe realizar de forma minuciosa para poder dar un diagnóstico adecuado, sin embargo, los signos y síntomas suelen ser inespecíficos en etapas tempranas, por lo que se debe realizar un examen general principalmente valorando los signos vitales, el grado de hidratación, coloración de mucosas y faneras y estado nutricional con la finalidad de orientar la gravedad del paciente. Al realizar el examen abdominal debemos de tomar las siguientes recomendaciones (8):

- **Inspección:** se debe observar si existe la presencia de distensión de la pared abdominal esto es causado por enfermedades inflamatorias, podemos observar el peristaltismo intestinal para descartar obstrucción intestinal, la presencia de masas, hernias, cicatrices de cirugías anterior o circulación colateral.
- **Auscultación:** se debe realizar antes de la palpación para evitar alterar la frecuencia de los ruidos hidroaéreos. Se debe evaluar la caracteriza y frecuencia de estos. Si se auscultan ruidos de tipo lucha es decir aumentados se sugiere la obstrucción del intestino. Mientras que, si se encuentran disminuidos o ausentes se puede relacionar con peritonitis.
- **Palpación:** se debe empezar en la región distal al dolor, de forma superficial y profunda. Es de suma importancia realizar las maniobras dependiendo de la región para poder descartar patología. Ejemplo: si pensamos en colecistitis realizamos la maniobra de Murphy para confirmar nuestro diagnóstico principal.
- **Percusión:** se deben evaluar la densidad de los órganos intrabdominales con la finalidad de detectar agrandamiento de este, presencia de líquido, aire o masas. A su vez, nos sirve para evaluar irritación peritoneal. Por ejemplo, si detectamos una percusión timpánica en abdomen podemos pensar en obstrucción intestinal o neumoperitoneo.

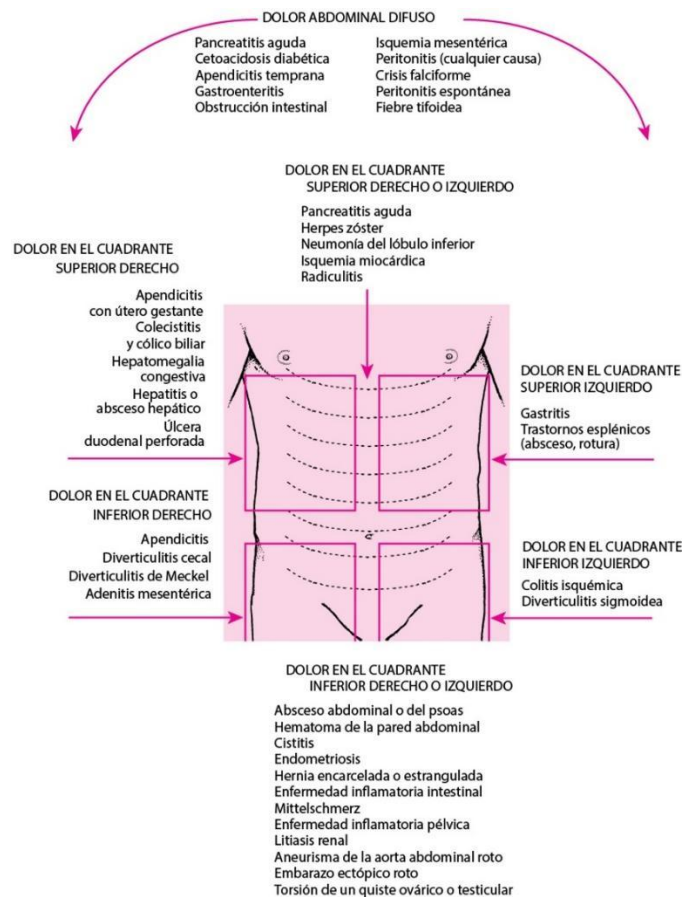


Ilustración 5 Examen físico para el diagnóstico de abdomen agudo

2.1.6 DIAGNÓSTICO

Se considera que la clínica es importante para poder realizar el diagnóstico de los diferentes tipos de abdomen agudo, sin embargo, se suma a ello el apoyo de exámenes de laboratorio e imagen para obtener un diagnóstico más certero (9).

- **Hemograma:** Se considera importante el recuento leucocitario dado que la presencia de leucocitosis nos aporta que existe inflamación del peritoneo, principalmente la apendicitis. A su vez tenemos que la presencia de anemia nos puede orientar un proceso maligno como masas intrabdominales en algunos casos.
- **Bioquímica:** se debe realizar glucosa, función renal y electrolitos para poder valorar el estado de hidratación del paciente, mientras que, los electrolitos nos indican en pacientes con vómitos y depleción de volumen cuanto han perdido. Dependiendo la patología, podemos mandar pruebas como función hepática, bilirrubinas o función pancreática para descartar colecistitis o pancreatitis. A

su vez, se puede enviar hormona de gonadotropina coriónica para descartar la presencia de embarazo ectópico.

- **Examen de orina (EMO):** es importante la presencia de hematuria dado que nos da un diagnóstico de infección urinaria e incluso presencia de cálculos renales, trauma de uréter o neoplasias que causan dicho cuadro.
- **Radiografía de tórax:** es importante descartar patologías en la región de tórax que causen dolor abdominal por distensión del peritoneo diafragmático como las neumonías basales, neumotórax o las hernias diafragmáticas. También, se puede valorar la presencia de derrame pleural izquierdo cuando existe un cuadro de pancreatitis.
- **Radiografía de abdomen:** es de suma importancia para la sospecha de perforación y obstrucción intestinal, esta nos da información de como se distribuye el gas cuando existe una perforación. Mientras que, cuando existe un íleo paralítico se observa la presencia de múltiples asas intestinales distendidas de forma uniformes que afectan al estómago, por otro lado, se observan niveles hidroaéreos cuando es un íleo mecánico.
- **Ecografía abdominal:** se considera una técnica rápida y menos costosa que es útil ante la sospecha clínica de patologías como la colecistitis, colangitis, o dilatación del árbol biliar. Para descartar procesos inflamatorios como la apendicitis o diverticulitis. Además de patologías genitourinarias como la pielonefritis.
- **Tomografía axial computarizada:** se considera la herramienta más usada hoy en día en el área de emergencia, es indicada cuando los exámenes de laboratorio e imágenes anteriores no dan un diagnóstico certero. Es de suma importancia en patología como abscesos abdominales, aneurisma de la aorta, isquemia mesentérica, pancreatitis y procesos intestinales.

2.1.7 TRATAMIENTO

Una vez realizado un buen diagnóstico se procede a según la patología se enfoca a un tratamiento individualizado para el paciente. Este se realiza de forma rápida y multidisciplinario, dado que se considera una emergencia médica que compromete la vida del paciente. El abordaje inicial se enfoca en la estabilización del paciente la cual se debe obtener las constantes vitales y asegurarnos que no esté comprometida la vía

área y circulación del paciente. De igual forma, se debe colocar dos vías de acceso venoso con la finalidad de administrar un bolo de solución salina al 0.9% o lactato de ringer para evitar deshidratación o posibles eventos de shock hipovolémico (3). De igual forma, si el paciente lo requiere se debe de administrar lo que es el oxígeno suplementario. Si se llega a sospechar de abdomen agudo obstructivo se debe colocar una sonda nasogástrica con el objetivo de descomprimir el estómago.

Mientras se realiza un buen abordaje al realizar exámenes de laboratorio e imágenes para obtener un buen criterio diagnóstico se realiza el tratamiento sintomático que se basa en la administración de analgesia intravenoso como el paracetamol o en casos ya graves opiáceos para poder tener un mejor control del dolor cuando ya se considera una patología quirúrgica (10). A su vez, se pueden utilizar antieméticos como el ondasetrón y metoclopramida para disminuir la frecuencia de vómitos. También se debe empezar con tratamiento empírico de amplio espectro cuando se sospecha de perforación de algún órgano, para cubrir bacterias gramnegativas aerobias y anaerobias. (5)

Por otro lado, el paso importante es poder definir si el cuadro de abdomen agudo es de resolución clínica o quirúrgica. Por lo que, si no es quirúrgico, como la pancreatitis leve, enfermedad inflamatoria pélvica, colangitis y pielonefritis por cálculos renales el tratamiento debe ser conservador por lo que se debe realizar un monitoreo del estado del paciente para poder evitar complicaciones. Lo que incluyen pilares fundamentales como la fluidoterapia, analgesia y antibioticoterapia, tratando según la patología que se haya realizado el diagnóstico. (10)

Por lo general, el tratamiento definitivo de los distintos tipos de abdomen agudo es la intervención quirúrgica, por lo que se deben de tomar medidas generales tales como:

- No consumir alimentos por al menos 6 horas antes de la cirugía
- Realizar control de signos vitales y balance hídrico
- Utilizar antipiréticos si se requiere según el caso
- Utilizar analgesia si se requiere según el caso
- Administración de antibióticos que cubran microorganismos aerobios y anaerobios. Se recomienda que sea de 30 a 60 minutos antes de la cirugía.

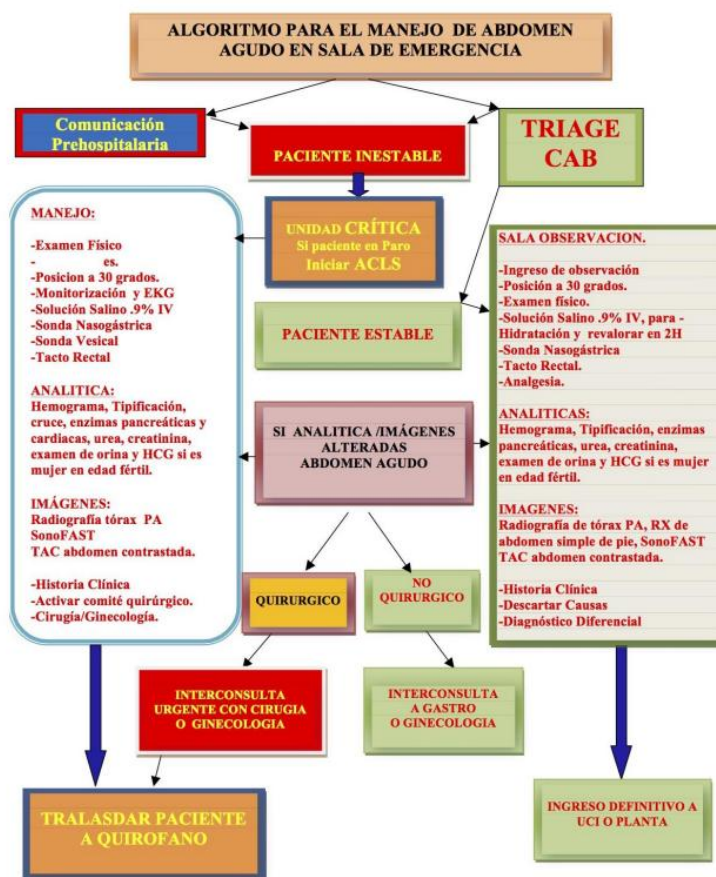


Ilustración 6 Protocolo de manejo del abdomen agudo

2.1.8 COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

Entre las complicaciones más frecuentes tenemos:

- **Infección en el sitio quirúrgico:** se caracteriza por una aparición de bacterias que infectan la herida donde se realizó la incisión la cual se produce una proliferación de los microorganismos que causan fenómenos tisulares locales que al no tratarlo de forma adecuada causan una respuesta sistémica. Las principales bacterias que se presentan son la *E. coli* y *Bacteroides fragilis* dado que forman parte de la microbiota normal del intestino delgado y grueso. Es importante mencionar que el cuadro clínico es la presencia de fiebre acompañado de molestias locales como signos de inflamación en la herida como dolor, calor, rubor y en casos más avanzados secreción purulenta. (11)
- **Abscesos intraperitoneales:** Se da como resultado de una contaminación de forma local en el peritoneo o de forma generalizado donde se logró encontrar su punto de infección dentro del peritoneo. Se caracterizan por ser colecciones

de pus o fistulas que a los 5 a 7 días se desarrollan después de la contaminación de la cavidad peritoneal. Los síntomas que le caracterizan son la fiebre, dolor abdominal, diarreas y vómitos. Los abscesos se pueden drenar de forma percutánea según su ubicación y se debe añadir un antibiótico si se lo requiere.(12)

- **Peritonitis generalizada:** es una inflamación difusa del peritoneo que se desarrolla como una complicación posterior a una cirugía abdominal dado que permite la entrada de bacterias o contenido intestinal al interior de la cavidad peritoneal. Su principal causa es la dehiscencia de anastomosis intestinales, lo que permite la fuga de contenido intestinal contaminado a la cavidad abdominal. De igual forma, puede aparecer por lesiones que no se percataron durante la cirugía o contaminación intraoperatoria severa. Se caracteriza por dolor abdominal de intensidad moderada, de forma difusa y progresiva que se acompaña de fiebre elevada, náuseas y vómitos.(12)
- **Sepsis:** es una respuesta inflamatoria sistémica grave donde el sistema inmunológico no puede responder ante la presencia de una infección dando como resultado en la disfunción orgánica. Su principal causa es por complicaciones como la peritonitis generalizada, abscesos intrabdominales, infección de herida quirúrgica o contaminación de cuerpos extraños retenidos. Se manifiesta con la presencia de varios síntomas con fiebre, taquicardia, hipotensión, taquipnea, somnolencia, leucocitosis o leucopenia. (13)

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y PERÍODO DE TIEMPO

Se realizó un estudio observacional dado que no realizamos manipulación de las variables durante la investigación, es descriptivo porque solo estamos utilizando medidas de frecuencia central más datos de prevalencia, retrospectivo porque el análisis de datos se realizó por medio de las historias clínicas y transversal dado que solo se revisaron las historias clínicas una vez durante la investigación.

3.1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.2.1 POBLACIÓN

Pacientes con complicaciones infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.

3.1.2.2 MUESTRA

Se obtuvo una población de 900 pacientes que corresponden al periodo de tiempo del 2021 – 2024, por medio del cálculo de muestra para una población finita, la cual se utilizó un nivel de confianza del 95% $Z=1,96$, con un error de estimación del 5% y una probabilidad de ocurrencia del evento del 50%. Lo cual resultó en una muestra de 270 pacientes para nuestro estudio de investigación. La cual se utilizó los criterios de exclusión e inclusión para seleccionar la muestra.

Tamaño de muestra: $\frac{Z^2 p (1-p)}{e^2}$

3.1.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos en nuestra investigación se utilizó la herramienta Microsoft Excel con el objetivo de poder distribuir, organizar y clasificar la información obtenida. Posterior a su recolección de datos, se procesaron a través del

software IBM SPSS STATISTICS con la versión 29.0.2.0, y así poder realizar gráficos estadísticos que nos facilitara la interpretación de los resultados con relación a los objetivos de nuestro estudio. A su vez, se realiza un análisis descriptivo de variables cuantitativas por medio de medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y porcentajes. También se utilizó prueba de chi cuadrado con significancia del 0.05, riesgos relativos y tablas cruzadas.

3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que hayan sido sometidos a cualquier tipo de intervención quirúrgica de abdomen agudo.
- Pacientes que hayan sido admitidos en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024.
- Pacientes de ambos sexos con edad mayor o igual 18 años.

3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico de sepsis previo a la intervención quirúrgica.
- Pacientes con diagnóstico incierto de abdomen agudo.
- Pacientes con registro médicos incompletos que impidan la recolección de datos relevantes.

3.3 MÉTODO DE ESTUDIO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

El método utilizado para la recolección de información fue por medio de las historias clínicas de los pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI por complicaciones infecciosas del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024

Posteriormente se determina el sexo, edad, comorbilidades y microorganismos más frecuentes que se presentan.

3.4 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	TIPO	RESULTADO
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo hasta el momento que se considera. (Real academia española, s.f.)	Cuantitativa	• 18 -39 • 40 – 50 • 51 – 65 • 66 a mas
Sexo	características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de la especie humana. (plannedparenthood, s.f.)	Cualitativa	• Femenino • Masculino
Tiempo de la cirugía	Los tiempos quirúrgicos son una serie de procesos encaminados a organizar el acto quirúrgico en la cirugía. (scielo, s.f.)	cualitativa	• <1h • 1-4h
Microorganismos aislados	Son aquellos que se han separado del resto de microorganismos presentes en un cultivo. (scielo, s.f.)	Cualitativa	• Enterococcus Fecalis • Estafilococcus aureus • Pseudomonas aeruginosa • Acinetobacter baumannii

			● Klebsiella pneumoniae ● Serratia marcescens ● Escherichia Coli Blee
Comorbilidades	presencia de dos o más enfermedades en una persona al mismo tiempo. (NIH, s.f.)	Cualitativa	● Hipertensión ● Diabetes ● Enfermedad renal crónica ● Otras
Complicaciones	Evento adverso inesperado o no deseado como consecuencia de un tratamiento médico.	Cualitativa	● Infección sitio quirúrgico ● Abscesos intraabdominales ● Peritonitis ● Sepsis
Mortalidad	Muertes sucedidas dentro de una población. (NIH, s.f.)	Cualitativa	● SI ● NO

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Como resultados se obtuvo que la prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes posquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur es del 30%.

$$P: \frac{C}{N} \times 100$$

$$P: \frac{270}{900} \times 100$$

$$P: 30\%$$

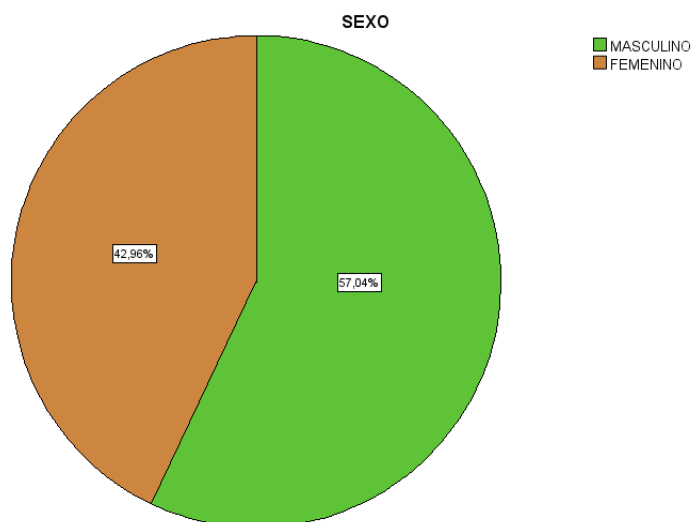
Tabla 1 SEXO

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MASCULINO	154	57,04%
	FEMENINO	116	42,96%
Total		270	100%

Fuente: Elaborado por Paredes Ormazá en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Gráfico 1 SEXO



Fuente: Elaborado por Paredes Ormazá en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

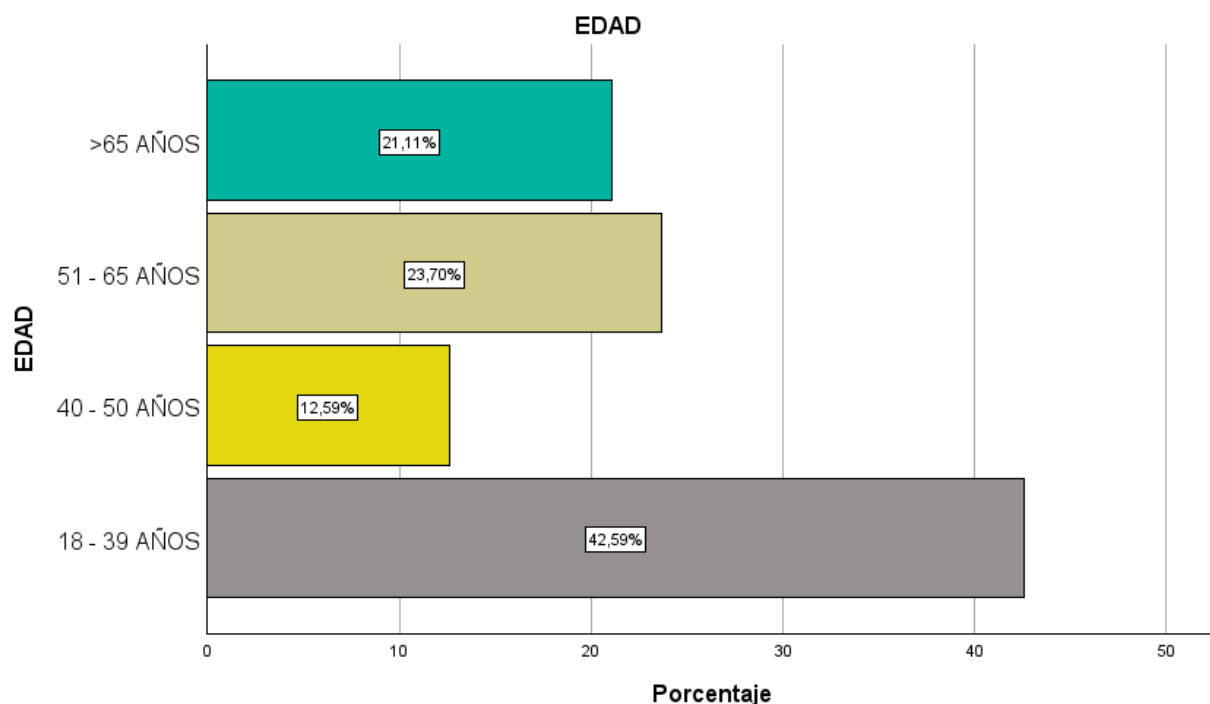
Análisis: Se obtuvo como resultado que el sexo más frecuente que presenta complicaciones infecciosas postquirúrgicas es el sexo masculino con un 57,04% a diferencia del sexo femenino con un 42,96%.

Tabla 2 EDAD

EDAD		Frecuencia	Porcentaje
Válido	18 - 39 AÑOS	115	42,5%
	40 - 50 AÑOS	34	12,5%
	51 - 65 AÑOS	64	23,7%
	>65 AÑOS	57	21,1%
Total		270	100%

Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Gráfico 2 EDAD



Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

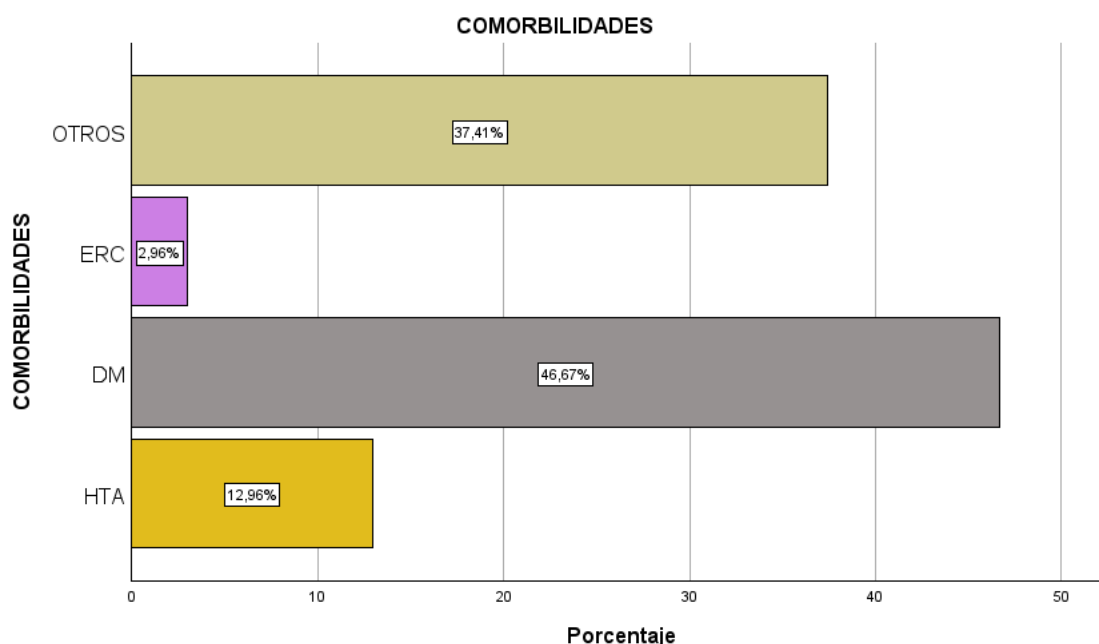
Análisis: Por otro lado, se puede observar que la edad más prevalente en pacientes postquirúrgico que presentaron complicaciones fue en el rango entre los 18 – 39 años de edad con un 42,59%, seguido entre los 51 – 65 años con un 23,70%, >65 años con un 21,11% y entre los 40 – 50 años con un 12,59%.

Tabla 3 COMORBILIDADES

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	HTA	35	12,96%
	DM	126	46,67%
	ERC	8	2,96%
	OTROS	101	37,41%
Total		270	100%

Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Gráfico 3 COMORBILIDADES



Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: A su vez, se obtuvo que la comorbilidad más frecuente es la diabetes mellitus tipo II con un 46,67%, seguida de la hipertensión arterial con 12,96%, y la enfermedad

renal crónica con un 2,96%. Por otro lado, se obtuvo que el 37,41% de los pacientes no presentaron comorbilidades asociadas.

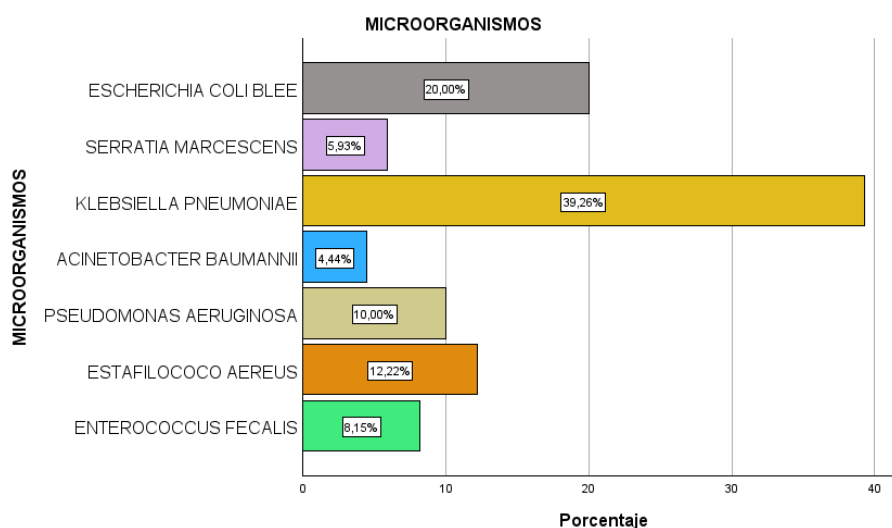
Tabla 4 MICROORGANISMOS INFECCIOSOS

MICROORGANISMOS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	ENTEROCOCCUS FECALIS	22	8,1%
	ESTAFILOCOCO AUREUS	33	12,2%
	PSEUDOMONAS AERUGINOSA	27	10%
	ACINETOBACTER BAUMANNII	12	4,4%
	KLEBSIELLA PNEUMONIAE	106	39,2%
	SERRATIA MARCESCENS	16	5,9%
	ESCHERICHIA COLI BLEE	54	20%
Total		270	100%

Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Gráfico 4 MICROORGANISMOS INFECCIOSOS



Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: Se puede observar que el microorganismo más común es la Klebsiella pneumoniae con un 39,26%, seguido de la Escherichia coli Blee con un 20% y el estafilococo aureus 12,22%.

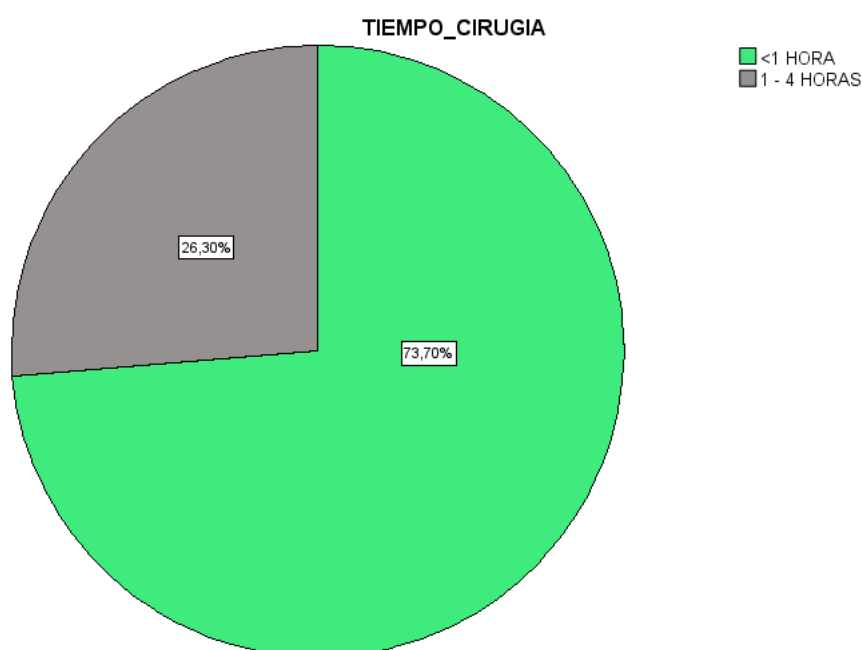
Tabla 5 TIEMPO DE CIRUGIA

TIEMPO_CIRUGIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	<1 HORA	199	73,7%
	1 - 4 HORAS	71	26,3%
Total		270	100,0%

Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Gráfico 5 TIEMPO DE CIRUGIA



Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: Así mismo, se obtuvo que el tiempo quirúrgico en pacientes sometidos a cirugía por abdomen agudo más frecuente fue < 1 hora con un 73,70%, mientras que el 26,30% corresponde a mayor de 1 hora.

Tabla 6 COMPLICACIONES

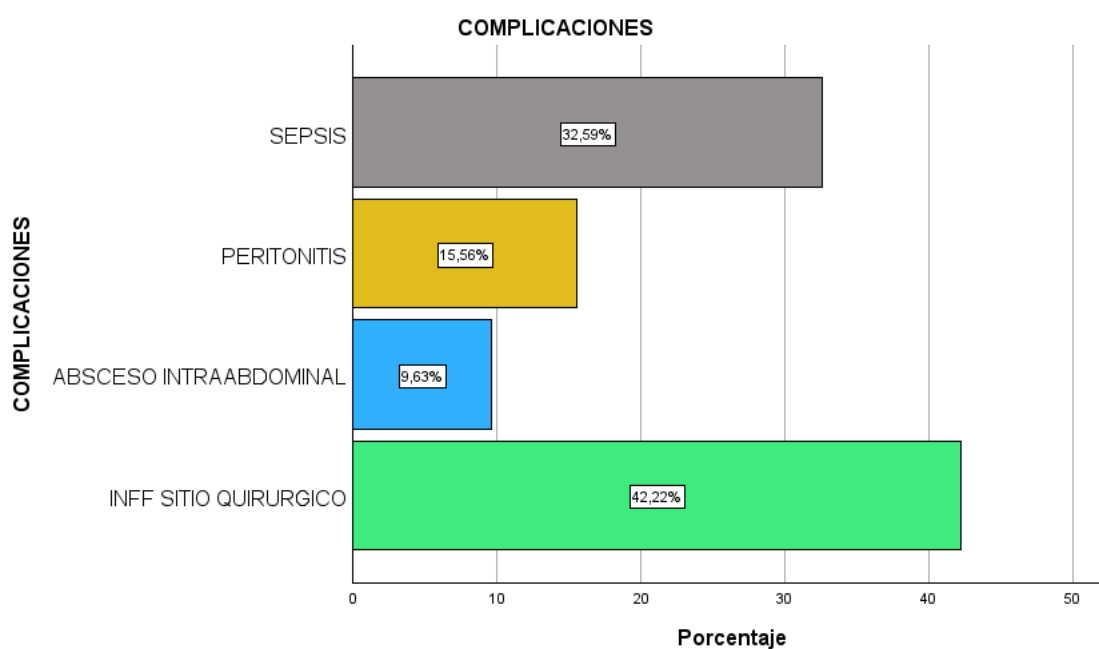
COMPLICACIONES

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	INFF SITIO QUIRURGICO	114	42,2%
	ABSCESO INTRAABDOMINAL	26	9,6%
	PERITONITIS	42	15,5%

SEPSIS	88	32,5%
Total	270	100%

Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Gráfico 6 COMPLICACIONES



Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: Dicho lo anterior, la complicación más frecuente es la infección del sitio quirúrgico con un 42,22%, seguido de la sepsis con un 32,59%, peritonitis con un 15,56% y el absceso intraabdominal con un 9,63% de los casos.

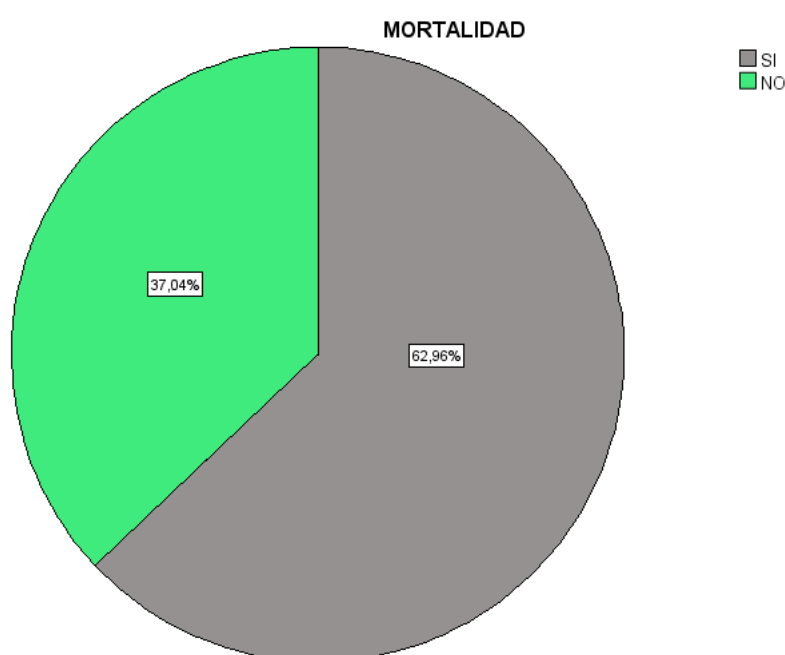
Tabla 7 MORTALIDAD

MORTALIDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	170	62,9%
	NO	100	37,1%
Total		270	100%

Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Gráfico 7 MORTALIDAD



Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: Por otro lado, se obtuvo que el 62,96% de los pacientes postoperatorios por abdomen agudo que presentaron complicaciones, por lo cual termino con el fallecimiento del paciente. Mientras que solo el 37,04% se pudo recuperar.

Tabla 8 TABLA CRUZADA ENTRE EL TIEMPO QUIRURGICO Y LAS COMPLICACIONES DE UN PACIENTE POSTOPERATORIO

Tabla cruzada <1 HORA*COMPLICACIÓN

			COMPLICACIÓN		Total
			SI	NO	
< 1 HORA	SI	Recuento	75	61	136

	%	57,7%	43,6%	50,4%
NO	Recuento	55	79	134
	%	42,3%	56,4%	49,6%
Total	Recuento	130	140	270
	% dentro de			
	COMPLICACIÓN	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: Se puede observar que los pacientes postoperatorios que tuvieron un tiempo quirúrgico < 1 hora el 57,7% presentaron complicaciones infecciosas a diferencia de los pacientes con mayor tiempo quirúrgico.

Tabla 9 ESTIMACIÓN DE RIESGO ENTRE TIEMPO QUIRURGICO Y COMPLICACIÓN INFECCIOSA

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para <1 HORA (SI / NO)	1,766	1,090	2,861
Para cohorte COMPLICACIÓN = SI	1,344	1,043	1,731
Para cohorte COMPLICACIÓN = NO	,761	,602	,961
N de casos válidos	270		

Fuente: Elaborado por Paredes Ormaza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: Según la tabla 9, se observa que la estimación de riesgo entre el tiempo quirúrgico es de 1,766 para presentar una complicación. Por lo que se obtiene que un paciente con tiempo quirúrgico menor a una hora tiene riesgo de presentar complicaciones postquirúrgicas.

Tabla 10 TABLA CRUZADA ENTRE LA COMPLICACIÓN DE UN PACIENTE POSTOPERATORIO Y LA MORTALIDAD

Tabla cruzada COMPLICACIÓN*MORTALIDAD

MORTALIDAD		Total
SI	NO	

COMPLICACIÓN	SI	Recuento	85	45	130
		%	50,0%	45,0%	48,1%
	NO	Recuento	85	55	140
		%	50,0%	55,0%	51,9%
Total		Recuento	170	100	270
		% dentro de MORTALIDAD	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por Paredes Ormazza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: Se puede observar que los pacientes postquirúrgicos ingresados en UCI ingresados por abdomen agudo tienen un 50% de presentar una complicación infecciosa que resulte en la muerte del paciente.

Tabla 11 ESTIMACIÓN DE RIESGO ENTRE LA COMPLICACION Y LA MORTALIDAD

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para COMPLICACIÓN (SI / NO)	1,222	,745	2,006
Para cohorte MORTALIDAD = SI	1,077	,897	1,293
Para cohorte MORTALIDAD = NO	,881	,644	1,205
N de casos válidos	270		

Fuente: Elaborado por Paredes Ormazza en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: Se observa que la estimación de riesgo entre las complicaciones infecciosas con un 1,222 y la mortalidad. Por lo que se considera que un paciente que presenta complicaciones postquirúrgicas ingresados por abdomen agudo presenta riesgo de fallecer.

Tabla 12 TABLA CRUZADA ENTRE LA ASOCIACIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO II CON LA INFECCIÓN DEL SINTIO QUIRURGICO

Tabla cruzada DM*INFF_SITIO_QX

			INFF_SITIO_QX		
			SI	NO	Total
DM	SI	Recuento	51	78	129
		%	37,2%	58,6%	47,8%
	NO	Recuento	86	55	141
		%	62,8%	41,4%	52,2%
Total		Recuento	137	133	270
		% dentro de			
		INFF_SITIO_QX	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por Paredes Ormazá en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: Se puede observar que los pacientes ingresados por abdomen agudo que presentar como comorbilidad la diabetes mellitus tipo II se asocia con un 37,2% con presentar como principal complicación la infección del sitio quirúrgico.

Tabla 13 PRUEBA DE CHI CUADRADO ENTRE LA ASOCIACIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO II CON LA INFECCIÓN DEL SINTIO QUIRURGICO

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,410 ^a	1	<,001
Corrección de continuidad^b	11,567	1	<,001
Razón de verosimilitud	12,506	1	<,001
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	12,364	1	<,001
N de casos válidos	270		

Fuente: Elaborado por Paredes Ormazá en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de 2021 – 2024.

Análisis: Según la tabla 13, se observa que la significación asintótica (bilateral) es de $<,001$ por lo que existe asociación entre ambas variables, es decir, son dependientes una variable de otra. Por lo que, la diabetes mellitus se asocia de forma significativa con la complicación de la infección del sitio quirúrgico.

DISCUSIÓN

El presente estudio que se realizó en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo del 2021 – 2024 permitió estimar una prevalencia del 30% de complicaciones infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI, encontrando resultados que coinciden con el estudio de Cespedes, H con un 28% (14) y estudios con una alta prevalencia como el de Salguero, T con un 64% (15) y García, S con un 81% esto se debe a que la muestra de dichos estudios era muy pequeña (16). Por otro lado, tenemos el estudio de Paredes, R que difiere con nuestro estudio con un 17% donde la muestra de pacientes es mayor a la de nuestro estudio. (17)

La distribución del sexo en nuestra investigación predominó el sexo masculino con un 57,04% resultados similares con el estudio de Paredes, R realizado en Perú con un 53% (17), García S, realizado en México con un 57,1% (16) y Cortes, C en Honduras con un 58,7% (18). Otro estudio, difiere de los estudios de Bejerano, R y Montes, M en donde se observó que predominó el sexo femenino con un 60% y 63% por lo que se atribuye con diferencias demográficas o por la diferencia de muestra que fue atendida en cada hospital (19) (20). A su vez, tenemos la edad la cual mostró mayor frecuencia en el grupo etario entre los 18 a 39 años con un 42,5% lo cual relaciona con resultados obtenidos en el estudio de Paredes, R con un 39,9% (17) y Salguero, T con un 34,7% (15). En contraste al estudio de Montes, M la cual reporta una media de edad >50 años con un 61,3%. Lo que sugiere variaciones epidemiológicas en los distintos grupos etarios afectados según el contexto sanitario y el país. (20)

Con relación a la comorbilidades se obtuvo que el más frecuente es la diabetes mellitus con un 46,67% coincidiendo con el estudio de Cortes, C realizado en Honduras con un 66,7% (18) y el estudio de Montes, M realizado en Nicaragua con un 61,2% la cual son porcentajes significativamente altos (20). Se observó que, en el estudio de Winny, A un 18,9% en pacientes diabéticos, siendo la principal causa en dicho estudio la hipertensión arterial con un 45% (21). A su vez, tenemos que el tiempo quirúrgico más frecuente es menor a una hora donde se obtuvo una asociación con un Odds Ratio (OR)

de 1,76 para presentar complicaciones infecciosas con una frecuencia del 57,7% similar al estudio de Paredes, R la cual se obtuvo un OR de 1,84 con una frecuencia del 24,25% (17). Por otro lado, se observa estudios que difieren como el de Montes, M observándose una frecuencia del 20,7% por lo que se sugiere que los procedimientos más prolongados tienen mayor riesgo de presentar complicaciones infecciosas en dichos estudios (20). Dicho lo anterior, puede diferir por el tamaño de la muestra y por lo que fueron muchos procedimientos cortos que tuvieron reintervenciones urgentes por lo que presentar mayor predisposición a complicaciones.

Además, tenemos que el microorganismo infeccioso más frecuente es la *Klebsiella pneumoniae* con un 34,2% de los casos siendo una cifra mayor a la reportada por el estudio de Gonzales, J donde dicha bacteria fue la segunda en frecuencia con un 14% de los casos (22). Por lo que, este resultados nos resalta la necesidad de vigilancia microbiológica constante, por la presencia de cepas multirresistentes que desempeñan un papel importante. Por otro lado, la complicación postquirúrgica más predominante es la infección del sitio quirúrgico con un 42,2% en concordancia con estudios revisados como el de Paredes, R con un 60,71%, el de Salguero, T con un 35,67% y Cortes C con un 44,4%. Existen otros estudios que reportaron tasas menores como el de García, S con un 1,8% y Montes, M con un 12,3% lo cual podría deberse a las diferencias en los protocolos de asepsia y la profilaxis antibiótica. (16) (20)

En nuestro estudio la mortalidad es del 62,9% siendo mayor a la reportada del estudio de Céspedes, H con un 22%, Montes, M con un 6,5%, Bejerano, R 7% y Salguero, T con un 2% (14) (15) (19) (20). Esta discrepancia puede obedecer al hecho de que nuestra población se limitó a pacientes ingresados a UCI, lo que conlleva a una condición más grave desde el momento de ingreso, teniendo mayor riesgo de sepsis y fallecimiento. En el estudio se observa una alta tasa de complicaciones y mortalidad en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en la área de UCI, por lo que la comparación de otros estudios nos evidencia tanto similitudes como diferencia significativa. La cual se debe tomar en cuenta la población, el tipo de procedimiento quirúrgico, las prácticas de control de infecciones de cada hospital y las comorbilidades asociadas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN

- Se observa que el sexo con más predisposición es el masculino con un 57,04% a diferencia del sexo femenino esto se debe a la diferencia de muestra que existe en cada uno de los estudios. Mientras que en el rango de edad el más frecuente es entre los 18 – 39 años de edad con un 42,5% de los casos.
- Con respecto a la comorbilidad se observa que la más prevalente fue la diabetes Mellitus con un 46,67% de los casos lo que predispone más a complicaciones postquirúrgicas en dichos pacientes.
- Por otro lado, se obtuvo como hallazgo al microorganismo *Klebsiella pneumoniae* como principal agente etiológico con un 34,2% lo que difiere de otros estudios.
- A su vez, se observa la asociación entre procedimientos quirúrgicos menores a una hora y una mayor tasa de complicaciones lo que nos indica que no es solo el tiempo operatorio, sino el contexto del procedimiento, su pronóstico, comorbilidad y la reintervención quirúrgica.
- A su vez, se observa que la complicación más frecuente es la infección del sitio quirúrgico con un 42,2% lo que es de suma importancia dado que diversos estudios tuvieron resultados similares por lo que se debe reforzar las medidas de prevención, control de infecciones y seguimiento postoperatorio

RECOMENDACIONES

- Se recomienda fortalecer los protocolos de prevención y control de infecciones en el área de UCI enfocándose en la vigilancia del sitio quirúrgico, el cumplimiento estricto de la asepsia adecuada y profilaxis antibiótica tanto en el preoperatorio como durante la cirugía.
- Implementar programas de vigilancia microbiológica semestralmente con la finalidad de identificar los principales agentes patógenos, para determinar su resistencia bacteriana y así optimizar el uso de antibióticos y reducir el riesgo de infecciones nosocomiales como la *Klebsiella pneumoniae*.
- Implementar estrategias de evaluación y seguimiento precoz de los pacientes con abdomen agudo que ingresan al área de UCI, con el objetivo de identificar oportunamente las comorbilidades, factores de riesgos y complicaciones con el fin de reducir la mortalidad en dichos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas-Valenzuela D, Quiñonez-Meza M. Estudio epidemiológico de pacientes con dolor abdominal agudo no traumático egresados del servicio de urgencias. Rev Med UAS [Internet]. 2020 [citado 9 de julio de 2025];10(1). Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n1/dolorabdominal.html>
2. Imata Ccama BG. Factores asociados a complicaciones postoperatorias de cirugías de emergencia de abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor en el hospital III Goyeneche - Arequipa durante la pandemia por COVID-19 en el año 2021. 2022.
3. Manejo del abdomen agudo en adultos: Artículo de revisión : Management of acute abdomen in adults: Review article | LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. [citado 9 de julio de 2025]. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/2435>
4. Aguilar Murillo AG. Abdomen agudo no quirúrgico, factores desencadenantes y complicaciones en la emergencia, estudio a realizarse en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo, período de enero del 2015 a diciembre del 2015. 2016.
5. Peñaloza Morán GS, Calle Sacoto JF, Riofrio Gutiérrez KV, González Encalada CD. Abdomen agudo. En: Suturando conocimientos en el arte de la cirugía, 2022, ISBN 978-987-48756-3-1, pág 145 [Internet]. Puerto Madero Editorial Académica; 2022 [citado 9 de julio de 2025]. p. 145. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9016585>
6. Rodríguez HAC, Carr AB, Pérez RF. Abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico. Revista Cubana de Cirugía. 18 de diciembre de 2020;59(4):1-15.
7. Prezzotto EC, Machado EC, Paula MJAB de, Abrantes PRG, Turra G, Pellizzari J, et al. ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: ETIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E MANEJO TERAPÊUTICO. Revista Contemporânea. 16 de diciembre de 2024;4(12):e7009-e7009.
8. biblioteca.semisud.org/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=289167 [Internet]. [citado 9 de julio de 2025]. Disponible en: https://biblioteca.semisud.org/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=289167
9. Farinango CJY, Carrera ILC, Suquillo DFS, Erazo ACQ. Patología intestinal isquémica aguda: Isquemia mesentérica, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, artículo de revisión. Polo del Conocimiento. 21 de abril de 2023;8(4):1365-77.
10. Marín AG, Fuentes FJT, Ayuso MC, Obrador LZ. Dolor abdominal en Urgencias: abdomen agudo. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 1 de noviembre de 2015;11(90):5357-64.
11. Bermello Lascano AV, Espinoza Bravo CA, Castillo Avendaño JL, Pontón Burgos HE. Complicaciones postoperatorias en apendicetomía por prevalencia de bacterias. Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional. 2021;6(12 (DICIEMBRE 2021)):1744-63.

12. Huayna Pilco GT. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en el abdomen agudo quirúrgico del paciente adulto mayor. Hospital Regional Honorio Delgado- 2017. 2018.
13. Gorordo-Delsol LA, Pérez-Nieto OR, Porras-Escorcía O, Altamirano-Arcos CA. Sepsis abdominal: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.
14. Cespedes R. Abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico [Internet]. [citado 13 de agosto de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000400001
15. Tania Mishell SA, Mishell Pamela CF. Complicaciones del abdomen agudo quirúrgico. Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba, 2019-2020 [Internet] [bachelorThesis]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2021 [citado 13 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8048>
16. García-Valenzuela SE, Bonilla-Catalán PV, Quintero-García B, Trujillo-Bracamontes FS, Ríos-Beltrán J del C, Sánchez-Cuén JA, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Cir Gen. 9 de marzo de 2017;39(4):203-8.
17. Paredes R. Repositorio UNSM [Internet]. [citado 13 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/item/1b71b7f9-ce9b-4490-80cd-d88ad85ce565>
18. Cortés Cardona CM. Factores de riesgo asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía de emergencia por abdomen agudo, en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, 2018 [Internet]. CIES, UNAN-Managua; 2021 [citado 13 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/16325/>
19. Bejerano R, Rodríguez JRL. Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes operados de abdomen agudo quirúrgico. Rev Cubana Med Milit. 1 de octubre de 2024;53(4):e024060016-e024060016.
20. Montes Pastora MF. Complicaciones postquirúrgicas y comorbilidades en pacientes intervenidos por laparotomía exploratoria de emergencia en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el período Enero 2015 a Diciembre 2018 [Internet] [Thesis]. 2021 [citado 13 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/9575>
21. Alosilla Gallegos WY. Factores asociados a complicaciones posoperatorias del abdomen agudo quirúrgico. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019. 2020.
22. Gonzales JAG, Zerna EAR, Gómez PYC, Morán KEB, Santillán JLM, Ganchozo BIV. Complicaciones postoperatorias en los pacientes sometidos a cirugía de apendicitis aguda. RECIAMUC. 1 de julio de 2019;3(3):1191-213.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Paredes Ormaza, José Gregorio**, con C.C: #0942323601, autor/a del trabajo de titulación: **Complicaciones Infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024** previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 2 de **septiembre** de 2025

Autor:



Jose Gregorio
Paredes Ormaza

Time Stamping
Security Data

f.

Paredes Ormaza José Gregorio
C.C: #0942323601

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Complicaciones Infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024.		
AUTOR(ES)	José Gregorio Paredes Ormaza		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Maydelein Suárez Padrón		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2 de septiembre del 2025	No. DE PÁGINAS:	37
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía General, Medicina Crítica		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Sepsis, Cirugía, Infecciones nosocomiales, Abdomen agudo, Laparotomía, Unidad de Cuidados Intensivos.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Hoy en día se consideran como principal problema de salud las complicaciones postoperatorias con una mortalidad que va entre los 3 a 12 millones de muertes anuales. Es de suma importancia realizar una atención adecuada con la finalidad de prevenir, reconocer de forma oportuna y dar tratamiento de las complicaciones postoperatoria para evitar la muerte (1). Se considera, la principal urgencia quirúrgica es el abdomen agudo que se caracteriza por una aparición abrupta de dolor abdominal de intensidad moderada que requiere de intervención inmediata. Se toma en cuenta que alrededor del 80% de los pacientes que se les realiza una cirugía abdominal presentan complicaciones postoperatorias, por lo que se debe realizar una identificación oportuna de cuáles son los pacientes que presentan alto riesgo y que podrían beneficiarse para obtener un pronóstico favorable. Objetivo: Estimar la prevalencia de las complicaciones infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI del Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021-2024. Metodología. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo 2021 – 2024. Resultados. Como resultados se obtuvo que la prevalencia de complicaciones infecciosas en pacientes posquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en el área de UCI en el Hospital General Guasmo Sur es del 30%. Conclusión: La presente investigación se evidencio que las complicaciones infecciosas en pacientes postquirúrgicos ingresados por abdomen agudo en UCI presentan una alta prevalencia del 30%. A su vez, se observa que la complicación más frecuente es la infección del sitio quirúrgico con un 42,2% lo que es de suma importancia dado que diversos estudios tuvieron resultados similares por lo que se debe reforzar las medidas de prevención y control de infecciones.			
ADJUNTO PDF:	SI	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 994945091	E-mail: jose.paredes04@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio Teléfono: +593982742221 E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			