

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**CARACTERIZACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO DEL
ABDOMEN AGUDO**

LUISA FERNANDA ARMAS GIRÓN

Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General
Febrero 2016



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Luisa Fernanda Armas Girón

Carné Universitario No.: 100021454

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General, el trabajo de tesis "CARACTERIZACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABDOMEN AGUDO"

Que fue asesorado: Dr. Erick Soto Solís MSc.


Y revisado por: Dr. Ery Mario Rodríguez Maldonado MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2016.

Guatemala, 28 de enero de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado *




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

Guatemala, 06 de octubre de 2015

Dr. Oscar Fernando Castañeda
Coordinador Específico de Programas de Pos-Grado
Escuela de Estudios de Maestrías y Postgrados
Universidad de San Carlos de Guatemala
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Estimado Doctor Castañeda:

Por medio de la presente le informo que he **asesorado y aprobado** el informe final de Tesis detallado a continuación:

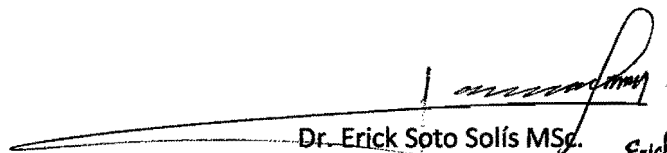
Título:
"CARACTERIZACIÓN Y MANEJO QUIRURGICO DEL ABDOMEN AGUDO"

Autor:
LUISA FERNANDA ARMAS GIRÓN

Dicha Tesis ha cumplido con todos los requisitos para su aval por parte de esta Coordinación, siendo enviada para los trámites de aprobación e impresión final de tesis a donde corresponda.

Sin otro particular, se suscribe:

Atentamente,



Dr. Erick Soto Solís MSc.
ASESOR
CIRUGIA GENERAL
IGSS

Erick Roberto Soto Solís
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 7,013

Cc/Archivo

Guatemala, 06 de octubre de 2015

Dr. Oscar Fernando Castañeda
Coordinador Específico de Programas de Pos-Grado
Escuela de Estudios de Maestrías y Postgrados
Universidad de San Carlos de Guatemala
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Estimado Doctor Castañeda:

Por medio de la presente le informo que he **revisado y aprobado** el informe final de Tesis detallado a continuación:

Título:

"CARACTERIZACIÓN Y MANEJO QUIRURGICO DEL ABDOMEN AGUDO"

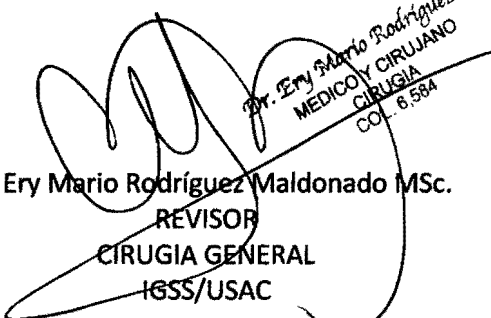
Autor:

LUISA FERNANDA ARMAS GIRÓN

Dicha Tesis ha cumplido con todos los requisitos para su aval por parte de esta Coordinación, siendo enviada para los trámites de aprobación e impresión final de tesis a donde corresponda.

Sin otro particular, se suscribe:

Atentamente,


Dr. Ery Mario Rodríguez Maldonado MSc.
REVISOR
CIRUGIA GENERAL
IGSS/USAC
Dr. Ery Mario Rodríguez M.
MEDICO Y CIRUJANO
CIRUGIA
CO. 6.584

Cc/Archivo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	i
RESUMEN	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. OBJETIVOS	15
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	16
V. RESULTADOS	21
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	26
6.1 CONCLUSIONES	29
6.2 RECOMENDACIONES	31
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
VIII. ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	21
Tabla No. 2	21
Tabla No. 3	21
Tabla No. 4	22
Tabla No. 5	22
Tabla No. 6	22
Tabla No. 7	23
Tabla No. 8	23
Tabla No. 9	23
Tabla No. 10	24
Tabla No. 11	24
Tabla No. 12	24
Tabla No. 13	25
Tabla No. 14	25
Tabla No. 15	25

RESUMEN

El dolor abdominal es el motivo de consulta más común en pacientes con abdomen agudo quirúrgico, y esta es una patología que se presenta con frecuencia en la sala de urgencias de cualquier hospital. Aunque conocemos la incidencia de las patologías abdominales quirúrgicas, no hay ningún estudio en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que caracterice dichas patologías, describa su tratamiento y el resultado del mismo.

La muestra del estudio fue de 1548 pacientes, dato que se tomó del libro de sala de operaciones, del cual se obtuvieron los números de afiliación, con lo que fue posible revisar dichos expedientes y el seguimiento de los mismos, así como la revisión de resultados patológicos se hizo mediante el sistema Medilgss.

El estudio demostró que el 55% de pacientes tratados fueron del género masculino, y que la entidad patológica predominante fue apendicitis aguda. Existió 5% de error diagnóstico, principalmente en pacientes de género femenino.

El 30% de los pacientes (468 pacientes) fueron intervenidos con técnica videolaparoscópica y de estos, solamente 23 pacientes presentaron alguna complicación (fuga de vía biliar, hemorragia, dolor postoperatorio). El 9% de la muestra presentó complicaciones, principalmente con la herida operatoria (infecciones, dehiscencias y seromas), sin embargo más del 90% de la totalidad de los pacientes fueron egresados de manera satisfactoria y mejorados.

Dentro de la muestra hubo un total de 31 pacientes fallecidos (2%), en su mayoría adultos mayores y ancianos. Dentro de las causas de mortalidad se encontró la trombosis mesentérica y pacientes con sepsis intraabdominal que al momento de consultar presentaban desequilibrio hidroelectrolítico importante y/o signos severos de sepsis.

I. INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es la causa más frecuente de consulta en los servicios de urgencias, y compete a todo médico conocer a fondo sus características para determinar rápidamente la conducta que se debe seguir, dado que de su oportuna decisión puede depender el desenlace del paciente.

El síndrome de abdomen agudo clasifica cualquier afección aguda abdominal que necesita tratamiento urgente, la mayoría de las veces, quirúrgico y continua siendo la primera causa de intervención quirúrgica de urgencia en los servicios de cirugía general. Los síndromes que lo integran son citados como principales causas de urgencia quirúrgica y muerte.

Dentro de dichas entidades la apendicitis aguda, es el principal diagnóstico seguido de la obstrucción intestinal por bridas y de la colecistitis aguda. De estas tres patologías, todas ellas son motivos de consulta frecuentes en nuestro medio y representan un porcentaje elevado de procedimientos quirúrgicos realizados.

Al momento de que un abdomen agudo se presente a la sala de urgencias, es imperativo que el médico sepa diagnosticar la causa y posteriormente darle el manejo oportuno para la resolución de este padecimiento; todo ello buscando el abordaje que mejor beneficie al paciente y que menos complicaciones conlleve.

El abdomen agudo es una patología que persistirá constituyendo parte importante de las razones por las cuales los pacientes consultan a la sala de urgencias, por lo cual conocer sus causas, métodos diagnósticos, el manejo y sus posibles complicaciones es de vital importancia para la atención óptima del paciente.

II. ANTECEDENTES

2.1 DEFINICIÓN

El abdomen agudo quirúrgico es la condición clínica abdominal que para su resolución requiere de cirugía. No es un diagnóstico propiamente dicho, es un síndrome caracterizado por signos y síntomas que dependen de la edad del paciente⁽⁴⁾.

El *diccionario Médico de Steadman 27ª edición*, lo define como “cualquier condición intraabdominal seria caracterizada por dolor, hipersensibilidad y rigidez muscular, para lo cual debe considerarse cirugía de emergencia”⁽²¹⁾.

2.2 ETIOLOGÍA

2.2.1 Causas Mecánicas. Las causas mecánicas son aquellas en las que existe obstrucción de la luz intestinal o de las vías biliares, que ocasionan distensión proximal a la obstrucción, con el sufrimiento de dicho segmento; la consecuencia inmediata es la ruptura con peritonitis subsiguiente. Los padecimientos que cursan con este tipo de etiología del abdomen agudo son: atresia intestinal, enfermedad de Hirschsprung, invaginación intestinal, oclusión posoperatoria por adherencias y malrotación intestinal, entre otras. Es una causa común de hospitalización, pues comprende 15% de las admisiones hospitalarias por dolor abdominal, constituyendo más de 300,000 hospitalizaciones anuales en Estados Unidos. Es una causa importante de mortalidad, responsable de aproximadamente 30,000 personas al año en Estados Unidos y genera más de 3 millones de dólares en costos. ⁽⁵⁾

2.2.1.1 Obstrucción por Adherencias: La obstrucción intestinal por adherencias intraperitoneales puede ser parcial o total, dependiendo del grado de extensión y rigidez de las mismas, siendo éstas la causa más frecuente de obstrucción, con un 56% seguido de hernias en un 25%(7). Al referirnos únicamente a obstrucción del intestino delgado, siguen siendo éstas la causa más frecuente de obstrucción, con un 75% mientras que la incidencia de la obstrucción intestinal causada por hernias ha disminuido de un 30 a un 15% en los últimos 30 años. ⁽⁵⁾ Las bridas pueden obstruir un asa intestinal por angulación, por torsión o, más frecuentemente, por constricción. Menzies reportó que aproximadamente 40% de sus pacientes con obstrucción intestinal tenían el antecedente de cirugía en menos de 12 meses.

La radiografía simple de abdomen y el tránsito intestinal detectan la presencia de obstrucción aunque sin definir en forma exacta su causa. La TAC abdominal además de brindar la información sobre la presencia de obstrucción mecánica puede descartar las otras causas menos frecuentes de obstrucción, tales como tumores, hernias, etc.

La laparoscopia es un procedimiento quirúrgico tanto diagnóstico como terapéutico para las adherencias intraperitoneales. Su eficacia diagnóstica no tiene discusión, pero como tratamiento tiene una alta tasa de recidiva (12), por lo que el tratamiento de elección continua siendo la cirugía abierta.

2.2.1.2 Malrotación Intestinal: se debe a que la base de implantación de la raíz del mesenterio es muy corta y sus dos puntos de fijación, que normalmente están en el ángulo de Treitz y la fosa iliaca derecha, se encuentran muy cercanos entre sí, lo que hace que gire en sentido contrario a la manecillas del reloj, lo cual causa isquemia en el territorio que abastece por oclusión de la arteria mesentérica superior ^(2,3).

Clínicamente hay dos tipos de vólvulos dependiendo del tiempo en que se instala. El prenatal, que sucede semanas o meses antes del parto. Ocasiona que el contenido intestinal pase a la cavidad peritoneal y forme un pseudoquiste, una peritonitis fibroadhesiva y ulteriormente calcificaciones o atresia del intestino que se detecta al momento del nacimiento ⁽⁴⁾. La otra variedad, es el vólvulo perinatal, que ocurre pocas horas o pocos días antes o después del parto. Se caracteriza por necrosis extensa del intestino medio ⁽⁵⁾, fiebre y respuesta inflamatoria aguda como consecuencia de la perforación del tramo intestinal gangrenado. Esta es la variedad que se presenta. El vólvulos perinatal se manifiesta en la primera semana de vida extrauterina en el 50% y el 30% dentro del primer mes.

El diagnóstico en ocasiones debe hacerse sobre bases clínicas y con ellas se justifica la intervención quirúrgica. Para complementar el diagnóstico se requiere una radiografía simple de abdomen en la que suelen observarse escaso aire distal, dilatación gástrica y duodenal ^(3,10). Otro estudio consiste en introducir medio de contraste en el tubo digestivo proximal y observar ausencia del ligamento de Treitz, dilatación gástrica, engrosamiento de la pared duodenal y la "imagen en saca-corchos" ⁽³⁾.

El tratamiento es quirúrgico, con el fin de reinstaurar el tránsito intestinal normal, mediante la resección del intestino obstruido, si este tuviera daños isquémicos, o mediante la resección de las bridas que provocan la obstrucción.

2.2.2 Causas Inflamatorias. Se refieren predominantemente a infecciones intestinales que ocasionan perforación intestinal, peritonitis y septicemia. Existen infecciones de otros órganos que pueden ocasionar dolor abdominal agudo; los ejemplos más conocidos son la infección de vías urinarias, hepatitis, colecistitis, neumonía y enfermedad pélvica inflamatoria; aunque no son de resolución quirúrgica, deben estar dentro del diagnóstico diferencial de abdomen agudo. Algunas enfermedades inflamatorias que cursan con abdomen agudo son apendicitis, pancreatitis, diverticulitis de Meckel y absceso hepático. Sin embargo, es importante recalcar que la gastroenteritis infecciosa puede necesitar de cirugía cuando produce isquemia, infarto o perforación intestinal.

2.2.2.1 Apendicitis Aguda: es una de las causas más comunes de abdomen agudo y la indicación más común de cirugía de emergencia en Estados Unidos ⁽¹⁹⁾.

Un poco más del 60% de los casos son de sexo masculino. El promedio de edad es de 19 años y casi la mitad de los pacientes con apendicitis aguda tienen entre 10 y 20 años ⁽²⁾. La enfermedad es rara por debajo de los 3 años.

Morfológicamente el apéndice cecal es la continuación del ciego, bajo la forma de un verme con lumen. Las paredes contienen fibras musculares circulares y longitudinales, como en el ciego, mientras que la mucosa posee folículos linfoides en su espesor. La obstrucción produce edema y con ella más obstrucción, para cerrar un círculo vicioso. Menos frecuentemente, el origen de la obstrucción es un fecalito, parásito o cuerpo extraño.

La posición del apéndice es retrocecal y retroileal en el 65% de los casos, descendente y pélvica en el 30% y retroperitoneal en el 5%. La irrigación proviene de la arteria apendicular, rama de la ileocólica.

La obstrucción del lumen apendicular da origen a un proceso que se puede dividir en tres etapas, inicialmente la obstrucción comprime los conductos linfáticos, lo cual genera isquemia, edema y acumulación de moco. Este es transformado en pus por las bacterias y aparecen úlceras en la mucosa. Esta es la apendicitis focal, que se caracteriza clínicamente

por síntomas que el paciente usualmente interpreta como una "indigestión", y más tarde, por epigastralgia. El dolor en el epigastrio como manifestación temprana es una fase típica en la evolución de la apendicitis aguda.

A continuación las bacterias colonizan y destruyen la pared apendicular. El proceso inflamatorio alcanza la serosa y el peritoneo parietal. En esta etapa hay una apendicitis aguda supurativa, que se caracteriza por dolor localizado en la fosa ilíaca derecha.

Más tarde, la trombosis de los vasos sanguíneos apendiculares produce necrosis de la pared y gangrena. Cuando esto ocurre, se llama apendicitis aguda gangrenosa. La pared gangrenada permite la migración de las bacterias, razón por lo cual resulta en contaminación peritoneal a pesar de no existir una perforación visible. El paciente presente signos de irritación peritoneal localizada e incluso generalizada ⁽⁸⁾.

Finalmente, el apéndice cecal se perfora donde la pared se encuentra más débil. A través de la perforación escapa el contenido purulento, que da origen a una peritonitis. Si las asas cercanas y el epiplón mantienen aislado el foco, persiste como peritonitis localizada y se forma un plastrón o un absceso apendicular.

El tratamiento de la apendicitis aguda comprende tres etapas: Manejo preoperatorio. A todos los pacientes se les debe administrar líquidos endovenosos en cantidad suficiente para reemplazar los que el paciente dejó de ingerir o perdió antes de consultar.

Además, se deben administrar antibióticos para cubrir gérmenes Gram negativos y anaerobios, por lo menos media hora antes de la cirugía. Es preferible administrar antibióticos a todos los pacientes, y si es el caso de una apendicitis no perforada, suspenderlos después de la cirugía. Las combinaciones usuales son a base de Metronidazole, clindamicina o cloranfenicol para dar cobertura a los negativos. En reemplazo de estas combinaciones se puede utilizar sulbactam-ampicilina o cefoxitina sódica, los cuales también dan cobertura a estos microorganismos, con la ventaja de no ser nefrotóxicos. En el momento actual se prefiere la combinación Metronidazole y gentamicina en virtud a su menor costo.

En todo paciente en quien se haya decidido la conducta quirúrgica, se debe administrar un analgésico no opiáceo. Una vez decidida la cirugía, no se hace indispensable conservar el dolor.

Manejo operatorio. La Incisión debe ser horizontal si el proceso se encuentra localizado, y vertical si se sospecha peritonitis generalizada o el diagnóstico no es seguro.

La incisión horizontal (Rockey Davis) incluye la sección de la piel en sentido transverso sobre el cuadrante inferior derecho, a nivel de la espina ilíaca, sobre la mitad externa del músculo recto anterior del abdomen otro tanto igual por fuera del mismo. La fascia se incide en el mismo sentido transverso y el músculo se rechaza internamente. El peritoneo se puede abrir longitudinalmente para evitar una lesión de los vasos epigástricos. Cuando se necesita una mejor exposición, se secciona el borde fascial interno del oblicuo interno y del transverso, y se divulsionan ambos músculos, tanto cuanto sea necesario. En lo posible, y especialmente en las mujeres, se debe intentar una incisión pequeña y de buen aspecto estético, sin que ello signifique sacrificar la amplitud de la exposición.

La incisión longitudinal atraviesa todos los planos hasta la cavidad peritoneal. A diferencia de las incisiones pararectales, es decir por fuera del músculo recto anterior, este acceso no cruza los nervios que van al músculo y evitan así su denervación y posterior atrofia. Como se anotó, esta incisión está indicada en procesos difusos que incluyen peritonitis generalizada y que exigen lavar la cavidad. También está indicada cuando el diagnóstico no es claro y puede ser necesario extender la incisión para practicar el debido procedimiento.

Cuando el apéndice no estaba perforado o gangrenoso se suspenden los antibióticos y se espera el peristaltismo para inicial vía oral. En estos casos el peristaltismo aparece normalmente a las 6 o 12 horas de postoperatorio. De lo contrario, continuar con manejo de líquidos, antibióticos y analgesia.

La apendicetomía laparoscópica es un método que ha probado ser eficaz, con las ventajas de los procedimientos mínimamente invasores y además, permite establecer el diagnóstico en casos equívocos, especialmente en pacientes del sexo femenino.

2.2.2.2 Diverticulitis: El término indica inflamación de un divertículo, que usualmente está acompañado de perforación⁽¹⁰⁾. Aunque la causa de diverticulitis no está bien establecida, estudios epidemiológicos han demostrado asociación entre la diverticulitis y la dieta baja en fibra y alta en carbohidratos refinados ⁽¹⁰⁾. Dieta baja en fibra provoca heces duras que retienen menos agua y pueden alterar el tránsito intestinal; estos factores pueden incrementar la presión intracolónica y hacer la evacuación más difícil. Otros factores

asociados con alto riesgo de enfermedad diverticular son la inactividad física, constipación, obesidad, tabaquismo y tratamiento con AINES.

La mayoría de los divertículos colónicos son adquiridos, y su incidencia se incrementa conforme incrementa la edad. Menos del 2% de pacientes menores de 30 años tienen diverticulosis, mientras que más del 40% de los mayores de 60 años, y más del 60% de los mayores de 80 años, las tienen. Del 10 al 25% de pacientes con diverticulosis desarrollan diverticulitis, lo cual representa a 130.000 hospitalizaciones anuales en Estados Unidos. ⁽²³⁾

En 95% de los casos, en países del este, los divertículos se encuentran en el colon sigmoidees y el izquierdo. Sin embargo, en asiáticos más del 70% de la distribución de divertículos es en el lado derecho del colon, lo cual pueda ser debido a que pueden tener influencia genética. ⁽²³⁾

La patogénesis es incierta, la estasis u obstrucción en el cuello del divertículo, puede llevar a proliferación bacteriana e isquemia tisular local, siendo los anaerobios los organismos más frecuentemente aislados. Aerobios Gram – y bacterias Gram + también son frecuentes.

Las manifestaciones clínicas de la diverticulitis aguda pueden variar. Las manifestaciones clásicas son constipación y dolor abdominal localizado en el cuadrante inferior izquierdo. Llenado abdominal o rectal o un efecto de masa puede estar presente.

La severidad de la diverticulitis usualmente se gradúa mediante los criterios de Hinchey o los de Minnesota. ^(23, 24)

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE MINNESOTA

- 0** No inflamación.
- I** Inflamación crónica.
- II** Inflamación aguda con o sin microabscesos.
- III** Absceso pericólico o mesentérico.
- IV** Absceso pélvico.
- V** Peritonitis fecal o purulenta.

CLASIFICACIÓN ESCANOGRÁFICA DE HINCHEY

Estado I Diverticulitis asociada con absceso pericólico.

Estado II Diverticulitis asociada con absceso distante (pélvico o retroperitoneal).

Estado III Diverticulitis asociada a peritonitis purulenta.

Estado IV Diverticulitis asociada con peritonitis fecal.

Para la mayoría de los pacientes un tratamiento de 7 a 10 días de antibiótico de amplio espectro es suficiente. Por otra parte, en el 10% de los casos los pacientes se presentan con abdomen agudo y requieren cirugía de emergencia; las indicaciones para este abordaje son peritonitis generalizada, sepsis descontrolada, perforación visceral incontenida, presencia de un absceso grande e inaccesible y falta de mejoría, o deterioro después de tres días de tratamiento médico (6). Todos estos factores pertenecen a un estadio 3 o 4 de la clasificación de Hinchey.

El tratamiento quirúrgico a realizar es una colectomía en el sitio de obstrucción o perforación, más colostomía de ser necesario.

2.2.2.3 Colecistitis Aguda: la inflamación de la pared de la vesícula biliar, y constituye uno de los cuadros de urgencia de origen abdominal más frecuentes superado sólo por la apendicitis aguda.

Hay tres formas etiopatogénicas fundamentales: *Colecistitis aguda litiásicas* 90%, más frecuente en mujeres y el microorganismo más frecuentemente implicado es *E.coli*. *Colecistitis aguda alitiásicas* 10%, más frecuente en varones y es un cuadro muy grave.

El cuadro clínico característico es dolor abdominal localizado en el cuadrante superior derecho, que puede irradiar a hombro derecho o a epigastrio, y que usualmente se presenta después de una comida cuantiosa y abundante en grasas o irritantes. Así mismo, puede asociarse a vómitos, náusea y en una minoría de los casos a ictericia.

El diagnóstico principal es por clínica, pero el estudio de imagen de mayor utilidad para el diagnóstico de colecistitis, es la ultrasonografía, pues puede evidenciar la condición tanto de

la vesícula, como de las vías biliares. El tratamiento es una colecistectomía, ya sea convencional o mediante laparoscopia.⁽²²⁾

2.2.3 Causas Traumáticas. Se dividen dependiendo de si existe lesión de víscera hueca o sólida, lo que puede ocasionar en el abdomen desde hematomas y contusiones hasta ruptura franca de cualquier órgano intraabdominal. Los ejemplos más frecuentes en niños son el trauma cerrado con lesión de hígado o bazo.

2.2.4 Causas Oncológicas. Cualquier tumor intraabdominal que puede ocasionar abdomen agudo además de compresión y oclusión intestinal, por invasión del intestino – como en el caso de linfomas–, por necrosis o sangrado de la masa, que originan ya sea crecimiento agudo del tumor con dolor intenso o hemoperitoneo cuando la ruptura es hacia dicha cavidad. Existe la posibilidad de torsión del tumor; el ejemplo clásico es la torsión de un quiste de ovario que puede producir abdomen agudo.

Las neoplasias son la causa más frecuente de obstrucción del intestino grueso, correspondiendo al 60%, la mayoría de estos atribuidos a cáncer de colon, siendo el colon descendente y el sigmoide los sitios más frecuentes de neoplasias.⁽⁵⁾

2.3 INCIDENCIA

2.3.1 Grupo Etéreo.

2.3.1.1 Recién Nacido. Las causas predominantes son congénitas, como atresias intestinales, malformación anorrectal y enfermedad de Hirschsprüng, aunque también es frecuente la enterocolitis necrosante como factor inflamatorio.

2.3.1.2 Lactantes. Predominan las causas inflamatorias, entre ellas la invaginación intestinal, divertículo de Meckel, complicaciones quirúrgicas de gastroenteritis.

2.3.1.3 Adolescentes. La causa más común es la apendicitis aguda, pero también se encuentran los tumores y el trauma como causas de abdomen agudo.

2.3.1.4 *Adulto Mayor*: Las causas más frecuentes son las provocadas por inflamación, aunque esto no descarta la presencia de neoplasias ni de otras patologías que nos puedan causar obstrucción intestinal con dolor abdominal agudo secundario.

2.3.1.5 *Ancianos*: en los ancianos la causa más común de abdomen agudo es la obstrucción intestinal secundaria a neoplasias, representando a un 56% de las causas de obstrucción ⁽¹⁹⁾. Por otro lado la trombosis mesentérica, y la diverticulitis también son causas frecuentes, siendo esta última más frecuente mientras más avanzada sea la edad ^(8, 17).

2.3.2 Género

La gran mayoría de las patologías que pueden llevarnos a presentar abdomen agudo, no tienen diferencia en cuanto a presentación por género, aunque existen patologías propiamente de la mujer o viceversa.

2.3.2.1 *Masculino*: las patologías presentadas en neonatos (malrotación intestinal) suelen presentarse más en varones, en una razón de 3:1.

2.3.2.2 *Femenino*: las pacientes femeninas están propensas cuatro veces más que los varones a presentar colecistitis aguda. Por otro lado existen las patologías propiamente de la mujer, como lo son la torsión ovárica, quiste ovárico roto o patologías que se presentan durante el embarazo.

2.3.2.2.1 **Paciente Embarazada**: la paciente embarazada puede cursar con todas las patologías con las que cursa una nuligesta, sin embargo, existen enfermedades que se asocian al embarazo en sí, tales como: Embarazo ectópico roto, aborto séptico con peritonitis, torsión uterina, ruptura de los músculos rectos abdominales, entre otros. Es importante tener en cuenta que los hallazgos al examen físico pueden ser menos prominentes si los comparamos con un abdomen no grávido, principalmente se debe a que no habrán signos de irritación peritoneal debido a la distensión de la pared abdominal ^(21, 22).

2.4 CUADRO CLINICO

El examen físico debe ser metódico y completo y, por supuesto, no limitado al abdomen. Existe una clara correlación entre la naturaleza del dolor abdominal y el trastorno o alteración subyacente. La localización, naturaleza, severidad, evolución y periodicidad del dolor representan elementos de mucho valor para el diagnóstico.

El dolor es una sensación transmitida desde el abdomen por las fibras dolorosas ubicadas en el peritoneo visceral, el peritoneo parietal y los vasos sanguíneos. La localización inicial y el cambio de ubicación del dolor, así como el patrón de irradiación, constituyen información fundamental en el proceso del diagnóstico. Por ello no se debe ahorrar tiempo ni esfuerzo para obtenerla en forma minuciosa y detallada, incluyendo los antecedentes tanto personales como familiares y la sintomatología asociada, especialmente anorexia, náusea y vómito, pero también fiebre, escalofrío, diarrea, estreñimiento y constipación.⁽¹⁶⁾

El dolor visceral es transmitido principalmente por fibras ubicadas en las paredes de los órganos huecos y en la cápsula de los órganos sólidos. El dolor visceral se produce por distensión, inflamación o isquemia, fenómenos que estimulan las neuronas receptoras, o por afección directa, como ocurre cuando un proceso maligno infiltra los nervios sensoriales; el paciente puede percibir el dolor en la línea media por razón de la inervación bilateral.

En contraste, la ubicación del dolor parietal es más clara debido a la distribución unilateral de la inervación somática; es el dolor somático o dolor secundario, que se origina en estímulos de la musculatura, los ligamentos, huesos, nervios y vasos sanguíneos por el proceso patológico.

El dolor referido es el que se percibe en una localización distante del lugar de máximo estímulo, lo cual resulta de la confluencia, en la medula, de fibras aferentes provenientes de diversas áreas del cuerpo. El patrón de irradiación ayuda al diagnóstico. Por ejemplo, el dolor de la colecistitis aguda se irradia al margen costal, al hombro y a la región escapular derechas, y el dolor de la pancreatitis aguda se irradia a los márgenes costales posteriores y a la espalda.

El cambio en la localización del dolor tiene importancia diagnóstica⁽¹⁶⁾. La ubicación del dolor en el momento de presentación del paciente debe ser distinguido de la ubicación cuando se

inició el dolor. El mejor ejemplo es la apendicitis aguda, que usualmente se inicia con dolor periumbilical para luego exhibir dolor sobre el cuadrante inferior derecho.

La sintomatología asociada más frecuente en un paciente con dolor abdominal son: anorexia, náusea y vómito, fiebre y escalofrío. La fiebre es común en la mayoría de los pacientes con dolor abdominal agudo, pero el escalofrío es muy característico de las infecciones urinarias y del sistema biliar. Diarrea. Estreñimiento. Constipación. ^(9, 15)

2.5 DIAGNOSTICO

2.5.1 Laboratorios. Siempre es conveniente tomar una hematología y tiempos de coagulación, además de examen general de orina. En casos de deshidratación o desequilibrio electrolítico se deberán tomar también electrolitos séricos y gasometría. Si se sospecha disfunción hepatobiliar se tomarán pruebas de función hepática y si se sospecha disfunción renal, química sanguínea completa. Los datos que orientan desde el punto de vista de laboratorio hacia sufrimiento intestinal y/o peritonitis son: leucocitosis –sobre todo con neutrofilia o bandemia–, acidosis metabólica con adecuado estado de hidratación e hiperlactatemia.

2.5.2 Estudios Complementarios

2.5.2.1 Radiografías. La radiografía de abdomen sentado es muy importante, ya que proporciona los siguientes datos: distribución del aire intestinal y en casos de oclusión intestinal presencia de asas de intestino dilatadas con niveles hidroaéreos y ausencia de aire en hueco pélvico. Siempre se deben buscar crecimientos de víscera sólida, calcificaciones o fecalito, que es muy sugestivo de apendicitis. También es posible obtener datos inespecíficos compatibles con peritonitis, como líquido libre intraabdominal y borramiento de las líneas de grasa preperitoneal; ante la presencia de aire libre subdiafragmático, el pensamiento lógico es que existe una perforación del tracto gastrointestinal.

En casos de duda de aire libre puede ser útil una radiografía abdominal en decúbito lateral con rayo tangencial para ver si hay aire libre en contraste con la sombra hepática.

La **radiografía del tórax** es altamente confiable en cuanto a la demostración de anormalidades como neumonitis, falla cardíaca congestiva, neoplasmas del pulmón y

derrames pleurales; la ausencia de tales hallazgos generalmente excluye su presencia clínica. En cuanto al abdomen, señala la presencia de aire libre bajo el diafragma ⁽¹⁶⁾. En contraste, la **radiografía simple del abdomen** es de reconocida poca utilidad en cuanto a hallazgos específicos en los pacientes con dolor abdominal agudo. Aunque se encuentran hallazgos anormales en alrededor del 40% de los casos, tales son diagnósticos en apenas el 20%. Su valor es notoriamente limitado en los casos de apendicitis, infección del tracto urinario y dolor abdominal no específico.

2.5.2.2 Ultrasonido. Es muy útil para confirmar la presencia de líquido libre; además, puede visualizar la inflamación del apéndice o de la vesícula biliar y puede orientar mucho sobre patología de anexos en las mujeres. La utilización de doppler en el ultrasonido permite ver con gran certeza la vascularidad de diversos órganos intraabdominales.

Es el estudio de preferencia en los pacientes con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, y permite excelente visualización de la vesícula biliar y de la vía biliar intrahepática, pero no del colédoco. Posee una sensibilidad de alrededor de 80% en la apendicitis aguda y es de singular utilidad en pacientes embarazadas y en las que se presentan con cuadros atípicos de apendicitis o de enfermedad pélvica inflamatoria.

2.5.2.3 Enema. La indicación en niños con dolor abdominal es ante el diagnóstico de invaginación intestinal no complicada, en el que el estudio, además de confirmar el diagnóstico, puede servir de tratamiento al desinvaginar el segmento invaginado.

2.5.2.4 Tomografía de abdomen. Principalmente ante la sospecha de tumor abdominal. También es sumamente útil en la evaluación de trauma de víscera sólida. Así mismo, es la recomendada como examen radiológico inicial cuando se está pensando en una diverticulitis, pues tiene sensibilidad de 93 – 97% y especificidad cercana al 100% ⁽¹⁰⁾.

Es importante establecer que si no se cuenta con estudios especiales de forma rápida y la clínica es de abdomen agudo, la opción deberá ser la intervención quirúrgica a la brevedad aún sin tener dichos estudios.

2.6 COMPLICACIONES

2.6.1 Preoperatorias: la complicación preoperatoria más frecuente es la peritonitis (73%) debido principalmente a consulta tardía por parte del paciente, o a falta de rapidez en la realización del diagnóstico. Dicha complicación puede ser secundaria a perforación y puede llevar a sepsis si no es tratada con prontitud.

2.6.2 Perioperatorias: pueden existir complicaciones iatrogénicas, ya sea al perforar o lesionar alguna de las vísceras a las que estamos manipulando. Por otro lado, la contaminación puede generalizarse si ésta no se contiene de forma adecuada, y provocar sepsis o infección.

2.6.3 Postoperatorias: en un 21% puede existir infección de la herida operatoria, y esto se da más, después de procedimientos sépticos. Por otro lado, también puede presentarse dehiscencia de herida operatoria, o fuga si es que se realizó algún tipo de anastomosis o ligadura. ⁽²²⁾

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

3.1.1 Describir el manejo quirúrgico que se le presta a los pacientes que cursan con abdomen agudo, dependiendo de la causa del mismo, en Hospital General de Enfermedad Común.

3.2 ESPECÍFICOS

3.2.1 Determinar la relación existente entre grupo étnico y el género y la causa de abdomen agudo quirúrgico.

3.2.2 Identificar el cuadro de presentación clínica más frecuente en los pacientes que cursan con abdomen agudo.

3.2.3 Establecer cuáles son los estudios de imagen y de laboratorio utilizados para el diagnóstico del abdomen agudo.

3.2.4 Establecer las complicaciones pre, peri y postoperatorias más frecuentes, después de la resolución del abdomen agudo.

3.2.5 Determinar la incidencia de mortalidad en pacientes intervenidos quirúrgicamente, para la resolución del abdomen agudo quirúrgico.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Prospectivo, observacional y descriptivo.

4.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.

4.3 POBLACIÓN

4.3.1 Población: Total de pacientes que consultaron a la emergencia de la especialidad de cirugía, en el Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el periodo de enero 2012 a Mayo 2013; y que son ingresados con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.

4.3.2 Muestra: Total de pacientes que consultaron a la emergencia de la especialidad de cirugía, en el Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el periodo de enero 2012 a Mayo 2013; y que son ingresados con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Expedientes clínicos que se encontraron completos: ingreso, patología, nota operatoria y récord operatorio.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con abdomen agudo no quirúrgico.
- Pacientes ya intervenidos previamente en instituciones ajenas al Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que desarrollen abdomen agudo quirúrgico, en un intervalo de 5 días después de referidos.

4.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo que ha vivido un ser vivo.	Edad que el paciente proporciona al momento de su ingreso hospitalario.	Cuantitativa	Ordinal	
GENERO	Categoría taxonómica que se ubica entre la familia y la especie.	Género del paciente hospitalizado.	Cualitativa	Nominal	
MOTIVO DE CONSULTA	Causa principal por la que el paciente acude al centro o servicio de urgencias.	Razón por la cual consulta el paciente ingresado.	Cualitativa	Nominal	Ficha de datos estructurada
DIAGNÓSTICO	Acto de conocer la naturaleza de la enfermedad a través de observación de síntomas y signos.	Diagnóstico diferencial con el cual el paciente ingresa.	Cualitativa	Nominal	
TRATAMIENTO QUIRURGICO	Intervención médica mediante procedimiento operatorio.	Tratamiento quirúrgico que se le realiza al paciente ingresado.	Cualitativa	Nominal	

ESTUDIOS DE IMAGEN	Diagnóstico morfológico basado en imágenes obtenidas con radiaciones ionizantes u otras fuentes de energía.	Si se utilizó o no algún estudio de imagen previo al tratamiento quirúrgico del paciente.	Cualitativa	Nominal	
DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO	Diagnóstico morfológico basado en los hallazgos obtenidos después de realizar un procedimiento quirúrgico.	Diagnóstico al momento de finalizar la cirugía.	Cualitativa	Nominal	
COMPLICACION	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella.	Complicaciones presentadas en el periodo pre, trans o postoperatorio.	Cualitativa	Nominal	Ficha de datos estructurada
MORTALIDAD	Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo determinado, en general o por una causa determinada.	Si hubo mortalidad o no, que esté relacionada con el diagnóstico, tratamiento quirúrgico o complicaciones de la entidad por la cual el paciente fue ingresado.	Cualitativa	Nominal	

4.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.6.1 Técnica

El diseño de la boleta de recolección de datos resultó ser eficaz con las variables planteadas. En sala de operaciones existe un libro en donde se anotan todos los procedimientos quirúrgicos, junto con número de afiliación datos generales del paciente, y con estos datos posteriormente se solicitaron los expedientes clínicos correspondientes.

4.6.2 Procedimiento

Al obtener mediante el libro de sala de operaciones los datos generales, incluyendo el número de afiliación de los pacientes, se revisaron dichos expedientes en archivo y se llenó la boleta de recolección de datos electrónica de cada paciente. Por último, el resultado anatomopatológico, se obtuvo mediante el sistema MedilGGS.

4.6.3 Instrumento

Se utilizó una boleta de recolección de datos electrónica la cual reúne la información seleccionada de acuerdo a los objetivos planteados al inicio de la investigación.

4.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

4.7.1 Procesamiento

La información obtenida mediante la boleta de recolección de datos electrónica fue tabulada en el programa Microsoft Excel, en donde se obtuvieron las tablas para su análisis subsiguiente.

4.7.2 Análisis de datos

Las variables cuantitativas fueron analizadas por porcentajes.

4.8 ALCANCES Y LIMITACIONES

4.8.1 Alcances

- La información generada en este estudio permite conocer la etiología de pacientes que consultan con abdomen agudo quirúrgico al Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- El estudio puede continuarse realizando por mayor límite de tiempo, para información

más representativa del grupo de estudio.

4.8.1 Limitaciones

- Dificultad de acceso al libro de procedimientos de sala de operaciones y a los expedientes clínicos en la consulta externa.
- Información ilegible en el libro de procedimientos de sala de operaciones, que retrasa la obtención de los expedientes clínicos.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- El nombre de los pacientes se mantendrá anónimo durante todo el proceso de recolección, análisis y presentación de resultados.
- La investigación no será financiada por ninguna entidad privada o pública, sino por los mismos investigadores
- Los datos obtenidos no serán revelados a terceras personas, institución pública o privada que no esté relacionada con la investigación.
- Esta investigación se considera dentro de la Categoría I (sin riesgo) ya que en el estudio se utilizarán únicamente técnicas observacionales.

V. RESULTADOS

Tabla No. 1

Grupo etáreo de pacientes que ingresaron con abdomen agudo quirúrgico

<20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
221	596	312	178	74	167
14.28%	38.5%	20.16%	11.5%	4.78%	10.78%

Fuente: Boleta de Recolección de datos

Tabla No. 2

Género de pacientes que ingresaron con abdomen agudo quirúrgico

Femenino	Masculino
694	854
44.83%	55.17%

Fuente: Boleta de Recolección de datos

Tabla. No. 3

Síntomas predominantes presentados por pacientes que ingresaron con abdomen agudo quirúrgico

Dolor Abdominal	Ictericia	Distensión Abdominal	Fiebre	Náusea	Vómitos
1540	71	201	479	223	196
99.48%	4.59%	12.98%	30.94%	14.4%	12.66

Fuente: Boleta de Recolección de datos

Tabla No. 4

Comorbilidades de pacientes que ingresaron con abdomen agudo quirúrgico

HTA	DM	Obesidad	Otros
312	216	201	109
20.16%	13.95	12.98%	7.04%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 5

Estudios de imagen realizados a pacientes que ingresaron con abdomen agudo quirúrgico

Sí	No
531	1017
34.3%	65.7%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 6

Impresión clínica inicial de pacientes que ingresaron con abdomen agudo quirúrgico

Apendicitis Aguda	Colecistitis Aguda	Obstrucción Intestinal	Abdomen Agudo	Hernia Incarcerada
964	362	50	166	6
62.28%	23.38%	3.22%	10.73%	0.39%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 7

Pacientes intervenidos quirúrgicamente con técnica videolaparoscópica

Apendicectomía	Colecistectomía	Otros
198	236	34
42.31%	50.43%	7.26%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 8

Diagnóstico transoperatorio, de pacientes intervenidos quirúrgicamente por abdomen agudo quirúrgico

Apendicitis Aguda	Colecistitis Aguda	Trombosis Mesentérica	Bridas y Adherencias	Embarazo Ectópico Roto	Tumores	Colecciones	Otros
1000	388	14	36	14	28	16	52
64.60%	25.10%	0.90%	2.32%	0.90%	1.80%	1.03%	3.35%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 9

Diagnóstico transoperatorio de pacientes ingresados con impresión clínica de abdomen agudo a quienes se les realizó laparotomía exploradora

Apendicitis Aguda	Colecistitis Aguda	Trombosis Mesentérica	Embarazo Ectópico Roto	Tumores	Colecciones	Otros
36	26	14	10	28	16	36
21.69%	15.66%	8.43%	6.02%	16.87%	9.64%	21.69%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 10

Fases de la apendicitis de pacientes a quienes se les realizó apendicectomía

Edematosa	Supurativa	Gangrenosa	Perforada	Normal
376	323	122	152	27
37.6%	32.3%	12.2%	15.2%	2.7%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 11

Clasificación patológica de tumores encontrados transoperatoriamente en pacientes intervenidos quirúrgicamente por abdomen agudo

Benigno	Maligno
21	7
75%	25%

Fuente: Resultados de patología, MediIGSS

Tabla No. 12

Complicaciones de pacientes intervenidos quirúrgicamente por abdomen agudo

Infección de HOP	Dehiscencia de HOP	Reintervención	Seroma	Otros
73	26	7	28	6
52.15%	18.57%	5%	20%	4.28%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 13

Días de estancia hospitalaria de pacientes intervenidos quirúrgicamente por abdomen agudo

<3	4	5	6	> 6
1216	61	112	71	88
78.55%	3.94%	7.24%	4.59%	5.68%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 14

Evolución de pacientes intervenidos quirúrgicamente por abdomen agudo

Egresado	Trasladado	Fallecido
1423	94	31
91.92%	6.08%	2%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 15

Causas de mortalidad de pacientes intervenidos quirúrgicamente por abdomen agudo

Colecistitis Aguda	Trombosis Mesentérica	Sepsis Intraabdominal	Otros
4	14	10	3
12.9%	45.1%	32.3%	9.7%

Fuente: Boleta de recolección de datos

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El presente estudio, arrojó datos importantes acerca de la etiología del abdomen agudo quirúrgico, y como esta puede relacionarse con los pacientes dependiendo del género, edad e incluso comorbilidades.

A todos los pacientes a quienes se les diagnosticó un abdomen agudo quirúrgico se les realizó laboratorios de rutina, y a pacientes mayores de 40 años, radiografías de tórax preoperatorios.

Aunque no se encontró diferencia significativa en cuanto al género de pacientes con abdomen agudo quirúrgico, el género masculino tuvo un leve predominio en el diagnóstico; así mismo, fueron pacientes jóvenes quienes más fueron diagnosticados con dicha entidad patológica correspondiendo a un 72% que equivalen a poco más de 1000 pacientes, debido a que es en adolescentes y adultos jóvenes en quienes ciertas patologías como la apendicitis, puede presentarse.

Solamente 8 pacientes no cursaban con dolor abdominal al momento de consultar, por lo que ese no puede ser considerado como método diagnóstico, así mismo, el resto de síntomas también son inespecíficos para realizar un diagnóstico certero, por lo que se requiere de una historia clínica completa, un adecuado examen físico y en ocasiones estudios de apoyo.

Por otro lado, aunque la mayoría de los diagnósticos de ingreso fueron confirmados transoperatoriamente (5% de error diagnóstico que corresponde a 77 pacientes), fue en pacientes jóvenes de sexo femenino, en quienes hubo mayor porcentaje de error diagnóstico (44 pacientes), al ocasionalmente catalogar como apendicitis aguda a un embarazo ectópico roto o a un quiste ovárico roto o torsionado, lo cual es frecuente en las edades fértiles de la mujer. En la nueva era, en donde la videocirugía es ahora la cirugía convencional, es este uno de los principales casos en donde puede demostrarse el beneficio del uso de la misma.

Cuatrocientos sesenta y ocho procedimientos fueron realizados con técnica videolaparoscópica (30%) y dentro de estas hubo 23 complicaciones (menos del 5%), que incluyeron infecciones superficiales de herida operatoria, hemorragia, fugas de vía biliar y dolor postoperatorio. Es importante hacer ver la limitación que existe para practicar cirugías videolaparoscópicas, debido a que el equipo de video solamente

permiten utilizarlo hasta las 12:00AM, y el equipo que dejan para ello es limitado, habiendo en ocasiones solamente dos o tres equipos para uso diario, cuando según este estudio como mínimo se presentaban tres pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.

Se realizaron 316 laparotomías exploradoras, y el 90% de ancianos (150 pacientes) y 45% de adultos mayores (113 pacientes), fueron intervenidos mediante este abordaje, al no tener un diagnóstico preoperatorio certero o por presentarse con un abdomen agudo quirúrgico que ameritó dicho abordaje. De esas 316 laparotomías, 166 fueron por no tener un diagnóstico preoperatorio establecido.

Por otro lado, transoperatoriamente se encontraron 28 tumores, de los cuales 7 eran malignos, y fueron los siguientes: 4 adenocarcinomas gástricos, un adenocarcinoma colónico, un hepatocarcinoma y un linfoma difuso de células grandes tipo "B" (retroperitoneo). Aunque 5 de los tumores malignos fueron encontrados en adultos jóvenes y en ancianos, existió actividad tumoral en jóvenes (hubo un paciente de 21 años con hallazgo de adenocarcinoma gástrico, ya con carcinomatosis), lo que nos hace interrogarnos acerca del papel que la dieta y otros aspectos puedan tener en esta entidad.

Es importante mencionar que 838 pacientes se presentaron con alguna comorbilidad, y del 13% de pacientes que presentó obesidad (201), el 40% (80 pacientes) presentó alguna complicación relacionada con la herida operatoria, ya siendo esta infección, dehiscencia o seroma; esto indistintamente del tipo de herida (limpia, sucia, contaminada) y del hecho de que a todos los pacientes se les administró antibioticoterapia intravenosa preoperatoria, y que el procedimiento quirúrgico fue llevado a cabo con técnica estéril. Lo anterior demuestra, que estos factores (algunos modificables) si influyen en la evolución del paciente en su postoperatorio, y de la misma forma influyen en el tiempo que pueda prolongarse la estancia hospitalaria y la resolución de la patología en sí.

De la misma forma, también es importante hacer ver, que hay etiologías letales, no solo por la forma en que clínicamente se presentan al momento del procedimiento quirúrgico, sino también por los cambios metabólicos, comorbilidades asociadas, y desequilibrios que provocan en el paciente preoperatoriamente, los cuales aunados a la patología de base, solo hacen de ella una enfermedad mortal, como lo fue según los hallazgos de este estudio, en donde de los 14 pacientes a los que se les diagnóstico trombosis mesentérica, ninguno sobrevivió al procedimiento quirúrgico o al posoperatorio.

El abdomen agudo quirúrgico sigue y seguirá siendo una entidad frecuente, y mientras más conozcamos de ella y de su presentación en cada uno de los diferentes pacientes, más nos acercaremos a dar la atención óptima al paciente que la padece.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 De la totalidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por abdomen agudo (1548), se encontró que no hubo diferencia significativa, con respecto al género de pacientes que consultó y fue diagnosticado con abdomen agudo quirúrgico, con un 55% de prevalencia del género masculino.

6.1.2 Más del 70% de los pacientes que presentaron abdomen agudo quirúrgico, son menores de 40 años. Del mismo modo, de los 28 tumores que se encontraron como hallazgo postoperatorio más del 75% eran de pacientes mayores de 50 años.

6.1.3 El 80% de pacientes que ingresaron con diagnóstico de abdomen agudo, y a los que se les realizó una laparotomía exploradora, eran mayores de 50 años, y de este porcentaje, el 70% presentaba al menos una comorbilidad.

6.1.4 El Ultrasonido hepático y de vías biliares, fue utilizado en el 93% de pacientes a quienes se les realizó colecistectomía; mientras que el uso de tomografías, fue delimitado principalmente a pacientes de edad avanzada (>50 años) o con dolor abdominal inespecífico.

6.1.5 Casi la totalidad de pacientes presentó dolor abdominal como motivo de consulta; por lo que este no es específico para una patología en singular, sino que es con síntomas asociados y resto de clínica, con la que pudo llegarse a un diagnóstico.

6.1.6 Aproximadamente el 95% de los diagnósticos de ingreso, fueron certeros según hallazgos transoperatorios, existiendo un 5% (77 pacientes) de error diagnóstico. De estos 77 pacientes 44 fueron de género femenino, menores de 30 años, con diagnóstico de ingreso de apendicitis aguda, esto debido a la similitud de la clínica con respecto a dicha patología y la enfermedad ginecológica.

6.1.7 Treinta por ciento de los pacientes (468) fueron intervenidos con técnica videolaparoscópica y de estos, 23 pacientes presentaron alguna complicación (infección de la herida operatoria, fuga de vía biliar, hemorragia, dolor postoperatorio).

6.1.8 Hubo un porcentaje de complicaciones aproximado del 9% lo cual corresponde a 140 pacientes, de los cuales 126 estaban relacionados con la herida operatoria (seroma, infección, dehiscencia).

6.1.9 Más del 95% de las heridas de los pacientes que desarrollaron infecciones de herida operatoria o dehiscencias (99 pacientes), estaban catalogadas como limpia – contaminada, contaminada o sucia; y así mismo, casi la totalidad de pacientes que presentaban obesidad mórbida como comorbilidad, presentaron alguna complicación relacionada con la herida operatoria.

6.1.10 De los 31 pacientes fallecidos (2%); 25 fueron pacientes mayores de 50 años que a su ingreso venían en malas condiciones, y con signos mayores de sepsis, y en quienes transoperatoriamente se encontró contaminación excesiva. Dentro de las causas de mortalidad hubo pacientes con trombosis mesentérica, colecistitis aguda, sepsis intraabdominal.

6.1.11 La trombosis mesentérica, se presentó como una patología letal, pues los 14 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con esta entidad, fallecieron en el trans o postoperatorio.

6.1.12 Más del 90% de los pacientes (1423 pacientes) fueron egresados en adecuadas condiciones, y el tiempo de estancia hospitalaria fue mayor en pacientes ancianos, con comorbilidades, o en los que presentaron alguna complicación postoperatoria.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Realizar un protocolo para manejo del abdomen agudo quirúrgico, que incluya el uso de antibioticoterapia preoperatoria apropiada, estudios de imagen y tratamiento.

6.2.2 Llenar adecuadamente las historias clínicas, récords operatorios y libros de sala de operaciones, para acceder a información pertinente de una manera eficiente.

6.2.3 Implementar terapias educativas y otros procesos preventivos, para modificar estilos de vida que puedan influir en un resultado desfavorable en el paciente con abdomen agudo quirúrgico.

6.2.4 Facilitar el acceso y la disponibilidad del equipo de cirugía videolaparoscópica, para brindar mejor beneficios a los pacientes.

6.2.5 Dar un adecuado plan educacional para el cuidado de herida operatoria, para prevenir de esta manera las complicaciones relacionadas con la misma.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andersen, B., et al. **“Appendicitis in pregnancy: diagnosis, management and complications”**. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999; 78(9):758-62.
2. Astroza, G., et al. **“Assessment of clinical signs and symptoms in patients with acute appendicitis”**. Revista chilena de cirugía. 2005; Vol. 57 – No 4.
3. Baeza-Herrera, C, et al. **“Malrotación y vólvulos intestinal perinatal”**. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm082e.pdf>
4. Bracho Blanchet, E. **“El abdomen agudo quirúrgico: que manejo se le da?”**. Revista Dolor Clínica y Terapia. 2007; Vol.V/No.4
5. Capell, MS., MD; et al. **“Mechanical Obstruction of the Small Bowel and Colon”**. Med Clin. 2008; N Am 92 (2008) 575 – 597
6. De la Torre, María. **“Abdomen agudo en el embarazo. Manejo”** Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2009; 1-19
7. Escobar, O., et al. **“Abdomen agudo”** Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX. 2012; (606) 331-335, 2013
8. Ferrada, R, MD. **“Apendicitis aguda en: Urgencia Quirúrgica”**. Disponible en <http://www.aibarra.org/Guias/5-3.htm>
9. Grundman, RT., et al. **“The acute (surgical) abdomen - epidemiology, diagnosis and general principles of management”**. Artículo: Z Gastroenterol. 2010; 48(6):696-706.
10. Jacobs, DO., M.D., M.P.H. **“Diverticulitis”** New England Journal of Medicine, 2007. Disponible en <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp073228>
11. Kilpatrick, C., et al. **“Abordaje del abdomen agudo en el embarazo”**. Obstet Gynecol Clin. 2007; N 34: 389 – 402

12. López, JC., MD. **“Abdomen agudo en el anciano”**. Revista Colombiana de Cirugía, 2007. 6:21-27.
13. Lowenfels, AB., MD. **“When Is Open Cholecystectomy a Better Option Than Laparoscopic Cholecystectomy?”**. Medscape General Surgery. Disponible en <http://www.medscape.com/viewarticle/567722>
14. Motta, GA., et al. **“Isquemia mesentérica aguda: urgencia que exige un abordaje diagnóstico integral”** Anales de Radiología. 2015;14:66-88.
15. O'Rourke, R., MD., et al. **Acute abdomen**. Jap Circ, 1999, 12:450-85.
16. Patiño, JF., MD, FACS. **“Urgencias quirúrgicas”** Revista Colombiana. 2000, 13: 123-131
17. Reynolds, F., MD. **“Acute Abdomen in the elderly”**. World J. Surg. 2000; 20:988-91
18. Rodríguez, L., et al. **“Morbimortalidad por trombosis mesentérica. Estudio de 5 años”** 2006
19. Sayre, J., PhD, et al. **“Effect of CT on False Positive Diagnosis of Appendicitis and Perforation”**. New England Journal of Medicine, 2007. Disponible en <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc0707000>
20. Stocchi, L. **“Current indications and role of surgery in the management of sigmoid diverticulitis”**. World J Gastroenterol. 2010; 16(7):804-17.
21. Taylor, D., MD FACS, et al. **“Acute Abdomen and Pregnancy”** Medscape General Surgery. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/195976-overview>
22. Temoche, E., et al. **“Laparoscopia en emergencias quirúrgicas”** Revista Chilena, 2007, Vol. 10, No. 2, pp 41-45
23. Touzios, J., MD. **“Diverticulosis and Acute Diverticulitis”** *Gastroenterol Clin North Am.* 2009 Sep;38(3):513-25

24. Young-Fadok, T., MD., et al. **“Management of acute complicated diverticulitis”**
Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-complicated-diverticulitis>
25. Zeller, JL., MD, PhD. **“Acute Abdominal Pain”**, 2011, Article: JAMA.
296(14):1800

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo No. 1: Boleta de recolección de datos



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Posgrado de Cirugía General
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS-



“Caracterización y Manejo Quirúrgico del Abdomen Agudo”

Estudio prospectivo, observacional y descriptivo de pacientes con abdomen agudo tratados en el servicio de emergencia de Cirugía del Hospital General de Enfermedad Común –HGEC- del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Enero 2012 a Mayo 2013”

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES

Edad: _____

Género: Femenino
 Masculino

Comorbilidades: Obesidad
 Diabetes Mellitus
 Hipertensión Arterial
 Otro: _____

Motivo de Consulta: Dolor Abdominal
 Distensión Abdominal
 Ictericia
 Otro: _____

DATOS INTRAHOSPITALARIOS

Fecha de Ingreso: ____/____/____

Laboratorios Sí No
 Hematología Pruebas Hepáticas
 V/S Pruebas Pancreáticas
 Tiempos de Coagulación Orina
 Otros _____

Estudios de Imagen Sí No
 Radiografías Tomografía
 USG Otros
 Pielograma

Antibiótico Preoperatorio Sí No

Impresión Clínica de Ingreso a SOP:

- Apendicitis Aguda
- Colecistitis Aguda
- Obstrucción Intestinal
- Hernia Incarcerada
- Otro: _____

Procedimiento Quirúrgico Realizado:

- Apendicectomía
- Colectomía
- LPE
- Otro: _____

Impresión Clínica Posoperatoria:

- Apendicitis Aguda
 - Edematosa Supurativa Gangrenosa
- Perforada
- Colecistitis Aguda
- Obstrucción Intestinal
 - Enf. Diverticular Bidas y Adh. Trombosis M.
- Hernia Incarcerada
- Úlcera péptica perforada
- Otro: _____

Complicación postoperatoria inmediata: Sí No

- Infección HOP
- Reintervención Quirúrgica
- Hematoma
- Otras: _____

Evolución de paciente:

- Egresado
- Trasladado
- Fallecido

Fecha de Egreso: ___/___/___

Días de Estancia Hospitalaria:

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Caracterización y manejo quirúrgico del abdomen agudo" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.