

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**DIAGNÓSTICOS CLÍNICO PATOLÓGICOS DE
PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO**

HERBER GERARDO BARRIOS GAITÁN

TESIS

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Posgrados de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General

Enero 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.354.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Herber Gerardo Barrios Gaitán

Registro Académico No.: 200410179

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Cirugía General**, el trabajo de TESIS **DIAGNÓSTICOS CLÍNICO PATOLÓGICOS DE PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO**

Que fue asesorado: Dr. Wenceslao Barrera Godoy MSc.

Y revisado por: Dr. Giovanni Oliva Catalán MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2018**

Guatemala, 15 de noviembre de 2017




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

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Cuilapa, Santa Rosa 24 de mayo de 2017

Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dr. García:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el **Doctor** Herber Gerardo Barrios Gaitán DPI-2517670350101, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General, el cual se titula “**DIAGNÓSTICOS CLÍNICO - PATOLÓGICOS EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO**”.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. Barrios Gaitán, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Wenceslao Barrera Godoy
MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
N.º 1251

Dr. Wenceslao Barrera Godoy MSc.

Asesor y docente de tesis

Cuilapa, Santa Rosa 24 de mayo de 2017

Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Especifico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dr. García:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el **Doctor** Herber Gerardo Barrios Gaitán DPI-2517670350101, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General, el cual se titula “**DIAGNÓSTICOS CLÍNICO - PATOLÓGICOS EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO**”.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Barrios Gaitán, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. Giovanni E. Oliva Catalán
Médico y Cirujano
Col. 8765

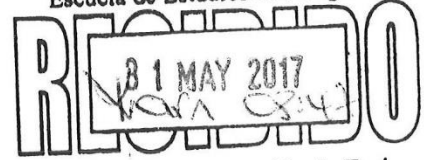
Dr. Giovanni Oliva Catalán MSc.

Revisor y docente de Tesis



A: Giovani oliva Catalan, MSc.
Coordinador docene
Hospital Cuilapa.

Facultad de Ciencias Médicas -USAC-
Escuela de Estudios de Postgrado



De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Unidad de Investigación de Tesis

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 29 de Mayo 2017

Fecha de dictamen: 31 de Mayo de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

HERBER GERARDO BARRIOS GAITAN

Título:

DIAGNOSTICO CLINICO PATOLOGICO DE PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO

Sugerencias de la revisión:

- Autorizar examen privado.

Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Postgrado



RESUMEN

La laparotomía exploradora es el procedimiento de elección para tratar quirúrgicamente al paciente ingresado con el cuadro clínico de abdomen agudo. Son múltiples las posibilidades diagnósticas a encontrar transoperatoriamente, pero solo el diagnóstico patológico es el que ayuda a determinar la etiología del cuadro. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, recolectando datos por medio de registros médicos, libro de procedimientos quirúrgicos e informes de patología; obteniendo 172 casos para estudio, los cuales se caracterizaron según su presentación clínica, diagnóstico quirúrgico y patológico. El periodo de estudio fue durante el año 2015. Por los resultados obtenidos se concluye la presencia de error diagnóstico, esto se evidencia con el aumento de la incidencia de apendicitis aguda (54 casos) y colecistitis aguda (25 casos), el cual es distinto el abordaje quirúrgico. Se encontraron 8 casos de origen ginecológico el cual representa el 4.65% del total procedimientos y se cuentan como errores diagnósticos, El diagnóstico de abdomen agudo no hubo predominancia del sexo del paciente. De los 172 procedimientos solo fueron enviados 110 especímenes para estudio patológico.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	i
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. OBJETIVOS.....	11
3.1 General	
3.2 Específicos	
IV. MATERIAL Y METODOS.....	12
V. RESULTADOS.....	16
VI. DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	25
6.1 CONCLUSIONES.....	27
6.2 RECOMENDACIONES.....	28
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	29
VIII. ANEXOS.....	31

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfica No.1.....	16
Gráfica No.2.....	17
Gráfica No. 3.....	18
Gráfica No. 4.....	21
Gráfica No. 5.....	22

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No.1.....	16
Tabla No. 2.....	17
Tabla No. 3.....	18
Tabla No.4.....	19
Tabla No. 5.....	20
Tabla No. 6.....	21
Tabla No. 7.....	22
Tabla No. 8.....	24

I. INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo quirúrgico es de los retos que enfrenta el cirujano día a día en su práctica profesional. El diagnóstico oportuno dado, teniendo en cuenta el tiempo de evolución del dolor abdominal, los síntomas referidos por el paciente, así como los signos positivos al examen físico que el cirujano va encontrando, exámenes de gabinete y ayuda de imágenes diagnósticas son importantes para la toma de decisiones del tratamiento a seguir.

De manera sencilla, se ha definido el abdomen agudo como “todo dolor abdominal que obliga al paciente a consultar de manera urgente”.¹ Uno de cada 20 pacientes que acuden al servicio de urgencia sin antecedentes de trauma, presenta dolor abdominal agudo, por lo que éste es uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de los médicos generales y especialistas en diferentes áreas, que puede convertirse en un asunto complejo y plantea al médico una variedad de posibilidades diagnósticas que involucran diferentes órganos y sistemas.^{2,3}

La interpretación de los signos y síntomas de origen abdominal es difícil. Requiere de conocimientos sólidos y de experiencia. Todo dolor abdominal amerita una buena historia clínica y una adecuada exploración. La evolución del dolor es un dato importante y por ello deben evitarse los analgésicos y antibióticos antes de establecer la conducta a seguir. El abdomen agudo no siempre es quirúrgico; sin embargo, deben evitarse los procedimientos diagnósticos prolongados que pueden retrasar la solución quirúrgica.¹⁹

En la actualidad con tantas ayudas diagnósticas preoperatorias se usa de último recurso la cirugía exploradora diagnóstica. En nuestro medio, y en nuestro hospital con tan limitado acceso a estas ayudas diagnósticas se decide explorar el abdomen mediante laparotomía. Por lo general se accede al abdomen a través de una incisión extensa sobre la línea media que nos permita explorar los órganos abdominales peritoneales y retro peritoneales. Con ayuda de diversas maniobras es posible movilizar todas las asas intestinales para un diagnóstico más preciso.

Respecto a los hallazgos obtenidos durante la exploración abdominal es imperativo enviar las muestras biológicas para su posterior análisis patológico y así completar el tratamiento idóneo y tener el diagnóstico definitivo del mal que aqueja al paciente intervenido.

Se revisaron registros médicos del año 2015 de pacientes que ingresaron a sala de operaciones con impresión clínica de abdomen agudo para realizar laparotomía exploradora y posterior revisión del diagnóstico patológico. Se incluyeron 172 casos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

II. ANTECEDENTES

El dolor se define como una experiencia localizada y desagradable que refleja la existencia de un daño tisular presente o inmediato. El término dolor abdominal agudo se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación. La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación de este tipo. No en vano, solo el 60% de los casos subsidiarios de ingreso son diagnosticados correctamente. El dolor abdominal agudo debe ser considerado, por tanto, como un auténtico desafío clínico. Su evaluación requiere de un conocimiento básico de los posibles mecanismos responsables del dolor, así como del amplio espectro de entidades clínicas implicadas en su etiopatogenia, los patrones típicos de presentación y también de aquellas causas inusuales o de aquellos factores que con frecuencia conducen a error.^{4,16}

Se destaca que el abdomen agudo no siempre es quirúrgico. El abdomen agudo quirúrgico ha sido definido como “toda perturbación orgánica del contenido abdominal, de iniciación brusca, cuya sintomatología predominante es el dolor y que requiere tratamiento operatorio mediato o inmediato”.^{1,5,6,7}

BASES ANATOMOFISIOLOGICAS:

En el abdomen existe una serie de terminaciones libres o receptores del dolor situados específicamente tanto en el músculo liso de las vísceras huecas, como en la cápsula de algunas vísceras sólidas, el peritoneo parietal y el mesenterio. Estos receptores responden tanto a estímulos mecánicos, como químicos. En contraste, los receptores existentes en la mucosa de las vísceras huecas únicamente responden a estímulos químicos. Otras estructuras como el peritoneo visceral o el epiplón, carecen de receptores, lo que explica la insensibilidad de estas estructuras.⁸

TIPOS DE ESTIMUOS DOLOROSOS:

Distensión o Estiramiento:

Representa el principal mecanismo implicado en la nocicepción visceral. Puede tratarse de la distensión de una víscera hueca, tal como sucede en la obstrucción intestinal. Finalmente puede tratarse del estiramiento o tracción del peritoneo o la distensión de las cápsulas que envuelven las vísceras sólidas.⁸

Inflamación o isquemia:

Tanto la inflamación como la isquemia pueden producir dolor abdominal por diversos mecanismos. Estos incluyen la liberación de mediadores como serotonina, bradiquinina, histamina, sustancia P y prostaglandinas que actúan directamente sobre el sistema nociceptivo, así como cambios en la temperatura y pH (asociados al metabolismo anaerobio en el caso de la isquemia). A su vez, ambos fenómenos (isquemia e inflamación) son capaces de disminuir el umbral del dolor aumentando la intensidad de percepción. Otros factores que pueden modular la intensidad del dolor han quedado reflejados en la tabla 1.⁶

DISMINUYEN UMBRAL DE DOLOR	AUMENTAN UMBRAL DE DOLOR
Ansiedad	Demencia
Depresión	Somnolencia
Dolor recidivante	Concentración
Inflamación	Estimulación simpática
Isquemia	Hipnotismo

TABLA No. 1

TIPOS DE DOLOR ABDOMINAL

Dolor visceral:

Su origen se relaciona con la distensión o contracción violenta de la musculatura de una víscera hueca. El estímulo se transmite a través de las fibras C que forman parte de los nervios espláncnicos. Éstos transmiten impulsos de conducción lenta que dan lugar a un dolor mal delimitado, de comienzo gradual e intensidad creciente, denominado protopático. Así es el dolor referido por el paciente en el epigastrio, durante las fases iniciales de un cuadro apendicular. La cualidad del dolor es variable y oscila entre un dolor sordo y urente hasta un dolor manifiestamente cólico. Es un tipo de dolor que frecuentemente se asocia a síntomas vegetativos: inquietud, sudoración, palidez, náuseas y vómitos. No existen áreas de hiperalgesia ni de contractura muscular y, debido a que la inervación visceral alcanza ambos lados de la médula, su localización se sitúa en la línea media.^{9,11}

Dolor referido:

En ocasiones, el dolor originado en una víscera es percibido como si procediese de una zona localizada a distancia del órgano afectado. Aparece cuando el estímulo visceral es más intenso o bien el umbral del dolor está disminuido. Su origen puede explicarse por la teoría de la convergencia-proyección. Así, las fibras que conducen los estímulos viscerales convergen en el asta posterior de la médula junto con las fibras que conducen los estímulos somáticos (p. ej: procedentes de la piel). Debido a que la densidad de estos últimos es muy superior y a que los impulsos procedentes de la piel son mucho más frecuentes, cuando un impulso de origen visceral es más intenso o el umbral del dolor está disminuido, las neuronas del asta posterior medular localizan erróneamente la procedencia del estímulo, situándolo en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular. Por ejemplo, los impulsos nociceptivos procedentes de la vesícula entran en la médula entre las dorsales D5-D10. Cuando la vesícula es afectada por un proceso inflamatorio –colecistitis–, la inflamación hace descender el umbral del dolor justificando la aparición de un dolor referido a la escápula.^{9,10,11}

Dolor parietal:

Aparece en casos de peritonitis. En este caso el impulso álgido se transmite a través de fibras A D mielínicas, que se hallan integradas en los nervios somáticos o cerebroespinales. Son de conducción rápida, poseen pequeños campos de recepción y producen un impulso álgido y bien localizado. En definitiva, son responsables del denominado dolor epicrítico, como el que se describe en el punto de McBurney en un caso de apendicitis aguda avanzada. Este tipo de dolor se localiza exactamente en la zona estimulada, agravándose con la tos, la deambulación y la palpación de la zona afectada. En todos estos casos es característica la presencia de hiperalgesia y defensa muscular. La apendicitis aguda representa, probablemente, el ejemplo más representativo para ilustrar los tres tipos de dolor descrito, según la fase evolutiva de la enfermedad. En una etapa inicial, la distensión brusca del apéndice provocada por la oclusión del segmento proximal conduce a la aparición de dolor visceral verdadero, localizado en la línea media superior del abdomen. En una fase ulterior, la inflamación de la mucosa disminuye el umbral de percepción justificando la aparición de un dolor referido a la fosa ilíaca derecha. Finalmente la extensión del proceso inflamatorio al peritoneo determina la aparición de un dolor epicrítico, de mayor intensidad, localizado exactamente en la zona estimulada, junto con un área de hiperestesia cutánea y de defensa abdominal.^{9,10,11}

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL QUE PONEN EN RIESGO LA VIDA DEL PACIENTE:

Isquemia mesentérica aguda:

Este término se aplica a aquellos pacientes que presentan las manifestaciones clínicas que siguen a la interrupción del flujo vascular dependiente del territorio de la arteria mesentérica superior (AMS) e incluye formas arteriales (embolia, trombosis) y venosas (trombosis venosa aguda). A pesar de los avances en la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad su elevada mortalidad apenas se ha modificado en las últimas décadas debido fundamentalmente al retraso en el diagnóstico, cuando el infarto intestinal ya es una realidad irreversible. La aparición de un dolor abdominal de intensidad extrema que contrasta con la escasa relevancia de los signos encontrados en la exploración del abdomen, debería suscitar rápidamente la sospecha clínica en un paciente con factores de riesgo.^{15,18,19}

Perforación de víscera hueca:

La causa más frecuente de perforación es la úlcera péptica gastroduodenal. La presentación típica es la de un dolor abdominal de comienzo súbito e intensidad extrema, que se acompaña de rápido deterioro del estado general con colapso periférico y signos de peritonismo. La desaparición de la matidez hepática no es un hecho constante en todas las perforaciones viscerales. Un retraso en el diagnóstico superior a 24 h se asocia a un incremento de la mortalidad.^{12,17}

Obstrucción intestinal:

La obstrucción intestinal con estrangulación (compromiso vascular) pone en riesgo la vida del paciente y, de hecho, la mortalidad de la oclusión intestinal se relaciona claramente con el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y el momento de la cirugía.^{8,22}

Vólvulo:

La torsión del colon, bien sea en el nivel del ciego o del sigma, constituye una causa frecuente de dolor abdominal que pone en riesgo la vida del enfermo. Cuando éste se hace constante y se acompaña de fiebre, peritonismo o hipotensión, debe sospecharse estrangulación. Los casos de más difícil diagnóstico corresponden a personas jóvenes. En ellos la presentación es más insidiosa con ataques frecuentes de dolor que se resuelven coincidiendo con la reducción del vólvulo espontáneamente del colon.^{13,14}

CAUSAS COMUNES DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO: ^{17,20}

- Apendicitis
- Pancreatitis
- Enfermedad péptica
- Síndrome intestino irritable
- Colecistitis
- Enfermedad divertículo
- Hernia Incarcerada
- Enfermedad inflamatoria pélvica.

Se debe tomar en cuenta durante la anamnesis y el examen físico la clasificación para dolor abdominal de Bockus:¹⁹

GRUPO A: PADECIMIENTOS INTRAABDOMINALES QUE REQUIEREN CIRUGÍA INMEDIATA

- Apendicitis aguda
- Obstrucción intestinal con sospecha de isquemia
- Perforación de víscera hueca
- Trombosis mesentérica

GRUPO B: PADECIMIENTOS ABDOMINALES QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA

- Enfermedad péptica
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Obstrucción parcial por bridas y adherencias
- Infección del tracto urinario

GRUPO C: PADECIMIENTOS EXTRAABDOMINALES QUE SIMULAN ABDOMEN AGUDO

- Infarto agudo al miocardio
- Neumonía complicada
- Pericarditis aguda
- Cetoacidosis diabética

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA ABDOMEN AGUDO:

El procedimiento ideal para el abdomen agudo es la laparotomía exploradora por la accesibilidad que esta da a todos los órganos intra abdominales tanto peritoneales como retro peritoneales. Se realiza cuando la anamnesis, examen físico y los exámenes imagenológicos no han brindado un diagnostico preciso.^{21,22}

La etimología de la palabra laparotomía es griega (laparos = pared, tomia = corte, incisión quirúrgica).

Se realiza mediante una incisión indiferenciada que dependiendo si el paciente es infante se realiza transversa supra umbilical y si es adulto se realiza longitudinal sobre la línea media. Dependiendo de la necesidad transoperatoria será la longitud de la misma.

Existen varias técnicas y maniobras utilizadas durante la cirugía que nos permiten tener acceso a todos los órganos y a sus distintos bordes y caras.

Para el abordaje del domo hepático se puede seccionar el ligamento falciforme y así lograr exponer y tener una mejor movilización de la víscera.

Se realiza la maniobra de *Catell* para liberar el ciego del fascia de *Told* que lo fija y así poder buscar de una manera cómoda el apéndice cecal. Se continúa hacia arriba seccionando el mismo peritoneo del colon ascendente, para liberarlo de la fijación parietal, realizando la maniobra de *Catell*. *Catell Brasch* se realiza para liberar el peritoneo que fija el colon, en su porción del ángulo hepático. La maniobra de *Kocher* se realiza para movilizar las estructuras hacia la derecha, incluyendo el ángulo hepático y la primera porción del colon transversal y así exponer el duodeno. Se realiza maniobra de *Mattox* para desprender de la fijación parietal del ángulo esplénico del colon y movilizar las estructuras hacia la derecha. Para exponer el retro peritoneo del lado izquierdo se realiza la maniobra de *Rokitansky* para liberar la fijación parietal al colon descendente. Con las maniobras anteriores se logra tener acceso al retro peritoneo en sus 3 zonas.^{23,24}

Para visualizar el páncreas y la cara posterior del estómago, se disecciona el epiplón mayor entre la curvatura mayor y el borde superior del colon descendente para acceder a la *Transcavidad de los epiplones*.

Dependiendo de los hallazgos transoperatorios el cirujano debe actuar de acuerdo a protocolos establecidos para reseccionar, toma de biopsia o reparar con sutura manual o sutura mecánica parte o la totalidad de un órgano, preservando la homeostasia del medio donde se encuentra y conservando su funcionalidad.^{23,24}

TRATAMIENTO DE LAS PIEZAS PARA PATOLOGIA:

La biopsia o pieza resecada se envía al laboratorio de patología donde se le realizan mediciones y descripciones macroscópicas. Se realiza un corte en el borde anti mesentérico de la muestra, se realizan mediciones del espesor de la pared, se describe macroscópicamente la mucosa y se identifican los bordes quirúrgicos y anomalías respecto al resto de la pieza y se realizan los cortes patológicos. Posteriormente se trata la muestra en dos fijaciones con formol, para luego pasar un proceso de deshidratación a través de 6 tipos de alcoholes aproximadamente. Ya deshidratada la muestra se fija en parafina en dos ocasiones. Ya en este paso se realizan los cortes para fijarlo en la laminilla con hematoxilina y eosina como colorantes de elección para ser vista al microscopio y dar el diagnóstico patológico definitivo.^{25,26}

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

- 3.1.1** Caracterizar casos que presentan clínica de abdomen agudo quirúrgico, con hallazgos operatorios y resultado patológico atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Regional de Cuilapa durante el año 2015.

3.2 ESPECÍFICOS:

- 3.2.1** Determinar la prevalencia de abdomen agudo quirúrgico según edad y sexo de los pacientes.
- 3.2.2** Determinar la presentación clínica según signos y síntomas presentados en los pacientes.
- 3.2.3** Establecer los hallazgos transoperatorios más frecuentes según la edad de los pacientes.
- 3.2.4** Identificar los diagnósticos operatorios y patológicos de pacientes intervenidos por abdomen agudo.

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Descriptivo, prospectivo.

4.2 UNIDAD DE ANALISIS:

Registros médicos, libro de sala de operaciones e informes de patología

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Se tomaron todos los pacientes en el periodo del año 2015 que ingresaron a sala de operaciones con diagnóstico clínico de abdomen agudo y que se realizó laparotomía exploradora.

4.4 CRITERIOS:

INCLUSION:

- Pacientes de todos los grupos etarios y de ambos sexos atendidos en el hospital de Cuilapa en el periodo del año 2015, ingresados a sala operaciones con diagnóstico clínico de abdomen agudo y que fueron sometidos a laparotomía exploradora.

EXCLUSION:

- Re exploraciones abdominales programadas de procedimientos ya realizados o por complicaciones de las mismas.
- Pacientes para re exploración abdominal por laparotomías extra hospitalarias.
- Abdomen agudo no quirúrgico.
- Laparotomía exploradora realizada por traumatismo abdominal.

4.5 DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de la Variable	Indicador
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Edad registrada en el expediente clínico	Cuantitativa, discreta	intervalo	Número de años 0-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 > 80
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, animales y plantas	Sexo registrado en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Masculino/ Femenino
Signos asociados	Hallazgos por el médico que examina al paciente	Signos asociados al motivo de consulta hallados durante el examen físico, del expediente clínico	Cualitativa	nominal	Fiebre Dolor abdominal Constipación Irritación peritoneal
Síntomas asociados	Malestar referido por el paciente asociado al motivo de consulta	Síntomas recolectados por el clínico al momento de realizar la historia clínica de ingreso del paciente en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Fiebre Dolor abdominal Constipación Anorexia
Hallazgos operatorios	Causas de la patología aquejada por el paciente determinada por el procedimiento quirúrgico de origen infeccioso u obstructivo	Causa infecciosa u obstructiva que presenta el paciente con abdomen agudo en la nota operatoria.	Cualitativo	Nominal	Infecciosa Obstructiva Inflamatoria Ginecológica Abdomen sésil

Cirugía realizada	Procedimientos quirúrgicos realizados siguiendo protocolos según la presentación de la enfermedad.	Distintos procedimientos realizados para aliviar la patología del paciente descritos en la nota operatoria	Cualitativa	Nominal	Apendicetomía Colecistectomía Resección intestinal Anastomosis intestinal Otros
Diagnostico patológico	Diagnostico dado por medico patólogo por Observación al microscopio de biopsias o piezas reseçadas durante procedimientos quirúrgicos	Informe de patología con el diagnostico patológico de la biopsia o pieza reseçada durante el procedimiento quirúrgico	Cualitativa	Nominal	Inflamación aguda o crónica, Carcinoma. Enfermedad intestinal isquémica Otros.

4.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizó un documento de recolección de datos en base a las necesidades para cubrir los objetivos trazados en la investigación.

Se inició revisando los libros de procedimientos quirúrgicos de sala de operaciones del Hospital Regional de Cuilapa. Se identificaron los casos que tuvieron como diagnóstico preoperatorio abdomen agudo y que se les realizó laparotomía exploradora. Se recaudó información sobre 172 procedimientos quirúrgicos. Se le solicitó al personal de registros médicos que proporcionaran los expedientes de los pacientes identificados en el libro de sala de operaciones. Teniendo a la vista los expedientes se definió el motivo de consulta, historia clínica y examen físico realizado a los pacientes al ingreso al hospital. Se confirmó el diagnóstico preoperatorio de cada paciente; así como se definieron los hallazgos operatorios y procedimiento realizado. Por último se acudió al departamento de patología para solicitar los informes y así confirmar el diagnóstico con los hallazgos operatorios.

4.7 ANALISIS DE DATOS:

Se realizó análisis descriptivo de los datos en base a frecuencia, porcentajes y moda de los mismos.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS:

No se realizó manipulación de variables. Se describen hallazgos registrados en expedientes médicos.

V. RESULTADOS:

TABLA No. 1

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE PACIENTES ATENDIDOS POR ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.

GRUPO ETARIO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-10 Años	16	11	27
11-20 Años	12	11	23
21-30 Años	10	14	24
31-40 Años	8	18	26
41-50 Años	12	8	20
51-60 Años	6	8	14
61-70 Años	11	6	17
71-80 Años	8	6	14
> 81 Años	5	2	7
TOTAL	88	84	172

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE PACIENTES ATENDIDOS POR ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.

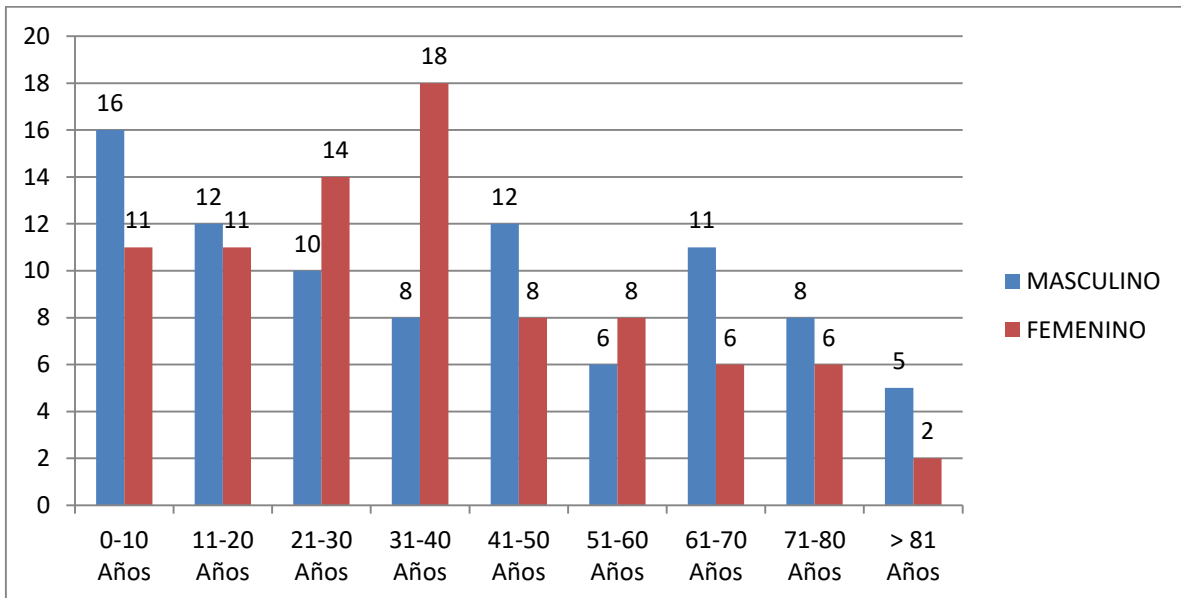


TABLA No.2

SIGNOS ENCONTRADOS AL EXAMEN FISICO EN PACIENTES CON IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.

SIGNO	FRECUECIA	PORCENTAJE (%)
IRRITACION PERITONEAL	152	88.37
FIEBRE	131	76.16
CONSTIPACIÓN	73	42.44
DISTENSIÓN ABDOMINAL	54	31.40

GRAFICA No. 2

SIGNOS ENCONTRADOS AL EXAMEN FISICO EN PACIENTES CON IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.

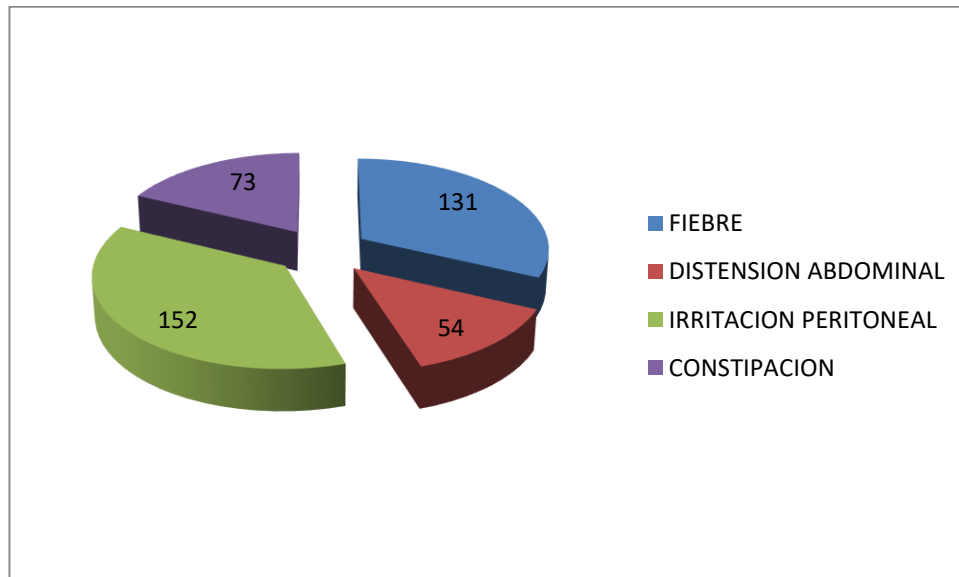


TABLA No.3

SINTOMAS REFERIDOS POR PACIENTES CON IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.

SINTOMA	FRECUECIA	PORCENTAJE (%)
FIEBRE	131	76.16
ANOREXIA	103	59.88
CONSTIPACIÓN	73	42.44
DISTENSIÓN ABDOMINAL	54	31.40

GRAFICA No.3

SINTOMAS REFERIDOS POR PACIENTES CON IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.

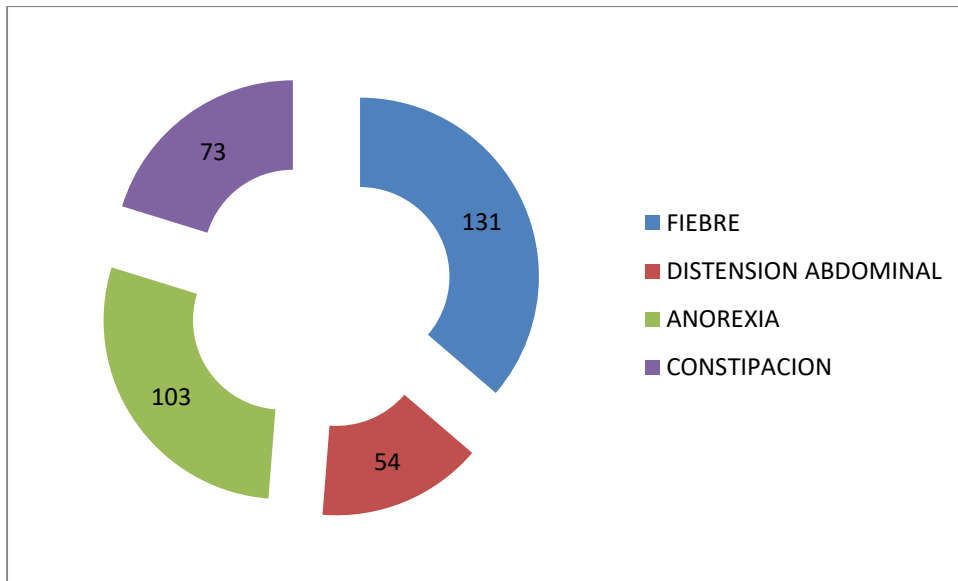


TABLA No.4

HALLAZGOS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES EN IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.

HALLAZGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
APENDICITIS AGUDA	54	31.40
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	32	18.60
COLECISTITIS AGUDA	25	14.53
PERFORACIÓN INTESTINAL	21	12.21
CAMBIOS VASCULARES	13	7.56
ABSCESOS INTRA ABDOMINALES	9	5.23
CAUSAS GINECOLOGICAS	8	4.65
ULCERAS GASTRICAS PERFORADAS	3	1.74
PANCREATITIS	3	1.74
MASA RETROPERITONEAL	2	1.16
PERFORACIÓN VESICAL	1	0.58
HÍGADO CIRROTICO	1	0.58
TOTAL	172	100.00

TABLA No. 5

DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO ETARIO DE LOS HALLAZGOS OPERATORIOS DE PACIENTES CON IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015

HALLAZGOS	GRUPO ETARIO									TOTAL
	0 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51- 60	61- 70	71- 80	> 80	
APENDICITIS AGUDA	16	8	8	8	7	2	3	2	---	54
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	4	3	3	3	5	3	2	4	5	32
COLECISTITIS AGUDA	---	---	5	6	2	3	6	2	1	25
PERFORACIÓN INTESTINAL	5	5	2	2	2	3	1	---	1	21
CAMBIOS VASCULARES	1	2	---	2	2	1	2	3	---	13
ABSCESOS INTRA ABDOMINALES	---	1	3	2	---	---	2	1	---	9
CAUSAS GINECOLOGICAS	1	2	1	3	1	---	---	---	---	8
ULCERAS GASTRICAS	---	---	1	---	---	1	1	---	---	3
PANCREATITIS	---	---	1	---	1	---	---	1	---	3
MASA RETROPERITONEAL	---	1	---	---	---	1	---	---	---	2
HÍGADO CIRROTICO	---	---	---	---	---	---	---	1	---	1
PERFORACIÓN VESICAL	---	1	---	---	---	---	---	---	---	1
TOTAL	27	23	24	26	20	14	17	14	7	172

TABLA No. 6

HALLAZGOS TRANS OPERATORIOS GINECOLÓGICOS DE PACIENTES QUE INGRESAN CON IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.

ETIOLOGIA	CASOS	PORCENTAJE (%)
CISTOADENOMA OVARICO	3	37.5
QUISTE OVARICO ROTO HEMORRÁGICO	3	37.5
ABSCESO TUBO OVARICO	2	25
TOTAL	8	100

GRAFICA No. 4

HALLAZGOS TRANS OPERATORIOS GINECOLÓGICOS DE PACIENTES QUE INGRESAN CON IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.

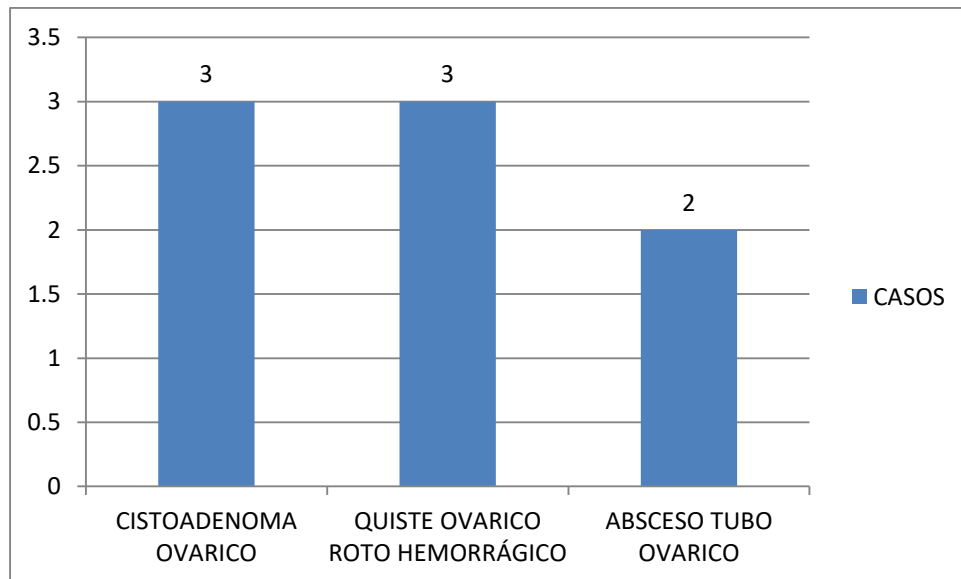


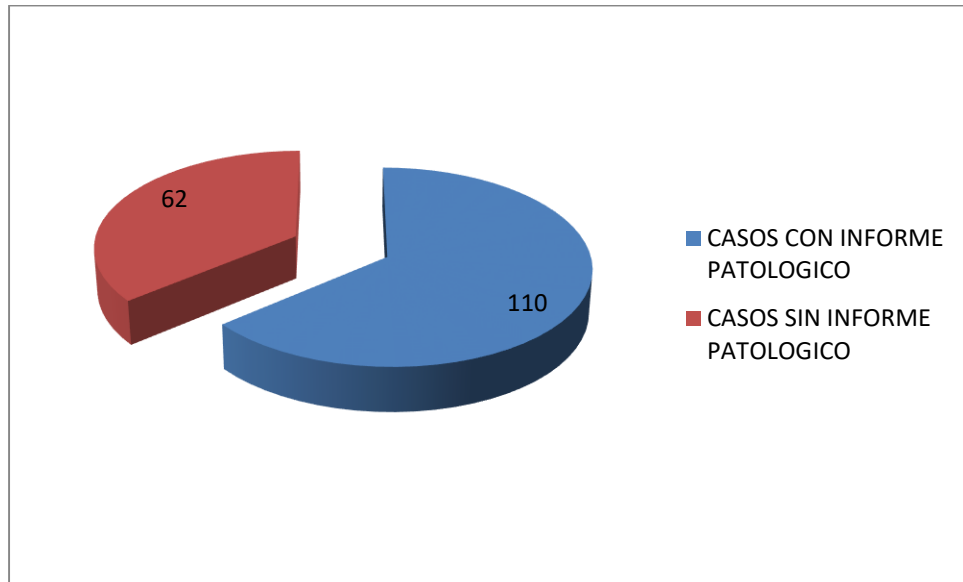
TABLA No. 7

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO A PACIENTES QUE INGRESAN AL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA CON IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2015.

PROCEDIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE (%)
APENDICECTOMIA	54	31.40
COLECISTECTOMIA	25	14.53
LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS	23	13.37
RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS INTESTINALES	12	6.98
CIERRE DE PERFORACIÓN INTESTINAL	11	6.40
RESECCIÓN INTESTINAL Y ESTOMAS	10	5.81
DRENAJE DE ABSCESO INTRAABDOMINAL	9	5.23
REPARACION DE HERNIA INTERNA	8	4.65
SALPINGOFORECTOMIA	4	2.33
RESECCIÓN DE CISTOADENOMA OVARICO	3	1.74
RESECCIÓN DE MASA ABDOMINAL	3	1.74
TOMA DE BIOPSIA DE EPIPLON	3	1.74
LAVADO DE CAVIDAD ABDOMINAL Y COLOCACIÓN DE DRENAJES	3	1.74
DRENAJE DE ABSCESO PÉLVICO	2	1.16
CISTORRAFIA	1	0.58
TOMA DE BIOPSIA HEPATICA	1	0.58
TOTAL	172	100.00

GRAFICA No.5

CORRELACIÓN DE LOS 172 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS Y TOMA DE BIOPSIA O RESECCIÓN DE PIEZA QUIRÚRGICA ENVIADA A PATOLOGIA DE PACIENTES CON IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.



- Los pacientes con informe patológico representan el 64% y los casos sin informe patológico el 36% del total de los 172 pacientes del estudio.

TABLA No. 8

DIAGNOSTICOS PATOLÓGICOS DE BIOPSIA O PIEZA QUIRÚRGICA RESECADA DE PACIENTES QUE INGRESAN AL CON IMPRESIÓN CLÍNICA DE ABDOMEN AGUDO Y QUE SE LES REALIZÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL AÑO 2015.

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE (%)
APÉNDICE PERFORADA	31	28.18
COLECISTITIS CRONICA AGUDIZADA	11	10.00
APÉNDICE SUPURATIVA	9	8.18
COLECISTITIS CRONICA	8	7.27
PERIAPENDICITIS	8	7.27
COLECISTITIS AGUDA / NECROTIZANTE	6	5.45
APÉNDICE GANGRENOSA	6	5.45
PERITONITIS AGUDA	6	5.45
ENFERMEDAD INTESTINAL ISQUEMICA	5	4.55
CAMBIOS INTESTINALES INFLAMATORIOS	5	4.55
INFARTO INTESTINAL HEMORRÁGICO	3	2.73
SALPINGITIS AGUDA	3	2.73
ULCERA AGUDA BENIGNA	2	1.82
CISTOADENOMA SEROSO	2	1.82
PERFORACIÓN INTESTINAL CON PERITONITIS AGUDA	2	1.82
DIVERTICULITIS AGUDA	2	1.82
CIRROSIS	1	0.91
TOTAL	110	100.00

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En base a los resultados obtenidos en el estudio efectuado, se incluyeron 172 casos, de los cuales corresponden a 88 (51.2%) pacientes de género masculino y 84 (48.8%) pacientes de género femenino, lo que nos indica que el diagnóstico de abdomen agudo no tiene predominancia en cuanto al sexo del paciente. De los 88 casos reportados del género masculino, 16 (18.2%) pacientes se presentan en el grupo etario de 0 - 10, siendo este el rango de edad con más casos reportados. Sin embargo el género femenino reporta 18 (21.4%) pacientes, como grupo de mayor frecuencia, en el rango de edad de 31 – 40 años. Los signos asociados a la presentación clínica de cada paciente atendido en la emergencia da como resultado que de los 172 pacientes, 152 pacientes (88.37%) presentaron irritación peritoneal al momento del ingreso, 131 pacientes (76.16%) presentaron fiebre y 73 pacientes (42.44%) constipación asociada al dolor abdominal al momento del examen físico.

Los síntomas referidos por los pacientes incluidos en el estudio, 131 pacientes (76.16%) refieren fiebre como síntoma asociado, 103 pacientes (59.88%) refirieron anorexia previo a consultar al hospital y 73 pacientes (42.44%) refirieron distensión abdominal asociado al dolor.

Entre los hallazgos operatorios de las 172 laparotomías exploradoras realizadas un tercio es para la apendicitis aguda con 54 casos (31.4%) siendo el grupo etario con mayor frecuencia de 0 – 10 años con 16 casos, seguido por la obstrucción intestinal con 32 casos (18.60%) dividiéndose la incidencia entre los grupos etarios de 41 – 50 años y pacientes > 80 años con 5 casos cada uno; y 25 pacientes (14.53%) presentaron colecistitis aguda con mayor frecuencia en los grupos de edad 31 – 40 y 61 – 70 años con 6 casos en cada uno. La etiología observada macroscópicamente durante el procedimiento quirúrgico según los hallazgos fue causa inflamatoria con 79 casos (45.93%), infecciosa en 48 casos (27.91%) y en 32 casos (18.60%) por causa de obstrucción. Se tuvieron 8 causas ginecológicas observadas transoperatoriamente (4.65%), distribuidos por cistoadenoma ovárico 3 casos, quiste ovárico roto hemorrágico 3 casos y absceso tubo ovárico en 2 casos.

Se realizaron 5 laparotomías sésiles, los cuales nos representan el 2.91% de los 172 pacientes, las cuales nos indican el error diagnóstico.

De las 172 laparotomías exploradoras se realizaron como procedimiento principal 54 apendicetomías (31.40%), 25 colecistectomías (14.53%) y liberación de adherencias en 23 pacientes (13.37%).

Fueron enviados a estudio patológico 110 piezas quirúrgicas y/o biopsias. Dejando como resultado y análisis que solo en el 64% de los procedimientos se aprovechó este recurso. Cabe mencionar que existen procedimientos en los cuales no es necesario enviar piezas para estudio patológico como las laparotomías sésiles o en las cuales se realizan liberación de bridas y adherencias.

Entre los 110 diagnósticos patológicos dados se determina que el de mayor frecuencia fue el de apéndice perforada en 31 casos (28.8%), colecistitis crónica agudizada en 11 casos (10%) y apéndice supurativa en 9 casos (8.8%).

6.1 CONCLUSIONES:

- 6.1.1** En el diagnóstico de abdomen agudo no hubo predominancia por género al momento de presentarse.
- 6.1.2** Los signos y síntomas más frecuentes al momento del ingreso son fiebre, anorexia e irritación peritoneal.
- 6.1.3** Casi un tercio de los hallazgos operatorios en las laparotomías exploradoras corresponde a apendicitis aguda lo cual se puede interpretar como falla diagnóstica ya que el abordaje quirúrgico para esta patología es diferente.
- 6.1.4** El mayor porcentaje de pacientes con abdomen agudo la etiología es inflamatoria, infecciosa y obstructiva.
- 6.1.5** En el 36% de los casos no se tomó muestra para estudio patológico, sin embargo en ciertos procedimientos dependiendo de los hallazgos no es necesario realizarlo.

6.2. RECOMENDACIONES:

- 6.2.1** Debe insistirse en la adecuada anamnesis y minucioso examen físico, para determinar las patologías y así dar un diagnóstico certero.
- 6.2.2** Ante la duda diagnóstica se debe hacer un examen físico ginecológico minucioso y tratar de forma integral al paciente con el Departamento de Ginecología.
- 6.2.3** Se debe educar acerca de la importancia de toma de biopsias transoperatorias, enviar piezas resecadas y muestras de líquido para citología.
- 6.2.4** Hay que analizar el diagnóstico patológico y realizar una retroalimentación de lo observado al momento del procedimiento quirúrgico.
- 6.2.5** Se debe contar con métodos diagnósticos complementarios, como imágenes en sala emergencia las 24 horas y así afinar el diagnóstico en caso de alguna patología ginecológica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ocampo M, González A. Abdomen agudo en el anciano. Rev Colomb Cir. 2006;21:266-82.
2. Patiño JF. Dolor abdominal agudo. En: Patiño JF. Lecciones de cirugía. Bogotá: Editorial Panamericana y Médica Internacional, Ltda.; 2000. p. 8-14.
3. Filen W. Dolor abdominal. En: Kasper D, Fauci A, editores. Harrison's Principios de Medicina Interna. 16ª edición. Santiago de Chile: Editorial McGraw Hill; 2006. p. 95-8.
4. Valdés J, Mederos N, Barrera J, Cantero R, Pedroso Y, Jémbere B. Abdomen agudo quirúrgico en el anciano. Rev Cubana Cir. 2002;41:23-7.
5. Jones RS, Claridge J. Abdomen agudo. En: Townsend C, Beauchamp RD, Evers BM, editores. Sabiston, Tratado de cirugía. 17a edición. Génova, Madrid: Editorial Elsevier Iberoamericana; 2004. p. 1221-38.
6. Baldera C, Grullón M, Estévez AE, Estévez CE, Pichardo E. Incidencia de apendicitis aguda en el hospital Padre Billini. Rev Med Dominicana. 2005;66:234-6.
7. Banegas V. Abdomen agudo quirúrgico no traumático. Rev Med Hon. 1962;30:23-4.
8. D. Menzies, H. Ellis Intestinal obstruction from adhesions--how big is the problem? Ann R Coll Surg Engl, 72 (1990), pp. 60-63
9. MERSKEY, H. y BoGOuR, N.: Classification of chronic Ram: Description of chronic Ram Syndromes and Definitions of Ram Terms, IASP Press, Settle, 1994.
10. Hershfield NB. The abdominal wall. A frequently overlooked source of abdominal pain. J Clin Gastroenterol. 1992;14:199-202.
11. Guyton y Hall, Tratado de Fisiología Médica, décima edición, McGraw Hill, unidad IX, capítulo 46, página 641-654 Receptores Sensitivos
12. Kirkpatrick J.R.: "The role of definitive surgery in the management of perforated duodenal ulcer disease"; Arch. Surg., 110:1016, 1975.
13. Peterson CM, Anderson JS, Hara AK, Carenza JW, Menias CO. Volvulus of the gastrointestinal tract: Appearances at multimodality imaging. Radiographics. 2009;29:1281---93
14. Newton NA, Reines HD. Transverse colon volvulus: Case reports and review. AJR Am J Roentgenol. 1977;128:69---72.
15. American Collage of Emergency Physicians. Clinical Policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of non-traumatic acute abdominal pain. Ann Emerg Med 2000;36:406-15.

16. García Cabezudo J, Montoro Huguet M et al. Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo (I y II). En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S, Vilardell F. Principios Básicos de Gastroenterología para Médicos de Familia; 2.^a edición. Jarpyo Editores. Madrid, 2002:751-82.
17. Kendall, JL, Moreira M. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. Uptodate, 2011 (www.uptodate.com).
18. Montoro M. Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, García Pagán JC, eds. Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología. Jarpyo Editores S.A. Madrid, 2010:79-91.
19. Bockus HL. Abdomen agudo. Gastroenterología. Ediciones Revolucionarias 1980. 4:3.
20. Irvin TT. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. Br J Surg 1989; 76:1121-5.
21. Lukens TW, Emerman C, Efron D. The natural history and clinical findings in undifferentiated abdominal pain. Ann Emerg Med 1993;22:690- 6.
22. Puylaert JB. Ultrasonography of the acute abdomen: gastrointestinal conditions. Radiol Clin North Am 2003; 41: 1227-1242
23. Maingot, e. operaciones abdominales, "abdomen agudo" 10a, edición.
24. 9. Lloyd m. nyhus, m.d. "obstruccion de intestino delgado y colon" jack r. pickleman, mastery of surgery, medica panamericana, 3ra edición, argentina, 2001.
25. Sobotta, Hammersen. HISTOLOGIA, ATLAS EN COLOR DE ANATOMIA MICROSCOPICA. Editorial Salvat. 3^a Edición. México. 1988, pp. 1-5.
26. Gartner. HISTOLOGIA, TEXTO Y ATLAS. Editorial McGraw Hill. México. 2001,pp. 1-3.

VIII. ANEXOS

ANEXO No. 1

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No.:

Registro Medico:

Sexo: **M:** **F:**

Edad:

Motivo de consulta:

Signos asociados:

Síntomas asociados

Diagnóstico clínico:

Hallazgos operatorios:

Cirugía realizada:

Diagnostico patológico:

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada DIAGNOSTICOS CLÍNICO – PATOLÓGICOS DE PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO para pronósticos de consulta académica, sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.