

HOSPITAL OBRERO No 2 - CNS  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA  
DIVISION DE POST GRADO  
U.M.S.S.

INDICE DE MATERIAS

TITULO

**ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO**

2.- INTRODUCCION.....	1
3.- MARCO TEORICO.....	1
4.- OBJETIVOS GENERAL <b>EN EL</b> .....	27
5.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	28
<b>HOSPITAL OBRERO No 2 - CNS</b>	
7.- DISEÑO METODOLOGICO.....	29
8.- TIPO DE INVESTIGACION.....	30
9.- UNIVERSO.....	30
10.- <b>AUTOR: Dr. EDGAR LUIS ALVIZ ROJAS.</b> <b>RESIDENTE DE TERCER AÑO - CIRUGIA</b>	30
11.- VARIABLES INDEPENDIENTES.....	30
12.- <b>TUTOR: Dr. PRUDENCIO GUZMAN BORDA.</b> <b>JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA - CNS</b>	31
13.- DISCUSION.....	36
14.- CONCLUSIONES.....	39
15.- RECOMENDACIONES <b>FEBRERO DEL 2002</b> .....	40
16.- BIBLIOGRAFIA.....	41
17.- ANEXOS <b>COCHABAMBA - BOLIVIA.</b> .....	43

# 6 D

## INDICE DE TABLAS - ILUSTRACIONES

### INDICE DE MATERIAS

TITULO	Página
1.- RESUMEN.....	4
2.- INTRODUCCION.....	8
3.- MARCO TEORICO.....	8
4.- OBJETIVOS GENERALES.....	27
5.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	28
6.- PROCESO.....	29
7.- DISEÑO METODOLOGICO.....	29
8.- TIPO DE INVESTIGACION.....	30
9.- UNIVERSO.....	30
10.- VARIABLES DEPENDIENTES.....	30
11.- VARIABLES INDEPENDIENTES.....	30
12.- RESULTADOS.....	31
13.- DISCUSION.....	36
14.- CONCLUSIONES.....	39
15.- RECOMENDACIONES.....	40
16.- BIBLIOGRAFIA.....	41
17.- ANEXOS.....	43

20.- Tabla No 8. Morbilidad postoperatoria sistémicas.....	62
<b>INDICE DE TABLAS - ILUSTRACIONES</b>	
21.- Grafica No 14. Dias de Hospitalización.....	63
22.- Grafica No 15. Riesgo quirúrgico Clasificación de ASA.....	64
23.- Tabla No. 9 Mortalidad con relación al grado de ASA.....	Página. 65

1.- Tablas 1 – 2 . Síndromes Peritoneal y Oclusivo Intestinal.....	44
2.- Tabla 3. Hemorrágico – Vascular Oclusivo.....	45
3.- Grafica No 1. Etiología Sindrómica.....	45
4.- Grafica No 2. Distribución por Edad.....	46
5.- Grafica No 3. Tiempo de Evolución.....	47
6.- Tabla No 4. Tiempo de Evolución Factor Pronostico.....	48
7.-Grafica No 4. Relación con Peritonitis.....	49
8.- Tabla No 5. Alteraciones Analíticas.....	50
9.- Grafica No 5. Patologías Asociadas.....	51
10.- Tabla No 6. Diabetes Factor pronostico.....	52
11.- Grafica No 6. Morbimortalidad – Diabetes.....	53
12.- Grafica No 7 Morbimortalidad - Patología Cardiovascular.....	54
13.- Grafica No 8. Laparostomias Contenedida.....	55
14.- Grafica No 9. Causas de Reintervenciones.....	56
15.- Grafica No 10. Uso de Antibióticos pre – prepost - postop.....	57
16.- Grafica No 11. Morbilidad – Antibióticos.....	58
17.- Grafica No 12. Esquemas Antibióticos.....	59
18.- Tabla No 7 Morbilidad Esquema Antibiótico.....	60
19.- Grafica No 13. Complicaciones Locales.....	61

20.- Tabla No 8. Morbilidad postoperatoria sistémicas.....	62
21.- Grafica No 14. Días de Hospitalización.....	63
22.- Grafica No 15. Riesgo quirúrgico Clasificación de ASA.....	64
23.- Tabla No. 9 Mortalidad con relación al grado de ASA.....	65
24.- Grafica No 16. Factores que retrasan la conducta quirúrgica.....	66
25.- Tabla No 10 Factores pronósticos en la Morbimortalidad.....	67
26.- Grafica No. 17 Servicio de Hospitalización.....	68
27.- Tabla No 11. Tipo de Abdomen Agudo y su mortalidad.....	69
28.- Grafica No 18 Relación Mortalidad y Edad.....	70
29.- Grafica No 16. Relación de mortalidad con el Sexo.....	71

de las entidades de Abdomen agudo Quirúrgico, en el periodo comprendido desde Enero de 1997 a Diciembre del 2001. Analizando fundamentalmente la patología de base, la Conducta y la morbimortalidad, asociados a algunos factores pronósticos.

**Resultados.-**

Del los 1051 pacientes, el síndrome peritoneal es el 45%, siendo la colecistitis aguda litiasica en el 50%, mas frecuente en el sexo femenino 61% con mayor incidencia entre la 3ra y 5ta década de vida 41%.

Seguida de la apendicitis aguda con 46%, mas frecuente en el varón 53% con mayor incidencia entre la 2da y 4ta década 37%, La sepsis ginecológica por abscesos representa el 1,7%. La pancreatitis aguda Necrohemorragica de origen biliar el 0,8%, más

## **RESUMEN:**

### **Introducción.-**

Presentamos nuestros resultados y experiencia en la conducta del Abdomen Agudo Quirúrgico, en sus diferentes formas de presentación, pretendiendo dar un resultado real del manejo de esta entidad patológica en el Hospital Obrero No 2 de la Caja Nacional de salud.

### **Pacientes y Método.-**

Se revisaron retrospectivamente una serie de 1051 pacientes intervenidos por cualquiera de las entidades de Abdomen agudo Quirúrgico, en el periodo comprendido desde Enero de 1997 a Diciembre del 2001. Analizando fundamentalmente la patología de base, la Conducta y la morbimortalidad, asociados a algunos factores pronósticos.

### **Resultados.-**

Del los 1051 pacientes, el síndrome peritoneal es el 45%, siendo la colecistitis aguda litiasica en el 50%, mas frecuente en el sexo femenino 61% con mayor incidencia entre la 3ra y 5ta década de vida 41%.

Seguida de la apendicitis aguda con 46%, mas frecuente en el varón 53% con mayor incidencia entre la 2da y 4ta década 37%, La sepsis ginecológica por anexitis representa el 1,7%. La pancreatitis aguda Necrohemorragica de origen biliar el 0,8%, más

frecuente en el sexo femenino 75%. La Úlcera péptica perforada en el 0,7% con varones 86%.

El síndrome Oclusivo Intestinal con el 9,8%. La oclusión por bridas el 63%, con 51% varones. Por hernias Incarceradas en sus diferentes formas: inguinal 9% con 89% varones. Umbilical 8% con 86% mujeres. La Incisional 8%, con 72% mujeres. El vólvulos complicados con el 12%, el 83% varones.

El síndrome Hemorrágico-vascular representa el 2,7%; con quiste de ovario torcido con un 41%. Embarazo ectópico rotol 27%, la trombosis mesentérica 24%, con 71% de varones. El trauma abdominal 7%, con 100% varones.

Los grupos etéreos con mayor incidencia de Abdomen agudo Quirúrgico son entre la 3ra y 5ta década de la vida 37% (n=388).

El 55% de los pacientes acudieron al servicio de urgencias de iniciado el cuadro clínico.

Los reportes laboratoriales el 71% presentó leucocitosis, neutrofilia el 79%, neutropinia 11% (ancianos), la hiperglucemia en el 15%, de los cuales el 12% diabéticos. El BUN y Creatinina aumentadas en el 4%.

La peritonitis generalizada en el 4%(n=38), Localizada en el 17%. Se realizaron 36 Laparostomias contenidas: por peritonitis apendicular 36%, úlcera péptica perforada 19%, La pancreatitis Necrohemorrágica el 16,6%, trombosis mesentérica el 14%.

En el 82% se utilizó dosis preoperatorio de antibióticos, con el 48% biconjugado.

De las complicaciones en el 4% se presentó absceso de pared, el 2% seroma, abscesos intraabdominales en el 0,2%.

Se tiene una media de hospitalización de 5 días post operatorio. De los factores que retrasan la conducta quirúrgica: el 15% de los pacientes con cuadro quirúrgico recibieron medicamentos (analgésicos – antibióticos), el 23% acudió a consulta previa, en el policlínico el 82% en el urgencias del Hospital el 18% manejados en forma ambulatoria. El 11% de los pacientes quirúrgicos ingresaron por el servicio de Medicina Interna. Se tiene una mortalidad total del 5,8% (n=62): El 63% (n=39) de causa peritoneal; apendicular el 35% (n=22), Vesícula y Vía Biliar 17,7% (n=11), Pancreatitis Necrohemorrágica 9,6% (n=6). La Oclusión Intestinal responsable del 22,5% (n=14). La Oclusión alta tiene una mortalidad del 19% (n=12), el vólvulo complicado del 3% (n=2). La causa hemorrágico vascular el 14,5% (n=9): la trombosis mesentérica 11%(n=7). El Shock hipovolémico por trauma el 3% (n=2). El 39% de la mortalidad entre la 6ta y 7ma década, el 74% en el sexo masculino.

### Conclusiones:

- La causa mas frecuente de abdomen agudo quirúrgico es el peritoneal 45% y dentro de este la colecistitis aguda litiasica 50%.
- La oclusión intestinal mas frecuente es por bridas 63%.
- Se tiene mayor incidencia entre la 3 y 5ta décadas de la vida 37%, pero la morbimortalidad es mayor en los pacientes mayores de 65 años 87%.
- La Laparostomia contenida es un procedimiento que a permitido disminuir la incidencia de los abscesos intrabdominales postoperatorios en procesos sépticos peritoneales 0,2%.

- El uso de antibiótico preoperatorio debe ser una norma en pacientes con abdomen agudo quirúrgico 82%.
- El retraso en la intervención quirúrgica de estos pacientes por cualquier razón aumenta la morbimortalidad, la cual esta directamente relacionada con el tiempo de evolución.

#### I.- INTRODUCCION:

- Se tiene una mortalidad total del 5,8%. El 63% por causas séptica peritoneal.
- El 74% de fallecidos son masculinos. Y mayores de 65 años 82%.

Esto debido, a que el Abdomen Agudo Quirúrgico sigue siendo un reto en la práctica Médica.

Se entiende por Abdomen Agudo Quirúrgico al Originado por un proceso intraabdominal que requiere resolución quirúrgica Urgente (Moore).

#### II.- MARCO TEORICO.-

##### A).- HISTORIA:

Los estados patológicos agudos del abdomen, se han reconocido desde la época de Hipócrates y denominado por Paracelso (1493 – 1541) y Sydenham (1624 – 1689) como Pasión Iliaca. No se comprendía bien la Anatomía Patológica, hasta finales del Siglo XIX (1 – Sabiston)

La Apendicitis reconocida por Fitz en 1886, antes llamada Tiflitis, identificado tras un estudio necropsico, en el que se describió el avance de la enfermedad.

Las hernias Inguinales Incarceradas y la Obstrucción Intestinal raras veces tratadas, hasta de 1850 (1 – Sabiston).