

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA
SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA**

**ABDOMEN AGUDO GINECOLOGICO EN PACIENTES
DEL HOSPITAL OBRERO N°2
GESTION 2007-2008**

**Autor: Dra. Carol Patricia Morales Sejas.
Médico RESIDENTE R II
Ginecología Obstetricia**

**Tutor: Dr. Gonzalo Iriarte Ardaya
Ginecólogo Obstetra**

**Febrero de 2009
COCHABAMBA - BOLIVIA**

ÍNDICE

1. INTRODUCCION.....	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3. JUSTIFICACION.....	3
4. OBJETIVOS. Objetivo General. Objetivos Específicos.....	3
5. HIPOTESIS.....	4
6. MARCO TEORICO.....	4
7. DISEÑO METODOLÓGICO. Tipo de estudio. Universo. Muestra. Variables. Instrumento de recolección de datos.....	12
8. CRITERIOS DE INCLUSION.....	13
9. CRITERIOS DE EXCLUSION.....	13
10. RESULTADOS.....	14
11. ANALISIS Y DISCUSIÓN.....	23
12. CONCLUSION.....	23
13. RECOMENDACIONES.....	23
14. BIBLIOGRAFIA.....	24

**ABDOMEN AGUDO GINECOLOGICO EN PACIENTES
DEL HOSPITAL OBRERO N° 2
GESTION 2007-2008**

1. INTRODUCCION.-

El abdomen agudo ginecológico es una entidad que ocasiona grave preocupación al ginecoobstetra por su dramatismo y la dificultad en hacer el diagnóstico

Estadísticamente, 1 de cada 100 emergencias corresponden a un abdomen agudo y de estas el 20% pertenece a ginecología. El cuadro frecuentemente presenta riesgo vital para la paciente, por lo que requiere un diagnóstico rápido. La persistencia de la sintomatología más de 6 horas en una mujer anteriormente sana, obliga casi siempre a una intervención quirúrgica.

Desde el punto de vista gineco-obstétrico, es importante resaltar la importancia del embarazo extrauterino con la complicación de riesgo vital que significa la ruptura tubárica. También pueden provocar dolor abdominal las hemorragias ováricas y las torsiones pediculadas de los anexos o un mioma subseroso.

Dentro del abdomen agudo causado por procesos infecciosos, se encuentra la enfermedad pélvica inflamatoria. En nuestro hospital no existe estudios serios disponibles que muestren características epidemiológicas, perfil clínico y manejo de las pacientes internadas con diagnóstico de abdomen agudo ginecológico, lo que motivó la realización de este trabajo

2. JUSTIFICACION.-

Debido a la dificultad en hacer el diagnóstico acertado dependerá, con frecuencia, la vida de la paciente o su pronta recuperación y la prevención de secuelas. Dicho trabajo puede enseñarnos a conocer la clínica de los cuadros de abdomen agudo más frecuentes en la emergencia de ginecología, permitiéndonos aprender de esas experiencias y fijar normas de atención que permitan mayor destreza en su manejo y mejores resultados en el futuro.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la etiopatogenia mas frecuente en pacientes con abdomen agudo ginecológico de la C.N.S. en las gestiones 2007 y 2008?

4. OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la etiopatogenia mas frecuentes en el abdomen agudo ginecológico.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer la incidencia de abdomen agudo de origen ginecológico.
- Identificar el grupo etareo y paridad mas frecuente de presentación.
- Identificar los factores de riesgo mas frecuentes.

- Determinar el perfil clínico mas frecuente de presentación, según etiología del abdomen agudo ginecológico.
- Determinar el estudio complementario usado en el diagnostico de abdomen agudo ginecológico.
- Conocer el tipo de tratamiento quirúrgico realizado.

5. HIPOTESIS

En el diagnostico de cada tipo de abdomen agudo ginecológico interviene tanto la clínica que lo diferencia de cada uno, apoyado en los exámenes complementarios.

6. MARCO TEORICO:

El abdomen agudo es un cuadro clínico de aparición brusca, que se caracteriza por un dolor abdominal intenso acompañado de signos de irritación peritoneal. Se trata de una emergencia y la clave para su manejo está en el diagnóstico adecuado y precoz, siendo para ello fundamental la historia y el examen clínico acuciosos. Se adaptó la clasificación modificada de Del Castillo" para los casos de abdomen agudo ginecológico no asociado a gestación uterina, con el objeto de ordenar las causas en hemorrágicas, vasculares (denominadas mecánicas por Del Castillo, pero cuyo compromiso de fondo fue la alteración de la irrigación sanguínea), infecciosas, funcionales y traumáticas.

Las etiologías probables del abdomen agudo ginecológico son:

Hemorrágico
Embarazo ectópico roto
Quiste de ovario roto sangrante
Hemorragia postoperatoria
Mioma fúndico sangrante
Vascular
Quiste de ovario a pedículo torcido
Hidrosalpinx torcido
Miomatosis + adherencias
Infeccioso- inflamatorio
Anexitis
Absceso tuboovárico
Aborto séptico-pelviperitonitis
Endometriometritis puerperal
Funcional
Cuerpo lúteo roto
Quispe folicular roto
Traumático
Perforación uterina
Asociado a gestación uterina
Apendicitis aguda
Quiste ovárico a pedículo torcido
Rotura uterina
Obstrucción intestinal
Traumatismo abdominal cerrado

Los diagnósticos diferenciales son:

- A. Cuadros gastrointestinales como apendicitis, hernia inguinal o crural complicada, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal o torsión de un apéndice epiploico.
- B. Cólico nefrítico: Es un cuadro importante de reconocer, ya que aunque habitualmente no produce un abdomen agudo, puede dar un cuadro de dolor abdominal muy intenso.
- C. Causas osteoarticulares: Sacroileitis aguda.
- D. Causas médicas: Porfiria aguda intermitente.

Es importante considerar que en el abdomen agudo el pronóstico del cuadro depende del tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y el tratamiento. Además, no siempre requiere un manejo quirúrgico, por lo que el diagnóstico casual y diferencial adquiere mayor importancia.

Diagnóstico

El diagnóstico de un cuadro de abdomen agudo es clínico. Se caracteriza por la presencia de dolor abdominal intenso y de aparición brusca o rápidamente progresiva, a veces cólico y otras veces constante, con o sin compromiso del estado general. El examen abdominal revela dolor en el hemiabdomen inferior que puede estar irradiado a alguna de las fosas ilíacas y signos de irritación peritoneal. Una vez hecho el diagnóstico del cuadro, es necesario determinar su etiología.

Anamnesis

La anamnesis es fundamental para orientarse sobre la naturaleza del cuadro. Es importante saber el momento del ciclo menstrual en que se encuentra la paciente, ya que la torsión de un quiste funcional se produce en la fase lútea y la hemorragia intraquística de un endometrioma ocurre más frecuentemente en el periodo menstrual. Si hay atraso menstrual, es trascendental hacer una prueba de embarazo para descartar una gestación ectópica o la complicación de un cuerpo lúteo en una mujer embarazada. En el caso que se trate de una paciente con un cuadro febril, la historia de un coito o de un procedimiento diagnóstico (hidrosonografía, histerosalpingografía, biopsia de endometrio) o terapéutico invasivo reciente, orienta hacia un proceso inflamatorio pélvico. También puede existir el antecedente de un tumor anexial en control o una historia de infertilidad con una hiperestimulación ovárica en el último tiempo. Algunas veces el dolor se acompaña de náuseas y vómitos y puede haber fiebre. Al preguntar por otros síntomas no hay manifestaciones de compromiso vesical (disuria, poliaquiuria o tenesmo) así como tampoco sintomatología rectal (colitis, pujo o tenesmo rectal), salvo en aquellas ocasiones en las que la causa del abdomen agudo afecta la fosa posterior de la pelvis con compresión del recto sigmoides. En general, los síntomas rectales y la omalgia son provocados por la presencia de sangre libre intraabdominal, con irritación del recto y del diafragma respectivamente.

Fisiopatología del dolor abdominal

El dolor abdominal puede tener diferentes desencadenantes y vías de propagación, así distinguimos:

1. *Dolor visceral*: Originado en las vísceras y el peritoneo visceral ; los estímulos dolorosos se transmiten por el sistema simpático hasta el ganglio raquídeo y de aquí al asta posterior medular por donde llegarán hasta el tálamo. Es un dolor de carácter sordo y de localización poco precisa , se puede acompañar de sintomatología vagal.
2. *Dolor somático o parietal*: Originado en las estructuras de la pared abdominal y el peritoneo parietal; los estímulos se transmiten por los nervios periféricos correspondientes a los dermatomas, hasta el asta posterior medular y desde aquí a las fibras contralaterales del haz espinotalámico lateral. A nivel medular puede establecerse un reflejo autónomo a través de las vías eferentes simpáticas y también pueden transmitirse impulsos al asta anterior dando lugar a un componente motor (reflejo espinal, contractura muscular). Es un dolor agudo, intenso y bien localizado.
3. *Dolor referido*: Se percibe en regiones anatómicas diferentes a la zona de estimulación y se produce por que esta zona de estimulación comparte segmento neuronal sensorial con el área dolorosa.

Un ejemplo clásico es la apendicitis aguda. Cuando se produce la obstrucción de la luz apendicular provoca distensión de sus paredes y se pone en marcha un proceso inflamatorio, que se traduce en el comienzo de la sintomatología como dolor abdominal difuso y mal localizado con componente vegetativo (dolor visceral), conforme se produce afectación de la pared, se irrita el peritoneo parietal por vecindad y aparece un dolor localizado en fosa iliaca derecha con contractura muscular (dolor parietal).

Un ejemplo de dolor referido sería el que puede aparecer a nivel de la escápula derecha durante un cólico biliar.

Los estímulos desencadenantes del dolor abdominal se pueden agrupar en tres grandes grupos: de tipo mecánico , de tipo inflamatorio y de tipo isquémico

1. *Mecánicos*: Son la tracción, la distensión y estiramiento sobre las capas musculares de las vísceras huecas, el peritoneo y la cápsula de la vísceras macizas; es importante que se produzca de modo brusco pues una instauración progresiva puede no ocasionar dolor.
2. *Inflamatorias*: La liberación de sustancias implicadas en el proceso inflamatorio tanto físico como infeccioso es un poderoso estímulo doloroso.
3. *Isquémicos*: El cese de riego sanguíneo a una víscera, ya sea primario por embolia o trombosis o secundario por torsión de su pedículo vascular, provoca dolor debido a la irritación que provoca la concentración de determinados metabolitos tisulares.

Hay que tener en cuenta también la diferente sensibilidad de las estructuras intraabdominales, así por ejemplo la mucosa de casi todo el tubo digestivo no aprecia sensación dolorosa, las vísceras huecas son más sensibles al aumento de presión, el peritoneo visceral es prácticamente indoloro y que existen unas zonas denominadas "áreas silenciosas" (cámara gástrica y ciego) que no provocan dolor hasta que no se produce irritación peritoneal u obstrucción.

Examen físico