

14
204



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 2
CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ABDOMEN AGUDO EN GINECO - OBSTETRICIA
(ESTUDIO COMPARATIVO)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO UNIVERSITARIO
DEL POSGRADO EN :
GINECO - OBSTETRICIA
P R E S E N T A

DR. MANUEL MARTINEZ MERAZ

TESIS CON
BULA DE CREDITO



1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

APROBACION	-----	1
AGRADECIMIENTO	-----	11
INDICE	-----	111
RESUMEN	-----	page. 1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	-----	2-5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	-----	6
OBJETIVOS	-----	6
HIPOTESIS	-----	7
PROGRAMA DE TRABAJO	-----	7
RESULTADOS	-----	9-30
CONCLUSIONES	-----	31
BIBLIOGRAFIA	-----	32-33

RESUMEN .

El abdomen agudo se define como " toda condición patológica médica y/o quirúrgica, de punto de partida abdominal y/o pélvica, que requiere diagnóstico y terapéutica urgente " .

De los grandes síndromos clínicos, el de abdomen agudo destaca por su frecuencia y por que su sintomatología siempre la misma, exhibiendo una infinita gama de matices, constituye un reto a la sagacidad del clínico y lo hace muy atractivo e incitante.

Se enlistan las causas principales de abdomen agudo quirúrgico, encontradas en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2, Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los años de 1979 a 1982, estableciendo la correlación clínica entre el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio; así mismo se determina el porcentaje en que se encontro "justificada" la laparotomía exploradora realizada, de acuerdo a los hallazgos quirúrgicos. Por otro lado se menciona la frecuencia encontrada de abdomen agudo médico sometida a laparotomía exploradora de urgencia.

ABDOMEN AGUDO EN GINECO-OBSTETRICIA
(ESTUDIO COMPARATIVO)

I. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El abdomen agudo se define como " Toda condición patológica médica y/o quirúrgica, de punto de partida abdominal y/o pélvica, que requiere diagnóstico y terapéutica urgente ". De lo anterior, se infiere la existencia de una clasificación inicial de abdomen agudo:

1.- Médico. también llamado pseudo abdomen -- agudo quirúrgico, ejem. infarto cardíaco, neumonía, adenitis mesentérica, infecciones del aparato urinario, anexitis, pancreatitis aguda, etc., sin olvidar a los pacientes neuróticos, grandes simuladores o hipochondríacos que ocasionalmente son sometidos a laparotomía exploradora con diagnósticos equivocados.

II.- Quirúrgico. al referirnos exclusivamente al abdomen agudo quirúrgico en este trabajo, hemos establecido la siguiente clasificación, según Haddad:

1.- Abdomen agudo quirúrgico de origen peritoneal.

2.- Abdomen agudo quirúrgico de origen vascular.

3.- Abdomen agudo quirúrgico por bloqueos intestinales (oclusión u obstrucción).

4.- Abdomen agudo quirúrgico de origen mixto

Al lado de las múltiples clasificaciones -- existentes, discutibles y discutidas todas, consideramos -- que la anterior es sencilla, útil, fácil de recordar y aplicable.

1.- Entre las causas determinantes del síndrome abdomen agudo quirúrgico de origen peritoneal, se encuentran : Perforación de víscera hueca, ejem. colon, apen-

dica, etc. La sepsis en todos los casos es el sintoma fundamental si estas perforaciones provienen de origen patológico.

2.- Entre las causas de abdomen agudo quirúrgico de origen vascular, en las que la hemorragia es lo fundamental, tenemos: traumatismos, todos los cuales pueden producir abdomen agudo quirúrgico, en relación con la cuantía de la pérdida sanguínea que ocasionen. En la pelvis la florida patología ginecológica tiene la supremacía en los cuadros vasculares, como por ejem. el embarazo ectópico roto, ruptura uterina, quiste torcido del ovario, etc.

3.- En el abdomen agudo quirúrgico por bloqueo intestinal tenemos también como causas principales, la obstrucción intestinal parcial o total, del duodeno y siguientes: porciones del intestino delgado e intestino grueso, de etiología diversa.

4.- El abdomen agudo quirúrgico mixto es, probablemente, el de mayor incidencia, sobre todo en los traumatismos abdominopélvicos. El cirujano debe explorar cuidadosamente, siempre en orden, todas las vísceras y resolver el problema, que en síntesis no es otro que combatir la fuente de hemorragia, sepsis, manteniendo un adecuado balance de líquidos, electrolitos y CO₂.

De los grandes síndromes clínicos, el de abdomen agudo destaca por su frecuencia y por que su sintomatología siempre la misma, exhibiendo una infinita gama de matices, constituye un reto a la sagacidad del clínico y lo hace muy atractivo e incitante. Los métodos clásicos de exploración clínica adquieren aquí su consagración, pues el éxito o el fracaso dependen a veces de un solo dato correctamente recogido y exactamente interpretado.

Los cuadros de abdomen agudo, tienen todos - como un común denominador: el dolor, la defensa muscular y la distensión abdominal. Siendo el dolor el síntoma principal, es muy importante su semiología, que sigue vigente y - con la misma utilidad de antaño, conociendo de ser posible: cuando y de que manera empezó, su naturaleza, rapidez de -- principio, intensidad, localización e irradiaciones, fenóme- nos que lo preceden o acompañan y fenómenos que lo exacer- ban. Es importante recibir información sobre el modo de in- cicio del dolor; cuando se trata de un inicio súbito, con do- lor de gran intensidad, siempre debemos pensar en la posibi- lidad de un mecanismo que rápidamente irrita al peritoneo: - sangre, bilis, contenido gástrico; como en el caso de ruptu- ra de viscera hueca, embarazo extrauterino roto, pancreati- tis aguda, etc.: frecuente también en los accidentes vascu- lares mesentéricos o en la ruptura de aneurismos. En general, los procesos de tipo inflamatorio, si pueden ser rápidamen- te evolutivos, comunmente se desarrollan en períodos mayo- res que pueden variar desde minutos hasta horas. En cambio, la localización del dolor puede ser significativo, con fre- cuencia la apendicitis aguda se inicia con dolor en epigast- rio para cambiar al poco tiempo a la fosa iliaca derecha; lo mismo puede suceder con la perforación de una ulcera o - en la pancreatitis aguda, debido al peso de secreciones a la pelvis.

La defensa muscular de mayor o menor grado -- , traduce la irritación peritoneal de gravedad variable, -- otro signo de irritación peritoneal es el signo del rebote o de Von Blumberg, que se busca presionando profundamente -- en el abdomen y retirando bruscamente la mano exploradora - y es positiva cuando despierta dolor y significa que existe irritación peritoneal, y la distensión abdominal es la re- presentación clínica del íleo paralítico casi siempre pre- sente. El tacto vaginal y/o rectal son un complemento valio

so de la exploración abdominal.

A todo lo anterior, se agrega en cada caso particular, la repercusión que en el organismo en general de la enferma, tenga la causa producto del abdomen agudo.

El ideal irrobatible de un diagnóstico preciso en todos los casos de abdomen agudo, no siempre puede establecerse, inclusive algunas veces ni con la laparotomía hecha.

Ya lo dice un viejo aforismo médico "demasiado tarde", es la peor crítica que pueda hacerse al tratamiento del abdomen agudo.

Multitud de libros han agotado el tema del diagnóstico en abdomen agudo, por lo que sólo se hace hincapié en los detalles y hechos prácticos que la experiencia ha sancionado como verdaderamente útiles; señalando de una vez por todas que frente a una enferma que padece un cuadro de abdomen agudo, la experiencia NO tiene sustituto y que el médico que ha visto y tratado a muchos de estos enfermos, es el médico que más sabe de estos problemas.

En teoría todos los casos de abdomen agudo-ginecológico deberían de ser fáciles, y en efecto así sucede algunas ocasiones, cuando el cuadro se inicia y los hallazgos de exploración complementan la sospecha creada por el interrogatorio, sin embargo, esto no es lo frecuente, -- sobre todo en enfermas con muchas horas o inclusive días -- de evolución, sometidas a uno o más tratamientos y que además son los pacientes habituales de nuestros centros asistenciales, verdaderos hospitales de concentración.

La historia clínica completa sigue siendo esencia para cualquier diagnóstico, sin embargo el interrogatorio y la exploración no son fáciles en estos casos, -- las preguntas deben ser cortas e intencionadas y la exploración suave y efectiva, tratando de encontrar aunque sea-

uno de los síntomas o signos claves que nos den el diagnóstico o nos hagan la indicación quirúrgica del abdomen agudo.

Los cuadros que clásicamente se reconocen como abdomen agudo de causa ginecológica, incluyen el embarazo ectópico, quiste de ovario con pedículo torcido, la perforación uterina y el piosalpinx roto, como los más frecuentes, quedando algunos otros como la ruptura de quiste hemorrágico, la endometriosis pélvica, etc. como entidades menos frecuentes y de difícil diagnóstico.

II. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.

El abdomen agudo quirúrgico en una Unidad de Gineco-Obstetricia, presenta como todo SINDROME en medicina una muy variada patología causal, que en este caso requiere tratamiento quirúrgico inmediato, por lo que el diagnóstico preoperatorio habitualmente es etiquetado como probable y/o versus, aunado a que se indica de urgencia laparotomía exploradora. Por lo anterior al clínico además del laboratorio y gabinete, cuenta con su experiencia personal al elaborar el diagnóstico preoperatorio, el cual será confirmado o descartado con los hallazgos transoperatorios que en pocas ocasiones, tales hallazgos no justificaron la cirugía realizada.

III. OBJETIVOS.

1.- Enlistar las causas principales de abdomen agudo quirúrgico, en un hospital de gineco-obstetricia.

2.- Establecer la correlación clínica entre el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, en las laparotomías exploradoras de urgencia.

3.- Determinar el porcentaje en que se enfrenta "justificada" la laparotomía exploradora realizada, de acuerdo con los hallazgos quirúrgicos.

IV. HIPOTESIS

1.- La cartaza diagnóstica etiológica en el abdomen agudo quirúrgico de causa gineco-obstétrica, en gran proporción NO se corrobora con los hallazgos quirúrgicos.

2.- La laparotomía exploradora de urgencia por abdomen agudo quirúrgico, en un alto porcentaje se encuentra justificada al encontrar patología causal.

V. PROGRAMA DE TRABAJO.

Se efectuó un estudio retrospectivo, revisando 1001 casos de Laparotomía Exploradora de Urgencia, por abdomen agudo quirúrgico, realizadas en los años de 1979, 1980, 1981 y 1982, en el hospital de Gineco-Obstetricia No. 7, Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se revisó en cada caso: diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio, cirugía realizada y hallazgos quirúrgicos.

Se excluyen en el estudio 168 casos de laparotomía exploradoras de urgencia, realizadas en pacientes reintervenidas (hemostasia postquirúrgica, absceso pélvico, textiloma); también se excluyen las dehiscencias de histerorrafia post y transporte, mencionandose solo con fines estadísticos.

RESULTADOS.

Causas de abdomen agudo quirúrgico en pacientes reintervenidas, excluidas del estudio (cuadro 1).

Causas de abdomen agudo con laparotomía exploradora de urgencia y porcentaje encontrado (cuadro 2).

Correlación clínica encontrada entre el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio; con certeza, duda y falla diagnóstica, en las laparotomías exploradoras de urgencia por abdomen agudo (cuadro 3-41).

Correlación diagnóstica final encontrada en abdomen agudo con laparotomía exploradora de urgencia (cuadro 42-46).

La hipótesis 1 : La certeza diagnóstica etiológica en el abdomen agudo quirúrgico de causa gineco-obstétrica, en gran proporción no se corrobora con los hallazgos quirúrgicos.

Resultado FALSA, ya que en el 51.62% de los casos, se realizó el diagnóstico de certeza, que se corrobora con los hallazgos quirúrgicos.

La hipótesis 2 : La laparotomía exploradora de urgencia por abdomen agudo quirúrgico, en un alto porcentaje, se encuentra justificada al encontrar patología causal.

Resultado VERDADERA, ya que en el 88.95% de los casos, fueron por abdomen agudo quirúrgico, el 11.04 % por abdomen agudo médico y el 2.88 % global (24 casos)-- sin mostrar patología orgánica o pacientes hipocondríacos??

CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES REINTERVENIDAS

CUADRO I

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
HEMOSTASIA POST- QUIRURGICA	97	57.7
ABSCESO PELVICO	13	11.3
TEXTILOMA	5	3.0
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA TRANSPARTO	2	1.2
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA POST-PARTO	37	22.0
VARIOS	8	4.8
TOTAL	168	100.0

CAUSAS DE LAPARATOMIA EXPLORADORA DE URGENCIA POR ABDOMEN AGUDO

CUADRO 2

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	421	50.54
QUISTE DE OVARIO	137	16.45
APENDICITIS	63	7.56
PERFORACION UTERINA	60	7.21
SALPINGITIS (E.P.I.A.)	45	5.40
SIN PATOLOGIA APARENTE	24	2.88
QUISTE PARATUBARIO	19	2.28
PROCESO PELVICO ADHERENCIAL	19	2.28
MIOMATOSIS UTERINA	6	.72
DIU TRASLOCADO	6	.72
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA C.	5	.60
ENDOMETRIOSIS PELVICA	4	.48
ABORTO (INCOMPLETO, EVOLUCION)	4	.48
PIOSALPIN X (E.P.C.A.)	4	.48
INFECCION DE VIAS URINARIAS	3	.36
VARIAS	13	1.56
TOTAL	833	100.00

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE EMBARAZO ECTOPICO

CUADRO 3

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	285	67.70
DUDA	34	22.33
FALLA	42	9.97
TOTAL	421	100.0

DUDA PRE-OPERATORIA DE EMBARAZO ECTOPICO

CUADRO 4

DIAGNOSTICO-EMBARAZO ECTOPICO V.S.	No. DE CASOS	PORCENTAJE
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	27	28.72
ANEXITIS	22	23.41
PERFORACION UTERINA POST-LUI	19	20.21
APENDICITIS	18	19.16
ABORTO *	5	5.32
TUMORACION ANEXIAL	1	1.06
COLECISTITIS AGUDA	1	1.06
DIU TRASLOCADO	1	1.06
TOTAL	94	100.0

* INCOMPLETO (2), DIFERIDO (2), EN EVOLUCION (1)

FALLA EN DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO EMBARAZO ECTOPICO

CUADRO 5

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
PERFORACION UTERINA POST-LUI	20	47.61
ABDOMEN AGUDO GINECOLOGICO	7	16.67
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	6	14.29
TUMORACION ANEXIAL	6	14.29
APENDICITIS	3	7.14
TOTAL	42	100.0

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE QUISTE DE OVARIO

CUADRO 6

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	73	53.29
DUDA	33	24.09
FALLA	31	22.53
TOTAL	137	100.00

DUDA PRE-OPERATORIA DE QUISTE DE OVARIO

CUADRO 7

DIAGNOSTICO- QUISTE DE OVARIO V.S.	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	21	63.64
ANEXITIS	5	15.15
APENDICITIS	3	9.09
MIOMATOSIS UTERINA	2	6.06
PERFORACION UTERINA POST-LUI	1	3.03
ABORTO INCOMPLETO	1	3.03
TOTAL	33	100.00

FALLA EN DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE QUISTE DE OVARIO

CUADRO 8

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	23	74.18
PERFORACION UTERINA POST-LUI	4	12.90
APENDICITIS	1	3.23
MASA ANEXIAL	1	3.23
COLECISTITIS	1	3.23
D. P. N. I	1	3.23
TOTAL	31	100.00

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE APENDICITIS

CUADRO 9

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	17	26.38
DUDA	15	23.81
FALLA	31	49.21
TOTAL	63	100.00

DUDA PRE-OPERATORIA DE APENDICITIS

CUADRO 10

DIAGNOSTICO-APENDICITIS V.S.	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	6	40.00
ANEXITIS	5	33.33
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	3	20.00
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	1	6.67
TOTAL	15	100.00

FALLA EN DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE APENDICITIS

CUADRO 11

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	20	64.52
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	4	12.91
ANEXITIS	3	9.68
RUPTURA UTERINA	2	6.41
EMBARAZO DE TERMINO Y D.C.P.	1	3.24
TOTAL	31	100.00

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE PERFORACION UTERINA

CUADRO 12

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	49	81.67
DUDA	10	16.67
FALLA	1	1.66
TOTAL	60	100.00

DUDA PRE-OPERATORIA DE PERFORACION UTERINA

CUADRO 13

DIAGNOSTICO-PERFORACION UTERINA V.S.	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ABORTO INCOMPLETO	5	50.00
EMBARAZO ECTOPICO	3	30.00
ABORTO DIFERIDO	2	20.00
TOTAL	10	100.00

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE PERFORACION UTERINA

CUADRO 14

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ABORTO DIFERIC	1	100.00

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE SALPINGITIS

CUADRO 15

DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	0	0
DUDA	11	24.44
FALLA	34	75.56
TOTAL	45	100.00

DUDA PRE-OPERATORIA DE SALPINGITIS

CUADRO 16

DIAGNOSTICO-SALPINGITIS V. S.	No. DE CASOS	PORCENTAJE
APENDICITIS	8	72.73
PERFORACION UTERINA POST LUI	2	18.18
EMBARAZO ECTOPICO	1	9.09
TOTAL	11	100.00

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE SALPINGITIS

CUADRO 17

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	20	58.82
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	7	20.59
PERFORACION UTERINA POST LUI	5	14.71
APENDICITIS	1	2.94
RUPTURA UTERINA	1	2.94
TOTAL	54	100.00

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO SIN PATOLOGIA APARENTE

CUADRO 18

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	0	0
DUDA	0	0
FALLA	24	100
TOTAL	24	100

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO SIN PATOLOGIA APARENTE

CUADRO 19

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	13	54.17
PERFORACION UTERINA POST LUI	5	20.83
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	4	16.67
APENDICITIS	2	8.33
TOTAL	24	100.00

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE QUISTE PARATUBARIO

CUADRO 20

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	0	0
DUDA	2	10.53
FALLA	17	89.47
TOTAL	19	100.00

DUDA PRE-OPERATORIA DE QUISTE PARATUBARIO

CUADRO 21

DIAGNOSTICO-QUISTE PARATUBARIO V.S.	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	2	100.00

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE QUISTE PARATUBARIO

CUADRO 22

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	11	64.71
EMBARAZO ECTOPICO	5	29.41
APENDICITIS	1	5.88
TOTAL	17	100.00

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE PROCESO PELVICO ADHERENCIAL

CUADRO 23

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	0	0
DUDA	0	0
FALLA	19	100
TOTAL	19	100

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE PROCESO PELVICO ADHERENCIAL

CUADRO 24

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	10	52.63
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	6	31.58
APENDICITIS	2	10.53
PERFORACION UTERINA POST-LUI	1	5.26
TOTAL	19	100.00

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE MIOMATOSIS UTERINA

CUADRO 25

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	1	16.67
DUDA	0	0.0
FALLA	5	83.33
TOTAL	6	100.00

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE MIOMATOSIS UTERINA

CUADRO 26

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	3	60.00
EMBARAZO ECTOPICO	2	40.00
TOTAL	5	100.00

**DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE DIU
TRANSLOCADO**

CUADRO 27

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	5	83.33
DUDA	0	0.0
FALLA	1	16.67
TOTAL	6	100.00

**FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO
DE DIU TRANSLOCADO**

CUADRO 28

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
APENDICITIS Y EMBARAZO DE 27 SEMANAS	1	100.0

**DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE ENFERMEDAD
PELVICA INFLAMATORIA**

CUADRO 29

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	0	0.0
DUDA	0	0.0
FALLA	5	100.0
TOTAL	5	100.0

**FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO
DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA**

CUADRO 30

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	2	40.00
EMBARAZO ECTOPICO	2	40.00
ULCERA GASTRICA PERFORACA	1	20.00
TOTAL	5	100.00

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE ENDOMETRIOSIS PELVICA

CUADRO 31

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	0	0
DUDA	0	0
FALLA	4	100.0
TOTAL	4	100.0

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE ENDOMETRIOSIS PELVICA

CUADRO 32

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	3	75.0
APENDICITIS	1	25.0
TOTAL	4	100.0

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE ABORTO INCOMPLETO

CUADRO 33

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	0	0
DUDA	0	0
FALLA	4	100.0
TOTAL	4	100.0

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE ABORTO INCOMPLETO

CUADRO 34

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	3	75.0
QUISTE DE OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	1	25.0
TOTAL	4	100.0

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE PIOSALPINX

CUADRO 35

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	0	0
JUDA	0	0
FALLA	4	100.0
TOTAL	4	100.0

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE PIOSALPINX

CUADRO 36

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	2	50.0
APENDICITIS	2	50.0
TOTAL	4	100.0

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO DE INFECCION DE VIAS URINARIAS

CUADRO 37

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	0	0.0
DUDA	0	0.0
FALLA	3	100.0
TOTAL	3	100.0

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE INFECCION DE VIAS URINARIAS

CUADRO 38

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
APENDICITIS	3	100.00

*** OTROS DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIOS COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO**

CUADRO 39

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	0	0.0
DUDA	0	0.0
FALLA	13	100.0
TOTAL	13	100.0

FALLA EN EL DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE OTRAS CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO

CUADRO 40

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	6	46.16
APENDICITIS	4	30.77
RUPTURA UTERINA	1	7.69
PERFORACION UTERINA POS LUI	1	7.69
OVARIO CON PEDICULO TORCIDO	1	7.69
TOTAL	13	100.00

* 6 CASOS 1AQ: 2 DE ULCERA GASTRICA PERFORADA; 2 ABSCESO HEPATICO AMBIANO ROTO; 2 DE RUPTURA HEPATICA (TOXEMIA)

* 7 CASOS 1AM: 2 DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL; 1 DE INFILTRACION DE GAS EN SALPINGE POST QUIMIO INSUFLACION TUBARIA; 1 DE SALMONELOSIS; 1 DE TIFLITIS; 1 DE HEPATOMEGALIA; 1 DE CONGESTION VASCULAR PELVICA

CORRELACION DIAGNOSTICA PRE Y POST- OPERATORIA DE CAUSAS DE LAPARATOMIA EXPLORADORA

CUADRO 41

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO	DIAGNOSTICO PREOPERATORIO			TOTAL
	CERTEZA	DUDA	FALLA	
EMBARAZO ECTOPICO	285	94	42	421
QUISTE DE OVARIO	73	33	31	137
APENDICITIS	17	15	31	63
PERFORACION UTERINA	49	10	1	60
SALPINGITIS	0	11	34	45
SIN PATOLOGIA APARENTE	0	0	24	24
QUISTE PARATUBARIO	0	2	17	19
PROCESO PELVICO ADHERENCIAL	0	0	19	19
MIOMATOSIS UTERINA	1	0	5	6
DIU TRASLOCADO	5	0	1	6
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	0	0	5	5
ENDOMETRIOSIS PELVICA	0	0	4	4
ABORTO INCOMPLETO, EVOLUCION	0	0	4	4
PIOSALPINX	0	0	4	4
INFECCION DE VIAS URINARIAS	0	0	3	3
VARIAS	0	0	13	13
TOTAL	430	165	238	833

CORRELACION DIAGNOSTICA FINAL EN ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO

CUADRO 42

DIAGNOSTICO	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
CERTEZA	430	51.62
DUDA	165	19.80
FALLA	238	28.57
TOTAL	833	100.00

CUADRO 43

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO	741	88.95
ABDOMEN AGUDO MEDICO	92	11.04
TOTAL	833	100.00

CUADRO 44

A.A. CON PATOLOGIA ORGANICA	809	97.11
A.A. SIN PATOLOGIA ORGANICA (PAC. HIPOCONDRIACAS ??)	24	2.88
TOTAL	833	100.00

CAUSAS DE LAPARATOMIA EXPLORADORA DE URGENCIA POR ABDOMEN AGUDO MEDICO

CUADRO 45

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SALPINGITIS (E.P. I.A.)	45	48.91
SIN PATOLOGIA ORGANICA(PAC.HIPOCONDRIACAS ??)	24	26.08
ENFERMEDAD PELVICA INF CRONICA(E.P.I.C.)	5	5.43
PIOSALPINX (E.P.I.C.A.)	4	4.34
ABORTO INCOMPLETO, EVOLUCION	4	4.34
INFECCION VIAS URINARIAS	3	3.26
VARIAS *	7	7.60
TOTAL	92	100.00

* 2 CASOS DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL; 1 DE INFILTRACION DE GAS POSTQUIMIO
INSUFLACION TUBARIA; 1 DE SALMONELOSIS; 1 DE TIFLITIS; 1 DE HEPATOMEGALIA
Y 1 DE CONGESTION VASCULAR PELVICA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CHI CUADRADA

CUADRO 46

DIAGNOSTICO	CERTEZA	DUDA	FALLA	TOTAL
A. A. C.	430 (382.51)	154 (146.78)	157 (211.71)	741
A. A. M.	0 (47.49)	11 (18.22)	81 (26.29)	92
TOTAL	430	165	238	833

$$\chi^2 = 5.90 + 0.36 + 14.14 \\ 47.49 + 2.86 + 113.85 = 184.59$$

$$\chi^2_C = 184.59 \quad \chi^2_T = 13.32; P < 0.001$$

CONCLUSIONES.

Del total de pacientes sometidos a laparotomía exploradora de urgencia por Abdomen Agudo (833 casos) , se encontró que en el 11.84% (92 casos), cursaron con Abdomen Agudo Médico; lo que nos indica que 11 de cada 100 pacientes se operan de manera innecesaria, ya que con tratamiento médico específico oportuno, se resuelve la patología causal. Así como la falla y duda diagnóstica en Abdomen Agudo, resultó ser estadísticamente significativa (Cuadro 46).

Lo anteriormente expuesto, deberá ser una llamada de atención para el médico de 1o., 2o., y 3er. nivel de atención médica, para actuar con mayor cautela, agotando todos los recursos posibles y disponibles en el estudio del paciente con Abdomen Agudo.

9.- Jordan G.L. The Acute Abdomen.

Adv. Surg.

1980. 14: 259-315

10.- Jacobsen L. Differential diagnosis of acute pelvic inflammatory disease.

Am. J. Obstet. Gynecol.

138. 1006. 1980

11.- Perlman D.A. Ectopic pregnancy early diagnosis limitations.

Int. J. Gynecol Obstet.

1982. oct. 20 (5) 371-8

12.- Heldt D.S. Intestinal perforation during pregnancy.

Int J. Gynecol. Obstet.

1982. Aug. 20(4): 335-9

13.- Patrick. Ectopic pregnancy (rev.).

Am. Emerg. Med.

1982 oct. 11 (10): 556-8.

14.- Lewis F.R. Appendicitis. A critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases.

Arch Surg.

1975. 110: 577-84

15.- Vastrom L. Clinical manifestations and diagnosis of pelvic inflammatory disease.

J. Reprod. Med.

28.703. 1983.