

11209

26
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación 3 Suroeste del D. F.
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G"
Centro Médico Nacional Siglo XXI

**MANEJO QUIRURGICO DE PACIENTES CON
ABDOMEN AGUDO EN UN HOSPITAL RURAL**

T E S I S
para obtener el Diploma de Especialista en
CIRUGIA GENERAL
p r e s e n t a
DRA. XIUMARA CUADRA CLAVEL



IMSS

A S E S O R E S:
DR. FELIPE ROBLEDO DR. ANTONIO CASTELLANOS

México, D. F.

Febrero de 1994

FALLA DE ORIGEN

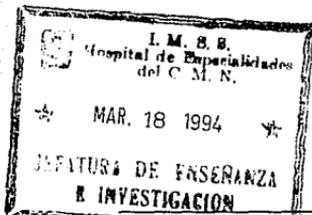


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.



DR. NIELS WACHER RODARTE
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES " DR. BERNARDO SEPULVEDA G. "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIROGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES " DR. BERNARDO SEPULVEDA G. "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. FELIPE ROBLEDO OGAZON
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIROGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES " DR. BERNARDO SEPULVEDA G. "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
(ASESOR DE TESIS)

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
SUBJEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES " DR. BERNARDO SEPULVEDA G. "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
(ASESOR METODOLOGICO DE TESIS)



AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE:

LUCY CLAVEL.

Por sus consejos, amor y apoyo que me brindó durante mi carrera.

A MI ESPOSO:

LIC. SADOT JAVIER ANDRADE MTZ.

Con todo mi amor y agradecimiento por su apoyo incondicional.

A MI HERMANA:

SORAYA:

Con cariño y afecto.

A MIS SOBRINOS:

METZLI, TOTY y JAVIER.

Con profundo amor y cariño.

A MIS MAESTROS:

Dr. BLANCO, Dr. ROBLEDO, Dr. CASTILLO,

Dr. MIER y Dr. GUIJANO.

Por su amistad, con respeto y admiración.

INDICE

	PAG
RESUMEN	
ANTECEDENTES.....	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	6
DATOS HISTORICOS Y SOCIODEMOGRAFICOS	9
JUSTIFICACION	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVOS.....	15
MATERIAL Y METODOS.....	16
TIPO DE ESTUDIO	16
UNIVERSO DE TRABAJO	16
CRITERIOS DE SELECCION.....	16
DESCRIPCION DE LAS VARIABLES.....	17
PROCEDIMIENTO.....	18
RESULTADOS.....	23
CUADROS, GRAFICAS Y FOTOS	
DISCUSION.....	25
CONCLUSIONES	29
ANEXO (1)	30
BIBLIOGRAFIA.....	31

RESUMEN

El Abdomen agudo continúa siendo una urgencia quirúrgica de gran importancia, la realización oportuna de la cirugía permite disminuir la incidencia de la morbilidad y mortalidad postoperatoria.

Realizamos la siguiente investigación con el fin de conocer cuál es la frecuencia y las principales causas de esta patología, el tiempo de estancia postoperatoria y las complicaciones más frecuentes, en el Hospital Rural de Solidaridad " Matías Romero, Oaxaca ".

Para lograrlo diseñamos un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional. Se estudió a la población que fué atendida en el Servicio de Urgencias del mencionado hospital en el periodo comprendido del 1 de noviembre de 1993 al 24 de febrero de 1994.

Se estudiaron cuarenta pacientes a los que se practicó Laparotomía exploradora, 15 hombres con promedio de edad de 37.6 ± 11.2 años, 15 mujeres de 30.1 ± 7.4 , 8 niños de 10.6 ± 3.5 y 2 niñas de 6.5 ± 0.7 años

La frecuencia de abdomen agudo en la población estudiada fué de 30% y las principales causas fueron: Apendicitis aguda complicada (70%) Heridas penetrantes de abdomen (15%) y Pícolecisto (5%).

El promedio de estancia hospitalaria para postoperados de apendicectomía fué de 3.8 ± 1 y para colecistectomía 30 ± 28.2 .

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Laparotomía exploradora es el manejo indicado en aquellos pacientes con abdomen agudo, para identificar la causa que lo ocasionó; además de evitar el incremento de las cifras de morbimortalidad a cualquier edad (1).

Es igualmente importante lo que ocasiona el abdomen agudo, es decir la sepsis abdominal, la cual está considerada como la principal causa de mortalidad (2).

El abdomen agudo se define como "aquellos síntomas que representan manifestaciones subjetivas de trastornos de la función y no son específicos de una enfermedad sino de un estado fisiopatológico" (3).

Los síntomas resultantes de las enfermedades gastrointestinales son:

- Dolor Abdominal
- Disfagia
- Anorexia
- Náuseas y vómitos
- Timpanismo o distensión
- Estreñimiento y diarrea

Los signos de las enfermedades gastrointestinales son datos obje

tivos de un proceso patológico y consisten en:

- Dolor abdominal a la palpación rigidez de pared abdominal
- Masas palpables
- Manifestaciones de hemorragia gastrointestinal

La patología inflamatoria intraabdominal y el trauma abdominal (heridas por proyectil de arma de fuego), son las principales causas de sepsis abdominal ya que destruyen mecanismos de defensa locales e incrementan la susceptibilidad a las infecciones "x-x".

Los padecimientos abdominales agudos en lactantes y niños difieren de los adultos. En algunas circunstancias es útil la sedación. Tanto los trastornos congénitos como los adquiridos, suelen ser difíciles de diagnosticar en lactantes y niños por el problema de obtener una historia y examen físico adecuados "x".

El examen abdominal en el recién nacido y lactante menor puede conllevar errores en el caso de la peritonitis difusa, ya que no hay una sensibilidad dolorosa discernible "x".

En el caso específico de apendicitis en menores de 3 años en etapas tardías se pueden encontrar pruebas de masa abdominal en el cuadrante inferior derecho, con cuadro de íleo intenso que puede simular la obstrucción del intestino delgado.

En los casos de apendicitis que se presentan en niños mayores son

frecuentes la hematuria y la piuria microscópica. La apendicitis perforada se puede presentar con recuento leucocitario normal tanto en niños como en adultos. (**)

Los adolescentes presentan dolor abdominal por diversas causas que van desde enfermedad inflamatoria pélvica hasta el embarazo ectópico.

La incidencia de infección postoperatoria de las heridas y el absceso intraabdominal puede ser menor en los niños con perforación apendicular debido al uso generalizado e indiscriminado de antibióticos con cobertura para aerobios y anaerobios, en esta situación los pacientes pediátricos con apendicitis perforada se les realiza cierre primario de la herida quirúrgica y sin drenajes. (**)

El término Peritonitis implica inflamación del peritoneo. Se clasifica de acuerdo a su localización anatómica y la respuesta fisiopatológica que se encuentra asociada con la infección del peritoneo, se divide en:

Peritonitis primaria: se define como una infección bacteriana de la cavidad peritoneal que ocurre en ausencia de disrupción del tracto gastrointestinal, se trata generalmente de una infección monomicrobiana producida

por microorganismos entéricos particularmente *Escherichia coli* (11)

Peritonitis secundaria: se define como una infección peritoneal debida a la perforación de una víscera hueca que ocasiona dolor abdominal, datos de irritación peritoneal y el lavado peritoneal es positivo para la búsqueda de bacterias; estos pacientes son capaces en ocasiones de localizar la infección facilitando su tratamiento con drenajes quirúrgicos y antibióticos (12).

Peritonitis terciaria: se define como el desarrollo de una inflamación difusa y persistente como resultado de una superinfección por gérmenes oportunistas como *Cándida albicans* y *Estafilococo epidermidis* (13).

Los pacientes con este tipo de peritonitis son incapaces de localizar la infección y generalmente desarrollan sepsis grave manifestada por estado cardiovascular hiperdinámico e hipermetabolismo, sin embargo, no es posible demostrar sitios bien localizados del origen de la infección por lo que son sometidos a numerosas exploraciones quirúrgicas con la finalidad de lograr un

completo drenaje de las colecciones residuales sin obtenerse una mejoría del paciente (8-10).

Los agentes etiológicos de la peritonitis terciaria son microorganismos patógenos que condicionan una superinfección que ocurre después del tratamiento con múltiples esquemas antimicrobianos (10). Entre la microbiología de la peritonitis terciaria destacan el estafilococo epidermidis, especies de *Cándida* y *Pseudomonas*, las cuales tienen una alta virulencia. La especie *Cándida albicans* es la más común y se encuentra aproximadamente en 80% de los cultivos; los factores que determinan la virulencia de ésta son su capacidad para colonizar el endotelio y las células epiteliales, así como la producción y secreción de enzimas que facilitan la invasión tisular principalmente de la enzima aspartato proteinasa (10,11).

El tracto gastrointestinal se considera una importante vía de entrada para los microorganismos patógenos y por producir cambios mediante un mecanismo denominado traslocación mitótica y para lo cual el peritoneo cuenta con tres mecanismos de defensa:

1. Absorción directa de microorganismos a través de los vasos linfáticos diafragmáticos.
2. Fagocitosis y destrucción bacteriana por macrófagos y neutrófilos que se encuentran libres en el peritoneo.
3. Control y delimitación de la infección mediante la formación de abscesos (11).

La peritonitis terciaria se asocia con una depresión del sistema inmune y con el desarrollo de falla orgánica, la cual resulta de una reacción inflamatoria grave y generalizada secundaria a estímulos como trauma y peritonitis no bacteriana ⁽¹²⁾.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde el siglo pasado se han efectuado numerosos estudios en relación a la etiología y manejo de la peritonitis.

En 1926 Kirschner de la Sociedad Alemana de Cirugía, presentó un tratamiento de la peritonitis que ha servido como punto de partida para las terapéuticas actuales ⁽¹³⁾.

De acuerdo a la terminología antes expuesta la peritonitis se clasificó en primaria o espontánea, la cual es inducida por invasión hematógena de bacterias a la cavidad peritoneal y por lo tanto es susceptible de tratamiento médico.

La peritonitis secundaria se agrupó de acuerdo al pronóstico en:

- Independientemente de su origen anatómico la patología inflamatoria intraabdominal o perforación de vísceras conduce a peritonitis local o generalizada.
- La peritonitis posoperatoria se considera como una entidad

separada porque la mortalidad es mayor (14.18).

En el período de 1895 a 1925, Kirschner revisó 1626 casos tratados en Königsberg y encontró que la mayoría fueron secundarios a apendicitis (14.17).

Pawlowsky en 1887 estudió las bases microbiológicas de la peritonitis e inició una línea de investigación sobre el manejo de antibióticos (17.18).

El Dr. Paul Ehrlich propuso en teoría las bases de lo que sería la futura terapéutica y la llamó terapia "estabilizante magna", a base de antibióticos que debía ser tan efectiva para permitir que la administración de una sola dosis destruyera toda la masa de bacterias en forma selectiva (17-20).

En 1965 Campbell describió la insuficiencia respiratoria en un paciente a consecuencia de una infección intraabdominal. Posteriormente en 1967 Ashbough describió por primera vez el Síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto (21).

En 1975 Payol estableció las bases para el manejo de infecciones intraabdominales con el abdomen abierto, cuando no era posible efectuar una evacuación total del tejido dañado y necrótico.

En 1979 Yay utilizó múltiples laparotomías para el manejo de peritonitis difusa; en 1981 Sakay empleó este método para la peritonitis secundaria a la diverticulitis ⁽²¹⁾.

Con estudios posteriores sobre la microbiología de la peritonitis se propuso el uso de un esquema triple de antimicrobianos para ampliar la cobertura ⁽²²⁾.

En 1982 David demostró en un grupo de pacientes pediátricos con apendicitis perforada y gangrena, con una marcada disminución de la incidencia de peritonitis, con el uso de antimicrobianos.

En 1985 Lennard comparó clindamicina, gentamicina y cloranfenicol para el tratamiento de infecciones intraabdominales y encontró una respuesta favorable con el uso de clindamicina en infecciones por anaerobios.

Jarvis reportó una serie de 344,610 infecciones nosocomiales donde 17.9 % fueron causadas por hongos de la especie *Cándida* ^(22,23).

DATOS HISTORICOS Y SOCIODEMOGRAFICOS DE LA COMUNIDAD

Matías Romero, Oaxaca; es una ciudad joven en la región del istmo del estado de Oaxaca; se fundó en 1906. Anteriormente Matías Romero era un lugar inhóspito, la mayor parte era llano, llamado el llano Xociapa. El municipio de Matías Romero se formó por una fracción de territorio que compró la Cía. de Ferrocarriles Nacionales de México.

Localización: La Cd. Matías Romero, es municipio libre pertenece al distrito de Juchitán de Zaragoza, que se rige de acuerdo a las leyes constitucionales vigentes en el estado de Oaxaca al cual pertenece. Matías Romero se encuentra ubicado al sureste de la República Mexicana y del estado de Oaxaca.

Límites: cuenta con extensión territorial de 3160 hectáreas colindando al norte con Mogoñé, al noroeste con San Juan Guichicovi, al oeste comunidad del paraíso, Santo Domingo Petapa, Santa María Petapa, el barrio de La Soledad, al sur con Lagunas, al este con la comunidad de Ocotal Grande.

Las ciudades más cercanas por su población y desarrollo son: Salina Cruz Oax., localizada a 100 km de distancia; Coatzacoalcos Ver., localizada a 200 km de distancia; Oaxaca, la capital del estado, localizada a 360 km de distancia.

Por ser una ciudad semiurbana y encontrarse en proceso de urbanización sus vías de acceso son:

Terrestre. La carretera transistmica que la comunica con el estado de Veracruz, y La Ventosa en donde se une a la Panamericana que la comunica con el estado de Chiapas, Juchitán, Tehuantepec y Oaxaca. Y una colateral de esta última es la carretera Costera que la comunica con Salina Cruz y Tapachula Chis., por un lado y por el otro con los estados de Veracruz y Yucatán (14).

Demografía. La población en general pertenece a la raza mestiza, aunque existe un buen porcentaje de población indígena pura, procedentes de las poblaciones vecinas. Cuenta con 8,659 habitantes.

Problemas sociales. Los principales problemas a los que se enfrenta esta población son :

El alcoholismo, es el más frecuente y está favorecido favorecido por la falta de orientación sobre la enfermedad, la falta de centros de trabajo y de diversión en donde utilizar el tiempo libre, existencia de gran número de bares y cantinas, y por último el clima que favorece notablemente la ingestión de bebidas refrescantes.

La drogadicción, es otro gran problema de la sociedad, dado principalmente por la falta de orientación por parte de los padres y maestros hacia los jóvenes .

La delincuencia, se ve favorecido por la situación económica del país y sobre todo de la región; la falta de orientación y la desintegración familiar (24)

JUSTIFICACION

En el Hospital Rural de Solidaridad "Matías Romero, Oaxaca", existe una gran prevalencia de pacientes que sufren lesiones por proyectil de arma de fuego y/o arma punzocortante en abdomen y/o tórax; una alta incidencia de accidentes automovilísticos (choques y atropellamientos), por la ubicación del poblado; añadiéndose a esto: las grandes necesidades económicas, la desintegración familiar y el alcoholismo.

El resultado de lo anterior es una gran demanda de atención médica en el servicio de Urgencias, siendo frecuentemente necesario proporcionar tratamiento quirúrgico por laparotomía exploradora, a aquellos pacientes accidentados que ingresan en mal estado general, en choque hipovolémico, con desnutrición y habitualmente en estado de embriaguez.

La Sepsis abdominal es una complicación frecuente, probablemente secundaria a la ignorancia de la población, que no acude en forma oportuna a solicitar atención médica y a que la mayoría de los poblados se encuentran alejados del hospital, lo cual condiciona pérdida de tiempo en el desplazamiento de los pacientes (desde dos horas mínimo hasta dos días máximo).

Los recursos materiales y humanos con los que cuenta el hospital son limitados y los únicos exámenes de laboratorio que pueden

realizarse son: hemoglobina, glucosa sérica y examen general de orina, exclusivamente en el turno matutino; careciendo de este apoyo en los otros turnos y en fin de semana. Tampoco se cuenta con estudios de gabinete. Por lo que frecuentemente las decisiones de manejo se basan exclusivamente en los aspectos clínicos.

En base a lo anterior decidí realizar este trabajo para dar a conocer las causas más frecuentes de abdomen agudo en esta población y la evolución postoperatoria de pacientes sometidos a laparotomía exploradora en las condiciones anteriormente mencionadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿ Cuál es la frecuencia de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo atendidos en el servicio de Urgencias del HRS "Matías Romero, Oaxaca" del 1 de noviembre de 1993 al 24 de febrero de 1994 ?

- ¿ Cuáles son las causas más frecuentes de abdomen agudo en los pacientes sometidos a Laparotomía exploradora en HRS "Matías Romero, Oaxaca" del 1 de noviembre de 1993 al 24 de febrero de 1994 ?

- ¿ Cuáles son las complicaciones postoperatorias más frecuentes en los pacientes con diagnóstico de abdomen agudo que fueron sometidos a Laparotomía exploradora en HRS "Matías Romero, Oaxaca" del 1 de nov. de 1993 al 24 de feb. de 1994 ?

- ¿ Cuál es el promedio de estancia hospitalaria de los pacientes con diagnóstico de abdomen agudo que fueron sometidos a Laparotomía exploradora en HRS "Matías Romero, Oaxaca" del 1 de noviembre de 1993 al 24 de febrero de 1994 ?

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo atendidos en el servicio de Urgencias del HRS "Matías Romero, Oaxaca" del 1 de noviembre de 1993 al 24 de febrero de 1994

Conocer las causas más frecuentes de abdomen agudo en los pacientes sometidos a Laparotomía exploradora en HRS "Matías Romero, Oaxaca" del 1 de noviembre de 1993 al 24 de febrero de 1994

Conocer las complicaciones postoperatorias más frecuentes en los pacientes con diagnóstico de abdomen agudo que fueron sometidos a Laparotomía exploradora en HRS "Matías Romero, Oaxaca" del 1 de nov. de 1993 al 24 de feb. de 1994

Conocer el promedio de estancia hospitalaria de los pacientes con diagnóstico de abdomen agudo que fueron sometidos a Laparotomía exploradora en HRS "Matías Romero, Oaxaca" del 1 de noviembre de 1993 al 24 de febrero de 1994

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio : longitudinal, prospectivo, observacional y descriptivo (Cohorte)

Universo de trabajo: pacientes que acudieron al servicio de Urgencias del HRS "Matías Romero, Oaxaca" del 1 de nov. de 1993 al 24 de feb. de 1994

CRITERIOS DE INCLUSION

- pacientes de cualquier sexo y edad
- con datos clínicos de abdomen agudo
- que ameritaran intervención quirúrgica de urgencia

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- pacientes sin datos clínicos de abdomen agudo
- sujetos que no aceptaron la intervención quirúrgica

CRITERIOS DE ELIMINACION

- pacientes que solicitaron Alta Voluntaria

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES SEGUN LA METODOLOGIA

Variable independiente :

Abdomen agudo, se consideró este diagnóstico cuando los pacientes presentaban dolor abdominal intenso, náusea y o vómitos, anorexia, hipertermia, taquicardia, distensión abdominal, peristalsis disminuida o abolida y datos de irritación peritoneal como signo de McBurney, signo de Rousing, signo del obturador y del psoas, resistencia muscular involuntaria y aumento de dolor a nivel del saco de Douglas, al tacto vaginal o rectal.

Laparotomía exploradora, intervención quirúrgica que consiste en explorar la cavidad abdominal, con el fin de determinar la causa de abdomen agudo.

Variables dependientes :

Causas de abdomen agudo, se determinaron de acuerdo a los hallazgos quirúrgicos (apendicitis, piocolecisto, embarazo ectópico, isquemia intestinal, perforación intestinal).

Complicaciones postoperatorias, se tomó en cuenta todo trastorno que modificó en forma adversa la evolución natural postoperatoria.

Tiempo de estancia hospitalaria, se midió el tiempo transcurrido desde el día de la intervención quirúrgica, hasta que el paciente fué dado de alta a su domicilio.

PROCEDIMIENTO

Los pacientes fueron captados en el servicio de Urgencias del HRS "Matías Romero, Oaxaca" el autor realizó valoración clínica a todos los pacientes con patología abdominal y en los que se concluyó diagnóstico de abdomen agudo fueron programados con carácter de urgencia para intervención quirúrgica, previa valoración por el servicio de Anestesiología que determinó el riesgo anestésico quirúrgico según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) y eligió la técnica anestésica que en todos los casos fué anestesia general endovenosa.

Previa asepsia y antisepsia de la región abdominal y colocación de campos estériles, en la mayoría de los casos se realizó incisión infraumbilical y solo en los pacientes con piocolecisto se efectuó incisión supraumbilical. Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron de acuerdo con los hallazgos operatorios. En todos los casos que ameritaron apendicectomía, se empleó la técnica Pouché. La colecistectomía fué con técnica anterógrada y retrógrada.

En el paciente que presentó isquemia intestinal se efectuó resección intestinal con entero-enteroanastomosis término terminal.

En los pacientes con perforación intestinal de 1.5 cm de diámetro y tiempo de evolución de menos de dos horas se practicó cierre primario de la lesión.

En la paciente que cursó con embarazo ectópico, se encontró perforación de la trompa de falopio derecha y ameritó salpingectomía.

Las mujeres con quiste de ovario ameritaron resección completa del mismo y cierre primaria del ovario.

El balance de líquidos estuvo a cargo de los anesthesiólogos, en ningún caso se utilizó hemotransfusión en el transquirúrgico.

En uno de los pacientes heridos por arma de fuego, a la exploración quirúrgica se encontraron múltiples perforaciones de intestino delgado, colon descendente, de uretero izquierdo, con gran hematoma retroperitoneal evolutivo; aunque no pudo determinarse el origen del sangrado activo, se observó gran lesión de masas musculares y fractura de la cresta ilíaca izquierda con sangrado activo y hemoperitoneo cuantificado de 3000 ml, este paciente presentó choque hemorrágico en el postoperatorio y finalmente falleció, pues fue imposible obtener sangre para reponer las pérdidas sanguíneas.

Los pacientes después de su recuperación anestésica se envían a piso y durante su estancia hospitalaria su manejo fue el siguiente: en las primeras horas del postoperatorio se ajustaron los esquemas de soluciones, de antibióticos y de analgésicos; durante los dos turnos siguientes al procedimiento quirúrgico se realizó control de líquidos utilizando el siguiente esquema : solución glucosada al 5% 1000 ml para 8 horas, solución mixta 1000 ml para 8 horas y en las restantes ocho horas se administró nuevamente solución glucosada al 5% . De acuerdo a las pérdidas en general, se hicieron los ajustes necesarios según las necesidades hídricas. En pacientes con buena evolución durante las primeras 24 horas se disminuían los líquidos parenterales a 2000 ml por día y a las 48 horas del postoperatorio se suspendían los líquidos parenterales.

Con respecto al manejo de antibióticos, el esquema que se utilizó en pacientes con apendicitis complicada fue 500 mg de metronidazol y 80 mg de gentamicina por vía intravenosa cada 8 horas. Si su evolución era satisfactoria se continuaba por vía oral e intramuscular.

Los pacientes con colecistectomía secundaria a Pilocolecistose manejaron con 1 gramo de cefotaxima y 80 mg de gentamicina por vía intravenosa durante 10 días.

Los pacientes que presentaron perforaciones intestinales recibieron doble esquema de antibióticos utilizando cefotaxima y metronidazol a las dosis antes mencionadas.

En los pacientes con quiste de ovario y embarazo ectópico se suspendieron las soluciones a las 24 hrs del postoperatorio y únicamente se manejaron con analgésicos del tipo de la dipirona.

Durante el primer día postoperatorio, se revisaba la herida quirúrgica, la cual era descubierta; se auscultaba el abdomen para valorar motilidad intestinal y se insistía sobre la deambulaci6n del paciente con el personal de enfermería y el familiar .

Al segundo día postoperatorio, previa valoraci6n del paciente nuevamente se llenaba la hoja de recolecci6n de datos (anexo 1) tomando en cuenta el estado de hidrataci6n, coloraci6n de tegumentos, signos vitales, estado de la herida quirúrgica, si había o no datos de sangrado y la presencia de peristálsis o distensi6n abdominal .

En el tercer día postoperatorio la mayoría de los pacientes ya habían iniciado y tolerado la dieta; se revisaba nuevamente la herida quirúrgica y si no se encontraban datos de infecci6n y o inflamaci6n, se valoraba el egreso al cuarto día, con antibióticos y analgésico orales hasta cumplir los 10 días de cirugía.

En aquellos pacientes que aún permanecían en hospitalización se realizaba pase de visita diaria vigilando signos vitales, evolución de la herida quirúrgica, control de líquidos parenterales y control de hemoglobina cada tercer día; los pacientes que llegaron a tener hemoglobina menor de 10 se solicitaban cruce en forma particular por no contar con ese estudio en el centro y en los casos necesarios se hemotransfundieron.

Los pacientes que se dieron de alta, continuaron seguimiento a través de la consulta externa con citas a las semanas 1, 2 y 4.

RESULTADOS

De la población que se atiende en el Hospital Rural de Solidaridad (HRS) "Matías Romero, Oaxaca", se atendieron 130 pacientes con patología abdominal, del 1 de noviembre de 1993 al 24 de febrero de 1994. De ellos 40 (30%) fueron intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de Abdomen Agudo secundario a diferentes causas.

De estos 40 pacientes, fueron 30 adultos (75%), 15 del sexo masculino con edad promedio de 37.6 ± 11.2 años, 15 del sexo femenino con promedio de edad de 30.1 ± 7.4 y 10 niños (25%), 8 del sexo masculino con edad promedio de 10.6 ± 3.5 años y 2 del sexo femenino con edad promedio de 6.5 ± 0.7 años (ver Cuadro 1, Gráfica 1).

Los pacientes fueron distribuidos de acuerdo a grupo de edad encontrando que los grupos que presentaron mayor frecuencia de abdomen agudo fueron los de 20 - 29 años y del 30 - 39 años reportándose en cada grupo 11 pacientes (ver Gráfica 2).

En relación a las causas de abdomen agudo que se encontraron más frecuentemente fueron: apendicitis aguda complicada en 28 pacientes (70%); herida penetrante de abdomen por arma de fuego o arma blanca en 6 casos (15%); pícolecisto en 2 casos (5%), el quiste de ovario en 5% de los casos; el embarazo ectópico y la isquemia intestinal contribuyeron con 2.5% cada uno (Gráfica 3).

Solamente hubo 5% de complicaciones en la muestra estudiada y fueron choque hemorrágico e ileo paralítico, que se resolvió favorablemente con sonda nasogástrica, ayuno, líquidos parenterales y deambulación (ver Cuadro 3, Gráfica 4).

Se evaluó el tiempo de estancia intrahospitalaria con una amplitud de 1 a 50 días con un promedio de 30 ± 28.2 para los pacientes con piocolecisto y de 3.8 ± 1 para pacientes con apendicitis aguda complicada; en los otros casos se reportó un promedio de 3 días (ver Cuadro 2 y Gráfica 5).

**CUADRO 1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES
CON ABDOMEN AGUDO ATENDIDOS EN EL
HRS " MATIAS ROMERO, OAXACA "**

	ADULTOS	NIÑOS
NUMERO DE PACIENTES	30	10
SEXO (M/F)	15/15	8/2
EDAD (AÑOS)	34.1 + 10	16.8 + 2.7
PROGRAMACION	URGENTE	URGENTE

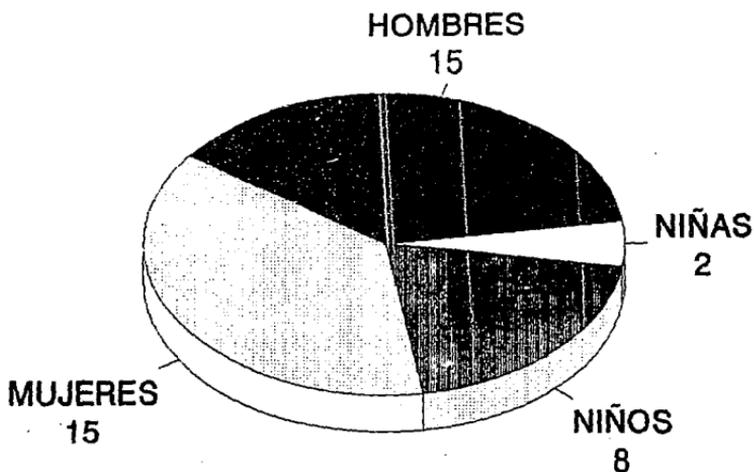
**CUADRO 2. DIAGNOSTICOS POSTOPERATORIOS Y DIAS DE ESTANCIA
INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A LAPAROTOMIA
EXPLORADORA EN EL HRS " MATIAS ROMERO, OAXACA "**

DIAGNOSTICO	No.PACIENTES	DIAS (X,DS)
APENDICITIS AG.COMPLICADA	28	3.8 + - 1.0
HERIDA POR ARMA DE FUEGO	5	7.0 + - 4.8
HERIDA POR ARMA BLANCA	1	3.0 + - 0
EMBARAZO ECTOPICO	1	3.0 + - 0
QUISTE DE OVARIO	2	3.0 + - 0
ISQUEMIA INTESTINAL	1	15 + - 0
PIOCOLECISTO	2	30 + - 28

**CUADRO 3. COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS
DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A LAPAROTOMIA
EXPLORADORA EN EL HRS "MATIAS ROMERO, OAXACA"**

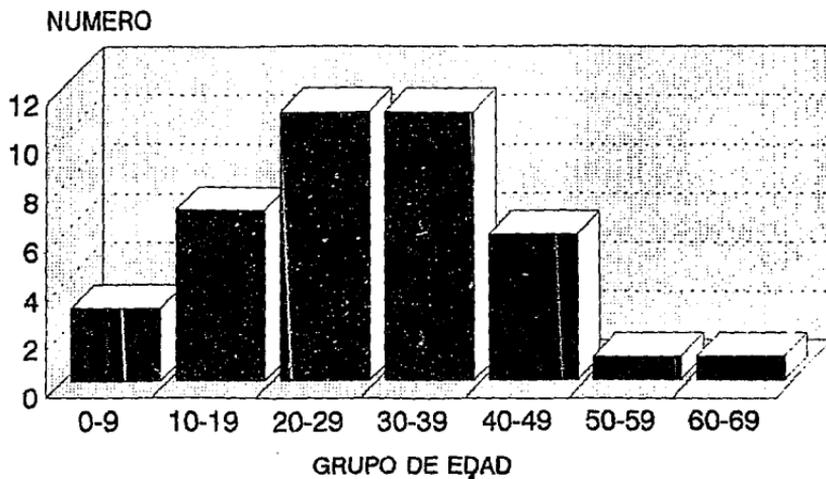
	FREC.ABSOLUTA	FREC.RELATIVA
CHOQUE HEMORRAGICO	1	2.5
ILEO PARALITICO	1	2.5

**PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABDOMEN AGUDO
FRECUENCIA ABSOLUTA DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD**

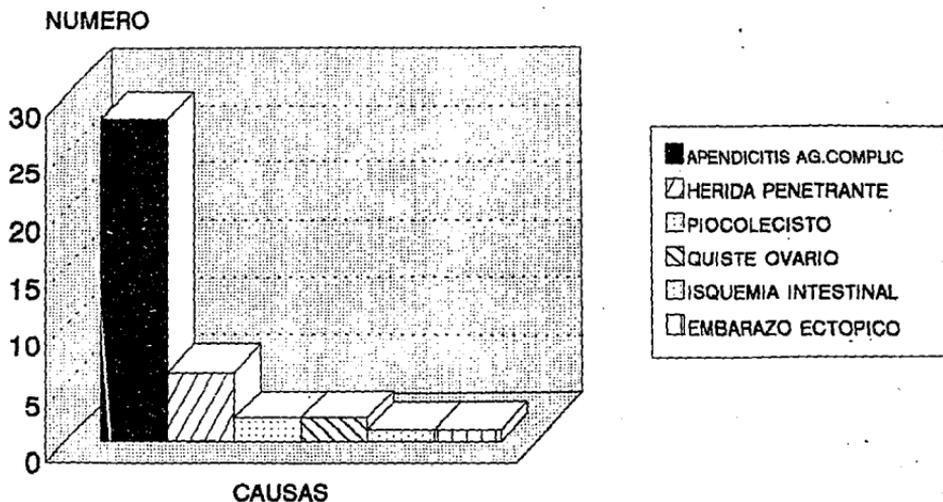


SERVICIO: CIRUGIA GENERAL
HE CMN SIGLO XXI 1994
GRAFICA 1

**PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EL
HRS "MATIAS ROMERO, OAXACA"
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD**

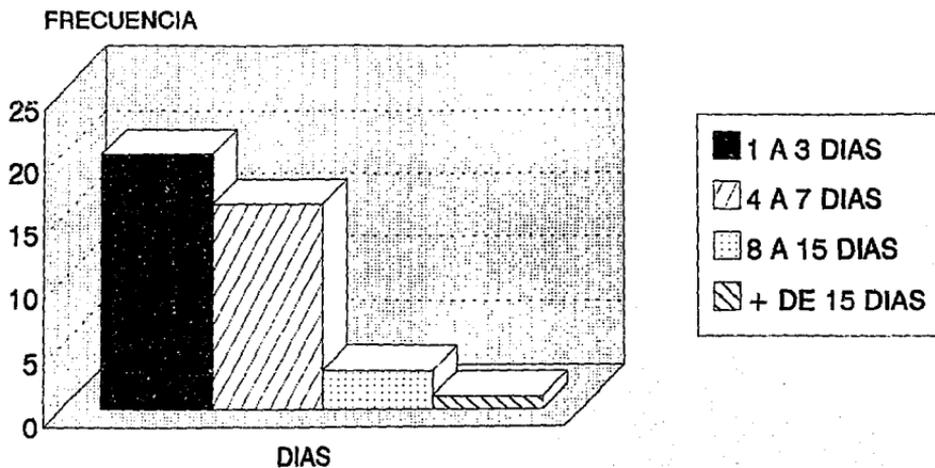


CAUSAS MAS FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO EN EL HRS "MATIAS ROMERO, OAXACA"

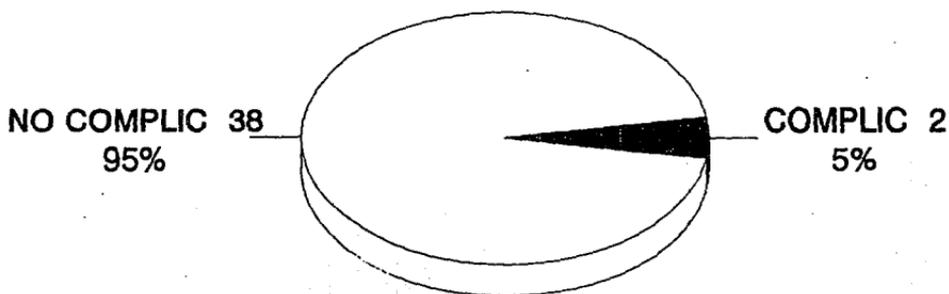


SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HE CMN SIGLO XXI 1994
GRAFICA 3

DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A LAPAROTOMIA EXPLORADORA EN EL HRS "MATIAS ROMERO, OAX."



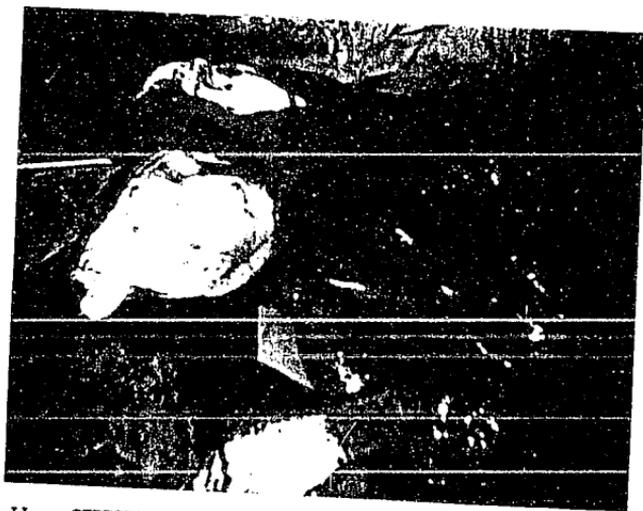
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES
SOMETIDOS A LAPAROTOMIA EXPLORADORA
EN EL HRS "MATIAS ROMERO, OAXACA"**



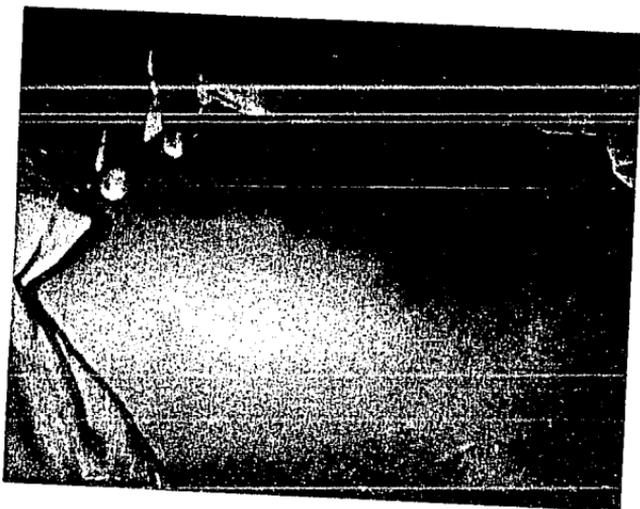
SERVICIO: CIRUGIA GENERAL
HE CMN SIGLO XXI 1984
GRAFICA 4



I.- HERIDA PENETRANTE POR ARMA PUNZOCORTANTE.



II.- PERFORACIONES DE INTESTINO DELGADO.



III.- ABDOMEN AGUDO.



IV.- ISQUEMIA INTESTINAL.



V.- ISQUEMIA INTESTINAL.



VI.- ISQUEMIA INTESTINAL SECUNDARIO A ADHERENCIAS.

DISCUSION

En nuestro estudio la causa más frecuente de abdomen agudo fué la apendicitis aguda complicada que representó 70% de los casos lo cual está de acuerdo con otros autores, que informan una frecuencia de 80 a 85% (1, 17, 20, 22).

Siendo la obstrucción de la luz un factor dominante y los fecalitos contribuyen hasta en 40% en la causalidad.

También se reportan tasas de apendicectomías negativas de 32 a 45%

En cuanto a los grupos de edad más afectados, nuestros resultados son similares a los mencionados en la literatura, es decir en el grupo de lactancia se presenta en forma rara, tornándose más común en el transcurso de la niñez y alcanza su máxima incidencia en los grupos de 10 a 30 años de edad. En adolescentes y adultos jóvenes la proporción de hombres: mujeres es de 3:2.

La estancia promedio fue de 3 días siendo similar a los resultados obtenidos por Condon (20).

En relación a la frecuencia de pirocolecisto en este estudio fue de 5%, en aquellos pacientes que presentaron datos de abdomen agudo y a quienes se les realizó laparotomía exploradora urgente.

Los argumentos a favor de la colecistectomía temprana o intermedia señalan que 5% no responden a tratamiento médico. En Estados

Unidos la mayoría de los cirujanos están a favor de la cirugía temprana, en tanto que en Gran Bretaña se acostumbra el manejo conservador; se menciona esto por la tasa de mortalidad que es de 5% en pacientes sometidos a colecistectomía de urgencia, y en aquellos pacientes no intervenidos quirúrgicamente aumenta a 5.5%. La colecistectomía en pacientes muy graves se acompañó de una tasa de mortalidad de 15% en la serie de Sarfati ⁽²³⁾, en contraste con la tasa de 1.5% notificada por Dunphy y Russ ⁽¹⁾.

Hay autores que proponen el tratamiento no quirúrgico de la colecistitis crónica aguda, argumentando que con éste se disminuye el riesgo de perforación y peritonitis biliar. En otro estudio de 679 pacientes sometidos a laparotomía, sin evidencia de perforación por estudios de gabinete, únicamente se palpaba una masa a nivel de hipocondrio derecho, solo en 3% se demostró perforación libre hacia la cavidad peritoneal y 1% comprometiendo órganos adyacentes ^(1,23,24). En nuestro estudio de los pacientes con datos de colecistitis aguda se encontró compromiso a órganos adyacentes en un caso.

En otra serie de 441 pacientes sujetos a tratamiento quirúrgico sólo hubo 2 casos de perforación libre en tanto que 11 tuvieron absceso pericolecístico. En las diversas series no se presentó morbilidad grave asociada con la perforación ^(23,24).

En una revisión de la literatura, se informó que todos los pacientes que decidían no ser operados fallecían en tanto que la

mortalidad consecutiva a los procedimientos quirúrgicos oscilaba entre 0 - 88%, con promedio de 33 % (18).

El promedio estancia hospitalaria post-colecistectomía, reportado en la literatura es de 8 a 10 días; en nuestro estudio, por las complicaciones y por las características de los pacientes, su estancia promedio fue de 30 días, no presentándose descensos. Tampoco se presentaron complicaciones transoperatorias durante la colecistectomía (1,23).

El abdomen agudo continúa siendo una urgencia quirúrgica de gran importancia, la realización oportuna de la cirugía permite disminuir la incidencia de morbimortalidad. Se han reportado estudios de peritonitis los cuales demostraron que la patología resulta de la combinación de bacterias que provocan la infección intraabdominal, siendo E.Coli y Bacteroides fragilis los principales agentes causales (14).

El íleo adinámico o paralítico es muy común después de cada procedimiento quirúrgico; en nuestra serie la frecuencia fue similar a la esperada en los pacientes con abdomen agudo sometidos a laparotomía exploradora, su manejo es de acuerdo a la evolución de los pacientes y en 60% de los casos llega a ser quirúrgico. En nuestro estudio el manejo fue médico y la evolución satisfactoria.

La mortalidad reportada por Balk y Bone en una muestra de 389 pacientes fué de 37 % . En este estudio se reportó un caso de muerte es decir de 2.5 % y otro caso se catalogó como complicación postoperatoria inmediata (Ileo adinámico), que proporciona 2.5% de frecuencia de complicaciones; el cual se resolvió en forma satisfactoria.

La isquemia intestinal secundaria a adherencias se reporta de 15 a 20 % en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos abdominales; en nuestros casos se presentó un solo paciente con antecedentes de dos cirugías previas, con isquemia intestinal secundaria a adherencias y fué sometido a resección intestinal con entero-enteroanastomosis, con evolución satisfactoria y con una estancia promedio de 15 días.

A pesar de que se careció de material de apoyo durante las cirugías los pacientes fueron manejados con los recursos que cuenta dicho centro hospitalario no obteniéndose datos de infección o de otras complicaciones a las que se debieron de esperar de acuerdo a las condiciones en las que llegaron los pacientes. Presentando una evolución satisfactoria en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

- La frecuencia de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo en el HRS " Matías Romero, Oaxaca durante el período comprendido del 1 de noviembre de 1993 al 24 de febrero de 1994 fué de 30%.
- Las causas más frecuentes de abdomen agudo fueron: la apendicitis aguda complicada, las heridas penetrantes de abdomen por arma de fuego y/o por arma blanca, el piocolecisto, la isquemia intestinal, el quiste de ovario y el embarazo ectópico.
- Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron: el choque hemorrágico y el íleo paralítico.
- El promedio de estancia hospitalaria fue como mínimo 3.8 días para los casos de apendicitis y máximo de 30 días para los pacientes con piocolecisto.

(ANEXO 1)

C U E S T I O N A R I O

NOMBRE DEL PACIENTE..

REGISTRO CLINICO..

EDAD. SEXO.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO.

FECHA INGRESO. FECHA EGRESO.

ESTANCIA HOSPITALARIA.

EVOLUCION. PRONOSTICO.

MANIFESTACIONES CLINICAS A LOS 8 DIAS P.O.

MANIFESTACIONES CLINICAS A LOS 15 DIAS P.O.

MANIFESTACIONES CLINICAS A LOS 30 DIAS P.O.

BIBLIOGRAFIA

1. Schwartz, Shires. Principios de cirugía. 5ta ed vol.1-2 Nueva York:Interamericana, 1989:70-84,943-81.
2. Roger C, Bone M: The pathogenesis of sepsis. Ann Intern Med 1991;115:457-69.
3. Balk RA, Bone RC: The septic syndrome definition and clinical implications. Crit Care Med 1989;5:543-9.
4. Bodey GP, Franstein V: Infections of the Gastrointestinal tract in the immunocompromised patient. Ann Rev Med 1986;17:271.
5. Nichols RL, Smith JW, Klein DB: Risk of infection after penetrating abdominal trauma. N Eng J Med 1984;311:1065-70.
6. Wallace N, Neblett: Padecimientos abdominales agudos en niños y adolescentes. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1990; 3: 453-60.
7. Eisemberg ES, Levinton I: Fungal peritonitis in patients receiving peritoneal dialysis. Experience with 11 patients and review of literature. Rev Infec Dis 1986;8:309-21.

8. Nystrom OP, Bax R, Palchen OE, Dominioni L: Proposed definitions for diagnosis, severity, scoring, stratifications and outcome for trials on intrabdominal infections. World J Surg 1990;14:148-58.
9. Cristou NV: Systemic and peritoneal host defense in peritonitis. World J Surg 1990;14:184-90.
10. Edminston E, Goheen PM, Kurnall S, Jones EF, Condon ER: Focal peritonitis; microbial adherence to serosal endothelium and resistance to peritoneal lavage. World J Surg 1990;14:176-83.
11. Sawyer GR, Rosenlof KI, Adams BR: Peritonitis into the 1990. Am Surg 1992;58:80-6.
12. Michel A, Maddaus MD: Biología de la peritonitis y sus aplicaciones en el tratamiento. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1990;1:471-80.
13. Dellinger EP, Wertz MJ, Meakins LJ: Diagnostic and therapeutic challenges of intraabdominal infections. World J Surg 1990; 14:159-66.

14. Rotslein DD, Meakins L: Surgical infections stratification system for intraabdominal infections. Arch Surg 1985;120: 21-9.
15. Wittman HD, Aprahamian CH, Bergstein MJ, Etlapenlavage: Advanced diffuse peritonitis managed by planned multiple laparotomies utilizing zippers slide fastener and fastener and velcro analogue for temporary abdominal closure. World J Surg 1990;14:218-26.
16. Lambiase E, Cronann JJ, Dorfman SG, Paoletta PL, Haas AR: Ostoperative abscess with enteric communications. Percutaneous Radiology 1989;171:497-500.
17. Di Piro TJ, Furtson SN: Combination antibiotic therapy in the management of intraabdominal infection. Ann Surg 1993; 165: 825-85.
18. Dunn DL, Simmons RL: Rational empiric antibiotic therapy of peritonitis and intraabdominal infection. Infect Surg 1983;2:266-83.
19. Solomkin JS, Meakins JL, Allo MJ: Antibiotic trial intraabdominal infections a critical evaluations of study design and outcome reporting. Ann Surg 1984;200:29-39.

20. Farthmann HE: Principles and limitations of operative management of intraabdominal infections, World J Surg 1990;14:210-7.
21. Schein M, Saading R: The open management of the septic abdomen. Surg Gynecol Obstet 1986;163:587-91.
22. Calancha T, Bille J, Scheneider R: Clinical Significance of candida isolated from peritoneum in surgical patients. Lancet 1989;437:1440.
23. Rantala, Dyess DL, Garrison N Fryde: Candida Sepsis. Arch Surg 1985;120:345-8.
24. Manual de organización de hospitales rurales. IMSS-SOLIDARIDAD Archivo interno del H.R.S. Matías Romero, Oax.
25. Shackelford, Condon RE. Cirugía del Aparato Digestivo 3ra ed. Vol. III-IV. Nueva York: Panamericana, 1993:224,1910-5.
26. Sarfati MR, Hunter GC, Witzke DB, Bebb GG, Smythe SH, Boyan S, et al: Impact of adjunctive on the diagnosis and clinical course of patients with acute appendicitis. Am J Surg 1993;6: 660-5.