

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON
ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL DE
GINECO-OBSTETRICIA NO. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

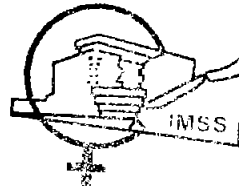
DRA. BETZABEL SEVILLA JAIMES

ASESORES:

DR. GILBERTO TENA ALAVEZ
DR. SEBASTIAN CARRANZA LIRA



MEXICO, D.F



DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS

2005.

m339951



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.

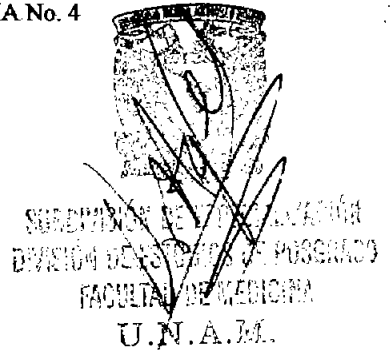
Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.


NOMBRE: Betzabel Sevilla Jimes

FECHA: 14- Enero-05

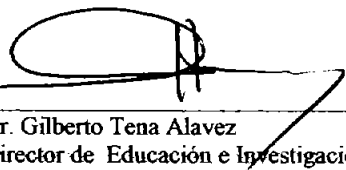
[Signature]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"






Dr. Juan Carlos Izquierdo Puente
Director General.



Dr. Gilberto Tena Alavez
Director de Educación e Investigación en Salud.
Asesor de Tesis



Dr. Sebastián Carranza Lira
Jefe de la Dirección de Investigación en Salud
Asesor de Tesis

AGRADECIMIENTOS

A MI ESPOSO E HIJO

MARCO ANTONIO Y DIEGO

Por su gran apoyo durante toda la residencia médica.

Por su respaldo, amor y comprensión.

Por todos los momentos de felicidad que me han impulsado a llegar hasta este momento de mi vida.

GRACIAS

A MIS PADRES

A ellos que me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo.

A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme

A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

LOS ADMIRO Y LOS AMO

POR ESO Y MÁSGRACIAS.

A MIS HERMANOS

Por su gran ejemplo y fortaleza.

Por su cariño y respaldo en cualquier momento.

Por animarme a seguir en cada momento de cansancio

MIL GRACIAS

A MIS MAESTROS Y AL HOSPITAL

Por ser la parte fundamental de mi formación

Por darme la oportunidad de desarrollarme como persona y médico.

ÍNDICE

	Pag.
Agradecimientos	4
Resumen	5
Introducción	6
Planteamiento del problema	10
Justificación	10
Objetivos	11
Material y métodos	12
Resultados	13
Discusión	15
Conclusiones	16
Bibliografía	17
Tablas	18

RESUMEN

TÍTULO. Hallazgos quirúrgicos en pacientes con abdomen agudo en el Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala"

OBJETIVO. Conocer la etiología más frecuente del abdomen agudo en el Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala" en el periodo comprendido del 16 de septiembre del 2001 al 15 de septiembre del 2002.

INTRODUCCIÓN. El abdomen agudo se define como la aparición reciente de un dolor abdominal inesperado (generalmente 24-72 hr de evolución). Esta asociado a signos y síntomas abdominales, el diagnóstico diferencial incluye gran variedad de procesos intra y extra peritoneales. La causa más frecuente es apendicitis, embarazo ectópico, y el quiste de ovario.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio retrospectivo del 16 de Septiembre del 2001 al 15 de Septiembre del 2002, transversal, no controlado, se analizó el diagnóstico pre y postoperatorio, el tiempo entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica, la jornada de atención médica y la edad de las pacientes. Se incluyeron todas las pacientes que ingresaron en cualquiera de los tres turnos con datos de abdomen agudo, se utilizaron promedios para descargar los registros. La búsqueda de pacientes se llevó a cabo por medio de la libreta de registro del quirófano posteriormente se buscaron los expedientes en el archivo

RESULTADOS. De 138 pacientes se excluyeron 47 por expedientes incompletos o faltantes, de las 91 pacientes analizadas el hallazgo quirúrgico más frecuente fue el embarazo ectópico con 41 casos (45.1%), seguido del quiste de ovario con 32 casos (35.1%). Hubo una buena correlación con los diagnósticos preoperatorios con 53 diagnósticos de embarazo ectópico (59.2%) y quiste de ovario con 32 casos (35.2%). El tiempo requerido para el manejo desde su ingreso a la unidad hasta el ingreso a quirófano fue de 0 a 5 hr con 57 casos (62.6%). El turno de mayor ingreso de pacientes fue el matutino con 39 pacientes (42.8%) y el turno nocturno con el de mayor ingreso de pacientes a quirófano con 28 casos (30.7%).

CONCLUSIONES Acorde a lo reportado en la literatura el embarazo ectópico es la causa más frecuente de abdomen agudo en nuestro medio, siendo un desafío para el médico.

Palabras claves: Abdomen agudo, Embarazo ectópico, Quiste de ovario.

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo se define como la aparición reciente de un dolor abdominal inesperado (generalmente 24 –72 hr de evolución). Está asociado a signos y síntomas abdominales, el diagnóstico diferencial incluye gran variedad de procesos intra y extra peritoneales.(1). Anatomía del peritoneo: el peritoneo, es una capa continua con un componente visceral y otro parietal que se desarrollan de forma separada y que tienen una innervación independiente. El peritoneo visceral está innervado por el sistema nervioso autónomo, la innervación es bilateral y el dolor visceral generalmente se siente en la línea media. El peritoneo parietal está innervado por los nervios somáticos que abastecen a la pared abdominal, la innervación es generalmente unilateral a través de los nervios de la vía somática espinal, el dolor es parietal, por lo tanto, se lateraliza, con frecuencia, a uno o más cuadrantes.(2)

El origen embriológico del órgano afectado determina el nivel del dolor visceral en la línea media del abdomen. Las estructuras derivadas del intestino anterior (estómago hasta la segunda porción del duodeno, hígado y vía biliar, páncreas y bazo) se presentan como dolor epigástrico.

Las estructuras derivadas del intestino medio (desde la segunda porción del duodeno hasta los dos tercios proximales del colon transversal) se manifiesta como dolor peri umbilical. Y las estructuras derivadas del intestino posterior (colon transversal distal hasta el borde anal) se manifiestan como dolor suprapúbico. (3)

Tipos de dolor: el dolor visceral es profundo, difuso y mal localizado. Se desencadena por inflamación isquemia y cambios en la forma, como distensión, tracción y presión. Significa la presencia de una enfermedad abdominal, pero no necesariamente ante la necesidad de intervención quirúrgica.

El dolor parietal es agudo, fuerte y está bien localizado. Se desencadena por irritación peritoneal por un proceso inflamatorio (por ejemplo, peritonitis química por úlcera perforada o peritonitis bacteriana por una apendicitis perforada). También puede desencadenarse por un estímulo mecánico, como una incisión quirúrgica. Se asocia a los hallazgos físicos de una peritonitis y con frecuencia implica la necesidad de tratamiento quirúrgico. El dolor referido se origina de las estructuras viscerales profundas, pero el sitio de presentación es superficial. Resulta de las vías nerviosas centrales en la médula espinal que son comunes a los nervios somáticos y a las vísceras.

El dolor intenso que persiste por más de 6 horas debería ser sometido precozmente a una valoración quirúrgica.

Los elementos claves en la anamnesis son los siguientes:

1. Comienzo y duración de dolor. El dolor intenso de aparición brusca (segundos) puede indicar perforación / ruptura.(4)

El dolor de comienzo rápido y que aumenta en minutos puede deberse a varias causas:

- a) Síndrome cólico como el cólico biliar, cólico ureteral y obstrucción del intestino delgado
- b) Procesos inflamatorio, como la apendicitis aguda pancreatitis y diverticulitis
- c) Procesos isquémicos, como la isquemia mesentérica, la obstrucción intestinal y el vólvulo.

2. Características del dolor: puede ser cólico, punzante, opresivo, etcétera, de acuerdo a este tipo se puede realizar la sospecha clínica.

3. Localización del dolor: de acuerdo a la zona afectada se sospecha el órgano involucrado

4. Factores que agravan el cuadro, o factores que lo disminuyen así como síntomas asociados como: náusea, vómito, fiebre, escalofríos entre otros.(5)

El dolor que es más gradual en su inicio y que aumenta de intensidad a lo largo de varias horas puede ser originado por: situaciones inflamatorias, procesos obstructivos, y otros procesos mecánicos como un embarazo ectópico y los tumores penetrantes o perforados.

Los síntomas asociados que acompañan frecuentemente al dolor abdominal son la náusea y el vómito, posteriormente la fiebre y el escalofrío así como la anorexia.

En cuanto a la historia menstrual en las mujeres la enfermedad pélvica inflamatoria se presenta de forma típica al comienzo del ciclo y puede asociarse a cólporrea. El embarazo ectópico se debe de sospechar en cualquier mujer en edad fértil con dolor abdominal bajo, especialmente si se acompaña de amenorrea. La ruptura de un quiste ovárico puede producir dolor abdominal al inicio de la menstruación, y el dolor que se produce mensualmente sugiere endometriosis.

Existen otros antecedentes como: cirugías abdominales previas, otras enfermedades que pueden producir riesgo de padecer ciertas alteraciones abdominales como pacientes con enfermedad vascular periférica o enfermedad arterial coronaria y dolor abdominal que pueden presentar isquemia mesentérica, pacientes con historia de cáncer pueden presentar obstrucción intestinal.

Entre otros tenemos a los medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos, como la aspirina y el ibuprofeno, estos aumentan el riesgo de producir complicaciones de la enfermedad ácido péptica, incluyendo sangrado y perforación. Los corticoesteroides pueden enmascarar la fiebre y los signos de inflamación haciendo que nuestra exploración sea menos fiable. El uso de antibióticos puede ayudar a esconder el diagnóstico. La exploración física del paciente debe explorarse el aspecto general, su fascies, la posición en que se encuentren los signos vitales como la fiebre, la tensión arterial y la frecuencia

cardiaca; y proceder a la exploración abdominal debe realizarse a fondo y de forma sistemática (6).

A) El abdomen debe inspeccionarse primero para descartar distensión, cicatrices, protuberancias y zonas de eritema.

B) La auscultación puede mostrar un sonido timpánico, borborigmos de la obstrucción intestinal o la ausencia de ruidos debido a un íleo secundario a una peritonitis difusa.

C) La percusión del abdomen del paciente puede revelar sonidos timpánicos de asas intestinales distendidas por una obstrucción intestinal o el líquido cambiante típico de la ascitis. La percusión es una herramienta útil también para delimitar las zonas de hipersensibilidad localizadas y la irritación peritoneal.

D) La palpación del abdomen debe realizarse con la paciente en posición supina y con sus rodillas flexionadas, con la finalidad de disminuir la tensión en la pared abdominal.

Se debe iniciar la exploración en el punto más alejado de la zona del dolor, posteriormente buscar las zonas de hipersensibilidad y defensa, como el "rebote". Deben también buscarse hernias y tumores palpables.

E) El tacto rectal debe realizarse de forma rutinaria a todos los pacientes con abdomen agudo.

F) El examen pélvico pasar al tacto vaginal a todas las mujeres en edad fértil con dolor abdominal, valorar las características de la colporrea y el aspecto general del cérvix, realizar exploración bimanual para valorar hipersensibilidad del cérvix, dolor a la movilización cervical, hipersensibilidad de los anexos y la presencia de tumores en anexos.

G) Búsqueda de signos específicos en relación a la sospecha clínica.

Realizar pruebas de laboratorio como recuento completo de leucocitos con diferencial, el hematocrito, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático y examen general de orina incluyendo aquí la prueba de la gonadotropina coriónica humana.(7)

Realizar estudios por imagen, como la radiografía simple de abdomen, la placa se debe hacer en posición supina y en bipedestación, se debe valorar la presencia de aire libre intraperitoneal, por medio de tele radiografía de tórax. El patrón de aire intestinal debe ser valorado en relación a la dilatación niveles hidroaéreos y a la presencia de gas a través del intestino delgado y grueso, se debe de buscar calcificaciones como el 90% de los cálculos urinarios son visibles, la calcificación en la región pancreática puede indicar pancreatitis crónica, un fecalito en el cuadrante inferior derecho puede sugerir apendicitis y la calcificación de la aorta sugiere aneurisma.

El ultrasonido abdomino-pélvico es útil para la valoración de la vía biliar, al igual que en las mujeres en las que se sospecha de patología ovárica o en las que hay que descartar embarazo ectópico.

Por último existen estudios con medio de contraste, y otros como la tomografía computarizada, estudios de imagen con radionúclidos y las técnicas radiológicas invasivas.(8)

Diagnóstico diferencial del abdomen agudo:

- a. Abdomen superior: úlcera péptica perforada, colecistitis aguda, pancreatitis aguda.
- b. Abdomen medio y bajo: apendicitis aguda, diverticulitis aguda, isquemia mesentérica, ruptura de aneurisma abdominal
- c. Otras causas:

•GINECOLÓGICAS Y OBSTETRICAS: enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, ruptura de quiste ovárico.

• Urológicas: nefrolitiasis, pielonefritis o cistitis

• Causas no quirúrgicas: infarto al miocardio, gastroenteritis, neumonías.

Por lo tanto de acuerdo a los hallazgos encontrados tanto en la anamnesis como en la exploración física podemos definir el tipo de tratamiento, ya que por lo general las patologías más frecuentes son de tipo quirúrgico (9,10)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dado la importancia de un diagnóstico adecuado del abdomen agudo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 "LCA" es necesario conocer:

¿Cuáles son las principales causas del abdomen agudo con el propósito de establecer guías terapéuticas acorde a la realidad del hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala"?

JUSTIFICACIÓN

El abdomen agudo es una patología muy común en la que participan más de un padecimiento como etiología causal, para la cual se requiere de una atención inmediata y un diagnóstico temprano con historia clínica completa y exploración física adecuada para evitar complicaciones y secuelas a futuro.

El abdomen agudo requiere tratamiento quirúrgico por lo que se necesita un diagnóstico preciso para evitar intervenciones injustificadas.

El abdomen agudo es un diagnóstico de urgencia que se debe resolver de manera inmediata con la finalidad de evitar complicaciones y secuelas. Las principales causas de esta son: embarazo ectópico, apendicitis, tumores de ovario, abscesos pélvicos, lesiones intestinales y perforaciones

Debido que no cuentan con cifras exactas de la incidencia de abdomen agudo en pacientes ginecológicas y obstétricas en el Hospital se consideró importante investigar las causas de abdomen agudo en este hospital para comparar el diagnóstico preoperatorio con el postoperatorio, la hora de llegada con la hora de resolución del problema, y así mismo, observar la causa más frecuente de abdomen agudo en el hospital.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la etiología más frecuente del abdomen agudo en el Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala"

Objetivos específicos

- 1) Conocer el tiempo entre la llegada de las pacientes al hospital y el momento de inicio de la cirugía con el diagnóstico de Abdomen agudo en las pacientes del Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala "
- 2) Conocer la causa obstétrica más frecuente causante de abdomen agudo en las pacientes del Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala "
- 3) Conocer la causa ginecológica más frecuente de abdomen agudo en las pacientes del Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala "
- 4) Comparar el diagnóstico preoperatorio con el hallazgo quirúrgico de abdomen agudo en las pacientes del Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala "
- 5) Conocer la edad más frecuente de las pacientes que presentan abdomen agudo en el Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala "

MATERIAL Y MÉTODOS

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se realizó un estudio retrospectivo del 16 de septiembre del 2001 al 15 de septiembre del 2002 transversal no controlado en pacientes que ingresaron al servicio de admisión hospitalaria del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" en cualquiera de los tres turnos de atención médica con los siguientes lineamientos:

Todas las pacientes que presentaron datos de abdomen agudo caracterizado por irritación peritoneal o por dolor e hipersensibilidad en el abdomen, descompresión positiva, vientre en madera, así como, otros datos que sugirieron abdomen agudo como (hipersensibilidad a la movilización cervical y/o anexial, amenorrea, tumor palpable doloroso, signos de hipovolemia, colporreas sospechosas con enfermedad febril (temperatura mayor de 38 °C), y leucocitosis mayor de 10,000, estado grávido puerperal)

La búsqueda de las pacientes se llevó en la libreta de quirófano, donde se tomó nombre y afiliación, posteriormente se acudió al archivo para completar los datos del expediente y llenar la hoja de recolección de datos.

Se llenó la hoja de recolección de datos con la siguiente información: Nombre, filiación, edad, fecha de inicio de la cirugía y del término de la misma, diagnóstico preoperatorio y postoperatorio así como tipo de anestesia. Como hora de llegada al área de urgencias se tomó en cuenta la anotada en el partograma, la fecha y hora de inició de cirugía se tomó de la hoja de registro de enfermería.

A todas las pacientes registradas se les aplicaron los criterios de inclusión exclusión y no inclusión.

Se utilizó promedios para describir los resultados y fueron calculados en una PC.

RESULTADOS

Al término de la revisión se encontraron un total de 138 pacientes registradas con el diagnóstico de abdomen agudo durante el periodo comprendido del 16 de septiembre del 2001 al 15 de septiembre del 2002; las cuales fueron intervenidas quirúrgicamente y registradas en la libreta de quirófano.

De los 138 casos 91 expedientes cumplieron con los requisitos para su inclusión al protocolo, los 47 expedientes restantes no contaban con la información requerida o simplemente no se encontraban físicamente en el archivo.

El diagnóstico preoperatorio fue: embarazo ectópico 53 pacientes (58.2%), quiste de ovario 32 pacientes (35.2%) apendicitis aguda 2 pacientes (2.2%), quiste de ovario con pedículo torcido en 2 pacientes (2.2%), lesión intestinal en 2 pacientes (2.2%) (tabla I).

Los diagnósticos postoperatorios por orden de frecuencia fueron: embarazo ectópico en 41 casos (45.1%), quiste de ovario en 32 casos (35.1%), laparotomía exploradora blanca sin hallazgos en 6 casos (6.6%), apendicitis aguda en 3 pacientes (3.3%), absceso pélvico en 3 pacientes (3.3%), adherencias en 3 casos (3.3%), quiste de ovario con pedículo torcido 1 caso (1.1%), perforación uterina 1 caso (1.1%) y endometrioma con un 1 caso (1.1%).

Como complemento se encontró que el embarazo ectópico derecho se presentó en 24 pacientes (45%) y el izquierdo en 29 pacientes (54%) del total de 53 casos registrados. Con respecto a la segunda causa de abdomen agudo, 32 casos reportados con este diagnóstico, el quiste de ovario derecho se encontró en 17 pacientes (53.1%) y el izquierdo en 15 pacientes (46.9%) (tabla II).

La edad de las pacientes fue como sigue: de 11 a 20 años 4 pacientes (4.4%), de 21 a 30 años 45 pacientes (49.4%), de 31 a 40 años 35 pacientes (38.5%), de 41 a 50 años 6 pacientes (6.6%), mas de 50 años 1 paciente con el (1.1% restante) (tabla III).

El turno de atención médica de acuerdo al ingreso de pacientes fue como sigue: en el turno matutino se recibieron 39 pacientes (42.8%), en el turno vespertino 28 pacientes (30.7%) y en el turno nocturno 24 pacientes (26.3%) (tabla IV).

La resolución quirúrgica según el turno se realizó de la siguiente manera: en matutino se operaron un total de 34 pacientes (37%), en el vespertino se operaron un total de 29 pacientes (31.8%) y en el nocturno un total de 28 pacientes (30.7%) (tabla V).

El tiempo transcurrido desde su registro de ingreso en el partograma hasta el inicio de la cirugía registrado en la hoja quirúrgica de enfermería fue de la siguiente manera: Entre 0 a 5 horas se atendieron 57 pacientes (62.6%), de 6 a 10 hr 20 pacientes (22%), de 11 a 15 hr 6 pacientes (6.5%) de 16 a 20 hr 2 pacientes (2.2%) y de 20 a 25 hr (6.5%) (tabla VI).

El tipo de anestesia utilizada fue de bloqueo peridural en 48 pacientes (52%) y anestesia general en 43 pacientes (47.3%). (Tabla VII).

DISCUSIÓN

Este estudio retrospectivo mostró que la causa de abdomen agudo en pacientes atendidas en el hospital de Gineco-Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala" sigue siendo el embarazo ectópico seguido del quiste de ovario, acorde a lo reportado en la literatura médica. Es de llamar la atención que en los hallazgos postoperatorios se encontraron 6 casos (6.6%) de laparotomías sin hallazgo etiológico siendo la tercera causa después del embarazo ectópico y en quiste de ovario, por lo que se debe de tener mayor precisión diagnóstica para evitar intervenciones innecesarias; así mismo tener en cuenta los diagnósticos diferenciales (10).

El rango de edad de las pacientes atendidas con mayor número de casos de abdomen agudo correspondió a las de 21 a 30 años con 45 casos (49.4%) muy relacionado con el hallazgo quirúrgico principal de embarazo ectópico dada la edad reproductiva en la que caen estas pacientes, lo cual es un apoyo para el diagnóstico en la valoración de pacientes femeninas con abdomen agudo (2)

El turno de mayor recepción de pacientes fue el matutino con 39 casos (42.8%) de los cuales solo 34 pacientes (37.3%) ingresaron a quirófano para su resolución quirúrgica, las restantes 5 pacientes no fueron atendidas en el turno tal vez por falta de auxiliares y duda en el diagnóstico. El turno nocturno sin embargo recibió 24 pacientes (26.3%) e ingreso a quirófano a 28 (30.7%) pacientes la mayoría de ellas ya con diagnóstico y cuadro clínico franco de abdomen agudo

El tiempo requerido para la resolución de los cuadros de abdomen agudo desde su ingreso a la sala de la unidad de quirúrgica hasta el quirófano fue de 0 a 5 hr con 57 pacientes (62.6%) lo cual habla de una adecuada atención de las pacientes sin embargo, se reportaron 6 pacientes (6.5%) que requirieron de 20 a 25 hr para lograr un diagnóstico adecuado y tomar una decisión de someter a la paciente a tratamiento quirúrgico valdría la pena

determinar en un futuro cuales son las causas que retrasan los diagnósticos de estas pacientes para evitar complicaciones por el tiempo de espera y evolución del cuadro clínico (5-7).

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en este protocolo de investigación se pueden inferir las siguientes conclusiones

- 1) El embarazo ectópico sigue siendo la principal causa etiológica de abdomen agudo en pacientes femeninas atendidas en el hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"
- 2) Los principales diagnósticos preoperatorios de los médicos que atienden a pacientes por abdomen agudo en el Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 son en un alto porcentaje acordes a los hallazgos quirúrgicos.
- 3) La edad es un factor asociado a la principal etiología del abdomen agudo ya que se presenta en edades reproductivas asociadas a embarazo ectópico.
- 4) El tiempo de atención requerido para el manejo de la mayoría de las pacientes con abdomen agudo es relativamente mínimo oscilando de 0 a 5 horas en promedio
- 5) Se requiere un análisis adecuado de factores epidemiológicos para determinar, cuales son las causas que retardan el diagnóstico del abdomen agudo en aquellas pacientes que requieren más de 24 hr para su manejo, así como aquellos que determinan el tratamiento quirúrgico en aquellas pacientes que fueron sometidas a cirugía y en las que no se encontró patología intraabdominal.

determinar en un futuro cuales son las causas que retrasan los diagnósticos de estas pacientes para evitar complicaciones por el tiempo de espera y evolución del cuadro clínico (5-7).

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en este protocolo de investigación se pueden inferir las siguientes conclusiones

- 1) El embarazo ectópico sigue siendo la principal causa etiológica de abdomen agudo en pacientes femeninas atendidas en el hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"
- 2) Los principales diagnósticos preoperatorios de los médicos que atienden a pacientes por abdomen agudo en el Hospital de Gineco-Obstetricia No 4 son en un alto porcentaje acordes a los hallazgos quirúrgicos.
- 3) La edad es un factor asociado a la principal etiología del abdomen agudo ya que se presenta en edades reproductivas asociadas a embarazo ectópico.
- 4) El tiempo de atención requerido para el manejo de la mayoría de las pacientes con abdomen agudo es relativamente mínimo oscilando de 0 a 5 horas en promedio
- 5) Se requiere un análisis adecuado de factores epidemiológicos para determinar, cuales son las causas que retardan el diagnóstico del abdomen agudo en aquellas pacientes que requieren más de 24 hr para su manejo, así como aquellos que determinan el tratamiento quirúrgico en aquellas pacientes que fueron sometidas a cirugía y en las que no se encontró patología intraabdominal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Sharp HT. The acute abdomen during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2002;45:405-53.
- 2.- Connolly AM. Trauma and pregnancy. *Am J Perinatol* 1997;14: 331-5.
- 3.- Halvdan MN, Henriksen H. Placenta percreta- two cases and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;100:112-3
- 4.- Willian SA, Kapila L. Managing an acute abdomen. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;11:311-6.
- 5.- Nikhil VA, Kumat TL, Hemant B, Subhash K, Raman AJ, Thakker P. Ruptured degenerated uterine fibroid diagnosed by imaging. *American College of Obstetricians and gynecologists*.2001;98:960-4.
- 6.- Abad de VL, Cano A. Acute abdomen due to endometriosis in a premenopausal woman taking tamoxifen. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;109:234-7.
- 7.- Kuscu NK, Lacin S, Kartal O, Koquen L. Rupture of rudimentary horn pregnancy at this welcom gestation. *Eur J Obstetrics Gynecol Reprod Biol* 2002;102:204-8.
- 8.- Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI. Spontaneous Intrauterine pregnancy following salpingectomy for a unilateral hidrosalpinx. *Gynecol Obstetric Invest* 2002;17:1094-6.
- 9.- Chan LY, Lautk HT, Shellwf MS. Pyometra. What is its in clinical significance? 2002;57:154-6.
- 10.-Mateos VJ, Martínez AF. Abdomen agudo y embarazo. En: Alfaro RH, Cejudo EC, Fiorelli SR, eds. *Complicaciones médicas en el embarazo*. 2ª ed. México: Mc Graw Hill 2003;341-54.

Tabla I. Diagnóstico preoperatorio.

Diagnóstico preoperatorio	No Pacientes	%
Embarazo ectópico	53	58.2
Quiste de ovario	32	35.2
Apendicitis	2	2.2
Quiste de ovario con pedículo torcido	2	2.2
Lesión intestinal	2	2.2

Tabla II. Hallazgos quirúrgicos

Diagnóstico postoperatorio	Pacientes	%
Embarazo ectópico	41	45.1
Quiste de ovario	32	35.1
Laparotomía blanca	6	6.6
Apendicitis	3	3.3
Absceso pélvico	3	3.3
Adherencias	3	3.3
Perforación uterina	1	1.1
Cáncer de ovario	1	1.1
Endometrioma	1	1.1

Tabla III. Rango de edad de las pacientes atendidas

Edad (años)	Pacientes	%
11 a 20	4	4.4
21 a 30	45	49.4
31 a 40	35	38.5
41 a 50	6	6.6
Más de 50	1	1.1

Tabla IV. Turno en el que ingresaron las pacientes

Turno	Total de ingresos	%
Matutino	39	42.8
Vespertino	28	30.7
Nocturno	24	26.3

Tabla V. Turno en que se operaron las pacientes

Turno	Número de cirugías	%
Matutino	34	37.3
Vespertino	29	31.8
Nocturno	28	30.7

Tabla VI. Tiempo desde el ingreso hasta la resolución quirúrgica de las pacientes con abdomen agudo

Horas desde el ingreso hasta el inicio de cirugía	Número de pacientes	%
0 - 5	57	62.2
6 - 10	20	22
11 - 15	6	6.5
16 - 20	2	2.2
20 - 25	6	6.5

Tabla VII. Tipo de anestesia utilizada durante la cirugía

Anestesia	Pacientes	%
Bloqueo peridural	48	52.7
General	43	47.3