

11209

52

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL "1 DE OCTUBRE"**

**ETIOLOGÍA DEL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN
PACIENTES ADULTOS, EN EL HOSPITAL REGIONAL
"1 DE OCTUBRE"**

TESIS

SECRETARÍA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN CIRUGÍA GENERAL, PRESENTA:**

DR. RICARDO KINNEY GARCÍA.

27/00/00

2000



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.


ASESOR:

**DR. HORACIO GABRIEL OLVERA HERNÁNDEZ.
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.**

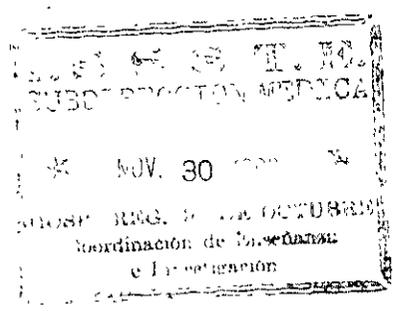


PROFESOR TITULAR DEL CURSO:

**DR. ALEJANDRO TORT MARTÍNEZ.
COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.**


JEFE DE ENSEÑANZA:

**DR. HORACIO GABRIEL OLVERA HERNÁNDEZ.
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE
ENSEÑANZA.**



ÍNDICE

| | PÁGINA |
|--------------------------|--------|
| RESUMEN..... | 1 |
| SUMMARY | 2 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 3 |
| RESULTADOS | 4 |
| DISCUSIÓN | 5 |
| CONCLUSIONES | 6 |
| FIGURA 1 | 7 |
| GRÁFICA 1 | 8 |
| GRÁFICA 2 | 9 |
| GRÁFICA 3 | 10 |
| GRÁFICA 4 | 11 |
| GRÁFICA 5 | 12 |
| GRÁFICA 6 | 13 |
| GRÁFICA 7 | 14 |
| GRÁFICA 8 | 15 |
| GRÁFICA 9 | 16 |
| GRÁFICA 10 | 17 |
| GRÁFICA 11 | 18 |
| GRÁFICA 12 | 19 |
| GRÁFICA 13 | 20 |
| GRÁFICA 14 | 21 |
| GRÁFICA 15 | 22 |
| BIBLIOGRAFÍA | 23 |

RESUMEN

El Abdomen Agudo es una entidad clínica caracterizada por dolor abdominal de inicio súbito y difuso la mayoría de las veces, acompañado por disminución o ausencia de los ruidos intestinales, distensión abdominal, signo de rebote positivo y abdomen en madera. Esta grave enfermedad generalmente requiere tratamiento quirúrgico para su resolución. La causa más frecuente en la literatura mundial es el dolor abdominal no específico (laparotomía blanca) y la apendicitis aguda y/o complicada. El objetivo de este estudio es conocer las causas más frecuentes de abdomen agudo en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron 95 pacientes con el diagnóstico clínico de abdomen agudo hospitalizados en el servicio de urgencias adultos del hospital regional "1 de Octubre", del ISSSTE en la ciudad de México, en el período comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1997.

RESULTADOS: 16 pacientes (16.8 %) tuvieron apendicitis complicada, 14 (14.7 %) apendicitis aguda, 8 (8.4 %) tuvieron causa ginecológica, 8 (8.4 %) úlcera péptica perforada, 7 (7.3 %) tuvieron causa oncológica, 6 (6.3 %) pancreatitis, 6 (6.3 %) enfermedad biliar, 5 (5.2 %) perforación intestinal, 4 (4.2 %) trombosis mesentérica, 4 (4.2 %) dolor abdominal no específico (laparotomía blanca), 3 (3.1 %) hernia interna, 3 (3.1 %) vólvulo de intestino, 2 (2.1 %) divertículo de Meckel, 2 (2.1 %) adherencias y 8 (8.4 %) de otras causas. La media de edad para este padecimiento fue de 51.1 (+22.7) años. 48 pacientes (50.5 %) fueron hombres y 47 (49.5 %) mujeres. 89 enfermos (93.6 %) recibieron tratamiento antibiótico. Sólo 68 pacientes (64.6 %) presentaron leucocitosis. 8 pacientes (8.42 %) fallecieron de los cuales el 50 % se debió a trombosis mesentérica. El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 6.93 (+4.63).

CONCLUSIONES: La apendicitis aguda y complicada constituyeron las causas más frecuentes de Abdomen Agudo en nuestro hospital; el dolor abdominal no específico (laparotomía blanca) sólo se encontró en el 4.2 % de los pacientes. Se encontró una mortalidad del 8.42 % de los cuales la mitad se debieron a trombosis mesentérica. La leucocitosis no fue un parámetro que correlacionara con la gravedad de la enfermedad, ya que en el 25.6 % de los casos no se presentó.

SUMMARY

The Acute Abdomen is a disease characterized by abdominal pain, of sudden beginning, accompanied by decrease or absence of the peristalsis, abdominal distension, abdominal rigidity and Blumberg's sign; this serious illness generally requires surgical treatment for its resolution. The most frequent etiology in the world literature is the non-specific abdominal pain and acute appendicitis and/or complicated. The objective of this study is to know the most frequent causes of Acute Abdomen in our hospital.

MATERIAL AND METHODS: 95 patients with the clinical diagnosis of Acute Abdomen, hospitalized in the service of Urgency Adults of the Hospital Regional "1 de Octubre" of the ISSSTE, in Mexico City, were revised from January 1 to December 31 of 1997.

RESULTS: 16 patients (16.8 %), they had complicated appendicitis, 14 (14.7 %) complicated appendicitis, 8 (8.4 %) gynecological cause, 8 (8.4 %) perforated peptic ulcer, 7 (7.3 %) oncological cause, 6 (6.3 %) pancreatitis, 6 (6.3 %) biliary disease, 5 (5.2 %) intestinal perforation, 4 (4.2 %) mesenteric thrombosis, 4 (4.2 %) non-specific abdominal pain, 3 (3.1 %) internal hernia, 3 (3.1 %) intestinal volvulus, 2 (2.1 %) Meckel's diverticulum, 2 (2.1 %) adhesion and 8 (8.4 %) other causes. The mean age for this disease was 51.1 (+22.7). 48 patients (50.5 %) were males and 47 (49.5 %) were females. 89 (93.6 %) received antibiologic treatment. In 68 (64.6 %) patients leukocytosis was present. 8 patients died, of which the half was due to mesenteric thrombosis. The mean of days of stay in hospital were from 6.93 (+4.63).

CONCLUSIONS: The acute and complicated appendicitis constituted the most frequent causes of Acute Abdomen. In our hospital, the non-specific abdominal pain alone it was the 4.2 % of the patients; the mortality was of 8.42 %, of which the half was for mesenteric thrombosis; the leukocytosis was not a parameter that with the gravity of the illness.

INTRODUCCIÓN

El Abdomen Agudo es una enfermedad grave, que en el oeste de Estados Unidos ocasiona que 5 a 10 pacientes sean operados diariamente (1). El rango de la enfermedad varía desde alteraciones sencillas hasta verdaderas catástrofes abdominales. Son muchos los pacientes que requieren cirugía, la cual va desde un procedimiento sencillo, hasta una operación compleja (2,3). Mientras más rápido sean intervenidos los pacientes, habrá menos morbilidad y mortalidad por este problema (4).

El Abdomen Agudo es una entidad clínica caracterizada por dolor abdominal de inicio súbito y difuso la mayoría de las veces, continuo, acompañado de disminución o ausencia de los ruidos intestinales, distensión abdominal, signo de rebote positivo y abdomen en madera, lo que traduce generalmente una enfermedad abdominal grave y que requiere, casi en todas las ocasiones, tratamiento quirúrgico de urgencia (1 - 12).

Debido al impacto que tiene en la morbilidad y mortalidad de los pacientes, incluyendo los días de incapacidad y el costo que implica la atención y tratamiento de esta enfermedad, se debe poner énfasis en el desarrollo de estrategias que disminuyan los factores antes mencionados; una de ellas es realizar estudios para conocer las causas más frecuentes del Abdomen Agudo. Al conocerlas, se podrá adiestrar más adecuadamente a los futuros cirujanos, lo que repercutirá en un tratamiento más rápido y eficaz.

Son numerosos los artículos en la literatura mundial que hablan sobre la etiología del Abdomen Agudo en la edad pediátrica, sin embargo, este punto se encuentra poco investigado en pacientes adultos. Miettinen (12) encontró en uno de sus estudios que el 33 % de los pacientes presentó dolor abdominal no específico, es decir, laparotomía exploradora blanca, en 23.3 % fue apendicitis aguda y en 8.8 % fue enfermedad biliar. Gray (13,14) y Reheja (15), coincidieron también con sus estudios al concluir que el dolor abdominal no específico, es la causa principal de Abdomen Agudo. Sin embargo, Pasanen (16) encontró que la primera causa es la enfermedad biliar con 26 %, seguida de la apendicitis aguda con 18%. Johnson (17), Brisbois (18) y Campbel (19) encontraron en sus estudios que la apendicitis aguda ocupó el primer lugar.

Nuestro estudio tiene como objetivo conocer las causas más frecuentes de Abdomen Agudo en el Hospital Regional "1 de Octubre" del ISSSTE, en la ciudad de México D.F. Además, se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tratamiento impartido, días de estancia intrahospitalaria, la utilización o no de antibiótico, y cuál fue el utilizado, los pacientes que requirieron terapia intensiva y por cuanto tiempo, el porcentaje de mortalidad y las causa directas de muerte. Nuestro estudio es retrospectivo, transversal, de investigación aplicada y abierto, en el cual se utilizó como fuente de investigación los expedientes clínicos, en un periodo de tiempo de 1 año.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias adultos, del Hospital Regional "1 de Octubre" del ISSSTE, en la ciudad de México, en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 1997, con el diagnóstico de Abdomen Agudo. También se incluyeron los pacientes que se ingresaron al hospital por otros motivos, pero que durante su estancia desarrollaron la citada enfermedad. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 14 años seis meses y que tuvieran el diagnóstico clínico de Abdomen Agudo, caracterizado por dolor abdominal difuso, disminución o ausencia de los ruidos intestinales, constipación, signo de rebote positivo y abdomen en madera. Se incluyeron 113 pacientes. Los criterios de eliminación fueron los pacientes que finalmente no requirieron tratamiento quirúrgico (Abdomen Agudo Médico), los que tuvieron trauma abdominal cerrado o abierto y en los que tuvieron cirugía abdominal previa. La intención del estudio es conocer la etiología en los pacientes con abdomen virgen, además, a este hospital llegan pocos pacientes con lesiones traumáticas de abdomen, dadas las características propias del mismo, como son la derechohabencia, y el hecho de que exista un hospital especializado en trauma, a menos de 1 km. de distancia. Se eliminaron 11 pacientes, 3

con Abdomen Agudo Médico, 2 en los que la causa del problema ya se conocía (peritonitis por catéter de Tenckhoff) y 2 en los que se habían operado con anterioridad; el grupo quedó reducido a 95. Todos estos pacientes fueron laparotomizados, por lo que se pudo conocer la etiología del Abdomen Agudo.

RESULTADOS

30 pacientes (31.5 %) tuvieron un diagnóstico postoperatorio de apendicitis, de los cuales en 16 (16.8 %), estaba complicada y en 14 (14.7%) fue hiperémica edematosa (fig. 1), 8 pacientes (8.4 %) tuvieron una causa ginecológica, 8 (8.4 %) tuvieron úlcera péptica perforada, 7 (7.3 %) tuvieron causa oncológica, 6 (6.3 %) tuvieron pancreatitis, 6 (6.3 %) tuvieron enfermedad biliar, 5 (5.2 %) tuvieron perforación intestinal, 4 (4.2 %) trombosis mesentérica, 4 (4.2 %) fue dolor abdominal no específico (laparotomía blanca), 3 (3.1 %) tuvieron vólvulo, 3 (3.1 %) tuvieron hernia interna, 2 (2.1 %) adherencias, 2 (2.1 %) divertículo de Meckel, 1 (1.05 %) ileitis, 1 (1.05 %) isquemia intestinal, 1 (1.05 %) íleo biliar, 1 (1.05 %) hernia epigástrica incarcerada, 1 (1.05 %) estenosis intestinal, 1 (1.05 %) absceso perirrenal derecho, 1 (1.05 %) absceso hepático roto.

De los pacientes con apendicitis complicada, 7 (43.7 %) estaba perforada, 4 (24 %) era purulenta, 4 (25 %) estaba abscedada y 1 (6.25 %) estaba necrosada (gráfica 1). El tratamiento en 12 pacientes (75 %) consistió en apendicectomía con colocación de drenajes, en 3 (18.7 %) apendicectomía con aspiración de la secreción y en 1 (6.25 %) se realizó además resección de íleon terminal con enteroenteroanastomosis término-terminal, por perforación del mismo.

De los padecimientos ginecológicos (gráfica 2), 3 (37.5 %) tuvieron quiste de ovario, 2 derechos y uno izquierdo, 2 (25 %) quiste hemorrágico, uno izquierdo y el otro derecho, 1 (12.5 %) quiste folicular, 1 (12.5 %) quiste tubárico roto y 1 (12.5 %) embarazo ectópico roto. El tratamiento fue la resección del quiste, ooforectomía y salpingooforectomía en el caso del embarazo ectópico.

Con relación a la úlcera péptica perforada (gráfica 3), 3 (37.5 %) tuvieron una úlcera pilórica perforada y todos fueron tratados con parche de Graham, 4 (50 %) tuvieron una úlcera duodenal perforada, de los cuales 2 se trataron con hemigastrectomía, 1 con parche de epiplón y otro con exclusión pilórica; además este paciente presentó también necrosis de colon derecho, por lo que se realizó hemicolectomía derecha con ileostomía con cierre en bolsa de Hartmann y gastroyeyunoanastomosis, 1 (12.5 %) presentó perforación de antro, tratado con resección en cuña y cierre primario.

De las causas oncológicas (gráfica 4), 4 (57.1 %) tuvieron carcinomatosis, de las cuales, 1 fue por Ca de páncreas, otro por Ca de colon derecho, otro por Ca de ovario y en uno más no se identificó el tumor primario. 1 (14.2 %) tuvo Ca de ovario derecho, 1 (14.2 %) Ca vesical perforado y 1 (14.2 %) Ca de próstata con urinoma. El tratamiento en los casos de carcinomatosis, fue solo toma de biopsia, en el de ovario histerosalpingooforectomía, en el de vejiga solo lavado quirúrgico y en el de próstata drenaje del urinoma.

De los pacientes con pancreatitis (gráfica 5), 3 (50 %) presentaron variedad edematosa, de los cuales, uno se trató con catéter de Tenckhoff, otro con lavado quirúrgico, colecistostomía, y gastrostomía y el último solo con lavado de cavidad. 2 (33.3 %) tuvieron variedad hemorrágica, de los cuales uno se trató con colecistostomía, gastrostomía y colocación de drenajes y el otro además cursó con una colecistitis crónica litiásica, por lo que se realizó colecistectomía y lavado de cavidad. 1 (16.6 %) tuvo variedad biliar; se trató con colecistectomía, exploración de la vía biliar y colocación de sonda en T.

De las causas de origen biliar (gráfica 6), 3 (50 %) tuvieron piocolecisto, 1 (16.6 %) presentó colecistitis aguda, 1 (16.6 %) tuvo colecistitis crónica litiásica con necrosis de la pared y 1 (16.6 %) presentó perforación de la vesícula biliar. Todos fueron tratados con colecistectomía simple y colocación de penrose.

Los pacientes con perforación intestinal (gráfica 7), 2 (40 %) tuvieron perforación de sigmoides, la cual se resolvió por sigmoidectomía con cierre en bolsa de Hartmann y colostomía. 1 (20 %) tuvo perforación de colon transversal por un probable Ca de colon, que se

trató con hemicolectomía izquierda con cierre en bolsa de Hartmann y colostomía. 1 (20 %) presentó perforación de colon derecho por un colon tóxico, el cual se trató con colectomía subtotal y 1 (20 %) con perforación de yeyuno e ileon por salmonella, que se trató con resección intestinal con enteroenteroanastomosis término-terminal.

De los pacientes con trombosis mesentérica (gráfica 8), 3 (75 %) fueron de origen arterial, de los cuales 1 presentó además una hernia inguinal izquierda incarcerada, que se trató con hernioplastia tipo Bassini. 1 (25 %) tuvo origen venoso. En ninguno fue factible realizar resección intestinal.

En el caso de vólvulo intestinal (gráfica 9), 2 (66.6 %) fue de mesenterio, los cuales se resolvieron con la simple detorsión. 1 (33.3 %) fue de sigmoideas y se trató con sigmoidectomía, colostomía y cierre en bolsa de Hartmann.

En el paciente que presentó íleo biliar, la fistula fue colecistoduodenal y se resolvió con una enterotomía a nivel del íleon terminal y extracción del lito.

La media de edad fue de 51.1 (+22.7) años. La distribución por sexos fue muy similar (gráfica 10); 48 pacientes (50.5 %) fueron hombres y 47 (49.5 %) fueron mujeres. Con relación a la administración de antibióticos (gráfica 11), 89 (93.6 %) si recibieron y 6 (6.4 %) no. Los esquemas aplicados fueron (gráfica 12), metronidazol a 16 (17.9 %), amikacina a 2 (2.2 %), ceftriaxona a 23 (25.8 %), metronidazol y amikacina a 20 (22.4 %), ceftriaxona y amikacina a 11 (12.3 %), ceftriaxona, metronidazol y amikacina a 16 (17.9 %), metronidazol, amikacina, ceftriaxona y anfotericina B a 1 (1.12 %). Los antibióticos fueron administrados de acuerdo a la patología encontrada y al grado de sepsis; la dosis habitual fue, para el metronidazol, 500 mg cada 8 horas por 10 días; para la amikacina 500 mg cada 12 horas por 10 días; para la ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas por 10 días y para la anfotericina B 0.3 mg/kg/día. La leucocitosis se presentó de la siguiente manera (gráfica 13): 27 pacientes (25.6 %) no presentaron leucocitosis, 45 (47.3 %) tuvieron entre 11,000 a 20,000 células/dl y 23 (21.8%) presentaron leucocitosis arriba de 20,000 células/dl.

Con relación a la mortalidad (gráfica 14), 8 pacientes fallecieron (8.42 %), de los cuales 4 (50 %) se debieron a trombosis mesentérica, 2 (25 %) por perforación de duodeno, de los cuales uno presentó además necrosis de colon, 1 (12.5 %) por pancreatitis hemorrágica y 1 (12.5 %) por perforación de colon derecho. Las causas de la muerte fueron (gráfica 15) en 4 pacientes con trombosis mesentérica (50 %), disfunción orgánica múltiple; en 4 (50 %) fue choque séptico.

21 pacientes (19.9 %) requirieron terapia intensiva, siendo el promedio de días de estancia en la unidad de 7 (+ 5.13). 6 pacientes (28.5 %) se ingresaron a la unidad por pancreatitis, 4 (19 %) por úlcera duodenal, 4 (19 %) por trombosis mesentérica, 3 (14.2 %) por perforación colónica, 2 (9.5 %) por perforación pilórica, 1 (4.7 %) por absceso perirrenal y 1 (4.7 %) por absceso hepático roto.

Los pacientes con Abdomen Agudo, tuvieron en promedio 6.93 (+ 4.63) días de estancia intrahospitalaria.

DISCUSIÓN

Como se demostró en nuestro estudio, la etiología del Abdomen Agudo más frecuentemente encontrada en nuestro hospital fue la apendicitis aguda y la apendicitis complicada y la mortalidad por este diagnóstico fue nula. La patología ginecológica ocupó el segundo lugar en frecuencia, sin embargo, el número encontrado en la investigación es probablemente mayor, ya que sólo se estudiaron a las pacientes que se ingresaron por el servicio de urgencias adultos; existen pacientes con abdomen agudo de origen ginecológico que se atienden directamente en el servicio de ginecoobstetricia, las cuales no se incluyeron en este estudio. Las pacientes con abdomen agudo operadas por los ginecólogos, en quienes el diagnóstico transoperatorio no fue de su competencia, se intervinieron finalmente por el servicio de cirugía general. Por lo tanto el número de pacientes registradas en dicho rubro en nuestro estudio, no es totalmente confiable

De todas las causas, la más grave fue la trombosis mesentérica, ya que el 100 % de los pacientes fallecieron. Un dato importante es que el dolor abdominal no específico, mejor llamado laparotomía blanca, constituyó sólo el 4.2 % de las causas en nuestro estudio, lo que no concuerda con algunas revisiones internacionales, en las que esta etiología representa hasta el 33 %. Nuestras observaciones coinciden con la mayoría de los artículos, donde se menciona que la apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo.

La leucocitosis se encontró en 68 pacientes (64.6 %), lo que indica que en un gran porcentaje (25.6 %) no se presentó este parámetro; consideramos por lo tanto, que la ausencia de este dato, no debe interpretarse como ausencia de enfermedad grave.

CONCLUSIONES

La apendicitis aguda y la complicada constituyeron las causas más frecuentes de abdomen agudo en nuestro hospital; el dolor abdominal no específico (laparotomía blanca) solo se encontró en el 4.2 % de los pacientes, por lo que es considerada una etiología rara en nuestro servicio.

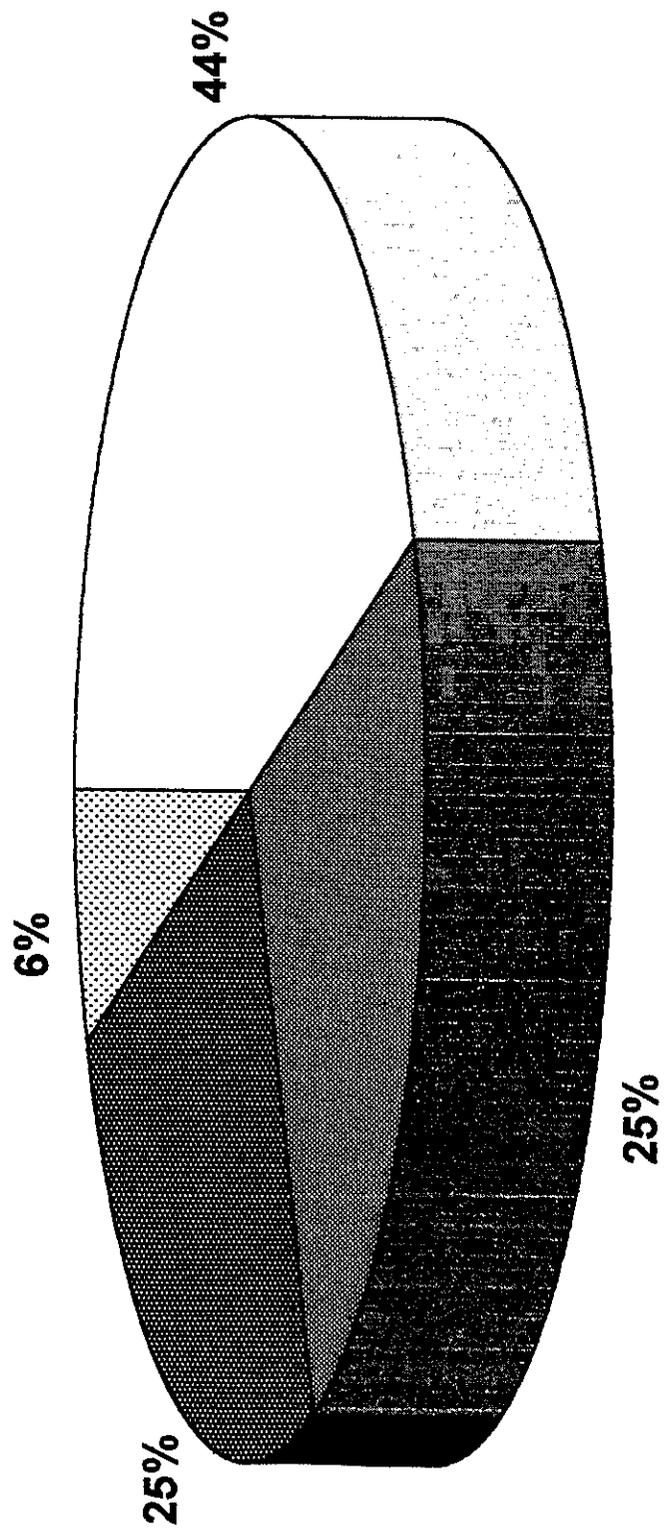
Encontramos una mortalidad del 8.42 % de los cuales la mitad se debió a trombosis mesentérica.

La leucocitosis no fue un parámetro que correlacionara con la gravedad de la enfermedad, ya que en un 25.6 % de los casos no se presentó.

FIGURA 1
ETIOLOGÍA DEL ABDOMEN AGUDO

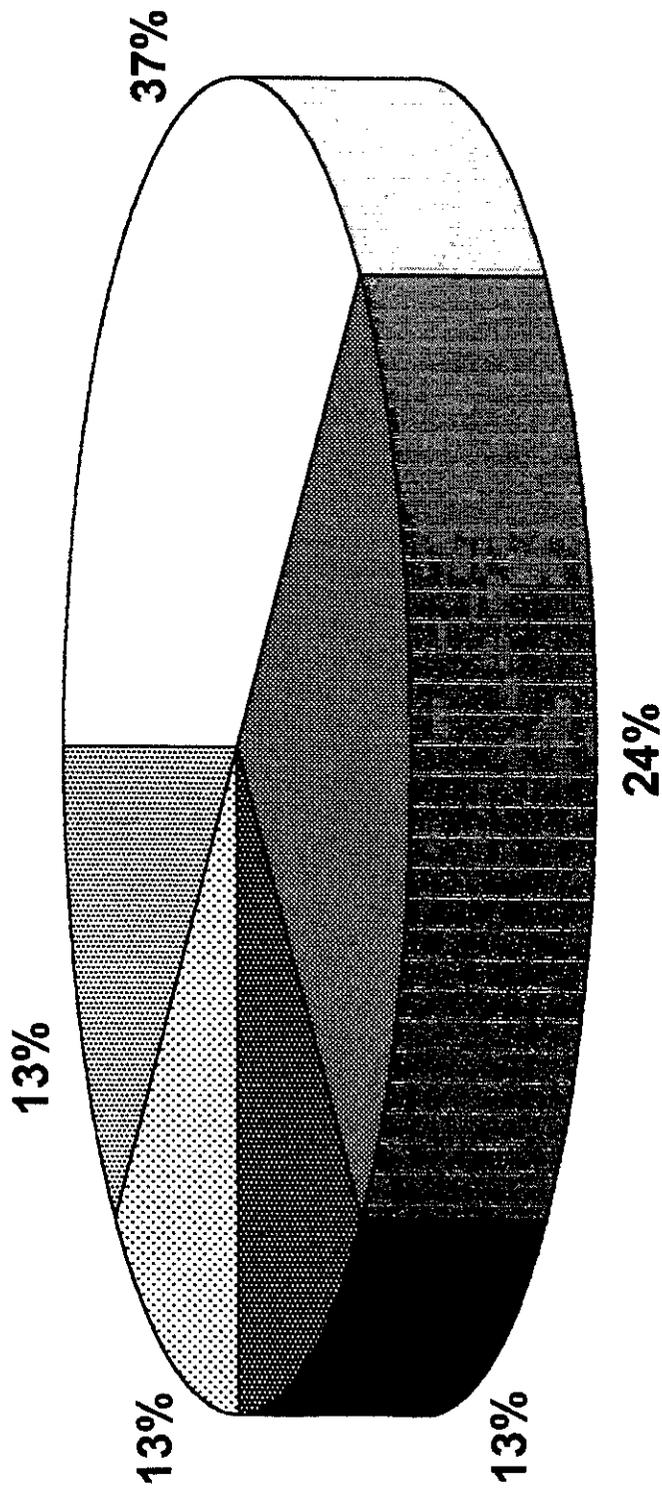
| DIAGNÓSTICO | NÚMERO DE PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------------------------|----------------------------|-------------------|
| Apendicitis complicada | 16 | 16.8 |
| Apendicitis aguda | 14 | 14.7 |
| Causa ginecológica benigna | 8 | 8.4 |
| Úlcera péptica perforada | 8 | 8.4 |
| Causa oncológica | 7 | 7.3 |
| Pancreatitis | 6 | 6.3 |
| Enfermedad biliar | 6 | 6.3 |
| Perforación intestinal | 5 | 5.2 |
| Trombosis mesentérica | 4 | 4.2 |
| Laparotomía blanca | 4 | 4.2 |
| Hernia interna | 3 | 3.1 |
| Vólvulo intestinal | 3 | 3.1 |
| Adherencias | 2 | 2.1 |
| Divertículo de Meckel | 2 | 2.1 |
| Ileitis | 1 | 1.05 |
| Isquemia intestinal | 1 | 1.05 |
| Íleo biliar | 1 | 1.05 |
| Hernia epigástrica incarcerada | 1 | 1.05 |
| Estenosis intestinal | 1 | 1.05 |
| Absceso perirrenal | 1 | 1.05 |
| Absceso hepático roto | 1 | 1.05 |

GRÁFICA 1
TIPOS DE APENDICITIS COMPLICADA



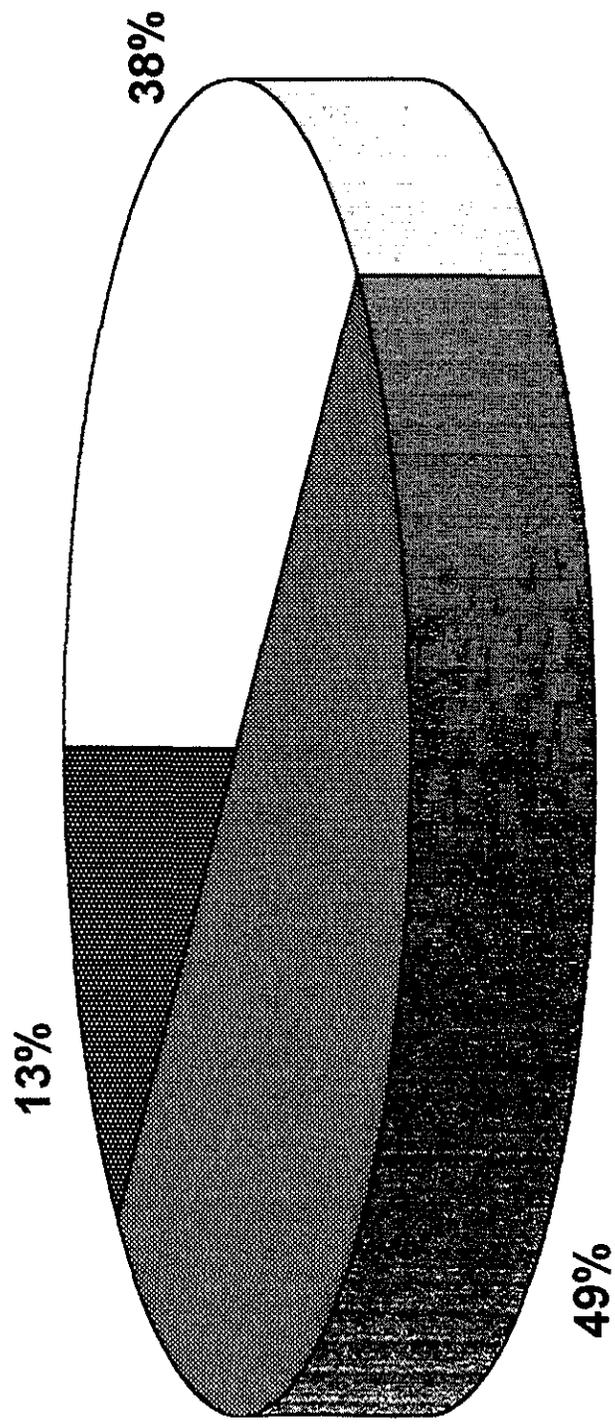
□ PERFORADA ■ PURULENTA ■ ABSCEDADA ▨ NECROSADA

GRAFICA 2 TIPOS DE PADECIMIENTO GINECOLÓGICOS



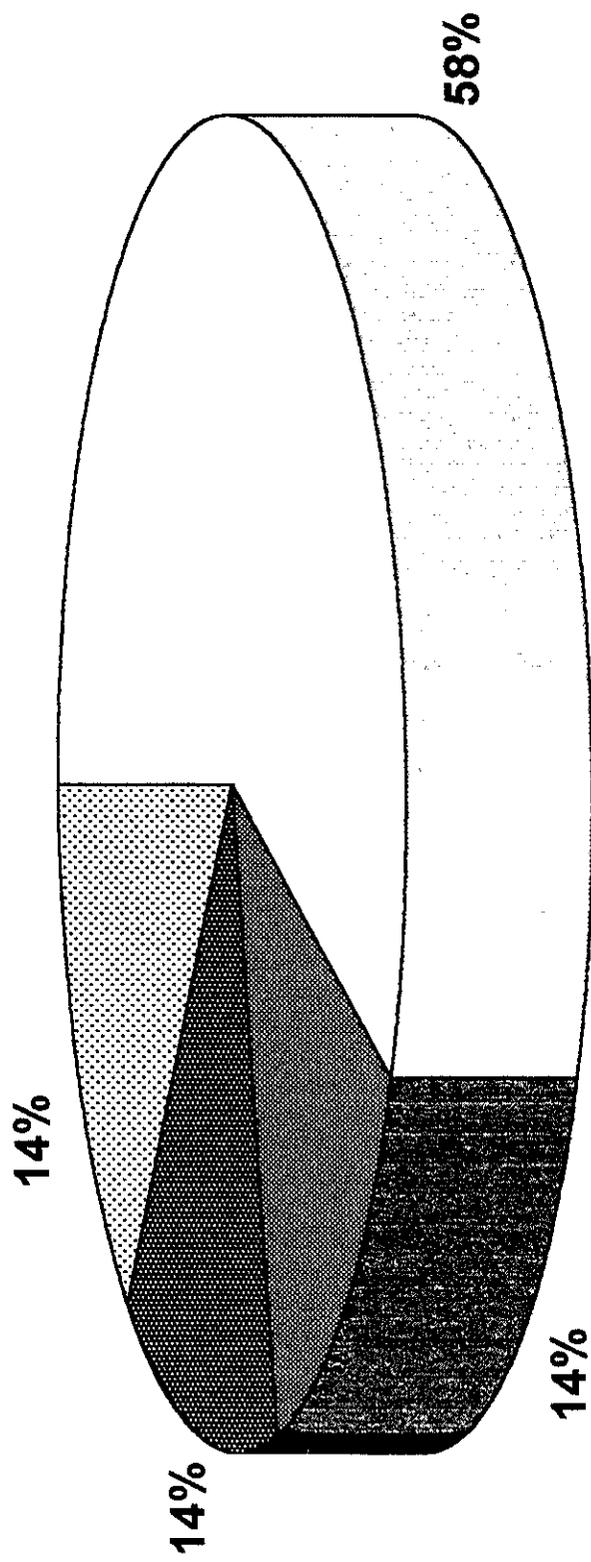
- QUISTE DE OVARIO
- QUISTE DE OVARIO HEMORRÁGICO
- ▒ QUISTE FOLICULAR
- ▒ QUISTE TUBÁRICO ROTO
- ▒ EMBARAZO ECTÓPICO ROTO

GRAFICA 3 TIPOS DE ÚLCERA PÉPTICA



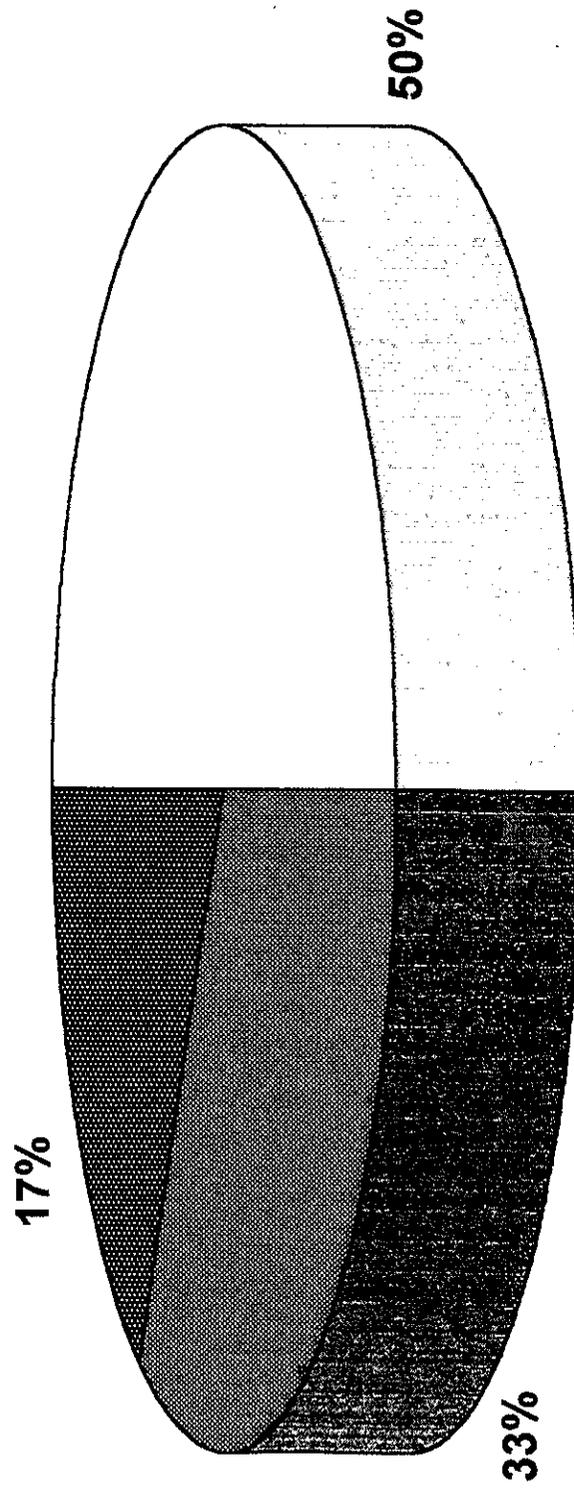
□ PILÓRICA PERFORADA ■ DUODENAL PERFORADA ▒ ANTRO PERFORADA

GRÁFICA 4
TIPO DE PADECIMIENTO ONCOLÓGICO



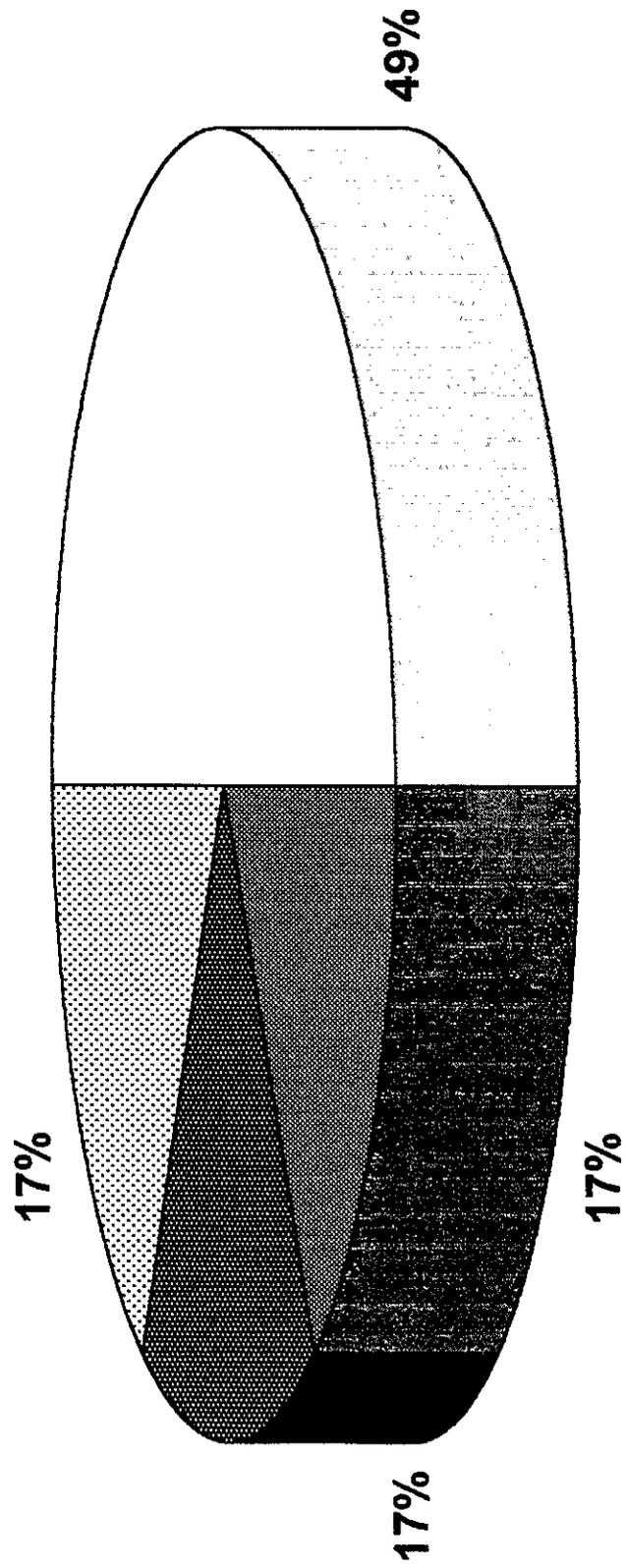
□ CARCINOMATOSIS ■ CA OVARIO ■ CA VESICAL ■ CA PRÓSTATA

GRÁFICA 5
TIPO DE PANCREATITIS



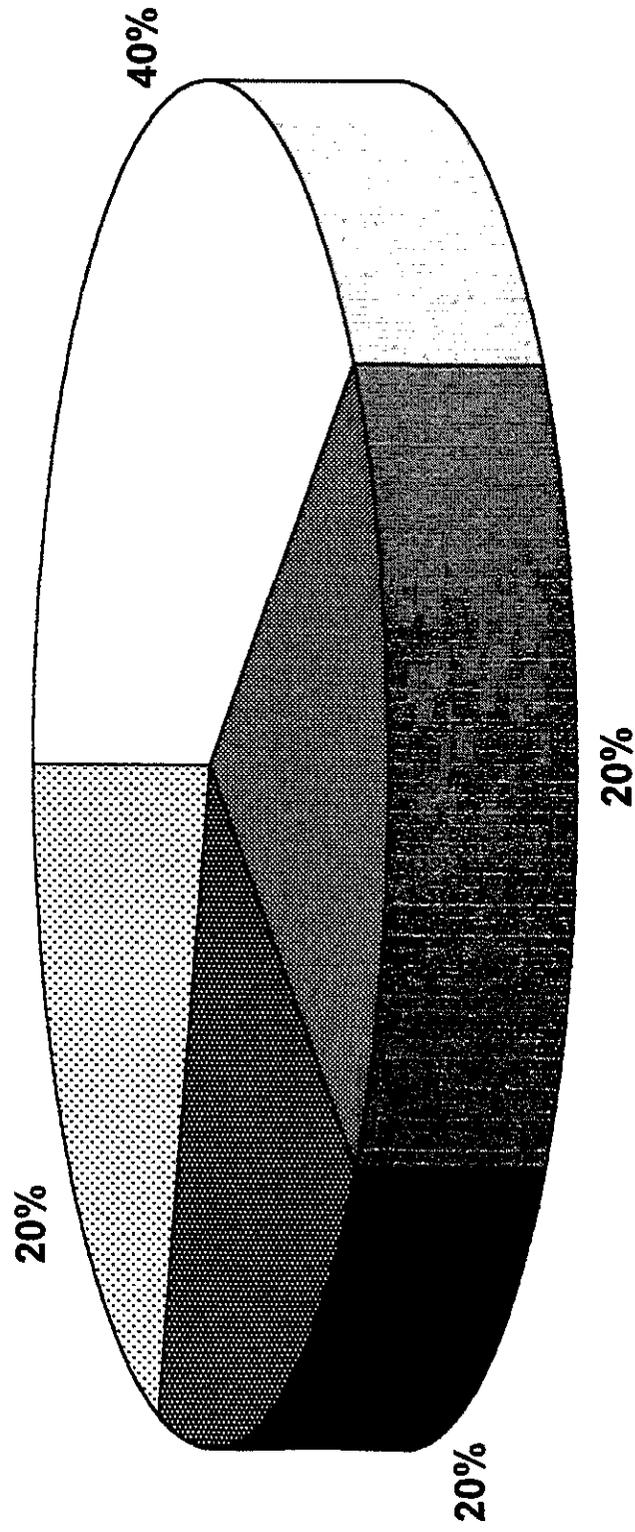
□ EDEMATOSA ■ HEMORRÁGICA ■ BILIAR

GRÁFICA 6
TIPO DE ENFERMEDAD BILIAR



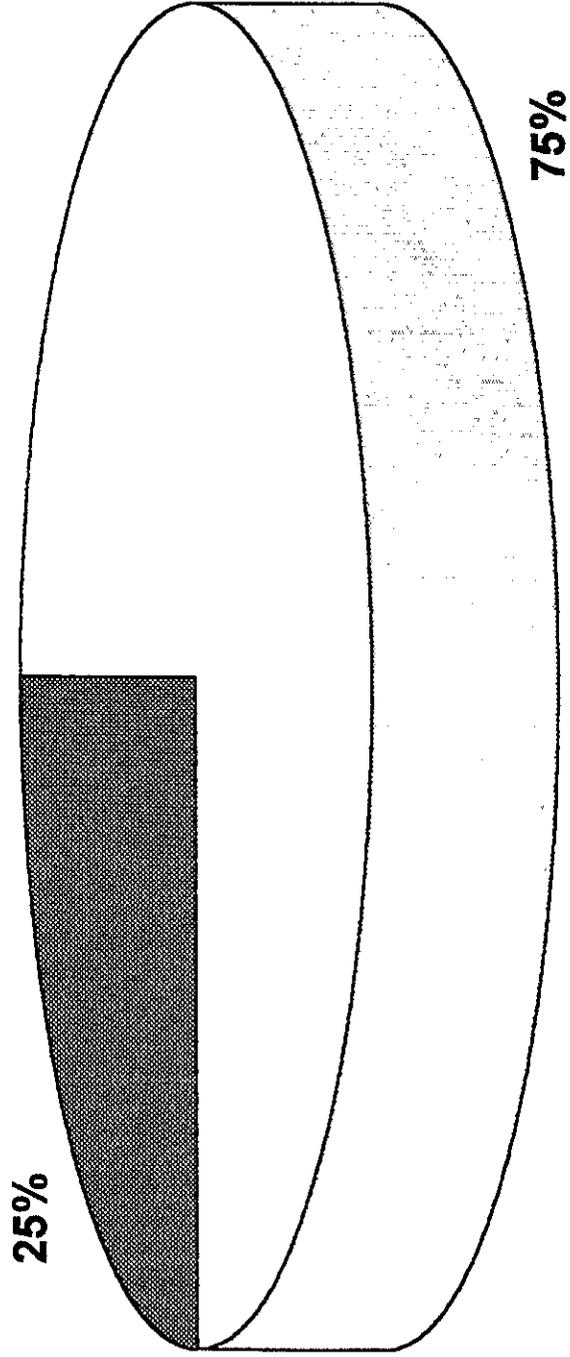
- PIOCOLECISTO
- COLECISTITIS AGUDA
- VESÍCULA NECROSADA
- VESÍCULA PERFORADA
- VESÍCULA VESICULAR

GRÁFICA 7
TIPO DE PERFORACIÓN INTESTINAL



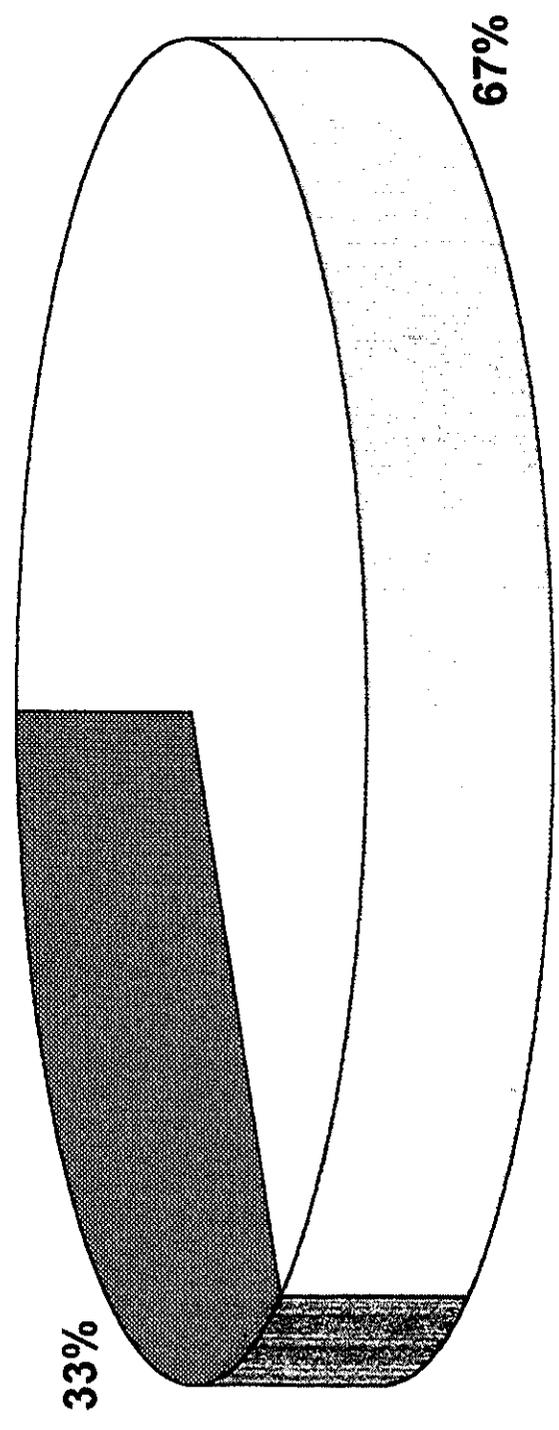
□ SIGMOIDES ■ TRANSVERSO ▨ COLON ASCENDENTE ▩ YEYUNO E ÍLEON

GRÁFICA 8
TIPO DE TROMBOSIS MESENTÉRICA



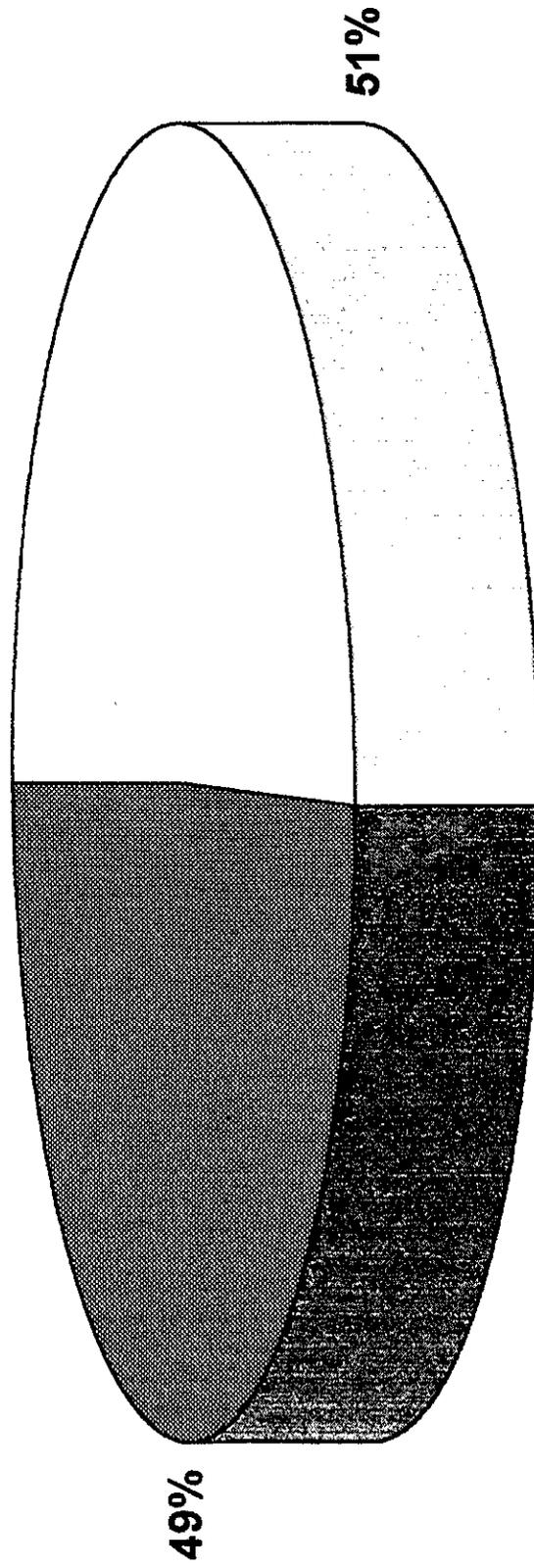
□ ARTERIAL ■ VENOSA

GRÁFICA 9
TIPO DE VÓLVULO



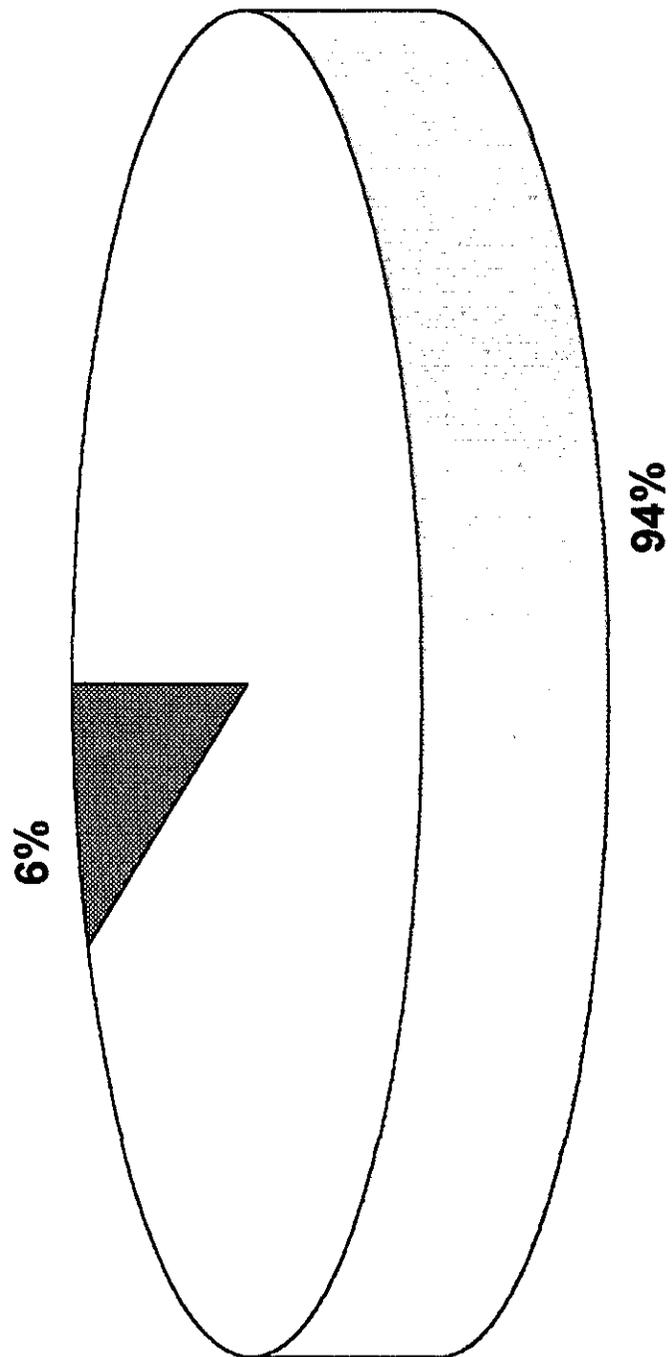
□ MESENTERIO ■ SIGMOIDES

GRÁFICA 10
DISTRIBUCIÓN POR SEXO

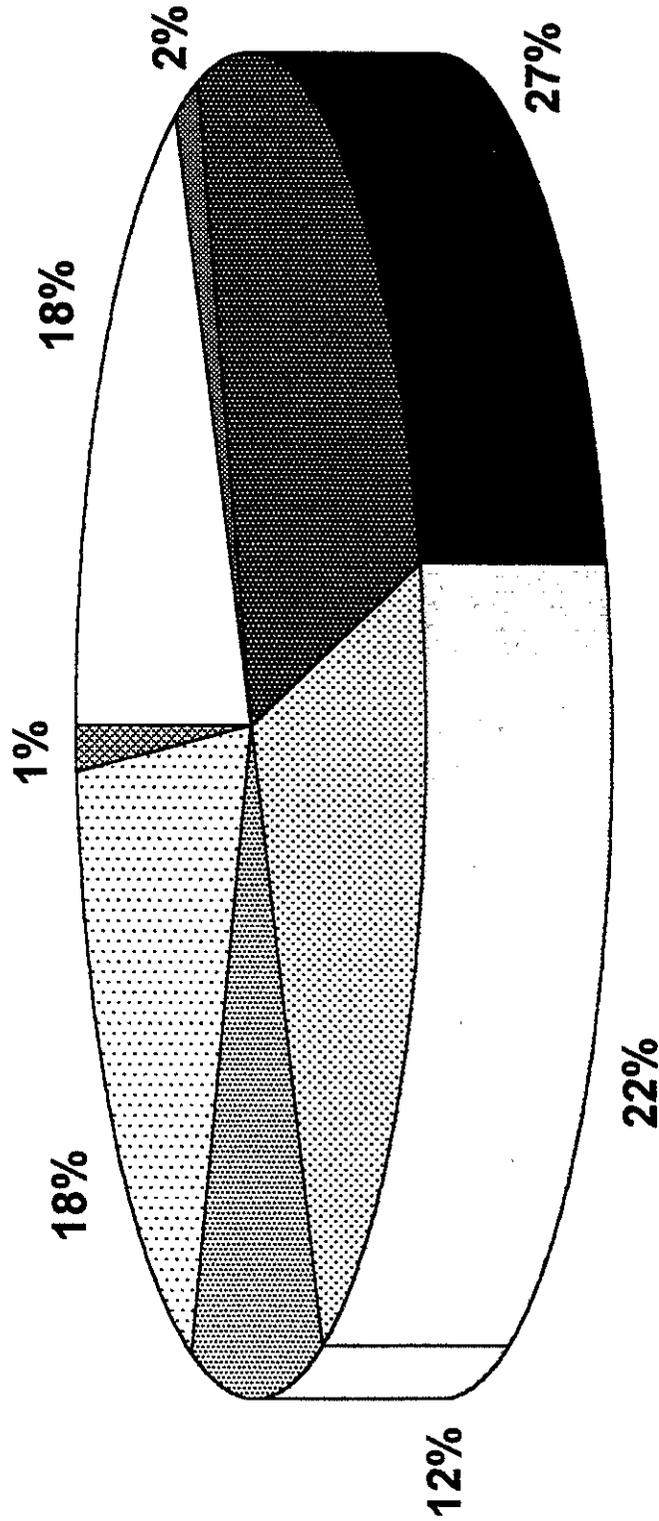


□ MASCULINO ■ FEMENINO

GRÁFICA 11
UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICO



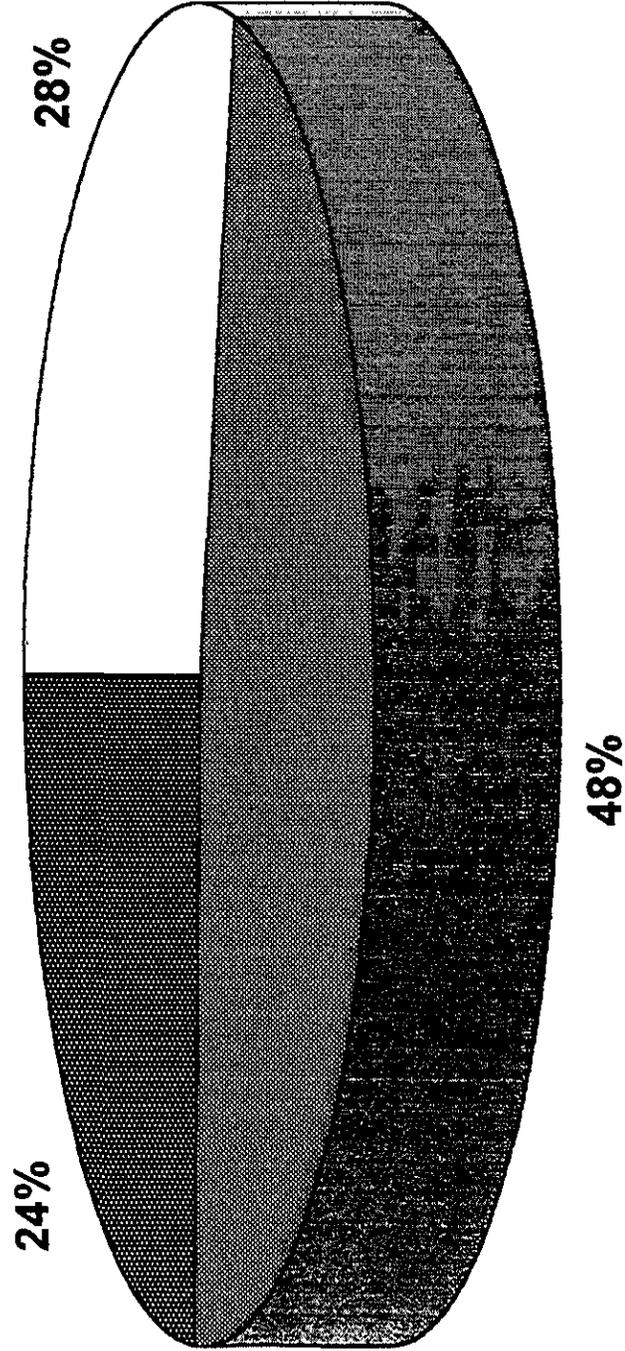
**GRÁFICA 12
ESQUEMA DE ANTIBIÓTICO**



- METRONIDAZOL
- ▒ AMIKACINA
- ▒ CEFTRIAXONA
- ▒ METRO AMIKA
- ▒ CEFTR AMIKA
- ▒ METRO AMIKA CEFTR ANF B
- ▒ METRO AMIKA
- ▒ METRO AMIKA CEFTR

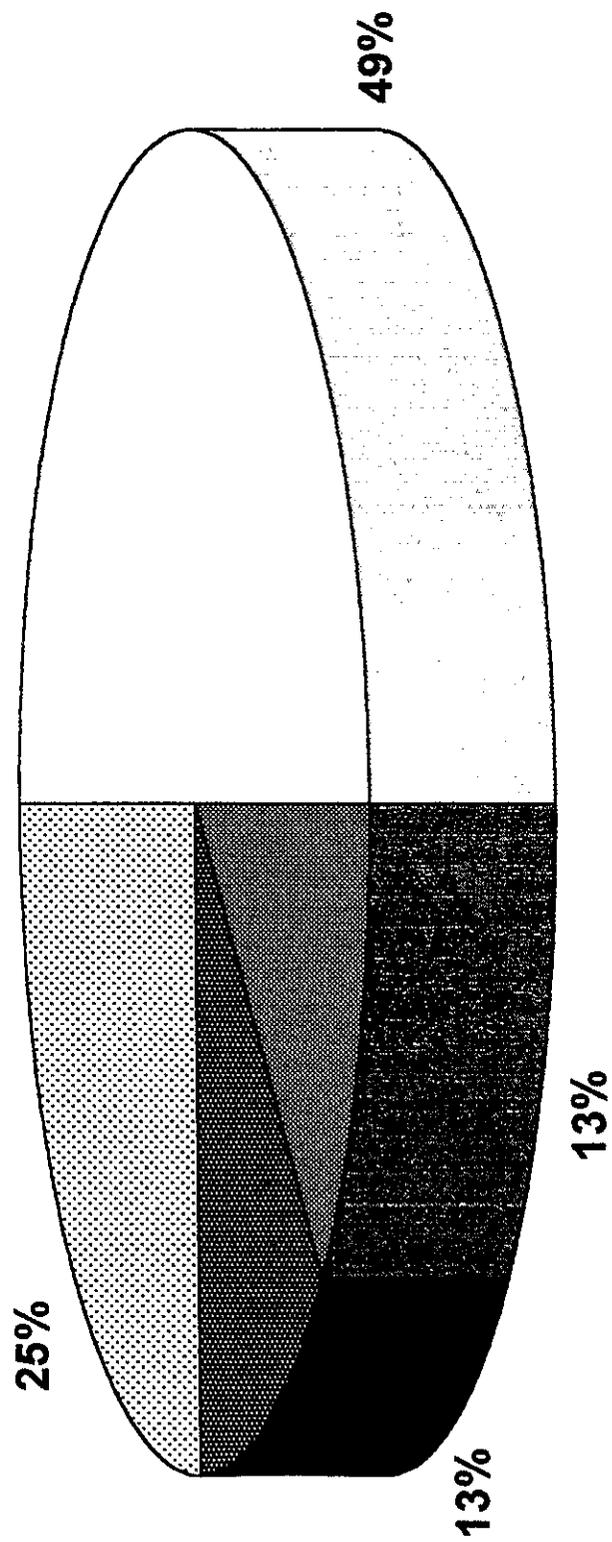
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

GRÁFICA 13 LEUCOCITOSIS



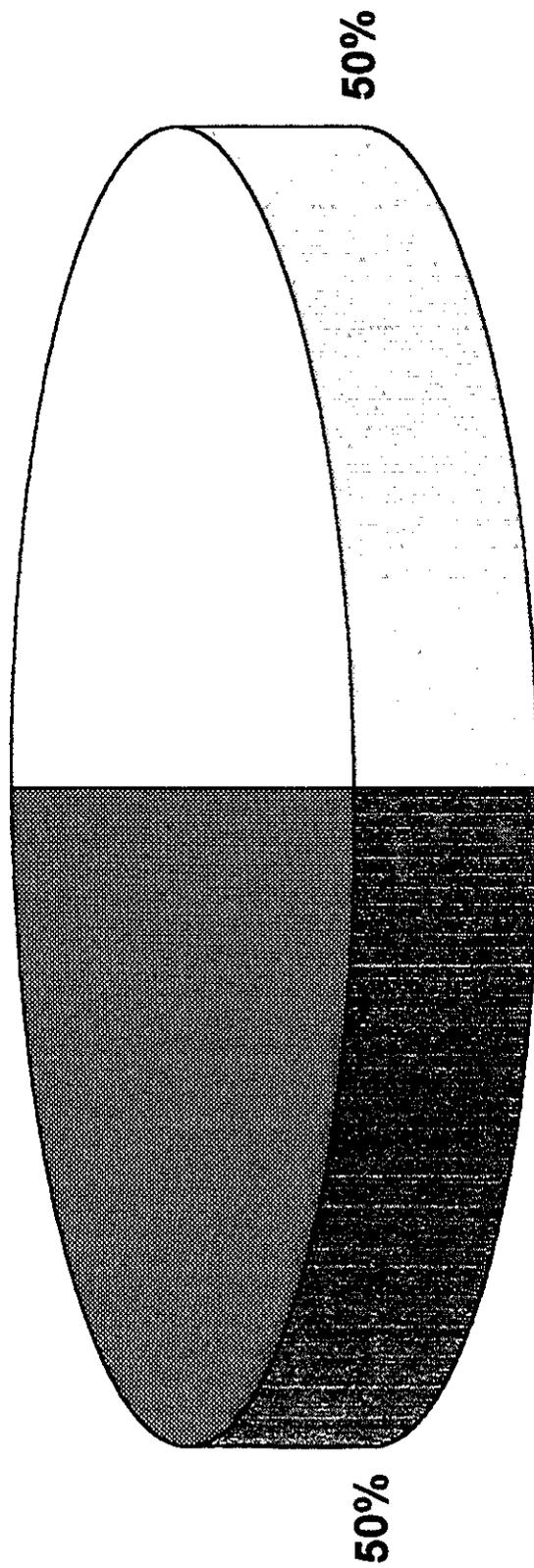
□ MENOS 11,000 ■ 11,000 - 20,000 ■ MÁS 20,000

GRÁFICA 14
MORTALIDAD



- TROMBOSIS MESENTÉRICA
- PANCREATITIS HEMORRÁGICA
- ▣ PERFORACIÓN COLON DERECHO
- ▤ PERFORACIÓN DE DUODENO

GRÁFICA 15
CAUSAS DE MUERTE



□ DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE ■ CHOQUE SÉPTICO

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- De Dombal FT. Diagnosis of acute abdominal pain . 2ª edn. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1991.
- 2.- Cope Z. The Early Diagnosis of Acute Abdomen. 9th edn. London: Oxford University Press, 1948.
- 3.- Silen W. Abdomen Agudo de Cope, Diagnóstico Temprano. 2ª edn.
- 4.- Jones PF. Emergency Abdominal Surgery. 2ª edn. Oxford:Blackwell Scientific Publications, 1987.
- 5.- Schwartz SI. Principios de Cirugía General. 6ª edn. Vol. 2.
- 6.- Sawyers JL, Milliams LF, eds. The Acute Abdomen. Surg Clin N Am, 1988;68:233-476.
- 7.- Thomson HJ, Jones PF. Active Observation in Acute Abdominal Pain. Am J Surg. 1986;152:522-5.
- 8.- Williamson RCN, Cooper NJ. Eds. Clinical Surgery International, Vol 17. Emergency Abdominal Surgery. Edinburgh:Churchill Livingstone, 1990.
- 9.- Paterson-Brawn S, Viponol MN. Modern Aids to Clinical Decision Making in the Acute Abdomen. Br J Surg. 1990;77:13-18.
- 10.- De Dombal FT, Leaper DJ, Horrocks JC, Stainiland JR, Mc Cann AP. Human and computer a ideal diagnosis on performance of clinicians. Br Med J. 1974;1:376-80.
- 11.- Gallegos N, Hobsley M: Abdominal pain parietal or visceral?. J R Soc Med. 1992;85:379.
- 12.- Miettinen P, Pasanen P, Lahtinen J, Alhava E. Acute abdominal pain in adults. A Chur Gyn. 1996;85 (1):5-9.
- 13.- Gray DWR, Collin J. Non-specific abdominal pain as a cause of acute admission to hospital. Br Med J. 1987;74:239-42.
- 14.- Gray DWR, Dixon JM, Collin J. The closed eyes sign: an aid to diagnosing non-specific abdominal pain. Br Med J. 1998;297:837.
- 15.- Reheja SK, Mc Donald P, Taylor I: Non-specific abdominal pain- an expensive mystery. J R Soc Med. 1990;83:10-11.
- 16.- Miettinen P, Pasanen P, Lahtinen J, Alhava E. The outcome of elderly patients after operation for acute abdomen. Ann Chir gyn. 1996;85 (1):11-5.
- 17.- Johnson GL, Johnson PT, Fishman EK. CT evaluation of the acute abdomen: bowel pathology spectrum of disease. Critical review in diagnostic imaging. Ann Chiu Gyn 1996; 37 (3):163-90.
- 18.- Brisbois D, Magotteaux P, Bouali K, Rausin L, Lastra M. Acute abdomen. Is ultrasonography useful, essential or unnecessary?. Ac Gas Bel. 1996;59 (2):134-6.
- 19.- Campbel JPM, Gunn AA. Plain abdominal radiographs and acute abdominal. Br J Surg. 1988; 75:554-6.