



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

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
CIRUGÍA GENERAL**

**“ESTADÍSTICA DE ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO DEL HOSPITAL
GENERAL BALBUENA Y SUS CAUSAS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
CLÍNICA**

**PRESENTADO POR:
DR. RAFAEL GUZMÁN AGUILAR**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. FRANCISCO JAVIER CARBALLO CRUZ**

México D.F. - 2016 -



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



“ESTADÍSTICA DE ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA Y SUS CAUSAS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS”

Autor

Dr. Rafael Guzmán Aguilar

Vo. Bo.

Dr. Francisco Javier Carballo Cruz

Titular Del Curso En Especialización De Cirugía General

Vo. Bo.

Dr. Ignacio Carranza Ortiz

Director De Educación E Investigación

DEDICATORIA

A mis padres.

A mis hermanos por el apoyo que me brindaron.

A María Fernanda Sánchez Solano por el apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Donaciano Noé Guzmán Montero y Yenderina Aguilar Moreno por la paciencia y por todo el apoyo brindado, por el soporte y la confianza que depositaron en mi, por estar tanto en los momentos felices como en las cosas difíciles, por el cariño incondicional. Por guiarme siempre a un mejor futuro y motivarme para superarme cada vez más

A mis hermanos

Oscar Daniel Guzmán Aguilar y Noé Guzmán Aguilar por el esfuerzo realizado y el apoyo durante mis estudios, por motivarme a ser mejor persona.

A mi novia

María Fernanda Sánchez Solano por estar a mi lado, enseñarme que todo se puede hacer con un poco de esfuerzo, a no rendirme y buscar siempre lo que quiero, a que cada vez que consiga una meta superarla y seguir otras más, a su apoyo y cariño incondicional.

Agradezco a los maestros que a lo largo de mi educación durante la residencia médica se tomaron una parte de su tiempo para compartir sus conocimientos, en especial al Dr. Francisco Javier Carballo Cruz por la paciencia y tiempo brindado en la elaboración del proyecto de tesis, así como al Dr. Gabriel Mejía Consuelos por el apoyo otorgado para la realización de este proyecto de trabajo. Agradezco además a todos aquellos amigos y personas que me brindaron su apoyo en esta etapa de mi formación. Así como a los pacientes por ser mi principal medio de enseñanza.

INDICE.

1. RESUMEN.	6
2. INTRODUCCIÓN.	7
3. ANTECEDENTES	8
3.1. Definición	8
3.2. Epidemiología	8
3.3. Fisiopatología	10
3.4. Diagnostico	12
3.5. Diagnósticos Diferenciales	19
3.6. Tratamiento	19
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	22
5. JUSTIFICACIÓN.	22
6. HIPOTESIS.	22
7. OBJETIVO GENERAL.	23
8. OBJETIVOS ESPECIFICOS.	23
9. MATERIAL Y METODOS.	24
10. RESULTADOS.	30
11. DISCUSIÓN.	47
12. CONCLUSIÓN.	48
13. BIBLIOGRAFÍA.	49
14. ANEXOS.	53

1. RESUMEN

El abdomen agudo es una de las patologías que más frecuentemente se enfrenta el cirujano general, conocer su incidencia es necesario para llevar a cabo un tratamiento certero. El objetivo de este artículo es conocer la incidencia de abdomen agudo y diagnóstico postquirúrgico que se presenta en el Hospital General Balbuena en los últimos dos años.

Antecedentes: El término de “abdomen agudo” se puede definir como una emergencia médica, en el cual hay inicio súbito y severo de dolor abdominal acompañado de signos y síntomas que se enfocan en un problema abdominal y en la mayoría de las veces, una resolución quirúrgica.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de la incidencia de abdomen agudo en el Hospital General Balbuena en los últimos dos años, se realizó la revisión de un total de 167 expedientes, de los cuales se excluyeron 58, con un total de caso de 109, 60 del sexo femenino y 49 del sexo masculino.

Conclusiones: La causa más frecuente de abdomen agudo en el Hospital General Balbuena es Apendicitis Aguda, con predominio en el sexo masculino, en el sexo femenino las causas más frecuentes fueron causas de origen ginecológico como quiste de ovario, salpingitis, embarazo ectópico.

Palabra clave: abdomen agudo, estadística.

ABSTRAC

Acute abdomen is one of the diseases most frequently faced by the general surgeon, is necessary to know its incidence to carry out an accurate treatment. The aim of this article is to know the incidence of acute abdomen and Diagnostics postsurgical arising in the Hospital General Balbuena in the past two years.

Background: The term "acute abdomen" can be defined as a medical emergency, in which there are sudden and severe abdominal pain accompanied by signs and symptoms that focus on an abdominal problem and most of the time need a surgical resolution.

Material and methods: carried out a retrospective study of the incidence of acute abdomen in the Hospital General Balbuena in the past two years, we conducted the review of a total of 167 records, 58 cases were excluded and remained 109, 60 were female and were male 49.

Conclusions: The most common cause of acute abdomen in the Hospital General Balbuena is acute appendicitis, with prevalence in males, in females the cause more frequent causes of gynecological origin as cyst of ovary, salpingitis, ectopic pregnancy.

Tags: acute abdomen, statistics.

2. INTRODUCCIÓN

El Abdomen Agudo se define como un síndrome caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, con una duración mayor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal; que ocasiona alteraciones locales y sistémicas, dependiendo de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto requiere de un diagnóstico y tratamiento oportuno además de resolutivo en forma inmediata para la mejora en la sobrevivencia del paciente. Las causas más frecuentes de abdomen agudo de acuerdo a la literatura es la apendicitis aguda en ambos sexos, seguido por Obstrucción Intestinal, Perforación Intestinal, Enfermedad Diverticular, en el caso de mujeres problemas asociados a patologías ginecológicas como salpingitis, quiste de ovario, embarazo ectópico, entre otros.

El abdomen agudo es una patología a la que frecuentemente se enfrenta el cirujano general, llegar al diagnóstico puede ser difícil, el Hospital General Balbuena con frecuencia atiende pacientes con esta patología, no existe una estadística adecuada de la incidencia de abdomen agudo de este hospital así como cuáles son sus principales causas, por lo que es imperativo tener una estadística de los casos de abdomen agudo que se presentan.

3. ANTECEDENTES

3.1. Definición

El Abdomen agudo se define como un síndrome caracterizado por dolor abdominal de instalación aguda, con una duración mayor a 6 horas, progresivo y potencialmente mortal; que ocasiona alteraciones locales y sistémicas; dependiendo de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto requiere de un diagnóstico y tratamiento oportuno además de resolutivo en forma inmediata para mejora en la sobrevivencia del paciente (1).

3.2. Epidemiología

Las causas mas comunes de abdomen agudo quirúrgico es la apendicitis aguda, seguida del dolor abdominal inespecífico, oclusión intestinal, ulcera péptica perforada, entre otros, se enumeran las causas de abdomen agudo en el siguiente cuadro.

Desordenes del tracto gastrointestinal	*Dolor abdominal Inespecífico *Apendicitis aguda *Oclusión intestinal *Ulceras Pépticas Perforadas Hernia encarcelada Perforación Intestinal Divertículo de Meckel *Diverticulitis Síndrome de Intestino Irritable Gastroenteritis Gastritis
--	--

*

	Adenitis Mesentérica
Hígado, Bazo y Desordenes de Vías Biliares	*Colecistitis Aguda Colangitis Aguda Absceso Hepático Ruptura de Tumor Hepático Ruptura espontanea de bazo Infarto Esplénico Cólico Biliar Hepatitis Aguda
Desordenes de Páncreas	*Pancreatitis Aguda
Desordenes en el Tracto Urinario	*Cólico renoureteral Pielonefritis Aguda Cistitis Aguda Infarto Renal
Desordenes Ginecológicos	Ruptura de embarazo ectópico Tumor de ovario Ruptura de folículo de ovario *Salpingitis Aguda Dismenorrea Endometriosis
Desordenes Vasculares	Ruptura aortica y aneurisma Colitis isquémica aguda Trombosis mesentérica
Desordenes Peritoneales	Abscesos Intrabdominales Peritonitis Primaria Tuberculosis peritoneal
Desordenes Retroperitoneales	Hemorragia Retroperitoneal

Causas más frecuentes de abdomen agudo. (16)

Se deben tener en cuenta la edad, género del paciente además de las condiciones asociadas con el abdomen agudo. En concreto, gastroenteritis, apendicitis aguda, y el trauma abdominal son causas comunes de abdomen agudo en niños y adultos jóvenes, mientras que la enfermedad biliar, obstrucción intestinal, diverticulitis y apendicitis se encuentran entre las causas más comunes de adultos de mediana edad y ancianos (2).

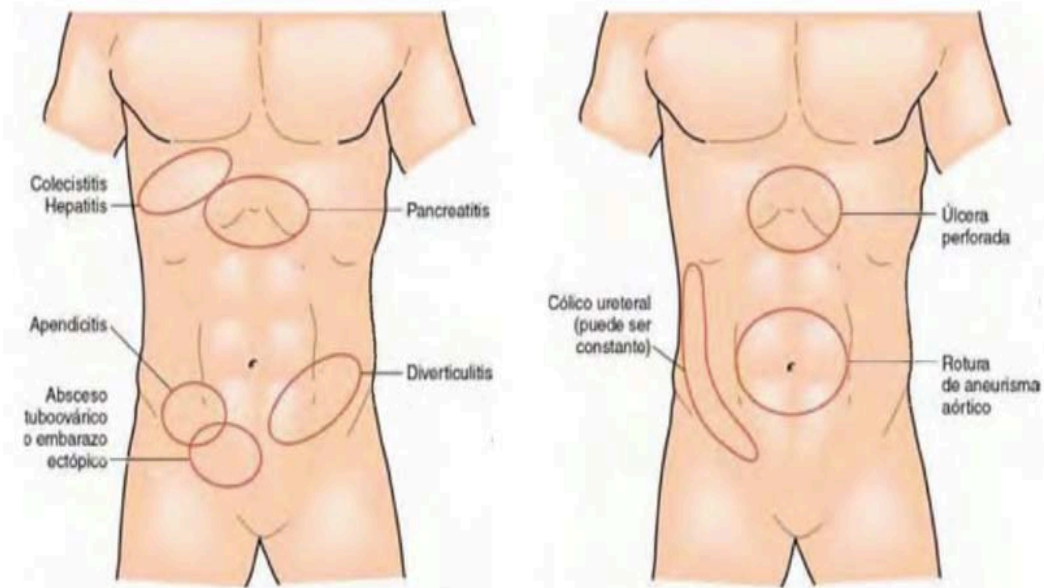
3.3. Fisiopatología

El dolor abdominal es dividido en dos componentes, parietal y visceral. El dolor visceral tiende a ser vago y poco localizado; se presenta en epigastrio, región periumbilical, hipogastrio, dependiendo de su origen primitivo: intestino anterior, intestino medio o intestino grueso. Esto es debido a la distensión abdominal. El dolor parietal corresponde a las raíces nerviosas segmentales que inervan el peritoneo y tiende a ser más agudo y mejor localizado. El dolor referido es dolor percibido en un lugar distante de la fuente de estímulo. El abdomen agudo puede representar un diferente espectro de condiciones que pueden autolimitarse o requerir intervención quirúrgica. Sin embargo, el dilema clínico es resolver que padecimiento amerita tratamiento quirúrgico o no. (2)

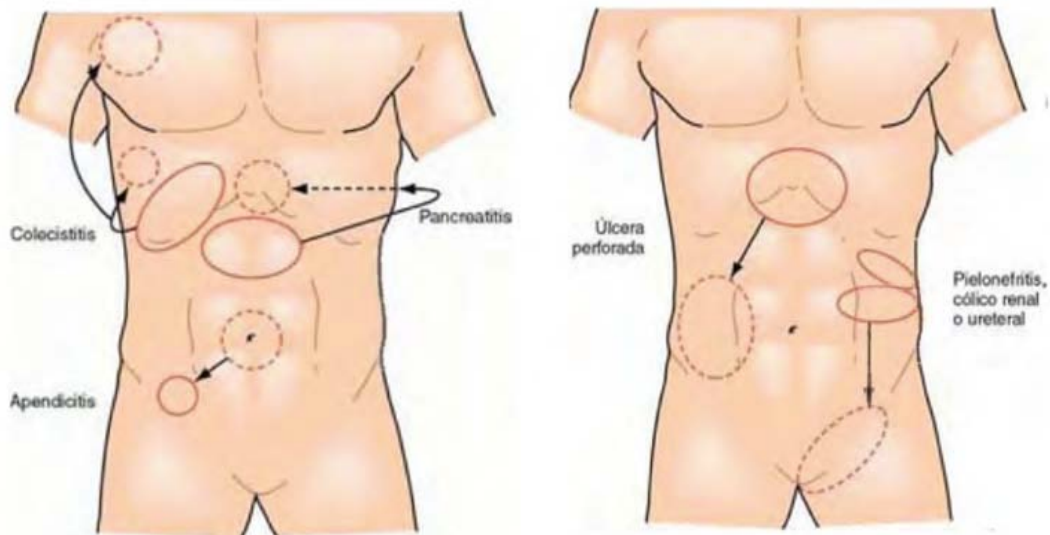
La introducción de bacterias o productos químicos irritantes en la cavidad peritoneal puede causar un flujo de bacterias a la membrana peritoneal. El peritoneo responde a la inflamación mediante el aumento del flujo de sangre, aumento de la permeabilidad, y la formación de un exudado fibrinoso en su superficie. El intestino también desarrolla parálisis local o generalizada. La superficie fibrinosa disminuye la peristalsis lo que causa adherencias entre el intestino y el omento o en la pared abdominal y ayudar a localizar la inflamación. Como resultado, un absceso puede producir bruscamente dolor localizado, con sonidos intestinales normales y función gastrointestinal; mientras que un proceso difuso, produce dolor abdominal generalizado. La

peritonitis puede afectar a toda la cavidad abdominal o parte del peritoneo visceral o parietal.

Es importante la localización del dolor, de acuerdo a este se puede sospechar en la patología de base; como se muestra en la imagen:



Así como el dolor referido, puede hacer sospecha de la patología de base, se muestra a continuación ejemplos del dolor referidos.



(1)

3.4. Diagnostico

El abdomen agudo es la causa de visita más común a la sala de urgencias. Aunque para la mayoría de los pacientes, los síntomas son benignos y autolimitados, un subconjunto se le diagnostica "abdomen agudo", como consecuencia de la grave patología que requiere intervención quirúrgica para su tratamiento de urgencia. Un estudio diagnóstico expeditivo es necesaria para la evaluación de pacientes con dolor abdominal agudo para determinar la causa más probable de sus síntomas y determinar si es o no necesaria una intervención quirúrgica urgente.

Los pacientes con dolor abdominal agudo comprenden una gran proporción de la carga de trabajo de cirugía general de emergencia, que representa hasta un 48% de las admisiones quirúrgica. La evaluación de un abdomen agudo puede ser un reto, y en alrededor de un tercio de los pacientes no es posible establecer un diagnóstico definitivo de inmediato. Tradicionalmente, estos pacientes son tratados con evaluaciones clínicas repetidas, posiblemente durante varios días. Este 'observación activa' tiene como objetivo prevenir laparotomías innecesarias pero puede resultar en una demora inapropiada, potencialmente dañino en la cirugía. (8)

El estudio diagnóstico debe incluir una adquisición minuciosa pero eficiente de la historia del paciente y el examen físico seguido por el uso de estudios de laboratorio y radiológicos. La evaluación de los pacientes con dolor abdominal agudo puede plantear un reto diagnóstico para los médicos ya que los pacientes pueden presentar síntomas atípicos que interfieren en el reconocimiento de patrones habituales que a menudo orienta la toma de decisiones. Al obtener una historia clínica del paciente, el médico debe obtener información sobre la irradiación de dolor. La ubicación del dolor es importante considerar como diversas condiciones patológicas tienden a ocurrir en regiones o cuadrantes del abdomen específicas. La mayoría de los pacientes con dolor abdominal agudo asocian los síntomas (por ejemplo, náuseas, vómitos,

diarrea, estreñimiento, rectorragia) que a menudo son útiles para hacer un diagnóstico. El vómito que se produce después de la náusea es importante considerar que son estimulados por los impulsos de dolor que viajan a través de las fibras aferentes viscerales secundarias de la aparición de dolor abdominal, lo que indica que tal vez sea necesario una resolución quirúrgica. El estreñimiento y obstipación puede apuntar hacia una obstrucción intestinal, mientras que la diarrea (especialmente con sangre) está asociada con gastroenteritis, enfermedad inflamatoria intestinal, y a isquemia intestinal. Es necesario conocer además antecedentes médicos como enfermedades cronicodegenerativas como diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, arteroesclerosis, así como antecedentes quirúrgicos para sospecha de algunas enfermedades de abdomen agudo. Se debe tener en cuenta el uso de medicación, como antibióticos o anticoagulantes, alcohol u otras toxicomanías, en el caso de pacientes femeninos antecedentes ginecobstetricos. El examen del abdomen debe comprender cuatro componentes secuenciales: inspección, auscultación, percusión y la palpación. El examen debe incluir todas las áreas del paciente: abdomen, flancos, ingles y periné (2).

Para el estudio complementario del abdomen agudo se deben de llevar a cabo un método sistematizado, el conteo de glóbulos blancos los cuales se realizan de manera rutinaria en busca de leucocitosis, así como neutrofilia o viceversa leucopenia o neutropenia, además de medir marcadores de inflamación, proteína C reactiva (PCR) y Volumen de Sedimentación Globular (VSG); estos marcadores se elevan rápidamente en respuesta a varias condiciones infecciosas e inflamatorias. Sin embargo, los niveles elevados no son específicos y su precisión diagnóstica para un diagnóstico específico es bajo (9).

Se deben de realizar además medición de electrolitos séricos, nitrógeno ureico en sangre, creatinina sérica, el cual provee una idea acerca de la perdida de líquidos que ha presentado el paciente en caso de vómito, fiebre, diarrea y perdidas al tercer espacio. Se incluyen pruebas de función hepática para

determinar patologías asociadas a hígado y vías biliares. En adición a esto se incluye toma de amilasa y lipasa en descarte a patologías asociadas con el páncreas, sin embargo, no son específicas por lo que se puede presentar elevación de estas en trombosis mesentérica, perforación intestinal, entre otras. El examen general de orina es importante para descarte de enfermedades de abdomen agudo y que necesiten una resolución quirúrgica. En el caso del sexo femenino es importante la realización de Hormona Gonadotropina Coriónica ya que una de las principales causas de abdomen agudo es el embarazo ectópico (2).

El uso de lactato en el abdomen agudo para el estudio inicial, es un signo temprano de hipoxia, ha demostrado ser un marcador importante en isquemia mesentérica así como en condiciones agudas como apendicitis aguda, Es más específico que el conteo leucocitario y proteína C Reactiva. Normalmente los niveles de lactato se encuentran entre (0.5 – 2.5 mmol/L) así como líquido peritoneal, en padecimientos intrabdominales resultan en la disminución de la presión de oxígeno, causando incremento del lactato, hay poca información sobre el uso de lactato como marcador en la necesidad de intervención en desordenes de abdomen agudo (4).

Los niveles de lactato son más específicos que la proteína C reactiva o cuenta leucocitaria, sin embargo, en condiciones intrabdominales se ha de mostrado disminución en la cantidad de oxígeno causando incremento de los niveles de lactato en sangre. Por lo que hace suponer que una elevación del lactato del líquido peritoneal y el lactato arterial pueden ser útil en la detección de alguna patología intrabdominal, se ha realizado un estudio comparativo del uso del lactato en patologías quirúrgicas y no quirúrgicas, en donde se demuestra, hay aumento del lactato en el líquido peritoneal mayor que en el lactato en sangre en cuanto a patología quirúrgicas, sin embargo, en patologías no quirúrgicas los niveles de lactato prácticamente permanecen igual, no existe diferencia significativa, no se logró determinar un punto de corte en el uso de lactato (5).

Se ha recomendado para el estudio del abdomen agudo ultrasonido en el caso de cuadrante superior derecho y tomografía en ambos cuadrantes.

El estudio del abdomen agudo divide estas condiciones en tres diferentes grupos: niños con abdomen agudo, mujeres con abdomen agudo y hombres con abdomen agudo. Actualmente la tomografía ha revolucionado el acercamiento acerca de la causa de abdomen agudo, sin embargo, el ultrasonido sigue siendo el estudio de imagen inicial para el abdomen agudo, ya que no hay exposición a radiación, así como es de menor costo, fácilmente accesible. En el caso de niños con abdomen agudo el ultrasonido puede ser útil para detectar apendicitis aguda, intususcepción no reducible, obstrucción intestinal, hernia encarcelada, vólvulos, torsión de ovario, torsión testicular, perforación y peritonitis difusa, además de ruptura de tumor, el uso de tomografía en niños se ve limitado por el uso de radiación, posee una sensibilidad del 85 al 90%. (2) Se debe utilizar además radiografías, las cuales consisten en 3 proyecciones: abdomen supino, abdomen en bipedestación y placa de tórax, las cuales pueden realizar sospecha diagnóstica hasta en un 50% de los casos, sin embargo, hay estudios reportados en el cual el uso de radiografías de un 77 y 78% donde no se muestran alteraciones, los principales signos de búsqueda en las radiografías son aire libre, que solo se observa en el 51- 83 % de los casos, sin embargo se llega a la conclusión que debido a los avances tecnológicos actualmente no son de utilidad. (14) Se deben de realizar estudios complementarios para confirmar la posible causa del abdomen agudo del paciente los cuales se muestran en el siguiente cuadro: (2)

	Estrategia de imagen
Niños/Adultos Jóvenes	
Apendicitis Aguda	US, TC
Gastroenteritis	Ninguno
Constipación funcional	Rayos X

Intususcepción	Rayos X, US, Colon por enema
Trauma abdominal	FAST, Lavado Peritoneal, Tomografía Computada
Adulto Joven/Mayor	
Colecistitis Aguda	US
Obstrucción Intestinal	Rayos X, TC
Úlcera péptica perforada	Rayos X, TC, SGI con medio hidrosoluble
Diverticulitis	TC
Apendicitis Aguda	TC
Pancreatitis aguda	TC
Trombosis mesentérica	Angiotomografía, angiorresonancia
Mujeres	
Apendicitis aguda en el embarazo	US, TC, RM
Colecistitis aguda en el embarazo	US
Embarazo Ectópico	US
Torsión De Ovario	US
EPI	US, TC, RM

(2)

El número de ingresos de patologías quirúrgicas va en constante aumento, así como la edad media de los paciente. Como resultado de los cambios demográficos, el espectro de la patología está cambiando: la incidencia de enfermedades comunes como la apendicitis y obstrucción intestinal no maligna está disminuyendo mientras que los cálculos biliares, diverticulitis y ruptura aórtica se va incrementando. Dados estos cambios y frecuencia así como las historias no específicas que se presentan en la población de más edad, la tomografía computada (TC) es un complemento cada vez más útil para la

evaluación clínica y bioquímica en el abdomen agudo. La TC proporciona una mayor precisión que la ecografía junto con una mayor detección de diagnósticos alternativos, especialmente con respecto al retroperitoneo, partes óseas y patologías del intestino, ejemplo de ello es, la detección de aire libre. Por otro lado dentro de sus desventajas se encuentra el costo de la exposición a la radiación y medios de contraste, además de ser mucho más caro. La TC ha experimentado un papel de rápido crecimiento en este entorno, con un crecimiento del 141% en los escaneos realizadas durante un período de diez años en Estados Unidos. Esto se debe a estudios que muestran que reduce la incertidumbre clínica y mejora la precisión diagnóstica, con una alteración resultante en la gestión clínica de paciente en 46-60%. Se han realizado estudios comparativos en la sensibilidad de la tomografía vs ultrasonido para diagnóstico de apendicitis aguda mostrando un 9% vs 76% en sensibilidad, para diverticulitis 81% vs 61% para desordenes ginecológicos 67% vs 37% para colecistitis y obstrucción intestinal no hay diferencia significativa (13). Mientras que la exactitud de TC ha demostrado ser muy alta en condiciones tales como apendicitis (sensibilidad 94%, especificidad 95%) y enfermedad diverticular (sensibilidad 94%, una especificidad del 99%); su precisión en la evaluación de un dolor abdominal inespecífico es significativamente menor, con un estudio que informó sensibilidades de 25 a 75%, aunque la especificidad siguió siendo alta (91-100%) (7).

Las Técnicas de imagen como el ultrasonido y la tomografía computarizada han sido cada vez más utilizada para mejorar el diagnóstico. Los estudios han demostrado que el uso de imágenes conduce a una disminución en condiciones urgentes perdidas y diagnósticos falsos positivos. Sin embargo, el aumento en el uso de las imágenes también tiene desventajas. Los costos hospitalarios se elevan exponencialmente, la estancia del paciente en el servicio de urgencias se prolonga, y, en el caso de la TC, los pacientes están expuestos a las radiaciones ionizantes y medios de contraste (9).

La evaluación clínica es a menudo insuficiente para correctamente diagnosticar la causa subyacente. La precisión de la evaluación clínica (antecedentes y el examen físico y una evaluación de laboratorio) se ha reportado entre el 47% y 76%, basado en la evaluación clínica por sí sola puede resultar en un tratamiento excesivo o causa retraso del tratamiento vital (9).

El uso temprano de la laparoscopia diagnóstica se ha llevado a cabo desde hace varios años como un medio para establecer un diagnóstico definitivo al tiempo que evita la morbilidad de una laparotomía negativa. La mayoría de los datos disponibles en relación con la laparoscopia temprana son derivados de series de casos retrospectivos o prospectivos. Ha habido una serie de ensayos controlados aleatorios que compararon la laparoscopia temprana a la observación activa en el dolor abdominal indiferenciado. Se realizó una revisión sistemática y meta-análisis de ensayos controlados aleatorios para determinar el papel de la laparoscopia temprana en pacientes con dolor abdominal indiferenciado agudo. El estudio realizado demuestra hasta en un 90% el diagnóstico(8). La laparoscopia temprana se debe de realizar de acuerdo con la aparición de los síntomas, lo ideal es entre 24 hrs y 7 días, antes de iniciar la laparoscopia se deben incluir datos de laboratorio, estudio de ultrasonido y evaluaciones clínicas secuenciales 12 a 24 hrs por el mismo observador, en caso de empeoramiento deben ser sometidos a otras estrategias, primeramente estudios de imagen y posteriormente la laparoscopia (15).

Las contraindicaciones para la laparoscopia diagnóstica son: choque séptico irreversible, importante distensión abdominal debido al íleo, así como sospecha de cáncer perforado, además de falta de experiencia con el manejo del equipo de laparoscopia. Las Contraindicaciones relativas son: peritonitis fecal. Las mejores indicaciones para laparoscopia diagnóstica son sospecha de apendicitis, colecistitis y úlcera péptica perforada. Una laparoscopia bien indicada disminuye la incidencia de complicaciones en la pared abdominal principalmente en pacientes obesos (11).

3.5. Diagnostico Diferenciales

Los diagnósticos diferenciales incluye un enorme espectro de desordenes como infecciones, inflamación, obstrucción y neoplasias, las cuales se pueden autolimitar o requerir tratamiento quirúrgico de urgencia, Shah observó 28% presentaban apendicitis, 9.7% con colecistitis aguda, 4.7 % con obstrucción intestinal, 4% algún padecimiento ginecológico, 2.9% cólico renoureteral, 2.5 % úlcera péptica perforada y 1.5% tenia diverticulitis (10).

3.6. Tratamiento

El manejo inicial del abdomen agudo y evaluación se puede basar en el Manejo avanzado el paciente traumatizado (ATLS) y cuidado crítico del paciente quirúrgico, se debe llevar a cabo reanimación con líquidos, con administración de cristaloides o coloides, utilización de catéter urinario para monitorización de uresis, la colocación de sonda nasogástrica puede ser útil para monitorizar perdidas así como alivio de la distensión abdominal. Se debe ofrecer analgésicos a pacientes siempre y cuando se tenga diagnostico, sino esto puede llegar a enmascarar el cuadro de abdomen agudo(3).

Se puede además realizar manejo del dolor con el uso de opioides que a pesar de que este tipo de analgésicos disminuyen el dolor en pacientes con abdomen agudo quirúrgico, no tienden a eliminar los datos de diagnóstico requeridos que se obtienen a partir de la exploración física como hiperalgesia y el rebote. Sorprendentemente, todos los casos de abdomen agudo tienen sensibilidad de rebote después de la administración de morfina. Por lo tanto, se aconseja un uso prudente de morfina en pacientes con abdomen agudo. (12) Para la estrategia terapéutica se deberá tomar en cuenta la patología de base, podemos encontrar algunas de las estrategias terapéuticas en el siguiente cuadro: (2)

	Opciones de tratamiento
Niños/Adultos Jóvenes	
Apendicitis Aguda	Apendicetomía (Laparoscópica o abierta); drenaje de absceso percutáneo
Gastroenteritis	Cuidados de soporte
Constipación funcional	Desimpactación manual o farmacológica
Intususcepción	Colon por enema, reducción quirúrgica, resección del intestino perforado o isquémico
Trauma abdominal	Laparotomía exploradora, radiología intervencionista
Adulto Joven/Mayor	
Colecistitis Aguda	Colecistectomía
Obstrucción Intestinal	Manejo conservador, laparotomía exploradora
Úlcera péptica perforada	Cierre con parche tratamiento para H. Pilory
Diverticulitis	Manejo conservador, drenaje de absceso, resecciones de intestino involucrado
Apendicitis Aguda	Apendicetomía
Pancreatitis aguda	Manejo conservador, desbridamiento de tejido necrótico
Trombosis mesentérica	Bypass, trombectomía, resección, paliativo

Mujeres	
Apendicitis aguda en el embarazo	Apendicetomía
Colecistitis aguda en el embarazo	Colecistectomía
Embarazo Ectópico	Laparoscopia
Torsión De Ovario	Oferectomia
EPI	Manejo conservador, drenaje percutáneo

(2).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abdomen agudo es una patología que frecuentemente se enfrenta el cirujano general, llegar al diagnóstico puede ser difícil, el Hospital General Balbuena con frecuencia atiende pacientes con esta patología, no existe una estadística adecuada de la incidencia de abdomen agudo de este hospital así como sus principales causas, por lo que es imperativo tener una estadística de los casos de abdomen agudo que se presentan principalmente

5. JUSTIFICACIÓN

EL abdomen agudo es una de los problemas al cual se enfrenta el cirujano general, llevar a cabo una decisión para determinar si un abdomen agudo es quirúrgico o no y si amerita manejo conservador. El Hospital General Balbuena, es una unidad de segundo nivel, que atiende una gran población en el Distrito Federal, no existe una estadística confiable acerca de los casos de abdomen agudo que se presentan en esta unidad por lo que se requiere una revisión para estandarización de criterios diagnósticos y de tratamiento para esta patología.

6. HIPOTESIS

No aplica

7. OBJETIVO GENERAL

- Conocer la estadística del abdomen agudo no traumático en el Hospital General Balbuena.

8. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las causas del abdomen agudo posterior al manejo del abdomen agudo.
- Conocer en que género se presenta mayormente el abdomen agudo.
- Conocer el predominio de edad en el cual se presenta el abdomen agudo.
- Conocer la mortalidad que se presenta en los casos de abdomen agudo.

9. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo transversal en el Hospital General Balbuena en un período de dos años que comprende del 1ro de Enero de 2013 al 31 de Diciembre de 2014, llevándose a cabo una revisión de 167 expedientes de los cuales se excluyeron 58 expedientes, las causas principales de exclusión fueron expediente incompleto, expediente erróneo, abdomen agudo asociado a patología traumática. Al final se hizo un análisis de un total de 109 casos. El estudio comprende ambos sexos de los cuales 60 casos fueron de sexo femenino y 49 casos de sexo masculino. Se tomo en cuenta la edad, así como el diagnóstico prequirúrgico y el diagnóstico postquirúrgico, además de si el paciente amerito reintervención posterior a la cirugía y cuales fueron las principales causas de reintervención. El análisis estadístico se llevó a cabo través del programa SPSS edición no. 21

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Cualquier paciente que presente abdomen agudo No traumático
- Genero masculino y femenino

Los criterios de exclusión:

- Expediente incompleto
- Expediente Erróneo
- Pacientes con abdomen agudo cuya causa fue de origen traumático.
- Diagnóstico previamente establecido

Criterios de interrupción:

- No aplica

Criterios de eliminación:

- No aplica.

VARIABLES

VARIABLE (Índice/indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Control	Tiempo transcurrido desde su fecha de nacimiento	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Sexo	Control	proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Abdomen Agudo	Independiente	Paciente con abdomen agudo, sin diagnóstico definido previo y que amerita atención médica, diagnóstico prequirúrgico	Cualitativa nominal	A. A. Pb Apendicitis A. A. Pb Perforación A. A. Colecistitis A. A. Enf Diverticular A. A. Oclusión Intestinal

Causa del abdomen agudo	Independiente	Posterior al manejo realizados cuales fueron las causas que originaron el abdomen agudo, diagnóstico postquirúrgico	Cualitativa nominal	Apendicitis Colecistitis Obstrucción intestinal, Emb ectópico, EPI, Perforación pancreatitis, Úlcera péptica, diverticulitis Otros
Reintervención	Dependiente	Tiempos quirúrgicos posteriores, causados por complicaciones del abdomen agudo	Cualitativa nominal	Si No
Muerte	Dependiente	Fallecimiento del Paciente a casa del abdomen agudo	Cualitativa nominal	Si No
Días de Estancia	Control	Número de días en hospitalización de un paciente con trauma de bazo	Cuantitativa Continua	Numero de días totales

TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se recolectaron mediante llenado de fichas de recolección a través de la revisión de expediente clínico en el Hospital General Balbuena, se completó recolección de datos por el investigador.

La ficha de Recolección se formuló de manera estructurada y de forma cerrada cuenta con los siguientes acápite:

- Datos Generales.
- Datos de Diagnósticos preoperatorio.
- Datos de Diagnósticos postquirúrgicos.
- Datos de reintervención y causas.
- Datos de mortalidad.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Procesamiento: Se utilizó el programa SPSS--IBM versión número 22 para la elaboración de base de datos, tablas de frecuencia y cruce de variables.

Análisis: Se expresaron los resultados en porcentajes, con elaboración tablas de frecuencia y correlación de variables.

Se utilizaron medidas de tendencia central como la Moda, Media y la mediana, y medidas de dispersión como Mínimo y Máximo.

10. RESULTADOS

Se realizó la revisión de 109 casos (Tabla 1), de los cuales 60 fueron del sexo femenino y 49 del sexo masculino, se clasificaron por rango de edades (Tabla 2) de los cuales las mayor incidencia de presentación fue de los 36 a 50 años.

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
femenino	60	55,0	55,0	55,0
masculino	49	45,0	45,0	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Tabla 1.

Edad (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<= 20	7	6,4	6,4	6,4
21 - 35	27	24,8	24,8	31,2
36 - 50	36	33,0	33,0	64,2
Válidos 51 - 65	23	21,1	21,1	85,3
66 - 80	7	6,4	6,4	91,7
81+	9	8,3	8,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Tabla 2

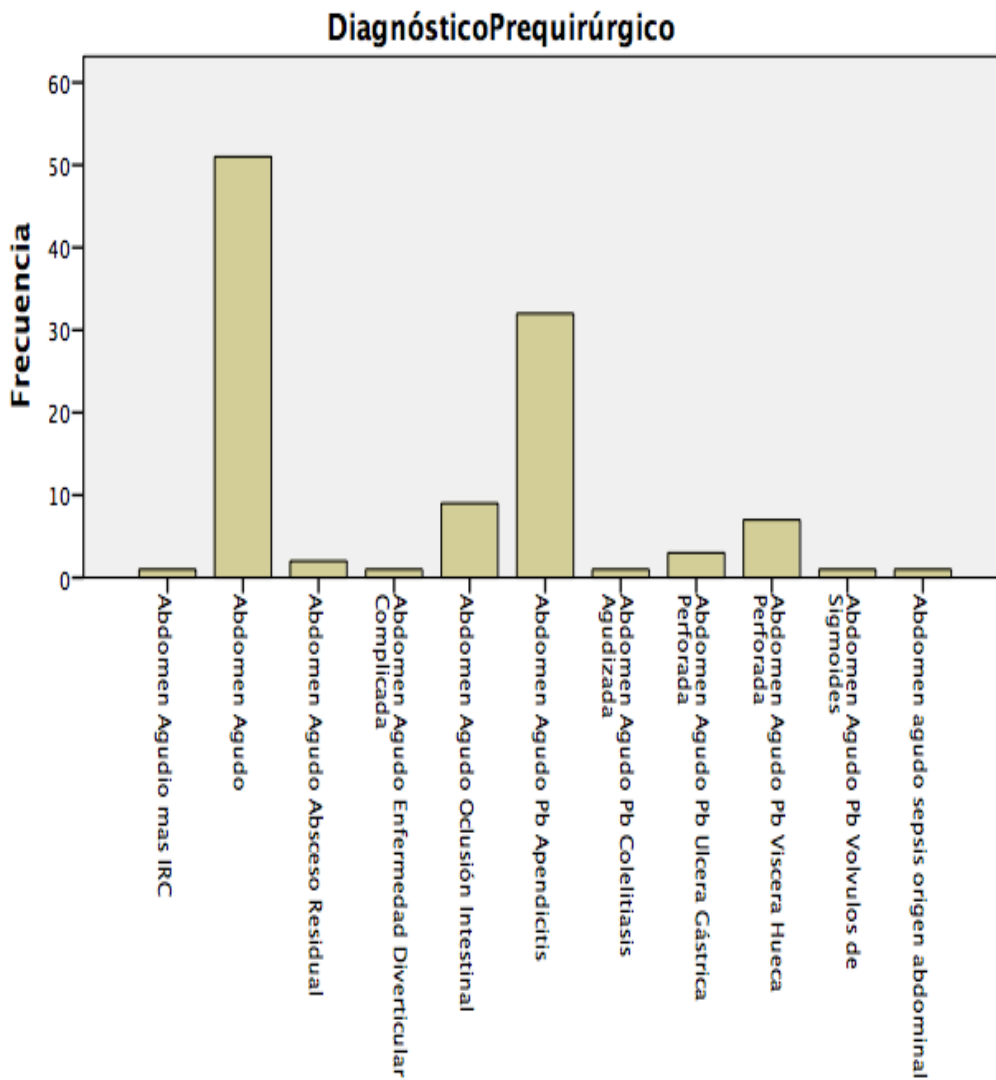
Dentro de los diagnóstico prequirúrgicos se encontró 51 casos en los que se hizo diagnóstico de abdomen agudo sin sospecha de alguna patología, seguido por 32 casos de abdomen agudo con probable causa apendicitis aguda, se encuentran los siguientes resultados (Tabla 3):

Diagnóstico Prequirúrgico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Abdomen Agudo mas IRC	1	,9	,9	,9
Abdomen Agudo	51	46,8	46,8	47,7
Abdomen Agudo Absceso Residual	2	1,8	1,8	49,5
Abdomen Agudo Enfermedad Diverticular Complicada	1	,9	,9	50,5
Abdomen Agudo Oclusión Intestinal	9	8,3	8,3	58,7
Abdomen Agudo Pb Apendicitis	32	29,4	29,4	88,1
Abdomen Agudo Pb Colelitiasis Agudizada	1	,9	,9	89,0
Abdomen Agudo Pb Úlcera Gástrica Perforada	3	2,8	2,8	91,7

Abdomen Agudo Pb Viscera Hueca Perforada	7	6,4	6,4	98,2
Abdomen Agudo Pb Vólvulos de Sigmoides	1	,9	,9	99,1
Abdomen agudo sepsis origen abdominal	1	,9	,9	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Tabla 3



Posterior a la resolución quirúrgica de los pacientes la causa más frecuente de abdomen agudo fue la apendicitis Aguda sumando un total de 34 casos, de los cuales 20 casos fueron apendicitis complicada y 13 casos fueron de apendicitis no complicada, los diagnósticos postquirúrgicos fueron los siguientes

Diagnóstico Postquirúrgico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Absceso en Huevo Pélvico	1	,9	,9	,9
Absceso Hepático	1	,9	,9	1,8
Absceso Residual Subfrenico	1	,9	,9	2,8
Apendicitis Complicada	20	18,3	18,3	21,1
Apendicitis No Complicada	13	11,9	11,9	33,0
Apendicitis No Complicada más EPI	1	,9	,9	33,9
Colecistitis Aguda Alitiasica más Apendicitis Reactiva	3	2,8	2,8	36,7
Colecistitis Crónica Litiasica Agudizada mas Pancreatitis	1	,9	,9	37,6
Colecistitis Enfisematosa	1	,9	,9	38,5
Coledocolitiasis Residual más absceso residual	1	,9	,9	39,4

Colelitiasis Agudizada	1	,9	,9	40,4
Divertículo de Meckel	1	,9	,9	41,3
Embarazo Ectópico Roto Izquierdo	2	1,8	1,8	43,1
Embarazo Ectópico Roto mas	1	,9	,9	45,0
Apendicitis Reactiva Embarazo Ectópico Roto más	1	,9	,9	44,0
Apendicitis Reactiva Enfermedad Diverticular	1	,9	,9	45,9
Enfermedad Diverticular más	1	,9	,9	46,8
Tumoración De Sigmoides				
Enfermedad Pélvica Inflamatoria más	1	,9	,9	47,7
Apendicitis Reactiva Esplenomegalia más	1	,9	,9	48,6
Desgarro de Diafragma				
Hernia Interna	4	3,7	3,7	52,3
Hernia Interna más Perforación Intestinal	1	,9	,9	53,2

Hernia umbilical encarcelada	1	,9	,9	54,1
Hidrocolecisto	1	,9	,9	55,0
Necrosis de Yeyuno	1	,9	,9	56,0
Pancreatitis Aguda Necroticohemorragic a	1	,9	,9	56,9
Perforación De Colon Descendente	1	,9	,9	57,8
Perforación De Recto Secundario a Tumoración	1	,9	,9	58,7
Perforación Duodenal mas Sepsis Abdominal	1	,9	,9	59,6
Perforación Intestinal	4	3,7	3,7	63,3
Peritonitis Primaria más Ileitis Terminal	1	,9	,9	64,2
Piocollecisto	1	,9	,9	65,1
Piocollecisto más Pancreatitis Edematosa	1	,9	,9	66,1
Piosalpingx Izquierdo más Apendicitis Reactiva	1	,9	,9	67,0

Piosalpingx más Quiste de Ovario Derecho Roto	1	,9	,9	67,9
Piosalpinx derecho Quiste De Ovario derecho más Apendicitis Reactiva	1	,9	,9	68,8
Quiste de Ovario Derecho Roto	1	,9	,9	69,7
Quiste De Ovario Derecho Roto	1	,9	,9	70,6
Quiste De Ovario Derecho Torcido más Apendicitis Reactiva	1	,9	,9	71,6
Quiste De Ovario Izquierdo más Apendicitis Reactiva	1	,9	,9	72,5
Quiste De Ovario Torcido Derecho	2	1,8	1,8	73,4
Quiste Hemorrágico Derecho Roto	1	,9	,9	75,2
Quiste Torcido De Ovario Derecho	1	,9	,9	76,1
Salpingitis Bilateral mas Apendicitis Reactiva	1	,9	,9	77,1
				78,0

Trombosis Mesentérica	4	3,7	3,7	81,7
Tumor de Cabeza De Páncreas	1	,9	,9	82,6
Tumoración De Ovario Bilateral	1	,9	,9	83,5
Tumoración De Ovario y Pared Abdominal	1	,9	,9	84,4
Tumoración de Vesícula Colon mas Perforación	1	,9	,9	85,3
Tumoración Dependiente De Apéndice	1	,9	,9	86,2
Úlcera Duodenal Perforada mas Apendicitis Reactiva	1	,9	,9	87,2
Úlcera Gástrica Perforada	12	11,0	11,0	98,2
Vólvulos de Sigmoides	2	1,8	1,8	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Tabla 4

De los cuales se pueden agrupar en cuanto a abdomen agudo secundario a problemas apendiculares, ginecobstetricos, perforación de víscera hueca, enfermedad diverticular, trombosis mesentérica, hernia interna, entre otros. Teniendo como predominio la principal causa de abdomen agudo el apéndice

un total de 35 casos, posteriormente seguidos de problemas de origen ginecobstetricos a la par con perforación de víscera hueca con 20 casos cada uno, los demás padecimientos se muestran a continuación (Tabla 5).

Causas De Abdomen Agudo	No. De Casos
Apéndice	35
Vesícula y vías biliares	11
Enfermedad Diverticular	3
Perforación de Víscera Hueca	20
Ginecobstetricos	20
Hernia Interna	5
Trombosis Mesentérica	3
Absceso	3
Otros	8
Total	109

Al igual se realizó la agrupación por sexo como se muestra en el siguiente cuadro (Tabla 6):

Diagnóstico Postquirúrgico^a

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Absceso en Hueco Pélvico	1	2,0	2,0	2,0
Absceso Hepático	1	2,0	2,0	4,1
Apendicitis Complicada	8	16,3	16,3	20,4
Apendicitis No Complicada	10	20,4	20,4	40,8

Colecistitis Aguda	1	2,0	2,0	42,9
Alitiasica más				
Apendicitis Reactiva				
Colecistitis Crónica	1	2,0	2,0	44,9
Litiasica Agudizada				
mas Pancreatitis				
Colecistitis	1	2,0	2,0	46,9
Enfisematosa				
Coledocolitiasis	1	2,0	2,0	49,0
Residual más				
absceso residual				
Esplenomegalia	1	2,0	2,0	51,0
más Desgarro de				
Diafragma				
Hernia Interna	2	4,1	4,1	55,1
Hernia Interna más	1	2,0	2,0	57,1
Perforación				
Intestinal				
Hernia umbilical	1	2,0	2,0	59,2
encarcelada				
Necrosis de Yeyuno	1	2,0	2,0	61,2
Pancreatitis Aguda	1	2,0	2,0	63,3
Necroticohemorragi				
ca				
Perforación De	1	2,0	2,0	65,3
Colon Descendente				
Perforación	3	6,1	6,1	71,4
Intestinal				

Peritonitis Primaria más Ileitis Terminal	1	2,0	2,0	73,5
Piocollecisto más Pancreatitis Edematosa	1	2,0	2,0	75,5
Trombosis Mesentérica	1	2,0	2,0	77,6
Tumor de Cabeza De Páncreas	1	2,0	2,0	79,6
Úlcera Duodenal Perforada mas Apendicitis Reactiva	1	2,0	2,0	81,6
Úlcera Gástrica Perforada	8	16,3	16,3	98,0
Vólvulos de Sigmoides	1	2,0	2,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Sexo = masculino (Tabla 6)

En el cual se puede observa el cuadro que mayormente predomina en el sexo masculino son los casos de apendicitis aguda, seguido por las perforaciones de víscera hueca. En el caso de pacientes femenino la causa mas frecuente de abdomen agudo fueron en relación a problemas ginecobstetricos con 20 casos, seguidos por los casos de apendicitis aguda con 14 casos en total, las otras causas de abdomen agudo se muestran a continuación en el siguiente cuadro (Tabla 7).

Diagnóstico Postquirúrgico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Absceso Residual Subfrenico	1	1,7	1,7	1,7
Apendicitis Complicada	12	20,0	20,0	21,7
Apendicitis No Complicada	3	5,0	5,0	26,7
Apendicitis No Complicada más EPI	1	1,7	1,7	28,3
Colecistitis Aguda Alitiasica más Apendicitis Reactiva	2	3,3	3,3	31,7
Colelitiasis Agudizada	1	1,7	1,7	33,3
Divertículo de Meckel	1	1,7	1,7	35,0
Embarazo Ectópico Roto Izquierdo	2	3,3	3,3	38,3
Embarazo Ectópico Roto mas	1	1,7	1,7	41,7
Apendicitis Reactiva				
Embarazo Ectópico Roto más Apendicitis Reactiva	1	1,7	1,7	40,0

Enfermedad Diverticular	1	1,7	1,7	43,3
Enfermedad Diverticular más Tumoración De Sigmoides	1	1,7	1,7	45,0
Enfermedad Pélvica Inflamatoria más Apendicitis Reactiva	1	1,7	1,7	46,7
Hernia Interna	2	3,3	3,3	50,0
Hidrocolecisto	1	1,7	1,7	51,7
Perforación De Recto Secundario a Tumoración	1	1,7	1,7	53,3
Perforación Duodenal mas Sepsis Abdominal	1	1,7	1,7	55,0
Perforación Intestinal	1	1,7	1,7	56,7
Piocollecisto	1	1,7	1,7	58,3
Piosalpingx Izquierdo más Apendicitis Reactiva	1	1,7	1,7	60,0
Piosalpingx más Quiste de Ovario Derecho Roto	1	1,7	1,7	61,7
Piosalpinx derecho	1	1,7	1,7	63,3

Quiste De Ovario derecho más Apendicitis Reactiva	1	1,7	1,7	65,0
Quiste de Ovario Derecho Roto	1	1,7	1,7	66,7
Quiste De Ovario Derecho Roto	1	1,7	1,7	68,3
Quiste De Ovario Derecho Torcido más Apendicitis Reactiva	1	1,7	1,7	70,0
Quiste De Ovario Izquierdo más Apendicitis Reactiva	1	1,7	1,7	71,7
Quiste De Ovario Torcido Derecho	2	3,3	3,3	75,0
Quiste Hemorrágico Derecho Roto	1	1,7	1,7	76,7
Quiste Torcido De Ovario Derecho	1	1,7	1,7	78,3
Salpingitis Bilateral mas Apendicitis Reactiva	1	1,7	1,7	80,0
Trombosis Mesentérica	3	5,0	5,0	85,0
Tumoración De Ovario Bilateral	1	1,7	1,7	86,7

Tumoración De Ovario y Pared Abdominal	1	1,7	1,7	88,3
Tumoración de Vesícula Colon mas Perforación	1	1,7	1,7	90,0
Tumoración Dependiente De Apéndice	1	1,7	1,7	91,7
Úlcera Gástrica Perforada	4	6,7	6,7	98,3
Vólvulos de Sigmoides	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

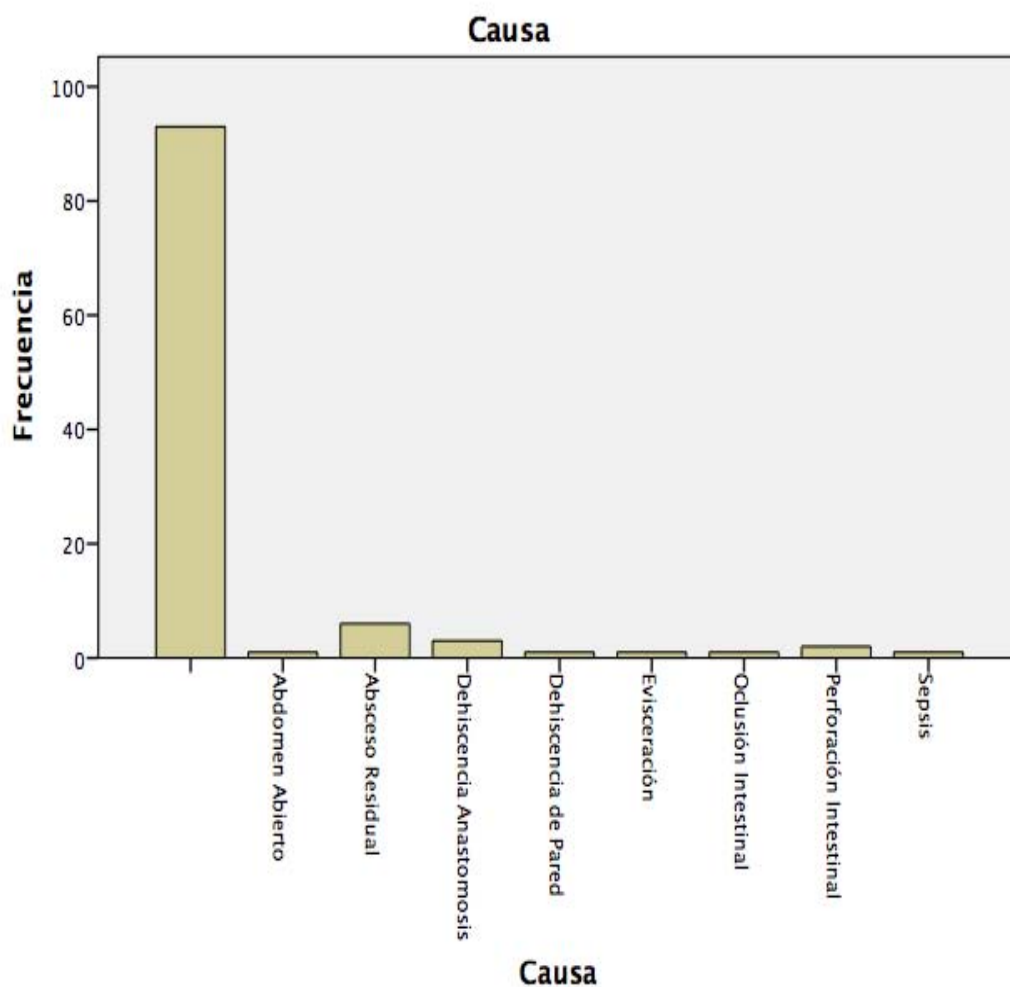
a. Sexo = femenino (Tabla 7)

Se realizó además la revisión de los casos que ameritaron reintervención quirúrgica, en un total de 16 casos de los cuales la principal causa fue el Absceso Residual en un total de 6 casos, seguido de la dehiscencia de anastomosis, las demás causas de reintervención se muestran en el siguiente cuadro (Tabla 8).

Causa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	93	85,3	85,3	85,3
Abdomen Abierto	1	,9	,9	86,2
Absceso Residual	6	5,5	5,5	91,7
Dehiscencia Anastomosis	3	2,8	2,8	94,5
Dehiscencia de Pared	1	,9	,9	95,4
Evisceración	1	,9	,9	96,3
Oclusión Intestinal	1	,9	,9	97,2
Perforación Intestinal	2	1,8	1,8	99,1
Sepsis	1	,9	,9	100,0
Total	109	100,0	100,0	

(Tabla8)



De los 109 expedientes revisados se encontró un total de 20 fallecimientos, secundario a complicaciones a la patología de base.

Muerte

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no	89	81,7	81,7	81,7
Válidos si	20	18,3	18,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	

11. DISCUSIÓN

Esta revisión muestra la incidencia de casos de abdomen agudo presentados en hospital general de Balbuena, el abdomen agudo es una de las causas más frecuentes por la que el paciente acude a una sala de urgencias, es imperativo conocer su incidencia. Dentro de los resultados obtenidos en este estudio se observa que la principal causa de abdomen agudo es la apendicitis aguda, que comparado con un estudio realizado en Korea del Sur acerca de la incidencia de apendicitis aguda se presenta de manera similar en ambos sexos (17), mientras que en este estudio se encontró que la apendicitis aguda es más frecuente en el sexo masculino. El dolor abdominal agudo es una de las causas más frecuentes de admisión en los servicios de urgencias, con una amplia variedad de patologías, en el caso de sexo femenino se incluyen las causas ginecológicas, por lo que es de vital importancia llevar un estudio minucioso en el dolor abdominal agudo en el paciente femenino; en esto se debe de incluir una historia clínica detallada, examen físico, ultrasonido ginecobstetrico y en algunos casos inclusive utilizar la tomografía computada (18); las causas de abdomen agudo más frecuentemente presentadas en el sexo femenino en el Hospital General Balbuena son en relación a patologías ginecológicas, seguido posteriormente de apendicitis aguda. Aunque el objetivo principal de este artículo no fue determinar las causas por las cuales no se pudo establecer un diagnostico previo, en la revisión de los 109 expedientes, 41 (37.6%) no contaban con ningún estudio de gabinete, por lo que solo el diagnostico se realizaba por clínica, demostrando la carencia de los servicios con los que cuenta la institución. En al búsqueda en cuanto de información de incidencia de abdomen agudo en México es necesario llevar a cabo mas reporte de esto ya que se encuentra poca información en la literatura acerca de esto, por lo que es necesario llevar a cabo mas estudios de la incidencia de abdomen agudo en México.

12. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio la principal causa de abdomen agudo fue apendicitis aguda, que comparada con la literatura medica es muy similar a la observada en el Hospital General de Balbuena, en el sexo masculino predomino el cuadro de apendicitis aguda, mientras que en el sexo femenino el cuadro que mayormente se presentó fue en relación a problemas ginecológicos, principalmente la ruptura de quiste de ovario, seguido posteriormente por los casos de apendicitis aguda. Posterior a las causas mencionadas en orden decreciente las causas de abdomen agudo que se presentan son úlcera gástrica perforada, seguido de perforación intestinal así como patologías asociadas a vesícula y vías biliares.

13. BIBLIOGRAFIA

1. Ashley Hardy, Bennet Butler, y Marie Crandall, The Evaluation of The Acute Abdomen, *Common Problems Townsed, Sabiston Textbook of Surgery*, 19a edición, Estados Unidos, Editorial Elsevier, pag 1141-1159.
2. *in Acute Care Surgery*, 2013, pag: 19-31.
3. Maria A. Mazzei, Susanna Guerrini, Nevada C. Squitieri, et al, The role of US examination in the management of acute abdomen, *Critical Ultrasound Journal*, 2013, Vol 5, Pag: 1-9.
4. Janette K Smith, Dileep N Lobo, Investigation of the acute abdomen, *Abdominal Surgery*, 2012, Vol 30:6, Pag 296- 305.
5. Indu Verma, Santider Kaur, Subash Goyal, et al, Diagnostic Value of Lactate Levels in Acude Abdomen Disorders, *Indian Journal of Chemical Biochemistry*, Julio-septiembre 29 (3): 382-385.
6. J Weir-McCall, A Shaw, A Arya, et al, The use of preoperative computed tomography in the assessment of the acute abdomen, *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 2012, Vol 94, Pag 102-107.
7. Adam Q. Maggio, Alex M Reece-Smith, Tjun Y. Tang, et al, Early laparoscopy versus active observation in acute abdominal pain: Systematic review and meta-analysis, *International Journal of Surgery*, 2008, Vol 6, pag 400-403.
8. Ferdinando Agresta, Luca Ansaloni, Gian L. Caiocchi, et al, Laparoscopic approach to acute abdomen from the Consensus Developmet Conference of the Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e nuove tecnologie (SICE), Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), Società Italiana di Chirurgia (SIC), Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT), Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata (SICOP), and the European Association for Endoscopic Surgery (EAES), *Surgical Endoscopy*, 2012, vol 26, pag 2134-2164.

9. Sarah L Gans, Jasper J. Atema Jaap Stoker, et al, C-Reactive Protein and White Blood Cell Count as Triage Test Between Urgent and Nonurgent Conditions in 2961 Patients With Acute Abdominal Pain, *Medicine*, 2015, Vol 94 Numb 9, pag 1-9.
10. Richard Gore, Marc Levine, *Textbook of Gastrointestinal Radiology*, 4ta Edición, Estados Unidos, Editorial Elsevier, Volumen 2, pag 2255-2270.
11. Benoit Navez, Julie Navez, Laparoscopy in the acute abdomen, *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 2014, 28, 3-17.
12. Dawood Aghamohammadi, Changiz Gholipouri, Hamzeh Hosseinzadeh, et al, An Evaluation of the Effect of Morphine on Abdominal pain and peritoneal irritation signs in patients with acute Surgical Abdomen, *Journal of Cardiovascular and thoracic Research*, 2012, 4(2), 45-48.
13. Adriana van Randen, Wytze Laméris, H. Wouter van Es, et al, A comparison of the accuracy of the Ultrasound and Computed Tomography in common diagnoses causing acute abdominal pain, *European Radiology*, 2011, vol 21, pag 1535-1545.
14. Sarah L Gans, Jaap Stoker, Marja A Boermeester, Plain abdominal radiography in acute abdominal pain; past, present and future, *International Journal of General Medicine*, 2012, Vol 5, pag: 525-533.
15. Luis C. Dominguez, Alvaro Sanabria, Valentin Vega, et al, Early laparoscopy for the evaluation of nonspecific abdominal pain: a critical appraisal of the evidence, *Surgical Endoscopy*, 2011, Vol 25, pag 10-18.
16. Brownson EG, Mandell K. The Acute Abdomen. In: Doherty GM. eds. *CURRENT Diagnosis & Treatment: Surgery, 14e*. New York, NY: McGraw-Hill; 2015. <http://accesssurgery.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1202&Sectionid=71519979>. Accessed June 29, 2015.
17. Jung Hung Lee, Yong Sun Park, Joong Sub Choi; The Epidemiology of Appendicitis and Appendectomy in South Korea: National Registry Data; *Journal of Epidemiology and Community Health*; 2010; 20(2); 97-105.

18. Yoav Peled, Avi Ben-Haroush, Ram Eitan, et al. The accuracy of the preoperative diagnosis in women undergoing emergent gynecological laparoscopy por acute abdominal pain; *Archives of Gynecology and Obstetrics*; 2011; 284: 1439-1442.

14. ANEXOS

Ficha de Recolección de Datos	
Nombre	
Expediente	
Edad	
Sexo	
Diagnóstico Prequirúrgico	
Diagnóstico Postquirúrgico	
Estudios Realizados	
Reintervención	
Causa de Reintervención	
Muerte	