

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS**

**“HALLAZGOS EN LAPAROTOMIA EXPLORADORA DE PACIENTES ADULTOS
QUE INGRESAN A LA EMERGENCIA”**

ESTEBAN LEONEL SINCAL SAQUEC



Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Cirugía General
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias en Cirugía General
Septiembre 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Esteban Leonel Sincal Saquec

Carné Universitario No.: 100014779

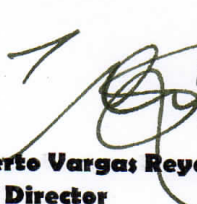
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ciencias en Cirugía General, el trabajo de tesis **"Hallazgo; en laparatomía exploradora de pacientes adultos; que ingresan a la emergencia"**.

Que fue asesorado: Dr. Mario Roberto Orozco Piloña

Y revisado por: Dr. Giovanni Oliva Catalán

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2013.

Guatemala, 27 de agosto de 2013


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Of. 92/2012
Dr. MEG/cjrh

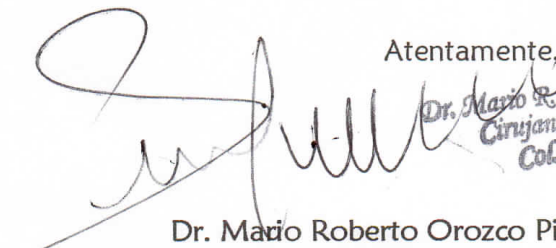
Cuilapa Santa Rosa 22 de Febrero de 2012

Señores:
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas
Presente:

Respetables Señores:

El Asesor de tesis del Departamento de Cirugia General, hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis del Dr. Esteban Leonel Sincal Saquec, de la especialidad de Cirugia General carne universitario No. 100014779, titulado: HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES ADULTOS QUE INGRESAN A LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CUILAPA, POR ABDOMEN AGUDO Y QUIENES FUERON SOMETIDOS A LAPAROTOMIA EXPLORADORA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2,009.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dr. Mario R. Orozco Piloña
Cirujano General
Col. 9.075

Dr. Mario Roberto Orozco Piloña
Asesor de Tesis
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa

c.c. archivo



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Of. 93/2012
Dr. MEG/cjrh

Cuilapa Santa Rosa 22 de Febrero de 2012

Señores:
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas
Presente:

Respetables Señores:

El Revisor de tesis del Departamento de Cirugía General, hace constar que ha sido revisado y corregido el informe final de tesis del Dr. Esteban Leonel Sincal Saquec, de la especialidad de Cirugía General carne universitario No. 100014779, titulado: HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES ADULTOS QUE INGRESEN A LA EMERGENCIA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CUILAPA, POR ABDOMEN AGUDO Y QUIENES FUERON SOMETIDOS A LAPAROTOMIA EXPLORADORA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2,009.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dr. Giovanni Oliva Catalán
Docente Responsable
Revisor de Tesis
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa

c.c. archivo

AGRADECIMIENTOS:

A Dios, **A EL sea la Gloria, Honra y Honor en todo momento.**

A mis Padres, **por ser mi fuente de**
 inspiración y mi bendición en
 todo momento.

A mi Esposa, **por su comprensión y apoyo,**
 Te Amo linda esposa.

A mis profesores, **por haberme guiado y**
 enseñado lo suficiente para
 poder desenvolverme a
 diario. (Dr, Guzman, Dr. Oliva, Dr. Piloña, Dr. Cifuentes)

A mis Pacientes, **por ser un libro abierto**
 siempre.

A mi hospital, **Hospital Regional de Cuilapa, por darme las herramientas**
 Necesarias para aprender y desempeñar esta profesión.

A mis centros educativos, Universidad de San Carlos de Guatemala,
 Instituto Adolfo V. Hall Central.

INDICE

INDICE DE TABLAS	i
INDICE DE GRAFICAS	ii
RESUMEN	iii
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	2
III. OBJETIVOS	10
IV. MATERIAL Y METODOS	11
V. RESULTADOS	16
VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS	30
6.1 CONCLUSIONES	32
6.2 RECOMENDACIONES	33
VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFIA	34
VIII.ANEXOS	36

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA NO.1	16
TABLA NO.2	17
TABLA NO.3	18
TABLA NO.4	20
TABLA NO.5	22
TABLA NO.6	23
TABLA NO.7	24
TABLA NO.8	25
TABLA NO.9	27
TABLA NO.10.....	29

ÍNDICE DE GRAFICAS

GRAFICA NO.1	.....	16
GRAFICA NO.2	.....	17
GRAFICA NO.3	.....	19
GRAFICA NO.4	.....	21
GRAFICA NO.5	.....	22
GRAFICA NO.6	.....	23
GRAFICA NO.7	.....	24
GRAFICA NO.8	.....	26
GRAFICA NO.9	.....	28
GRAFICA NO.10	.....	29

RESUMEN

La laparotomía exploradora se practica como resultado del cuadro abdominal llamado abdomen agudo, el cual se refiere a un cuadro grave de emergencia médica, caracterizado por síntomas y signos localizados en el abdomen, y que hacen sospechar la existencia de una enfermedad severa que afecta a alguno de los órganos intraabdominales. Por lo general es debido a razones infecciosas o inflamatorias, fenómenos de obstrucción intestinal, traumatismos o neoplasias. En este estudio los pacientes que fueron sometidos a laparotomía exploradora demostraron importantes causas de morbi-mortalidad, fueron los mas afectados los pacientes masculinos de 31-40 años siendo esto a causa de trauma o enfermedad común con lo cual cabe destacar que las causas de laparotomía en estos pacientes fueron de origen traumático, además se evidencia que durante una laparotomía exploradora (como lo presenta el cuadro número tres) hay pacientes hasta con cinco órganos lesionados. Sumado a esto de evidenciaron los hallazgos exploratorios de una laparotomía, se corroboró la edad, sexo, todas las alternativas quirúrgicas que se realizaron durante la misma. Se tomaron a los pacientes de 12 años en adelante ya que el ministerio de salud pública a partir de ésta edad los aloja junto a los de mayor edad incluyendo a los pacientes de la tercera edad, lo cual se realizó por medio de un estudio descriptivo, retrospectivo que abarcó un año durante los meses de 01 enero a 31 diciembre de 2,009, las conclusiones mas importantes fueron la laparotomía exploradora se realizo principalmente por trauma, el procedimiento mas frecuentemente realizado fue resección y anastomosis de intestino y el rango de edad mas afectado fue de 31 a 40 años.

I. INTRODUCCION

El dolor abdominal se define como la manifestación clínica de muchos procesos de carácter agudo o urgente que pueden poner en peligro la vida del paciente o ser consecuencia de una enfermedad crónica que se agudiza en un momento determinado, y que en ocasiones hay poca correlación entre la intensidad del dolor y la gravedad del proceso. Es el síntoma más frecuente en la patología de las enfermedades gastrointestinales, también puede ser manifestación de lesiones extra intestinales.^{1,2,3,4}

Observando la descripción previa, tenemos que la laparotomía exploradora es resultado de problemas abdominales y extraabdominales así mismo es el único procedimiento que puede resolver todos los problemas viscerales intraabdominales, ya sea por infección, trauma y sean agudos o crónicos. La etimología de la palabra laparotomía es griega (laparos= ventral, tomia corte, incisión quirúrgica).

La importancia del presente trabajo trasciende debido a que 263 pacientes ingresan anualmente con una media de 22 pacientes mensuales, lo cual es 20% del total de los pacientes que ingresan por la emergencia de Cirugía del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, de estos 263 pacientes un 58% del total de pacientes ingresados son debido a causa traumática y el 42% son debido a causa séptica, por lo cual tenemos que el 20% es una muestra adecuada y por lo tanto el no encontrar un estudio que demuestre lo descrito en el presente trabajo hace que las variables, sexo, edad, procedimiento mas frecuente, causa y etiología de la enfermedad sean importantes en el estudio y al mismo tiempo sirven para personas que requirieran de datos estadísticos de las variables antes descritas.

Se tomaran en cuenta los pacientes que sean admitidos por la emergencia de cirugía del Hospital Regional de Cuilapa y que hayan sido llevados a sala de operaciones con diagnóstico de abdomen agudo, en pacientes adultos (mayores de 12^a según MSPAS¹), tanto masculinos y femeninos en el periodo de un año.

El presente trabajo se realiza en los pacientes mayores de doce años, ya que ésta es la población de pacientes que se admiten en los servicios de Cirugía de adultos (Hombres y Mujeres).

¹ Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social

II. ANTECEDENTES

El diagnóstico y el tratamiento del dolor abdominal agudo está entre los aspectos más importantes de la atención médica y corresponde al Cirujano la resolución del problema. Resulta esencial el diagnóstico para elegir el tratamiento apropiado, del cual en la mayoría de casos, depende la vida del enfermo. Ya que según varios autores, un paciente que presenta disfunción multiorgánica secundario a proceso séptico por rotura o proceso infección de alguna viscera intraabdominal la mortalidad oscila entre 50-70%^{1,2} Así pues vemos que el procedimiento llamado laparotomía exploradora es de vital importancia ya que de lo que se haga para resolver el cuadro que produjo el abdomen agudo y en consecuencia la laparotomía exploradora, va depender el bienestar del paciente así como su morbilidad y/o mortalidad.

Tenemos como consecuencia de la laparotomía procesos menos invasivos que nos pueden proporcionar los mismos resultados lo cual llamamos videolaparoscopia la cual fue ideada primeramente como parte del proceder del ginecólogo, mas sin embargo en la actualidad en el campo de la cirugía es mucho mas útil.

La evolución natural del dolor abdominal depende del proceso patológico causal, que en algunos casos muestran resolución espontánea, aun con poco o ningún tratamiento (por ej. Gastroenteritis), pero que en otros casos degenera en peritonitis generalizada y muerte si no es tratada a tiempo (por ej. Perforación de víscera hueca). Según lo demuestra J. Medina et. Al.⁵ que al ingreso de pacientes con abdomen agudo y sepsis grave era de 15.7%.

En la actualidad, la combinación de los adelantos logrados en los recursos diagnósticos, los antibióticos, la anestesia, la laparoscopia y la atención pre y post operatoria, han disminuido la morbilidad y la mortalidad de pacientes con trastornos abdominales agudos, tanto de origen séptico como traumáticos⁵.

La interpretación de los signos y síntomas de origen abdominal es difícil. Requiere de conocimientos sólidos y de experiencia. Todo dolor abdominal amerita una buena historia clínica y una adecuada exploración. La evolución del dolor es un dato importante y por ello deben evitarse los analgésicos y antibióticos antes de establecer la conducta a seguir. El abdomen agudo no siempre es quirúrgico; sin embargo, deben evitarse los procedimientos diagnósticos prolongados que pueden retrasar la solución quirúrgica. Hay procesos extra abdominales que pueden simular un abdomen agudo.¹

Estudio del Paciente:

Lo mas primordial en el estudio es la historia clínica, debido a que en algunas ocasiones la exploración física es confusa y los hallazgos de laboratorio y radiológicos obligan a esperar o carecen de valor.⁵

Características del dolor abdominal

Clase y localización: nos aproxima a la naturaleza de la enfermedad causal, siendo el de tipo visceral (distensión de una víscera hueca) poco localizado y frecuentemente se presenta a nivel de la línea media. El dolor tipo cólico, si se origina en la válvula ileocecal, suele localizarse por encima y alrededor del ombligo, si procede del colon se percibe a nivel de hipogastrio y cuadrantes inferiores. El dolor somático es por inflamación peritoneal y es de instauración rápida y más preciso sobre la región afectada (apendicitis aguda, distensión de la cápsula hepática, renal, esplénica), éste se acentúa con los movimientos y presenta mejoría manteniendo al paciente inmóvil. El dolor biliar o debido a obstrucción ureteral se manifiesta de forma muy intensa (el paciente “se retuerce”). La irradiación es útil para la localización: a hombro derecho (origen hepatobiliar), a hombro izquierdo (origen esplénico) por irritación de diafragma, irradiado al centro de la espalda (procesos pancreáticos); si se irradia a flancos se relaciona con el sistema urinario proximal, si es a ingle la relación es con sistema urinario distal o aparato genital. La duración y tipo nos orienta sobre la naturaleza y gravedad del proceso causal de la enfermedad, aunque las crisis de abdomen agudo pueden ser insidiosas o aparecer en el seno de un dolor crónico. El síndrome abdominal agudo ocurre en todas las edades de la vida, inclusive durante el embarazo y asociado a múltiples padecimientos. Es difícil precisar la frecuencia de un síndrome de múltiples factores etiológicos y con variaciones que dependen del sexo, edad, etc.³

Etiología:

La mortalidad de los padecimientos digestivos se debe en gran parte a la sepsis de origen peritoneal, a consecuencia de cuadros abdominales con perforación de víscera hueca y generalmente por retraso en el diagnóstico y por lo tanto en el tratamiento oportuno. Como ya se ha mencionado, existen una gran variedad de patologías tanto intraperitoneales como extra- peritoneales, que pueden causar o simular un cuadro de abdomen agudo.¹

Los dolores de origen intraabdominal se originan en el peritoneo, las vísceras huecas intestinales, las vísceras sólidas, el mesenterio o los órganos pélvicos. Pueden deberse a inflamación, obstrucción o distensión aguda y trastornos vasculares generalmente de tipo isquémico.

Las causas extra abdominales suelen ser de origen coronario, inflamación de nervios periféricos e irritación pleural como sucede en una neumonía.

En caso de pacientes politraumatizados o con trauma específico debido a herida por arma blanca o perforaciones por proyectil de arma de fuego se consideran causa de abdomen agudo.

Anatomía Patológica

El peritoneo es una membrana serosa formada por una capa superficial de células mesoteliales y una más profunda de tejido conectivo laxo. La porción que rodea a los órganos intraabdominales se denomina peritoneo visceral. La parte que reviste las paredes del abdomen, la superficie inferior del diafragma y el suelo abdominal reciben el nombre de peritoneo parietal, aunque recordemos que es un solo peritoneo, se dividen de esa forma para facilitar el entendimiento de la cavidad abdominal. Exceptuando la parte terminal de las trompas de Falopio, el peritoneo es un saco completamente cerrado. En vista de la diversidad de condiciones que desencadenan el abdomen agudo, no es posible hablar de anatomía patológica en general, porque esta es específica al proceso patológico. La anatomía patológica varía desde la inflamación del órgano afectado (apendicitis, salpingitis, diverticulitis, colecistitis), hasta la presencia de alteraciones complejas como en la pancreatitis aguda o bien la necrosis de la pared intestinal secundaria a la enfermedad vascular oclusiva del mesenterio. Las alteraciones anatómicas de las perforaciones de víscera hueca varían con el sitio de la lesión.²

Fisiopatología

La patogenia del abdomen agudo se relaciona con la del dolor abdominal, ya que el diagnóstico de este depende en gran parte de identificar la causa del dolor.

- Existen tres tipos de dolor en relación con el abdomen agudo:
 - Dolor visceral, producido por distensión, espasmo, isquemia e irritación química. Es profundo, difuso, mal localizado y de umbral alto. En procesos severos se acompaña de hiperestesia, hiperalgesia y rigidez muscular involuntaria; estos signos sugieren irritación peritoneal.
 - Dolor somático, es más agudo y se origina en el peritoneo parietal, raíz del mesenterio y diafragma.
 - Dolor referido, está en relación con el sitio del proceso original, la invasión de otras zonas por diversas secreciones.

La invasión bacteriana produce dos tipos de respuesta: una local de defensa propiamente antibacteriana y otra sistémica con manifestaciones hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas. Así pues la respuesta peritoneal al tener una estimulación (daño celular) estimula a las células gigantes con liberación de sustancias vaso activas y aumento de la permeabilidad vascular; esto ocasiona entrada de fibrinógeno a la cavidad, que bajo la acción de la tromboplastina liberada del tejido lesionado, activa la trombina y favorece la polimerización de la fibrina que se deposita dentro del abdomen. En pocas horas aparece la infiltración por fagocitos, que engloban las bacterias; pero también los polímeros de fibrina. Los neutrófilos no van a retornar a la circulación sistémica y al morir liberan enzimas como la elastasa y la colagenasa. Normalmente la alfa 1 anti-tripsina neutraliza las enzimas liberadas por los neutrofilos. Sin embargo, este mecanismo no es suficiente en la cavidad peritoneal y la elastasa y la colagenasa aumentan el daño celular. Lo anterior explica bien la rapidez y la extensión de las alteraciones peritoneales en la presencia de contaminación. La respuesta hemodinámica es similar a la del enfermo séptico con máximo aumento del transporte de oxígeno en función de sus propias reservas o mediante apoyo artificial. La respuesta metabólica es esencial para la supervivencia definitiva; en el inicio depende de sus reservas calóricas. El apoyo metabólico debe administrarse lo antes posible.⁴

La respuesta neuroendócrina: en la actualidad sabemos que una serie de mediadores inflamatorios liberados por diversos tejidos son los que estimulan la respuesta

neuroendócrina. Se ha estudiado ya la acción de diversos mediadores: factor de necrosis tumoral e interleucinas. Estos estudios están ayudándonos a entender la fisiopatología del enfermo séptico.⁷

Cuadro clínico

Es importante elaborar una historia clínica cuidadosa con un interrogatorio minucioso de las características del dolor, investigar antecedentes de operaciones abdominales, úlcera péptica, cólicos biliares, diabetes, enfermedad diverticular, pancreatitis, alcoholismo, flujo vaginal, dolor intermenstrual, enfermedades cardiovasculares, alergia, anemia, enfermedades pulmonares.⁶

Debe insistirse en la evolución del dolor, sus características, su intensidad y localización. Esto de acuerdo con los conocimientos fisiopatológicos expresados, ayuda a entender lo que ocurre en el interior del abdomen.⁷

La mayoría de los enfermos con abdomen agudo tienen náusea y vómito en poca cantidad, hiporexia, fiebre, malestar general y dolor que no alivia y es persistente, asociado a íleo paralítico y deshidratación del paciente. En relación a los estudios de gabinete se evidencia leucocitosis en la mayoría de los casos, con granulocitosis y desviación hacia la izquierda, en la química sanguínea evidenciaremos que el nitrógeno de urea y la creatinina pueden estar ligeramente elevados.^{8,9,10}

Las radiografías se realizarán en posición tórax sentado o erecto y abdomen simple y/o translateral de abdomen, se evaluará la presencia de asa centinela (íleo paralítico), imagen en vidrio despulido (presencia de líquido en cavidad abdominal), gas libre subdiafragmático (evidencia de perforación de víscera hueca), escoliosis, edema y distensión de asas intestinales, gas distal, borramiento de las líneas de los músculos psoas, inclusive se evidenciara ocasionalmente cálculos y tumores¹⁴.

La evolución y la secuencia de los síntomas permite corroborar el diagnóstico inicial o pensar en una patología diferente. Por ejemplo, en la apendicitis aguda el dolor precede a la náusea y a la fiebre. La exploración física permite localizar el sitio y la extensión del dolor. El dolor intenso a la palpación, la presencia de rigidez muscular y el aumento del dolor a la descompresión brusca indican inflamación de la serosa. No debe olvidarse la exploración rectal, la ginecológica y de los orificios herniarios. La auscultación es útil para el diagnóstico diferencial entre una obstrucción intestinal mecánica en donde hay aumento del peristaltismo y el silencio abdominal que se presenta en el íleo paralítico y en la peritonitis generalizada. El

vómito frecuente y más intenso se presenta en la obstrucción intestinal, su magnitud se correlaciona con la altura de la obstrucción. Lo más importante es decidir si el paciente debe o no ser operado de inmediato. La identificación de un dolor abdominal continuo, de intensidad progresiva, localizado y asociado a rigidez muscular en la zona afectada, es una de las mejores indicaciones de cirugía temprana. La laparoscopia diagnóstica en la actualidad en situaciones de urgencia ante una "duda razonable" entre un padecimiento médico o quirúrgico, tiene un valor bien establecido y en algunos casos seleccionados nos permite establecer el diagnóstico, con lo que se influye en el tratamiento subsecuente del enfermo. Dicha técnica evita la necesidad de una laparotomía, cuando se resuelve el problema a través de la laparoscopia operatoria. En situaciones de enfermo grave con repercusión sistémica severa la laparotomía temprana tiene su indicación precisa.^{1,3,15}

La morbi-mortalidad de la laparoscopia y/o laparotomía exploradora en ausencia de proceso quirúrgico no se compara a las complicaciones que se presentan cuando se difiere una operación necesaria.⁵

Tratamiento

Las normas generales que deben utilizarse son las siguientes:⁶

1. Uso racional de antibióticos de acuerdo al diagnóstico etiológico y al resultado de los cultivos efectuados.
2. Asistencia respiratoria, desde el inicio debido a la repercusión pulmonar de estos procesos. Los cambios posturales frecuentes son parte de la fisioterapia respiratoria.
3. Colocar una sonda nasogástrica que funcione con efectividad y evitar así broncoaspiración, distensión gástrica.
4. Administración de líquidos y electrolitos de acuerdo a las pérdidas, cuando el abdomen está distendido la pérdida insensible intraabdominal puede ser mayor inclusive a los 3 litros y en pancreatitis alcanzar hasta los 6 lts.
5. Cateterismo vesical para control adecuado de líquidos excretados y así mismo evitar paresia de la vejiga.
6. El apoyo nutricional es necesario en procesos con falta de ingesta oral prolongada. La sepsis peritoneal cursa con un franco hipercatabolismo que lleva al desarrollo de una desnutrición corporal severa en un periodo corto⁶.

7. Suprimir el factor primario con la cirugía indicada³.
8. Sólo colocar drenajes en presencia de abscesos intraabdominales y de fístulas¹².
9. Colocación de vía central.
10. Manejo de líquidos por regla de weill
11. Evaluar manejo de paciente en intensivo de adultos en conjunto con Cirujano Intensivistas y/o Medico Internista.

Complicaciones

Son complicaciones usuales del abdomen agudo: peritonitis, sepsis, hipovolemia, desequilibrio hidroelectrolítico, malnutrición grave, insuficiencia renal, alteraciones cardiovasculares, insuficiencia hepática y disfunción orgánica múltiple, las cuales se deben de manejar adecuadamente según el estado del paciente dentro un servicio de cirugía ó si el paciente lo amerita en la sala de cuidados intensivos.⁸

Infecciones en Cirugía

Se denomina infecciones quirúrgicas a todas aquellas que se originan por gérmenes bacterianos y/o por los hongos como consecuencia de un acto quirúrgico, presentándose la patología infecciosa en el periodo inmediato o mediano a la intervención, lo cual esperaríamos encontrarlo en un periodo aproximadamente de 3-10 días.⁷

Complicaciones de las heridas

No hay cirujano que no tenga que afrontar el problema de las complicaciones que pueden presentarse en los pacientes que ha sometido a intervención quirúrgica. Estas posibles complicaciones están referidas a: dehiscencia de la herida, dolor de la herida, acumulación de suero (seroma), hemorragia, senos de las líneas de sutura, infección de la herida, cicatrices hipertróficas, queloides, eventraciones.⁶

Infección

Las manifestaciones de infección de herida operatoria aparecen generalmente entre el tercero y décimo días del postoperatorio, aunque con menos frecuencia pueden aparecer antes o después. El tejido celular subcutáneo es el más frecuentemente comprometido. La manifestación más frecuente es la fiebre, puede haber aumento de dolor en la herida así como edema, eritema, secreción en el lugar de la herida.

Prevenir la infección de la herida operatoria es uno de los aspectos más importantes en el cuidado del paciente, esto puede conseguirse reduciendo la contaminación, con técnica quirúrgica limpia y suave, sostén de las defensas del paciente y antibióticos de acuerdo al cultivo de la secreción obtenida de la herida.¹⁴

Hemorragia de Herida Operatoria

Ocurre más frecuentemente en pacientes hipertensos o con defectos de coagulación. El hematoma de las heridas es casi siempre resultado de hemorragia controlable por medios quirúrgicos. Una vez detectado, se debe reabrir la herida, identificar el o los vasos sangrantes y ligarlos. Otras veces es consecuencia de una hemostasia no adecuada, antes de cerrar definitivamente la herida.⁶

Dehiscencia de la Herida

La frecuencia de esta complicación varía mucho en función de cirujano, paciente y tipo de operación. En una herida abdominal, la dehiscencia total produce evisceración y la dehiscencia parcial profunda conduce a la eventración.

En la mayoría de casos de dehiscencia, se encuentra que los puntos han desgarrado el tejido. Posiblemente el error más frecuente que condiciona una dehiscencia sea el tensionar demasiado los puntos que van a estrangular los bordes suturados comprometiendo la circulación en esta zona, asimismo los puntos flojos o mal anudados, demasiados puntos, toma de muy poco tejido o material de sutura inapropiado, son otras causas de dehiscencia.⁴

Granulomas de heridas operatoria

Cuando el material de sutura no absorbible se infecta, se forma el llamado granuloma a cuerpo extraño, que se abre camino hacia la superficie y después de formar una pequeña tumoración fluctuante, drena material mucopurulento, estableciéndose de esa manera granuloma o granulomas en cuyo fondo se encuentra el material de sutura referido, que a veces es expulsado espontáneamente pero que la mayor parte de veces, requiere la introducción de una pinza de punta fina para explorar y extirparlo. De persistir, es preferible abrir la porción de herida comprometida, extraer todo el material de sutura que se encuentra en ese lugar y dejar la herida abierta para cierre por segunda intención.⁹

III. OBJETIVOS

IIIa. OBJETIVO GENERAL

Conocer los hallazgos intraoperatorios más frecuentes de Laparotomía exploradora en pacientes que ingresa a la emergencia de Cirugía del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, durante enero a diciembre del año 2009.

IIIb. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar la lesión mas frecuente durante la laparotomía exploradora.
- Conocer el procedimiento quirúrgico mas frecuentemente realizado durante la laparotomía exploradora.
- Determinar la principal etiología que provoca abdomen agudo y que necesita laparotomía exploradora.
- Determinar el porcentaje de mortalidad de pacientes a quienes se les realizo Laparotomía exploradora.
- Determinar el porcentaje de pacientes con el diagnóstico de abdomen agudo y que fueron operados por laparotomía exploradora, según etiología traumática y enfermedad común.
- Determinar el grupo etario y sexo más afectado.
- Conocer el porcentaje de laparotomías exploradoras no terapéuticas.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo.

4.2. UNIDAD DE ANALISIS

Fichas clínicas de pacientes atendidos del 01 enero a 31 de diciembre del año 2,009.

4.3. POBLACION Y MUESTRA

Se tomaron a los pacientes mayores de doce años atendidos en la emergencia de Cirugía, con diagnóstico de abdomen agudo que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico y que ingresaron al servicio de cirugía de hombres y mujeres durante el año 2009.

4.4 CRITERIOS

- **Inclusión:**

- Pacientes atendidos directamente en la emergencia de Cirugía del Hospital Nacional de Cuilapa, de ambos sexos, adultos, con diagnóstico de abdomen agudo y quienes fueron sometidos a Laparotomía exploradora, durante el año 2009.

- **Exclusión:**

- Reexploraciones abdominales por complicaciones post operatorias derivadas del procedimiento quirúrgico primario.
- Referidos de otros hospitales ya operados.
- Abdómenes agudos no quirúrgicos.

4.5. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE	Análisis estadístico	INSTRUMENTO
Edad	Cantidad de años registrada en la ficha clínica del examen multifásico.	Años.	Cuantitativa	Media, desviación estándar	FICHA EXAMEN MULTIFASICO
Sexo	Diferencia física registrada en la ficha clínica del examen multifásico.	Dicotómico. Masculino. Femenino.	Cualitativa	Porcentaje	FICHA EXAMEN MULTIFASICO
Lesión	Cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno.	Porcentaje	Cuantitativa	Media, desviación estándar	Expediente Clínico
Procedimiento Quirúrgico	Distintos procedimientos para aliviar la enfermedad del paciente, incluyendo apendicectomías, laparotomías, colecistectomías.	Número de procedimientos	Cuantitativa	Media, desviación estándar	Expediente clínico.
Estancia Hospitalaria	De acuerdo al procedimiento puede ser menor de siete días, mayor de siete días.	Cantidad de días desde el ingreso hasta el egreso	Cuantitativa	Media, desviación estándar	FICHA EXAMEN MULTIFASICO
Lesión Traumática	De acuerdo a la historia del paciente,	Cantidad de órganos	Cuantitativa	Media, desviación	FICHA EXAMEN

	se evaluará los grados de traumatismos intraabdominales de los distintos órganos.	dañados y grados de lesión.		estándar	MULTIFASICO
Lesión por enfermedad común	Cuando la causa de abdomen agudo se produce por causa infecciosa, obstructiva	Numero de casos	Cuantitativa	Porcentaje	FICHA EXAMEN MULTIFASICO
Mortalidad de pacientes	Debido a estado avanzado de la enfermedad y/o complicaciones asociadas	Número de defunciones debido a abdomen agudo	Cuantitativa	Porcentaje	FICHA EXAMEN MULTIFASICO
Etiología	Causa del padecimiento actual del paciente que provoco la laparotomía.	Porcentaje	Cualitativa	Porcentaje	FICHA CLINICA
Error Diagnóstico	Error en el diagnostico de los pacientes con abdomen agudo.	Número de casos	Cuantitativo	Porcentaje	Ficha clínica

4.6. INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

- Físicos:
 - Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo.
 - Libros de registro de los servicios de Cirugía, Sala de Operaciones.
 - Boleta de Recolección de datos.
- Humanos:
 - Encuestador o Recolector de datos, Jefes de servicio, Médicos Residentes y el personal de Estadística.

4.7. PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS.

Los materiales que se utilizaron para la presente investigación fueron los expedientes médicos de los pacientes que acudieron al Hospital en el período comprendido de enero a diciembre de 2009. Y a quienes se les diagnosticó Abdomen Agudo, en ambos sexos, de las edades comprendidas de 12 años en adelante, a quienes se investigó hallazgos intraoperatorios, lesión mas frecuente, grupo etario y sexo mas afectado, procedimiento quirúrgico mas frecuentemente realizado, mortalidad y error diagnósticos.

Se siguieron los siguientes pasos:

Se revisaron los libros de ingresos y egresos del Hospital, así como el tarjetero donde se encuentran codificados el diagnóstico del paciente, obteniéndose el número del registro clínico de la ficha a investigar.

Ya seleccionada la ficha clínica se procedió a investigar a los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y luego ficha por ficha en orden correlativo y sistemático en los cuales se extrajeron los siguientes datos (Boleta de recolección de datos).

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. _____

Sexo: _____

Edad: _____

Motivo de Consulta: _____

Impresión Clínica de Ingreso: _____

Tratamiento Inicial:

SNG: _____ Analgésicos: _____ Antibióticos: _____ Soluciones: _____

Otros: _____

Exámenes de Laboratorio: _____

Rayos X : _____

Exámenes Complementarios: _____

Tipo de tratamiento: _____

Tipo de Tratamiento Quirúrgico: _____

Días de Hospitalización: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Condiciones de Egreso: _____

V. RESULTADOS

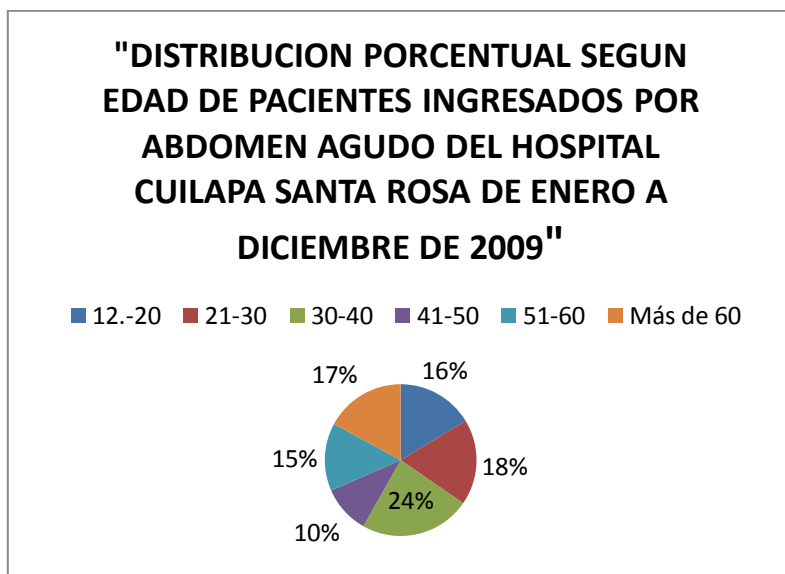
TABLA No. 1

DISTRIBUCIÓN PORCETUAL SEGÚN EDAD DE PACIENTES INGRESADOS POR ABDOMEN AGUDO DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA, AÑO 2009.

EDAD EN AÑOS	No.	%
12-22	43	16
23-32	48	18
33-42	62	23
43-52	27	10
53-62	38	14
Más de 62	45	17
TOTAL	263	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 1



Fuente: Cuadro No. 1

Comentario:

Se evidencia el rango de edad mas frecuente en los cuales se realizó laparotomía exploradora mas frecuentemente afectado es de 31-40 años con un 24 % del total de los casos, en segundo lugar el rango de edad de 21 a 30 años con un 18 % y en tercer lugar el

rango de edad mayor de 60 años con un 17 %, en donde los primeros dos rangos pueden deberse a causa traumática y el último enfermedad común.

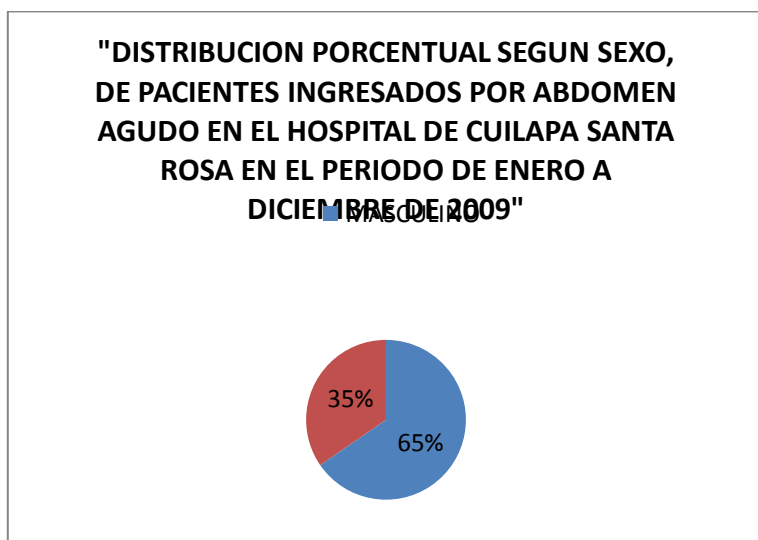
TABLA No. 2

DISTRIBUCIÓN PORCETUAL SEGÚN SEXO DE PACIENTES INGRESADOS POR ABDOMEN AGUDO DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA, AÑO 2009.

SEXO	No.	%
MASCULINO	172	65
FEMENINO	91	35
TOTAL	263	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 2



Fuente: Cuadro No. 2

Comentario:

Se evidencia que el sexo masculino ocupa el 65% de casos ingresados por abdomen agudo, frente al sexo femenino con un 35 % del total de los casos.

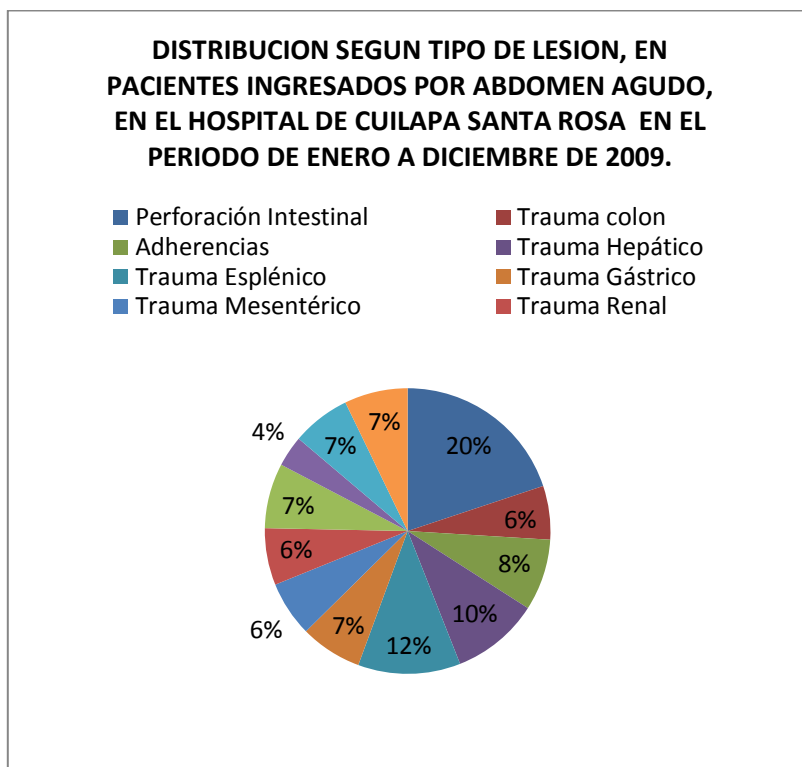
TABLA No. 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE LESION EN PACIENTES INGRESADOS PARA REALIZACION DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA, AÑO 2009.

TIPO DE LESION	No.	%
Perforación Intestinal	108	20
Trauma Esplénico	63	12
Trauma Hepático	54	10
Adherencias	44	8
Apéndice Perforado	40	7
Trauma Gástrico	38	7
Pancreatitis Agudas	36	7
Trauma Renal	35	6
Trauma Mesentérico	34	6
Trauma colon	33	6
Causas Ginecológicas	19	4
Otras	39	7

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 3



Fuente: Cuadro No. 3

Comentario:

Podemos observar que la perforación intestinal ocupa el primer lugar de tipo de lesión en pacientes que ingresaron por abdomen agudo con un 20% del total de los casos, en segundo lugar el trauma esplénico con un 12% y en tercer lugar el trauma hepático con un 10 %.

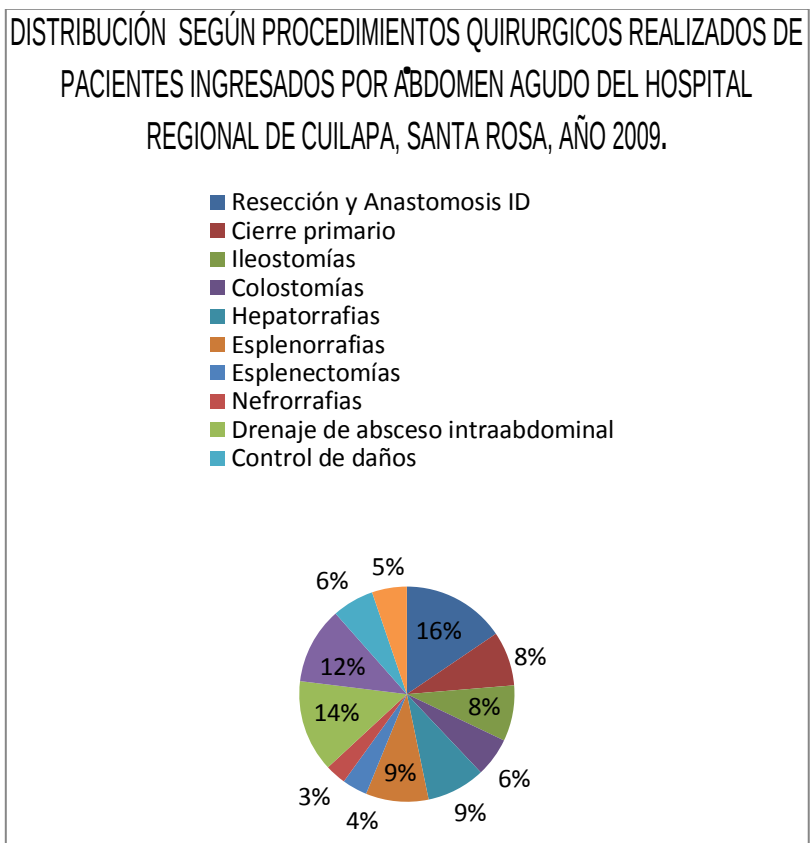
TABLA No. 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS DE PACIENTES INGRESADOS POR ABDOMEN AGUDO DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA, AÑO 2009.

PROCEDIMIENTO	No.	
Resección y Anastomosis ID	74	
Drenaje de absceso intraabdominal	66	
Esplenorrafias	45	
Hepatorrafias	42	
Ileostomías	40	
Cierre primario	39	
Control de daños	30	
Colostomías	28	
Esplenectomías	18	
Nefrorrafias	15	
Otros	25	

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 4



Fuente: Cuadro No. 4

Comentario:

Este cuadro evidencia que el procedimiento que mas se realizo fue resección y anastomosis de intestino delgado con un 16%, en segundo lugar drenaje de abscesos intraabdominales con un 14%.

TABLA No. 5

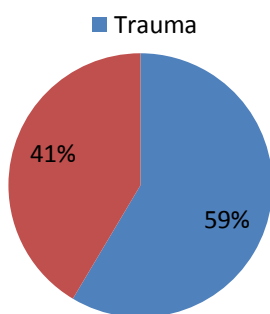
DISTRIBUCIÓN PORCETUAL SEGÚN INDICACION QUIRURGICA DE LAPAROTOMIA EN PACIENTES INGRESADOS POR ABDOMEN AGUDO, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA, AÑO 2009.

CAUSA	No.	%
Trauma	154	58
Enfermedad Común	109	42
TOTAL	263	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 5

DISTRIBUCIÓN PORCETUAL SEGÚN CAUSA DE LA LAPAROTOMIA EN PACIENTES INGRESADOS POR ABDOMEN AGUDO, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA, AÑO 2009.



Fuente: Cuadro No. 5

Comentario:

En el cuadro número cinco vemos que la mayor cantidad de pacientes quienes se operaron fueron por causa traumática, lo cual se describía en la descripción del cuadro número uno.

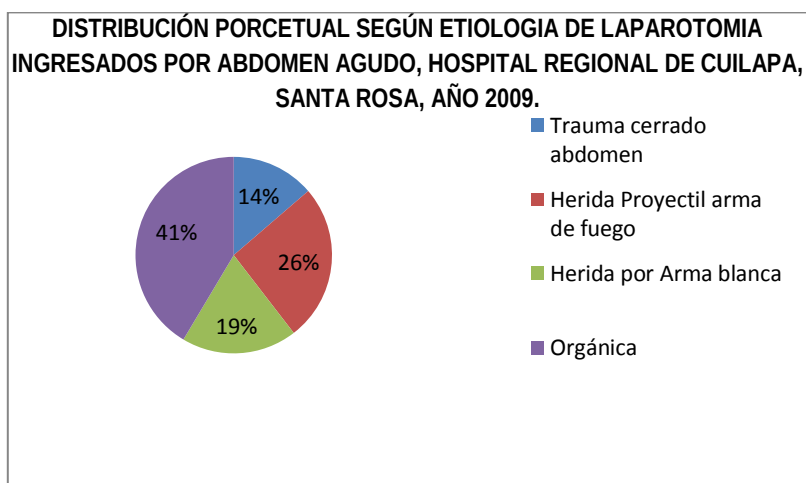
TABLA No. 6

DISTRIBUCIÓN PORCETUAL SEGÚN ETIOLOGIA DE LAPAROTOMIA INGRESADOS POR ABDOMEN AGUDO, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA, AÑO 2009.

ETIOLOGIA	No.	%
Enfermedad Común (séptica)	109	41
Herida Proyectoil arma de fuego	68	26
Herida por Arma blanca	50	19
Trauma cerrado abdomen	36	13
TOTAL	263	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 6



Fuente: Cuadro No. 6

Comentario:

En esta grafica se subdividen las distintas causas encontrándose que la etiología de la laparotomía fue por enfermedad común seguida de las lesiones por proyectil de arma de fuego, arma blanca y trauma cerrado de abdomen, siendo en este caso las lesiones por trauma cerrado de abdomen no siempre de origen violento sino también accidental.

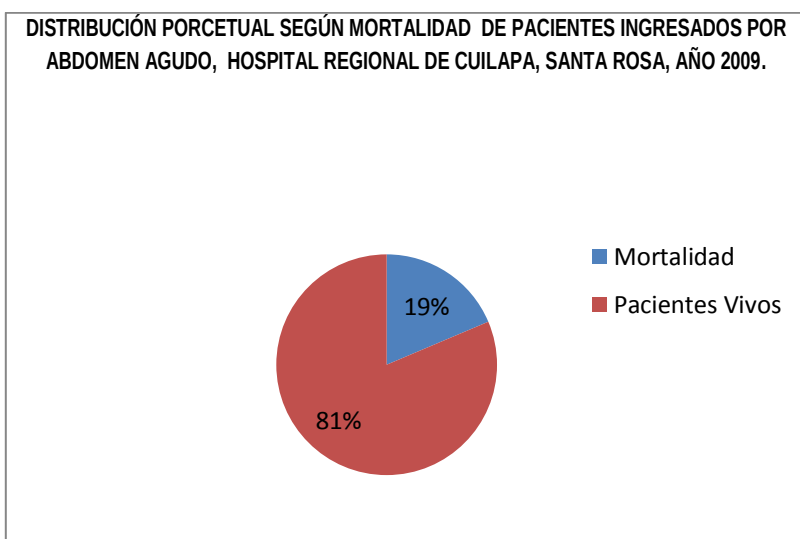
TABLA No. 7

DISTRIBUCIÓN PORCETUAL SEGÚN MORTALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS POR ABDOMEN AGUDO, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA, AÑO 2009.

CONDICION EGRESO	No.	%
Pacientes Egresados Vivos	214	72
Mortalidad	49	18
Total	263	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 7



Fuente: Cuadro No. 7

Comentario:

En esta gráfica se evidencia la mortalidad de los pacientes la cual se encuentra alrededor de 19% lo que hace tener un parámetro que debemos mejorar por el bienestar de nuestra población.

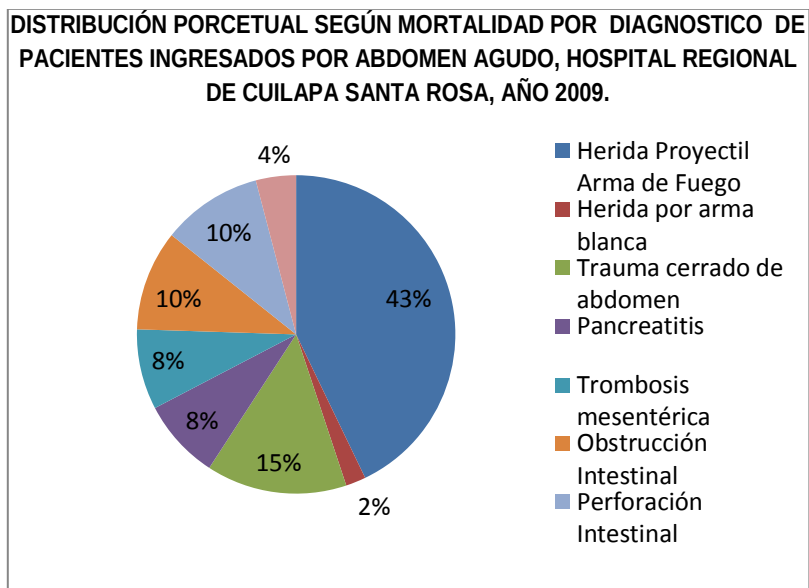
TABLA No. 8

DISTRIBUCIÓN PORCETUAL SEGÚN MORTALIDAD POR DIAGNOSTICO DE PACIENTES INGRESADOS POR ABDOMEN AGUDO, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA, AÑO 2009.

DIAGNOSTICO	MORTALIDAD	%
Herida Proyectoil Arma de Fuego	21	42
Trauma cerrado de abdomen	7	14
Obstrucción Intestinal	5	10
Perforación Intestinal	5	10
Pancreatitis	4	8
Trombosis mesentérica	4	8
Apendicitis Aguda Perforada	2	04
Herida por arma blanca	1	02
Total	49	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

GRAFICA No. 8



Fuente: Cuadro No. 9

Comentario:

En esta gráfica se describe la mortalidad por diagnostico de los pacientes fallecidos; evidenciándose que la mayor parte de los pacientes fallecidos fueron por heridas por proyectil de arma de fuego con un 43%, seguido de trauma cerrado de abdomen con un 15% y luego de causas orgánicas, las cuales en su mayoría presentaban sepsis.

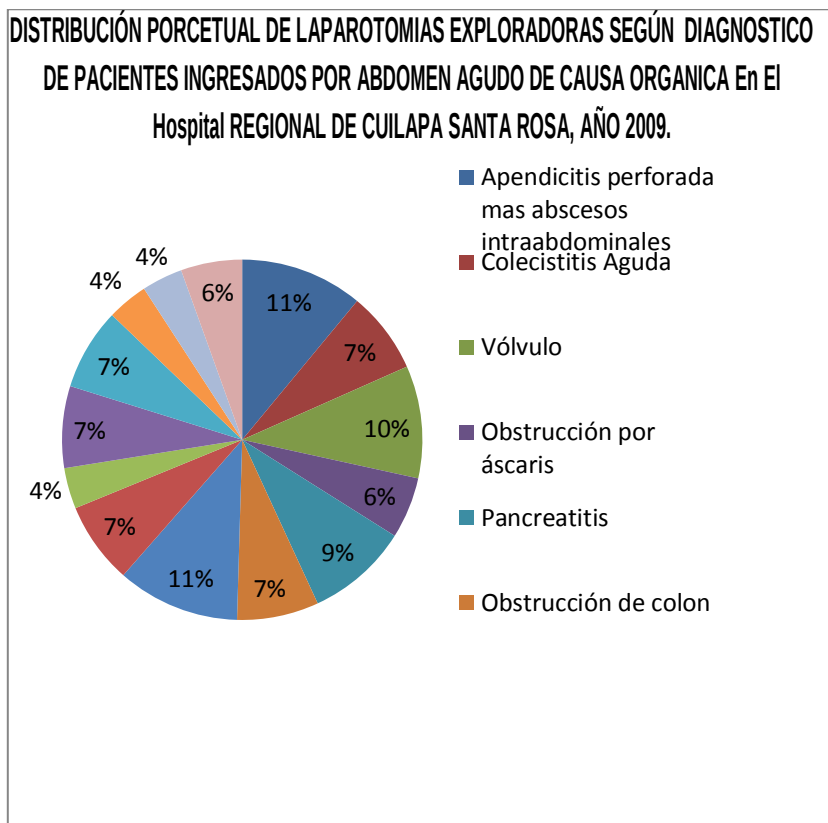
TABLA No. 9

DISTRIBUCIÓN PORCETUAL DE LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS SEGÚN HALLAZGOS DE PACIENTES INGRESADOS POR ABDOMEN AGUDO POR ENFERMEDAD COMUN EN EI Hospital REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA, AÑO 2009.

DIAGNOSTICO	CANTIDAD	%
Apendicitis perforada mas abscesos intraabdominales	12	11
Bridas	12	11
Vólvulo	11	10
Pancreatitis	10	9
Fiebre tifoideas perforada	10	9
Colecistitis Aguda	9	8
Obstrucción de colon	8	7
Laparotomías ceciles	8	7
Causas Ginecológicas	8	7
Obstrucción por áscaris	6	5
Trombosis mesentéricas	5	4
Úlcera péptica perforada	4	4
Neoplasia intestinal obstructiva	4	4
Megacolon Toxico	2	2
TOTAL	109	100

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 9



Fuente: Cuadro 10

Comentario:

En esta gráfica se presentan los diagnósticos de las laparotomías realizadas por causa orgánica evidenciándose las causas principales fueron apendicitis perforadas que presentaban componente con abscesos intraabdominales 11%, seguidos con obstrucciones por bridas también 11%, Seguidas por volvulus con 10% y Pancreatitis en un 9%.

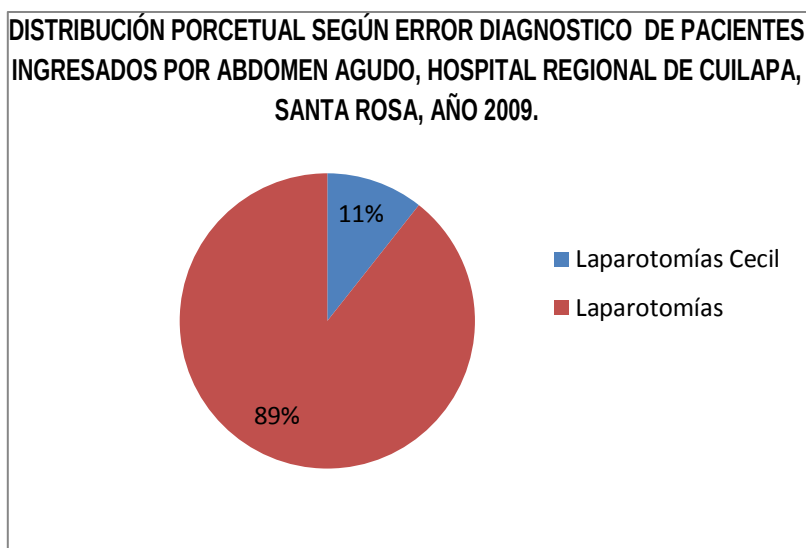
TABLA No. 10

DISTRIBUCIÓN PORCETUAL SEGÚN LAPAROTOMIA NO TERAPEUTICA DE PACIENTES INGRESADOS POR ABDOMEN AGUDO, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA, AÑO 2009.

ERROR DIAGNOSTICO	No.	%
Laparotomías	235	89
Laparotomías no terapéutica (Cecil)	28	11
TOTAL	263	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Grafica No.8



Fuente: Cuadro No.8

Comentario:

Esta gráfica nos demuestran que se realizaron laparotomías en las cuales no hubo lesión a vísceras con un 11%, éstas laparotomías se realizaron en el mayor de los casos en pacientes que presentaba heridas por proyectil de arma de fuego y arma blanca y en el menor de los casos en abdómenes agudos por enfermedad común, acordémonos de la premisa que profesa: “La morbi-mortalidad de la laparoscopia y/o laparotomía exploradora en ausencia de proceso quirúrgico no se compara a las complicaciones que se presentan cuando se difiere una operación necesaria.”

VI. ANALISIS Y DISCUSION

El presente trabajo de investigación es un estudio retrospectivo descriptivo cuantitativo de los pacientes que ingresaron al Hospital Regional Cuilapa con impresión clínica de Abdomen Agudo durante el año 2009 que cumplieron los requisitos descritos anteriormente.

- En el cuadro numero 1, se evidencia el rango de edad mas frecuente en los cuales se realizó laparotomía exploradora lo cual puede ser debido a causas traumáticas ya que Guatemala es un país violento y el rango de edad mas afectado es de 21-41 años seguido muy de cerca el rango de 12-20años.
- En el cuadro número 2 se evidencia que de acuerdo al sexo se evidencia que el masculino es el mayormente afectado coincidiendo con la epidemiología de varios artículos^{5,6}.
- Cuadro 3 observamos que las distintas lesiones que presentaban los pacientes muchas veces fue perforaciones que presentaba por múltiples lesiones por proyectil de arma de fuego lo cual hace que no sea solo una lesión en un órgano determinado sino en varios, inclusive hasta 5 órganos en un solo paciente, lo cual se evidencia en esta gráfica con la cantidad de lesiones y la cantidad de pacientes que fueron afectados de esta forma aunque por enfermedad común encontramos perforaciones intestinales aunque en menor cantidad ya que el porcentaje total es de 20 el cual es equivalente a 108 pacientes.
- Así mismo en el cuadro número cuatro se evidencian los procedimientos que se realizan con estos los pacientes, ya que muchas veces se realizan hasta cuatro o cinco procedimientos se le realizan a un solo paciente, por lo que se evidencia en la cantidad de procedimientos descritos.
- En el cuadro número cinco se evidencia similitud con respecto a las distintas indicaciones de tratamiento quirúrgico sea trauma o enfermedad común, mas sin embargo las causas traumatológicas son las que acarrear mayor morbilidad y mas lesiones intraabdominales según se evidencia en los distinto cuadros.
- En el cuadro número seis, se subdividen las distintas causas encontrándose que la etiología de la laparotomía fue por enfermedad común seguida de las lesiones por

proyector de arma de fuego, arma blanca y trauma cerrado de abdomen, siendo en este caso las lesiones por trauma cerrado de abdomen no siempre de origen violento sino también accidental.

- En el cuadro número siete se evidencia la mortalidad de los pacientes la cual se encuentra alrededor de 17% el cual es similar a los encontrados en otras literaturas.^{5,7,18}
- En el cuadro número ocho se describe la mortalidad por diagnóstico de los pacientes fallecidos; evidenciándose que la mayor parte de los pacientes fallecidos fueron por heridas por proyectil de arma de fuego, seguido de trauma cerrado de abdomen y luego de causas sépticas (orgánicas).
- En el cuadro número nueve se presentan los diagnósticos de las laparotomías realizadas por causa séptica (enfermedad común) evidenciándose la causa principal fueron la apendicitis perforadas que presentaban componente con abscesos intraabdominales, seguidos con obstrucciones por bridas, así mismo se evidencian causas ginecológicas en 7%. La menor cantidad de laparotomías fueron por úlcera péptica perforada.
- En el cuadro número diez, nos demuestran que se realizaron laparotomías en las cuales no hubo lesión a vísceras, éstas laparotomías se realizaron en el mayor de los casos en pacientes que presentaba heridas por proyectil de arma de fuego y arma blanca y en el menor de los casos en abdomenes agudos por enfermedad común, pero acordémonos de la premisa escrita en el inicio de este estudio que profesa: “La morbi-mortalidad de la laparoscopia y/o laparotomía exploradora en ausencia de proceso quirúrgico no se compara a las complicaciones que se presentan cuando se difiere una operación necesaria.”⁵

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Las perforación intestinal es la lesión mas frecuente que origina el abdomen agudo.
- 6.1.2 El procedimiento mayormente efectuado es la resección y anastomosis y el drenaje de absceso intraabdominal.
- 6.1.3 La principal etiología de los abdomen agudo mas frecuentemente operados por laparotomía exploradora fue enfermedad comun, siendo la causa la apendicitis perforada mas abscesos intraabdominales.
- 6.1.4 El porcentaje de mortalidad de los pacientes operados durante el año 2009, fue de 18%, siendo la causa principal de muerte herida por proyectil de arma de fuego.
- 6.1.5 Se determina que la etiología de los abdómenes agudos de paciente quienes fueron sometidos a laparotomía exploradora fueron así: enfermedad comun 41%, herida proyectil arma de fuego 26%, herida por arma blanca 19%, trauma cerrado de abdomen 13%.
- 6.1.6 Se logró determinar que los pacientes masculinos y en el rango de 31-40 años son los que sufren a menudo laparotomías exploradoras.
- 6.1.7 El porcentaje de laparotomías no terapéuticas realizadas fue de 11%. Lo que no se compara con complicaciones cuando se difiere una operación necesaria.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Se recomienda a los residentes de cirugía poner más énfasis en el examen clínico y la historia de la enfermedad ya que eso nos da el 80% del diagnóstico y no depender de exámenes de gabinete para llegar al diagnóstico.
- 6.2.2 Realizar adecuadamente la asepsia y antisepsia del paciente para evitar al máximo las infecciones de herida operatoria.
- 6.2.3 No retardar la cirugía por estudios diagnósticos.
- 6.2.4 Utilizar la laparoscopia diagnóstica en pacientes que haya duda de proceso peritoneal ya que en once por ciento de pacientes se pudo evitar la incisión mediana y a cambio se debió utilizar la laparoscopia como método diagnóstico.
- 6.2.5 “La morbi-mortalidad de la laparoscopia y/o laparotomía exploradora en ausencia de proceso quirúrgico no se compara a las complicaciones que se presentan cuando se difiere una operación necesaria.”⁵

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Ferraris va. exploratory laparotomy for potential abdominal sepsis in patients with multiple organ failure. arch surg 1983; 118: 1131-1133.
2. Fry de, pearleastein l, fulton rl, polk hc. multiple system organ failure: the role of uncontrolled infection. Arch surg 1980; 115: 136-140.
3. David c.sabiston, "abdomen agudo" arnold g. diethelm, m.d. tratado de patología quirúrgica, mcgraw hill interamericana, 12ª. edición, mexico. 884-905.
4. Denis l kasper, eugene braunwald, " apendicitis y peritonitis aguda", william silen, harrison principios de medicina interna, mcgraw hill interamericana, 16 edicion, mexico, 9698-9706.
5. Wilkins gamiz a.,et. al. morbilidad y mortalidad en pacientes que presentan dolor abdominal agudo. rev gastroenterol mex 1989;54: 223-229.
6. J. medina, j. pontet, a. curbelo, p. ferra, a. freire, r. misa y s. bentancourt, relaparotomía en la sepsis peritoneal. incidencia, oportunidad y factores pronósticos centro de tratamiento intensivo, hospital pasteur. montevideo. república oriental del uruguay.
7. Schwartz, "abdomen agudo" principios de cirugia, mcgraw hill interamericana, mexico, séptima edición.
8. Maingot, e. operaciones abdominales, "abdomen agudo" 10a, edición.
9. Lloyd m. nyhus, m.d. "obstruccion de intestino delgado y colon" jack r. pickleman, mastery of surgery, medica panamericana, 3ra edición, argentina, 2001.
10. Gerald m, washington cirugia, 3ra edición.
11. Zollinger r, atlas of surgical operations, 8va, edición.
12. George c. Zuidema, "traumatismo de estomago", shackelford, cirugia del aparato digestivo, tercera edicion, editorial medica panamericana, argentina 1997.
13. Ferzoco lb. acute diverticulitis [review]. n engl j med 1998;338(21):1521-6.
14. Hinchey ej, schaal pgh, richards gk. treatment of perforated diverticular disease of the colon. adv surg 1978;12:85-109.
15. Gonzalez jj, sanz l, grana jl, bermejo g, navarrete f, martinez e. biliary lithiasis in the elderly patient: morbidity and mortality due to biliary surgery. hepatogastroenterology 1997;44(18):1565-8.

16. Parker lj. emergency department evaluation of geriatric patients with acute cholecystitis. *acad emerg med* 1997;4(1):51–5.
17. Swenson o, bill ah. resection of rectum and rectosigmoid with preservation of sphincter for benign spastic lesions producing megacolon. *surgery* 1948;24:212.
18. Sherman r. prospectives in management of trauma to the spleen: 1979 presidential address. american association for the surgery of trauma. *j trauma* 1980;20:1.
19. Paulson EK, Kalady MF, pappas TN: clinical practice. Suspected appendicitis *Ann emerg Med*, 15:557, 1986.
20. Greene FL, Page DL, Fleming, et. Al. *AJCC Cancer Staging Manual*, 6th ed. New York; springer- verlag, 2002.
21. Bonen DK, Cho JH: the genetics of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 124:521, 2003.

VIII ANEXOS

8.1 ANEXO No. 1

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. _____

Sexo: _____

Edad: _____

Motivo de Consulta: _____

Impresión Clínica de Ingreso: _____

Tratamiento Inicial:

SNG: _____ Analgésicos: _____ Antibióticos: _____ Soluciones: _____

Otros: _____

Exámenes de Laboratorio: _____

Rayos X : _____

Exámenes Complementarios: _____

Tipo de tratamiento: _____

Tipo de Tratamiento Quirúrgico: _____

Días de Hospitalización: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Condiciones de Egreso: _____

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“HALLAZGOS EN LAPAROTOMIA EXPLORADORA DE PACIENTES ADULTOS QUE INGRESAN A LA EMERGENCIA DE HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA DE ENERO A DICIEMBRE 2,009”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.

