

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**ABDOMEN AGUDO**

REVISION DE 160 CASOS, HOSPITAL MODULAR

CARLOS MANUEL ARANA OSORIO

CIUDAD DE CHIQUIMULA

LUIS FERNANDO BOLAÑOS SANCHEZ

# CONTENIDO

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

ANALISIS ESTADISTICO

PRESENTACION DE RESULTADOS:

- a) Análisis e Interpretación
- b) Cuadros estadísticos
- c) Comprobación de hipótesis

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El siguiente trabajo de investigación hace una revisión retrospectiva que en nuestro medio rural alcanza importancia en cuanto a morbilidad y mortalidad, en su pronóstico, ya que en el área departamental se carece se algunos recursos diagnósticos, - tan útiles en la evaluación de un paciente con patología de ABDOMEN AGUDO real o considerada como tal.

Es así como he elaborado este trabajo con el fin de presentar la primera estadística del cuadro patológico de ABDOMEN - AGUDO, en el HOSPITAL MODULAR CARLOS MANUEL ARANA OSORIO de la ciudad de Chiquimula, en pacientes que estuvieron hospitalizados con patología considerada como abdomen agudo, esto incluye todos los diagnósticos diferenciales, y la falla o error diagnóstico; en total se hace una revisión de 160 casos, ocurridos en 1 año. (1o. Noviembre de 1978 al 30 de Noviembre de 1979).

Espero que el presente trabajo contribuya al conocimiento adecuado de esta entidad, en cuanto a tomar la importancia que tiene, para tratar la misma de una mejor forma, si es que de acuerdo a los resultados y las conclusiones, es necesario, para así mejorar el pronóstico de morbilidad y mortalidad por dicha patología.

## ANTECEDENTES

Este interesante tema hospitalario ha sido estudiado en múltiples series a nivel Nacional e Internacional, y es fácilmente accesible al profesional de la Medicina, ya que aparece en cada texto de Medicina o Cirugía.

En cada uno de los estudios se investigan los diversos factores que intervienen en el síndrome del abdomen agudo.

La causa principal de Peritonitis que da lugar al cuadro clínico de Abdomen Agudo está la APENDICITIS AGUDA, con una frecuencia de 1.5 por 1000 varones y 1.9 por 1000 hembras. Siendo afectados más frecuentemente personas entre 20-30 años de edad.

Siendo frecuentemente confundido su diagnóstico con entidades tales como: Infección Urinaria, Gastroenterocolitis aguda, Adenitis Mesentérica en los niños. Los signos físicos más frecuentes encontrados en los pacientes son Mc Burney, Blumberg, Obturador, Defensa Muscular. Muchos pacientes se encuentran afebriles, siendo frecuente la febrícula. Es frecuente la historia de anorexia y vómitos. Los estudios de laboratorio muestran una leucocitosis entre 9,000 y 15,000 GB/mm<sup>3</sup>. Se da poca importancia a la Placa simple de Abdomen, aunque en los lugares donde existe aparato de Rayos X, se toma placa simple de abdomen, siendo ésta no conclusiva de Abdomen Agudo.

En cuanto a la localización de la Apéndice, se reporta en unas series en posición Retrocecal del 11%, para otros hasta el 65%. En el borde de la pelvis o dentro de ella se encuentra en un 30%, y en 5% tiene la punta del apéndice en posición extra-

peritoneal, ya sea por detrás del ciego y colon ascendente, o por detrás de ileon distal, a lo largo del borde derecho de colon ascendente.

El tipo de tratamiento quirúrgico fue la Apendicectomía, - con una incisión de Mc Burney; en otros estudios se eligió la paramediana derecha infraumbilical; y en tercera opción se hizo la de Rocky Davis (Transversa). Diversos tipos de formación e invasión del muñón apendicular.

Las complicaciones Post-Operatorio en un orden del 7% al 15% de lo reportado, fue lo más frecuente la Infección de la Herida Operatoria con una incidencia del 75% de los casos.

El tiempo de Hospitalización de los pacientes no complicados tuvo un promedio de 10 días.

Los antibióticos más frecuentemente usados en nuestro medio es la Penicilina y el Cloramfenicol usados en asociación. En algunos lugares se usaron otros, tales como Ampicilina, Kanamicina, etc.

El Pronóstico es bueno en general, teniendo una mortalidad realmente baja: 0.03% de los casos.

COLECISTITIS AGUDA. La segunda causa de abdomen agudo, según algunas series. Su frecuencia es muy variable según los autores, en general ocurre en 70% de los adultos, aunque puede ser del 50% con criterios diagnósticos más estrictos. La frecuencia de enfermedad calculosa biliar en gente de edad madura es casi igual en ambos sexos, aunque se ha destacado que es más frecuente en las mujeres obesas de más de 40 años de edad y multíparas. Siendo los cálculos de colesterol en 75% de todos los casos de litiasis, siendo menos frecuentes los otros tipos de

componentes en los cálculos. Las mujeres son atacadas cerca del triple que los hombres. Aunque puede ocurrir en cualquier edad, es más frecuente su incidencia entre las edades entre 30 y 40 años.

Los estudios biométricos indican de 10,000 a 15,000 GB/mm<sup>3</sup> siendo la ictericia poco frecuente, (hasta un 20%).

Es usual encontrar el signo de Murphy.

Los estudios radiológicos, en su mayoría se hacen para comprobar litiasis del sistema biliar extrahepático.

El tratamiento quirúrgico más frecuentemente usada es la colecistectomía, en general realizado en período agudo. El tipo de Incisión Quirúrgica usada es la de Kocher.

La complicación Post-Op más frecuente es la infección de la herida operatoria y la litiasis residual del colédoco, aunque en baja proporción.

El promedio de defunciones es baja, o para algunos autores en series cortas y 5% en pacientes de más de 60 años, para otros.

Se sospecha en alto porcentaje la Colecistitis aguda al ingreso del paciente. En un 80% en promedio se encuentra litiasis vesicular y coledociana. Es usual dejar drenaje por tubo de Kerr. Los antibióticos más usados son la Ampicilina, Tetraciclina, aunque muchos pacientes se manejan sin antibióticos, (en nuestro medio).

No se hace incapié en los estudios sobre Colecistitis aguda, en los hallazgos radiológicos ni en las pruebas de función hepaticobiliar, ya que por rutina se realizan para diagnosticar en

mejor forma a los pacientes.

**PERFORACION TIFICA.** Enfermedad que se favorece en su evolución por la falta de higiene y medidas sanitarias según los diversos autores. Una de las complicaciones de la Fiebre Tifoidea es la Perforación Intestinal que ocurre en la segunda o tercera semana de la enfermedad, siendo del 1% para unos y rara para otros ya que argumentan que habiendo tratamiento médico específico y los ayudantes diagnósticos adecuados no deben llegar los casos a la perforación, y si dan importancia a la hemorragia intestinal. En nuestro medio es frecuente la perforación Intestinal.

Los pacientes en su mayoría tienen entre 5 y 20 años de edad, (60% de los casos reportados por las series). Siendo más frecuente en el sexo masculino. El tiempo de evolución entre 10 y 30 días, con sintomatología de dolor abdominal, Fiebre, Vómitos y Cefalea en menor significancia (o no se investiga). El diagnóstico diferencial más común es entre la Apendicitis, Gastroenterocolitis y más raramente con la Enfermedad Péptica Aguda. Y la sitúan algunos como causa poco frecuente de Abdomen Agudo, El Agente etiológico más frecuente por cultivos es: E. Coli, en la diseminación del proceso a la cavidad Abdominal.

La mayoría de pacientes consultan en estadíos de evolución avanzada, de la enfermedad. El dolor Abdominal y la Fiebre tienen un porcentaje del 60 al 70%.

Los métodos diagnósticos más usados son la Hematología, Widal y Rayos X de Tórax y Abdomen, y cada uno le da la significancia que amerita tal procedimiento en el momento de estar examinando al paciente.

Los antibióticos más usados fueron en asociación: Penici-

lina y Cloranfenicol. Se planeó la laparotomía exploradora en alto porcentaje. El tratamiento quirúrgico de elección fue el Desbridamiento de los bordes, con cierre primario y lavado peritoneal sin antibióticos. El tipo de incisión más usado fue la Paramediana Derecha Infraumbilical, siguiendo en orden la Mediana Infraumbilical. En la mayoría de casos se encontró franca peritonitis.

Después de haber descrito algunos antecedentes sobre la patología más frecuente entre el abdomen agudo, se detallan a continuación algunas otras causas:

**HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN PRODUCIDAS POR ARMA BLANCA Y ARMA DE FUEGO (Proyectil).** De los estudios revisados, en su mayoría describen las armas utilizadas, se hace una descripción de la pared abdominal, la importancia de la historia clínica, examen clínico, y hacen bastante énfasis en los métodos de palpación. Se describe el cuidado inicial del paciente con trauma abdominal, (tratando de mantener en buena forma la función respiratoria y sistemas cardiovasculares). En esta clase de pacientes se aplican los sistemas de ayuda diagnóstica, tales como: Exámenes de laboratorio, Rayos X de la región afectada, Pielograma, Paracentesis abdominal y lavado peritoneal diagnóstico, se hace consideración de la peligrosidad de la paracentesis, sus indicaciones y la técnica de aplicación.

Como nos podemos dar cuenta, por las conclusiones a que llega cada autor, utilizando los parámetros investigados, casi en todos se investiga lo mismo, lo que da una imagen del cuadro así:

La edad de los pacientes es entre 20 y 30 años, en su mayoría el sexo masculino es el más afectado. El tipo de arma en 80% de los casos es de Fuego y el 20% arma blanca. La localización de la herida en el abdomen ocurre en el Mesogastrio en 80%

y Epigastrio en 20%. El cuadro clínico del paciente a su ingreso al hospital es caracterizado por Signos de Irritación Peritoneal, dolor a la palpación, peristaltismo presente en su mayoría, aunque es poco investigado, se le da poca importancia a los signos vitales por ser del manejo de los pacientes en su tratamiento. El tiempo de evolución entre el Ingreso y el de Operación, ocurre en un promedio de 2-4 horas en 40%, 0-2 horas 20%, en 40% no se investigó en los estudios. El procedimiento efectuado en la emergencia con el paciente no se investiga, a excepción de un trabajo, en que describen los primeros auxilios médicos.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, la Laparotomía exploradora para el caso del abdomen, fue el más usado, siendo la Incisión Paramediana utilizada en un 40%, el resto no se detalla. Se describen los hallazgos operatorios, siendo el intestino delgado uno de los órganos, más frecuentemente afectados. (60%).

El hígado en un 40%.

De las complicaciones Post-Operatorias, la más frecuente, fue la Infección de la Herida Operatoria en un 60%. Sin complicaciones en 20%. El resto no se sabe si ocurrió o no.

El tipo de anestesia empleado para operar, fue de tipo General, en un 40%, el resto no se detalla. Los días promedios de hospitalización son de 32 días en 20%; de 0 a 5 días en 20%; 16 días para otro 20%. En 40% no se sabe. La mortalidad se investiga en todos los estudios revisados, y adopta un porcentaje realmente bajo.

## OBSTRUCCION INTESTINAL.

**VOLVULUS.** De menor frecuencia en la incidencia de abdomen agudo, (cerca de 3% de los casos). Siendo más frecuente

en las décadas 1a. y 2da. Se les dio tratamiento quirúrgico en base de Laparotomía exploradora con destorción y liberación de adherencias. En otros estudios la edad más frecuentemente afectada está entre 40 y 50 años. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal. Usualmente consultan cuando ya el cuadro ha evolucionado cerca de 24 horas. Reciben tratamiento rápido de tipo quirúrgico. Se ingresan en su mayoría con la impresión clínica de Obstrucción Intestinal (70%), siendo menos frecuente por otras causas de Abdomen Agudo. Se les practica métodos diagnósticos tales como Enema de Bario (lo más frecuente), Tacto Rectal, etc. La localización más frecuente del vólvulus es en el Sigmoides en 50% de los casos para unos autores nacionales y 30% al Ileon, y menos frecuentemente Yeyuno Ileal.

En su mayoría los pacientes son operados, (si cuadro no cede con tratamiento conservador, enema de bario), haciendo descompresión y resección intestinal electiva, según estado del segmento intestinal afectado. Las complicaciones más frecuentes son la Infección de la Herida Operatoria. Siendo menos frecuente la Fístula Enterocutánea. Estando la mortalidad en un 9%, en algunas series y otras con menos significancia. El tipo de reparación se hace con resección del segmento y anastomosis primaria en 40% del promedio.

**BRIDAS POST-OPERATORIO.** Esta entidad del abdomen agudo adquiere una característica especial de acuerdo a la calidad del médico cirujano de cada centro hospitalario, la técnica usada adecuadamente, etc. por lo que no se analiza acá. y será el estudio este el que determine su incidencia como miembro de Abdomen Agudo a nivel del Hospital Modular.

**HERNIA ESTRANGULADA.** Las hernias más frecuentemente complicadas en nuestro medio, al igual que lo reportado por la literatura es la Femoral o Crural (57%), Esperando que la Es-

trangulación intestinal es más de temer en las hernias femorales, inguinales indirectas y umbilicales, porque los sacos herniarios correspondientes tienen un cuello más estrecho, rodeado generalmente de anillos rígidos. Como regla, es raro que las hernias inguinales directas se estrangulen, ya que presentan cuello ancho. La Hernia Inguinal tiene un porcentaje de casi 15% hasta el 30%. Siendo más frecuente en edades adultas, y el sexo masculino, quizá por el tipo de actividades y trabajos pesados.

Es más frecuente la incarceration de lado derecho. El intestino delgado y epiplón son los hallazgos más frecuentes al operar, dentro del saco herniario.

La técnica quirúrgica usada es la de Mc Vay para unos autores. De evolución satisfactoria, por lo general, tiene una mortalidad promedio de 7% a 13%, aumentando hasta ésta última cantidad en personas por arriba de 40 años de edad, y es más marcada en la mujer. Las complicaciones más frecuentes son: Dehiscencia de herida operatoria, peritonitis en la mayoría de casos.

**OTRAS CAUSAS. ABDOMEN AGUDO SIMULADO.** Se menciona en las distintas series de abdomen agudo, otras causas que sugieren el diagnóstico de abdomen agudo, pero en realidad son de poca importancia, que sólo me limitaré a mencionarlas: Diabetes con fuerte dolor abdominal y vómitos, puede haber defensa muscular y dolor a la presión del vientre; Fiebre Tifoidea - no Perforada, Paludismo, Peritonitis Tuberculosa, Intoxicación alimenticia, Porfiria Aguda, Ictericia Acolúrica, Pleuresía o Pleuroneumonía, Osteomielitis de la Columna Vertebral, Tabes Dorsal, Diversas Enfermedades Renales tales como: cálculo ureteral, Nefritis Aguda, Riñones poliquísticos y Pionefritis. Enfermedades Retroperitoneales, etc. que con su característica común de dar dolor abdominal severo y algunas veces acompañadas de vómitos, fiebre pueden hacer pensar en Abdomen Agudo.

Los estudios que se hacen a nivel nacional tienen sus propias conclusiones, ya que de acuerdo con lo reportado en las estadísticas mundiales puede existir marcada diferencia; en cada caso de investigación en nuestros hospitales, se hizo de acuerdo a las posibilidades, ya que por las características de nuestros centros hospitalarios, es difícil hacer estudios comparativos.

En cuanto a los antecedentes en el Hospital Modular sobre abdomen agudo, este es el primero que lo hace, y esto hace que al analizar retrospectivamente el tema, será el que determine en adelante la evaluación del manejo de estos pacientes, al efectuarse posteriormente otros estudios, en los cuales se deben haber aplicado las recomendaciones que hagan en el presente.

## JUSTIFICACION

Realizó el siguiente estudio retrospectivo de revisión, ya que a nivel departamental, en donde a través de mi práctica de INTERNADO en el HOSPITAL MODULAR, observé que, siendo a veces necesario algunos recursos diagnósticos coadyuvantes en el diagnóstico, el médico general, tomando en cuenta que son tantas las posibles causas de Abdomen Agudo, debe echar mano de todos sus recursos, para decidir cuál es la conducta más adecuada en cada caso. En nuestro medio, el médico de Guardia, es el primero que entra en contacto con el paciente afectado, es primordial que conozca la situación de su centro hospitalario y revise los métodos diagnósticos actuales, para que si es necesario, reagudice sus procedimientos, para así mejorar el pronóstico, ya que la evaluación inicial puede tener consecuencias muy importantes, de tal manera que el adecuado diagnóstico y tratamiento inicial adquieren singular importancia, tanto para el paciente como para el hospital, ya que invertirá eficientemente sus recursos.

Con lo anterior se evitarán esfuerzos innecesarios en los casos en que no se necesita invertir demasiados recursos que quizá sí se justifiquen en los casos de pronóstico grave de pacientes agudamente enfermos con Abdomen Agudo.

Siendo esta patología en su mayoría de veces una urgencia quirúrgica, en este hospital el tratamiento médico está casi a la par del quirúrgico, por lo que se reafirma la necesidad de explorar que es lo que sucede con esta patología en el hospital departamental.

Además se justifica tener una propia estadística, para así

valorar la eficacia o ineficacia en cuanto a tratamiento que reciben los pacientes y así sentar las bases a posibles cambios.

El tratamiento "tradicional", como he llamado al que se hace actualmente en el hospital, me parece que es bueno y de buen pronóstico en algunas patologías, a través de lo que he observado, pero creo necesario evaluarlo, para así decidir si vale la pena incrementar innovaciones en el mismo, ya que inicialmente, en la adaptación a métodos nuevos se arriesga al paciente.

## OBJETIVOS

### GENERALES:

- Incentivar al médico general con respecto de esta patología, para agudizar sus técnicas diagnóstica y disminuir la incidencia de diagnóstico inadecuado.
- Fomentar el interés del estudiante de medicina en las labores de investigación y estadística médica.
- Que se puedan hacer comparaciones entre esta primera evaluación estadística y otros a nivel de este centro hospitalario y/u otros de la república.
- Motivar a las autoridades del hospital para que se hagan estudios similares en otros temas.

### ESPECIFICOS:

- Conocer la incidencia del cuadro clínico Abdomen Agudo en el hospital Modular de la Ciudad de Chiquimula.
- Establecer la causa más frecuente de Abdomen Agudo en este hospital.

- Establecer a que edad se es más susceptible de padecer Abdomen Agudo según la causa de éste.
- Establecer la proporción de Mortalidad del mismo.
- Establecer la falla e inadecuado diagnóstico en el ingreso del paciente, en relación al diagnóstico final de egreso o defunción.
- Conocer las complicaciones más frecuentes Pos Operatorio en los casos quirúrgicos.

## MATERIAL Y METODOS

### MATERIAL:

- 160 casos de pacientes que presentaron cuadro clínico catalogado como Abdomen Agudo, ocurridos entre el 1 de Noviembre de 1978 al 30 de Noviembre de 1980, que consultaron en el Hospital Modular de Chiquimula.

### RECURSOS:

- Hospital Modular:
  - a) Archivo del mismo
  - b) Registros Médicos de los pacientes afectados.
  - c) Libro de Sala de Operaciones
  - d) Laboratorio - Depto. Rayos X.
  - e) Médicos de Guardia, Médicos Internos, personal paramédico, Personal de Archivo, laboratorio.
  - f) Asesor y Revisor.
- Bibliotecas:
  - Hospital Roosevelt
  - Hospital General San Juan de Dios.
  - Colegio médico
  - Universitaria de la Ciudad de Chiquimula. SPEM.

## METODOLOGIA:

- Selección de casos de Abdomen Agudo. Uso del Informe Mensual de pacientes ingresados al hospital en el período determinado.
- Depuración y catalogación de casos según causa de Abdomen Agudo, de acuerdo a normas de otros estudios y características propias del hospital.
- Elaboración de cuadro de recopilación de datos. Uso de Registros médicos y anotación en el Cuadro de Recolección de Datos.
- Elaboración de cuadros estadísticos, gráficas, etc. - (Contenido y cuerpo de trabajo).

## ANALISIS ESTADISTICO

Con el fin de elaborar la estadística y evidenciar la casuística múltiple en el complejo de salud de cada paciente con este problema, se investigan parámetros tales como:

- Porcentaje de cada una de las patologías como causa de Abdomen Agudo.
- Sexo
- Edad
- Tipo de Tratamiento: Médico o Quirúrgico
- Relación entre Impresión Clínica de Ingreso y Diagnóstico Final.
- Operación Efectuada.
- Complicaciones post-Operatorias más frecuentes..
- En los casos Quirúrgicos, la Incisión más usada.
- En la Obstrucción Intestinal, se investiga Causa.
- En las Heridas producidas por Arma Blanca o Proyectoil de Arma de Fuego, se investiga, sitio de localización de la herida, viscera hueca o sólida más frecuentemente afectada.
- En cada caso se investiga la mortalidad.

## DURACION DE LA INVESTIGACION

La duración aproximada del trabajo es de 6 meses, y se efectuará en el HOSPITAL MODULAR CARLOS MANUEL ARANA OSORIO de la Ciudad de Chiquimula.

## INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1: APENDICITIS AGUDA y PLASTRON APENDICULAR son las patologías más frecuentes no causa de Abdomen Agudo con el 22% del total de casos. - go sigue la ENFERMEDAD PEPTICA AGUDA con el 13%. Las HERIDAS POR ARMA BLANCA Y DE FUEGO tienen una incidencia del 11%, en tercera posición. Contrastando con algunas se reportadas, la COLECISTITIS AGUDA es menos frecuente, 7.5%.

LA MORTALIDAD, ocurre en el 6.8% del total de 160 ca (11 defunciones). (Cuadro 1-A)

La OBSTRUCCION INTESTINAL reporta 5 muertes o sea - del total de defunciones y 31% del cuadro mismo. Menos frecuente son causa de defunción: PERFORACION TIFICA (18%); ENFERMEDAD PEPTICA AGUDA, APENDICITIS AGUDA, TRAUMATISMO ABDOMINAL, DIAGNOSTICO INDETERMINADO, c/u - 1.5%.

No hubo mortalidad reportada en los cuadros de Abdomen Agudo producidos por: Arma Blanca y Fuego, Colecistitis Aguda, etc. (véase cuadro).

CUADRO No. 2: El sexo MASCULINO es el más frecuentemente afectado por el Abdomen Agudo en forma de Abdomen Agudo: 62%. El sexo Femenino en el 38%.

APENDICITIS AGUDA Y PLASTRON APENDICULAR, ENFERMEDAD PEPTICA AGUDA, HERIDAS POR ARMA BLANCA Y

FUEGO, OBSTRUCCION INTESTINAL, son más frecuentes en el hombre.

El DIAGNOSTICO INDETERMINADO es igualmente frecuente en los dos sexos.

LA MORTALIDAD es más frecuente en el hombre, 91%, - ocurre en el 9% en el sexo femenino.

CUADRO No. 3: El Abdomen Agudo es más frecuente en cualquiera de sus causas es en el grupo etario de 20 a 29 años de edad con 24%. Menos frecuente en la primera - década de la vida, 13%, y en épocas posteriores de la misma.

CUADRO No. 1: Causas de Abdomen Agudo (Diagnóstico de Egreso)

DIAGNOSTICO FINAL	#	%
Apendicitis Aguda	29	18
Plastrón Apendicular	7	4
Enf. Pept. Aguda	21	13
Obstruc. Intestinal	16	10
Colecistitis Aguda	12	7.5
Gastroenterocolitis	7	4
Colecistitis Cron. Agud.	5	3
Infección Urinaria	6	3.7
Perforación Tífica	5	3
Parasitismo Intestinal	4	2.5
Dolor Abdominal Etiol.	3	2
Litiasis Renal	3	2
Infección Pélvica	2	2
Ruptura de Víscera Intraabdominal por Trauma	2	2
Pelviperitonitis Etiol.	1	0.6
Intoxicación Alimenticia	1	0.6
Folículo de Graff Roto	1	0.6
Adenitis Mesentérica	1	0.6
Quiste Retorcido de Ovario	1	0.6
Ovario Poliquístico	1	0.6
Absceso Hepático Amebiano	1	0.6
Diagnóstico Indeterminado	12	7.5
Heridas Arma Blanca	6	3.7
Heridas Arma de Fuego	13	8
TOTAL:	160	100.0

CUADRO No. 1-A: Mortalidad por Causa de Abdomen Agudo  
(Diagnóstico Final)

DIAGNOSTICO FINAL	No.	% DEL TOTAL DE CASOS	% DEL TOTAL DE MUERTES
Apendicitis Aguda	1	3.4	9.1
Plastrón Apendicular			
Enfer. Péptica Aguda	1	4.7	9.1
Obstrucción Intestinal	5	31.25	45.4
Colecistitis Aguda			
Gastroenterocolitis			
Colecistitis Cron. Agud.			
Infección Urinaria			
Perforación Tífica	2	40.	18.2
Parasitismo Intestinal			
Dolor Abdominal Etiol.			
Litiasis Renal			
Infección Pélvica			
Ruptura de Viscera Intraabdominal por Trauma	1	50	9.1
Pelviperitonitis Etiol.			
Intoxicación alimenticia			
Folículo de Graff Roto			
Adenitis Mesentérica			
Quiste Retorcido de Ovario			
Ovario Poliquístico			
Absceso Hepático Amebiano			
Diagnóstico Indeterminado	1	8.3	9.1
Heridas por Arma Blanca			
Heridas por Arma Fuego			
TOTAL:	11	6.8	100.0

CUADRO No. 2: ABDOMEN AGUDO POR SEXO Y MORTALIDAD

DIAGNOSTICO FINAL:	SEXO		MORTALIDAD	
	F	M	F	M
Apendicitis Aguda	10	19		1
Plastrón Apendicular	3	4		
Enf. Péptica Aguda	4	17		1
Obstrucción Intestinal	6	10	1	4
Colecistitis Aguda	10	2		
Gastroenterocolitis	2	5		
Colecistitis Cron. Agud.	5			
Infección Urinaria	4	2		
Perforación Tífica		5		2
Parasitismo Intestinal	1	3		
Dolor Abdominal Etiol.?		3		
Litiasis Renal	2	1		
Infección Pélvica	2			
Ruptura de Viscera Intraabdominal por Trauma		2		1
Pelviperitonitis Etiol.	1			
Intoxicación Alimenticia		1		
Folículo de Graff Roto	1			
Adenitis Mesentérica		1		
Quiste Retorcido de Ovario	1			
Ovario Poliquístico	1			
Absceso Hepático Amebiano		1		
Diagnóstico Indeterminado	5	7		1
Heridas por Arma Blanca	3	16		
Heridas por Arma de Fuego				
TOTAL:	61	99	1	10

CUADRO No. 3: ABDOMEN AGUDO. EDAD

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:														
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Apendicitis Aguda		4	3	5	3	4	1	4	1	1	2	1		
Plastrón Apendicular	1		1			1		1		1	1		1	
Enf. Péptica Aguda					1	4	1	7	1	2	1	1	1	2
Obstrucc. Intestinal		5	1	1	1	1	1	2				2	1	1
Heridas Arma Blanca y Arma de Fuego			1	2		11		2	2	1				
Colecistitis Aguda					2		2		4		2	1		1
Diagnóstico Indeter.	1	1	1	2			2	1	1			2	1	
Gastroenterocolitis	1	1		2	1	1								1
Colecistitis Cron. Agud.							2		1		1		1	
Infección Urinaria	1	1			1	1	1				1			
Perforación Tífica				3		2								
Parasitismo Intestinal		1	1									1		1
Dolor Abdominal Etiol?	2		1											
Litiasis Renal			1	1	1									
Infección Pélvica			1		1									
Ruptura Viscera Trauma						1				1				
Pelviperitonitis Etiol?					1									
Folículo de Graff Roto			1											
Adenitis Mesentérica		1												
Quiste Retorcido Ovario					1									
Ovario Poliquístico			1											
Absceso Hepático Amebia.		1												
Intoxicación Alimenticia				1										
TOTAL:	6	15	13	17	13	26	10	17	10	6	8	8	4	7

APENDICITIS AGUDA ocurre en varones jóvenes principalmente. La ENFERMEDAD PEPTICA AGUDA, es más frecuente a partir de la segunda década de la vida. La OBSTRUCCION INTESTINAL ocurre entre gente joven, menos frecuente entre edades después de los 50 años.

Los pacientes con lesiones de ARMA BLANCA Y DE FUEGO son jóvenes, entre edades de 15 a 45 años. La COLECISTITIS AGUDA y CRONICA AGUDIZADA es principalmente frecuente en etapas primarias de la vida, (84%), siendo rara en la vejez.

El resto de las causas ocurren en pacientes jóvenes, (ver cuadro), principalmente.

CUADRO No. 4: Se utilizó métodos quirúrgicos en el 41%, y procedimientos médicos en 59%. En la mayoría de casos la intervención quirúrgica estaba indicada al ser casos que se resuelven por regla general con CONDUCTA QUIRURGICA. Según se ve en el cuadro, en 3 casos de APENDICITIS AGUDA, se siguió la conducta de tratamiento médico (¿sería este el diagnóstico correcto?). Se intervino quirúrgicamente a un paciente con impresión clínica de ingreso de PLASTRON APENDICULAR.

LA ENFERMEDAD PEPTICA AGUDA se resolvió adecuadamente en el 100%, con tratamiento médico.

LAS HERIDAS POR ARMA BLANCO O DE FUEGO se resolvieron quirúrgicamente en el 95%. Pacientes en quienes no se tenía un DIAGNOSTICO ADECUADO O SEGURO se utilizó tratamiento quirúrgico en 82%, y 18% tratamiento médico.

LA PERFORACION TIFICA (¿?) , se trató en un 40%, mé

dicamente. Los cuadros clínicos catalogados como: GECA, INFECCION URINARIA, PARASITISMO INTESTINAL, DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGIA A DETERMINAR, LITIASIS RENAL, INFECCION PELVICA, RUPTURA DE FOLICULO DE GRAFF, ADENITIS MESENTERICA, QUISTE RETORCIDO DE OVARIO, OVARIO POLIQUISTICO, ABSCESO HEPATICO AMEBIANO, to dos fueron resueltos mediante tratamiento médico.

El TRATAMIENTO MEDICO tiene una mortalidad de 36%, 4 casos; EL TRATAMIENTO QUIRURGICO tiene una incidencia de 64%.

CUADRO No. 4-A: LA MORTALIDAD según edades. Ocurrieron defunciones más frecuentemente en la segunda década de la vida, 45%. En la primera década ocurre en el 18%. Menos frecuente a edades entre la tercera y quinta década, 9%.

CUADRO No. 5: En forma general se puede decir que, excluyendo las causas de Abdomen Agudo por ARMA BLANCA O FUEGO, el Diagnóstico Presuntivo más frecuente entre el Abdomen Agudo es APENDICITIS AGUDA, quizá por ser una de las más frecuentes patologías del mismo. 28% del total de casos.

Luego sigue OBSTRUCCION INTESTINAL de cualquier origen, con una frecuencia secundaria de 14%. La sospecha de ABDOMEN AGUDO como tal, se consigna en el 5%, a la par del DIAGNOSTICO INDETERMINADO.

CUADRO No. 4: TRATAMIENTO Y MORTALIDAD

DIAGNOSTICO DEFINITIVO	TRATAMIENTO		MORTALIDAD	
	M	Qx	M	Qx
Apendicitis Aguda	3	16		1
Plastrón Apendicular	6	1		
Enfer. Péptica Aguda		21	1	
Obstrucción Intestinal	6	10	1	4
Heridas por Arma Blanca y Arma de Fuego	1	18		
Colecistitis Aguda	10	2		
Diagnóstico Indeterminado	10	2		1
Gastroenterocolitis	7			
Colecistitis Cron. Agud.	4	1		
Infección Urinaria	6			
Perforación Tífica	2		2	
Parasitismo Intestinal	4			
Dolor Abdominal Etiol?	3			
Litiasis Renal	3			
Infección Pélvica	2			
Ruptura Viscera Intraabdominal por Trauma		2		1
Pelviperitonitis Etiol?		1		
Folículo de Graff Roto	1			
Adenitis Mesentérica	1			
Quiste Retorcido de Ovario		1		
Ovario Poliquístico		1		
Absceso Hepático Amebiano	1			
Intoxicación Alimenticia	1			
TOTAL:	92	68	4	7

CUADRO No. 5: DIAGNOSTICO FINAL VERSUS IMPRESION CLINICA DE INGRESO.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO	APEN. AGU.	PLAST AP.	INF. URIN.	GECA	COL. AGU.	OBST. INT.	DOLOR ABD.	ABD. AGUDO	TB. INT.	CC AGUD	HEPA TIT.	Dx INDET	INF. PELV.	HERN ESTR.	RUPT. VISC.	ENF. P. AGUDA	LIT REN
Apendicitis	18	3	1	2	1	3		1									2
Plastrón Ap.	1	4															
Enf. Pep. Ag.	1						1										
Obstruc. Int.				2		10	1					1		2		19	
Colecistitis					9					1	1	1					
Diag. Indet.	2	1			1	2	2	2	1								1
GECA	2			2		2		1									
Colec. Cro. Ag.					3					1		1					
Infec. Urin.	3				1	1		1									
Perf. Tífica	1		1			1		1				1					
Parasit. Int.	3				1												
Dolor Abd.	1		1				1										
Litiasis Ren	1											2					
Inf. Pélvica													2				
Ruptura Visc.								1							1		
Pelviperiton.	1																
Fol. Graff R.	1																
Adenit. Mes.	1																
Quiste Retor. Ovario	1																
Ovar. Poliq.	1																
Absceso Ameb.						1											
Intox. Alim.	1																
TOTAL:	39	8	3	6	16	20	5	7	1	2	1	6	2	2	1	19	3

**APENDICITIS AGUDA.** Se sospechó en el 63% como Apendicitis Aguda, (perforado o no perforada), (28% para las mujeres, y 35% para el varón, no habiendo mucha diferencia en el diagnóstico entre el hombre y la mujer, a pesar de las características de la zona del abdomen de la mujer en que está localizado el Apéndice); luego se sospechó la Obstrucción Intestinal, en 10%, a la par de Plastrón Apendicular. En orden decreciente con un 3.5% del total, están Infección Urinaria, G.E.C.A., Colecistitis Aguda, y el mismo Abdomen Agudo como tal.

**PLASTRON APENDICULAR.** Se sospechó en un 56% de los casos del mismo, como tal. Luego se confundió con Litiasis Renal, en 2 casos (28%) ocurridos en varones; luego se sospechó Apendicitis Aguda Inicial en 1 caso, (14%).

**ENFERMEDAD PEPTICA AGUDA.** Solamente en 10% de los casos se tuvo otra sospecha, siendo Apendicitis Aguda y Dolor Abdominal de Etiología?, con 1 caso c/u (5% c/u).

**OBSTRUCCION INTESTINAL.** En un 62% se ingresaron los pacientes con esta impresión clínica, (10 casos de 16), luego se sospechó: GECA, Dolor Abdominal Etiol?, Dx. Indeterminado. De todas maneras este aspecto se analizará por separado, al analizar por separado Obstrucción Intestinal y sus causas.

**COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA AGUDIZADA.** De los 17 casos ocurridos, se sospechó en 60% en promedio; luego se hizo diagnóstico equivocado con Hepatitis, 1 caso (8%, en un varón), quizá debido a que las diferentes series estudiadas evidencian que este cuadro se presenta de manera casi total en las mujeres), y otro caso se ingresó como Dolor Abdominal de Etiol, (8% de total de casos).

**DIAGNOSTICO INDETERMINADO.** Al egreso el pacien-

te salió del hospital sin que se halla llegado a un diagnóstico con-  
cluyente satisfactorio que orientara sobre su cuadro clínico. De  
tal manera que se ingresó a 12 pacientes con los siguientes impre-  
siones clínicas:

Apendicitis Aguda, 2 casos, al igual que Dolor Abdomi-  
nal de Etio.?, en total 34% de los casos. Luego se ingresaron -  
con impresiones clínicas tales como: Plastrón Apendicular, Co-  
lecistitis Aguda, Tuberculosis Intestinal y Litiasis Renal, c/u con  
1 caso, siendo el 8% respectivamente.

GASTROENTEROCOLITIS AGUDA. Esta entidad fue pre-  
diagnosticada como Apendicitis Aguda y Obstrucción Intestinal,  
en 2 casos, c/u, 28% c/u. GECA se sospechó en 2 casos, 28%  
del total de 7 casos, 100%. Se tuvo la impresión como Abdo-  
men Agudo en 1 caso, 14%.

INFECCION URINARIA. 6 casos, 100%. En esta enti-  
dad, ocurrió un error diagnóstico del 50%, 3 casos, con Apendi-  
citis Aguda, ocurriendo en el sexo femenino. Luego se tuvo la  
impresión de Colecistitis Aguda, Obstrucción Intestinal y Abdo-  
men Agudo como tal en 1 caso c/u, en total el otro 50%. Esto  
concuerda con otras series estudiadas en donde la Infección Uri-  
naria es frecuente como el primer diagnóstico diferencial con -  
Apendicitis Aguda.

PERFORACION TIFICA. 5 casos, 100%. Esta entidad fue  
diagnosticada adecuadamente en el 20%, 1 caso. Luego se con-  
fundió con Apendicitis Aguda, Infección Urinaria, Obstrucción -  
Intestinal y Diagnóstico Indeterminado en 1 caso c/u, en total  
80%. Se deduce que esta entidad puede dar lugar a falsas im-  
presiones clínicas, aunque estas son de tipo de urgencia abdomi-  
nal.

PARASITISMO INTESTINAL. 4 casos, 100%. En el 75%  
de los casos se sospechó Apendicitis Aguda, 3 casos. Y en 25%  
se pensó en Colecistitis Aguda. Habiendo el 100% de error diag-  
nóstico.

DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGIA?. 3 casos, 100%.  
En 33% se ingresó al paciente para diagnosticar origen del dolor  
abdominal. En 33% c/u, se sospechó Apendicitis Aguda e Infec-  
ción Urinaria.

LITIASIS RENAL. 3 casos, 100%. Se prediagnosticó Cau-  
sa Indeterminada en el 67%, 2 casos; y, Apendicitis Aguda en  
33%, 1 caso. Existió el 100% de error Prediagnóstico.

INFECCION PELVICA. 2 casos, fueron diagnosticadas -  
adecuadamente en el 100% de los casos.

RUPTURA DE VISCERA POR TRAUMA ABDOMINAL. 2 ca-  
sos, 100%. Se tuvo impresión clínica correcta en el 50% de los  
casos y el otro 50%, no se tuvo seguridad en el diagnóstico, sos-  
pechando algo agudo, (Abdomen Agudo).

PELVIPERITONITIS DE ETIOLOGIA?. 1 caso, fue cata-  
logada al ingreso como Apendicitis Aguda. Se le efectuó Lapa-  
rotomía Exploradora y se efectuó Salpingeotomía y Ovarioecto-  
mía Izquierda. No se pudo determinar la causa real del cuadro  
agudo.

RUPTURA FOLICULO DE GRAFF. 1 caso. Este caso se in-  
gresó como Apendicitis Aguda, luego de buena evolución se pen-  
só en posibilidad de ruptura de Folículo, tomando en cuenta la  
historia menstrual de la paciente.

ADENITIS MESENTERICA. 1 caso. Se sospechó Apendici

tis Aguda en el 100%. Concuerda con lo reportado con la literatura, en lo de diagnóstico diferencial, pero en pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico para confirmar diagnóstico, en este caso el paciente evolucionó satisfactoriamente sin tratamiento quirúrgico, no siendo seguro el diagnóstico de Adenitis Mesentérica.

**QUISTE DE OVARIO RETORCIDO.** 1 caso. Se sospechó Apendicitis Aguda 100%. y es comprensible si tomamos en cuenta la sintomatología que puede experimentar la paciente con esta entidad.

**OVARIO POLIQUISTICO.** 1 caso. De igual manera que el cuadro anterior se sospechó Apendicitis Aguda, recibiendo el mismo tratamiento.

**ABSCESO HEPATICO AMEBIANO.** 1 caso. Se sospechó como un cuadro de obstrucción Intestinal, posiblemente de causa Ileo por descompensación hidroelectrolítica.

**Intoxicación Alimenticia.** 1 caso. Se sospechó Apendicitis Aguda en el 100%. No existía historia de alteración dietética.

En forma general pude decir, que Abdomen Agudo es de difícil diagnóstico causal, y más cuando no se hace una buena historia clínica y reconocimiento clínico concienzudo, de tal manera que en el Hospital Modular de Chiquimula, el Diagnóstico estuvo así: (Ver cuadro No. 6).

CUADRO No. 6: DIAGNOSTICO FINAL VRS DIAGNOSTICO-DE INGRESO PRESUNTIVO (SE EXCLUYEN - LOS CASOS DE HERIDAS POR ARMA BLANCO O DE FUEGO)

DIAGNOSTICO FINAL	EL MISMO		DIFERENTE	
	#	%	#	%
Apendicitis Aguda	18	62	11	38
Plastrón Apendicular	4	57	3	43
Enf. Péptica Aguda	19	90	2	10
Obstrucción Intestinal	10	62	6	37
Colecistitis Ag/Cron.	12	70	5	29
Diagnóstico Indeterm.	0	0	12	100
Gastroenterocolitis	2	28	5	71
Infección Urinaria	0	0	6	100
Perforación Tífica	1	20	4	80
Parasitismo Intestinal	0	0	4	100
Dolor Abdominal Etiol?	1	33	2	67
Litiasis Renal	0	0	3	100
Infección Pélvica	2	100	0	0
Ruptura Visceral Traum.	2	100	0	0
Pelviperitonitis Etio?	0	0	1	100
Folículo de Graff Roto	0	0	1	100
Adenitis Mesentérica			1	100
Quiste Retorcido de Ovario			1	100
Ovario Poliquístico			1	100
Absceso Hepático			1	100
Intoxicación Alimenticia			1	100
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>50%</b>	<b>70</b>	<b>50%</b>

De los 160 casos ocurridos de Abdomen Agudo, 19 fueron de Heridas producidas por Arma Blanca o de Fuego, por lo tanto no necesita de hacer diagnóstico diferencial, si con la historia se presume el mismo.

Quedan 141 casos, entre médicos y quirúrgicos en los cuales se tiene que hacer diagnóstico diferencial entre sus diversas causas, en unos se tiene que consignar adecuadamente al escribir el diagnóstico presuntivo, por ejemplo, Absceso Hepático Amebiano, que tiene varias formas de ser Abdomen Agudo, cuando se rompe a cavidad peritoneal, o causando malestar en el paciente con posible desequilibrio iónico-hídrico, etc. en el cual habrá de reconocerse la causa principal de Abdomen Agudo como el Absceso en el hígado, aunque la manifestación sea el cuadro de obstrucción Intestinal.

De esta manera, de los 141 casos, el 50.3%, 71 casos, se tuvo diagnóstico Adecuado (sin tomar en cuenta lo manifestado anteriormente), y en 49.7%, 70 casos fue equivocado, colocando al abdomen agudo de difícil diagnóstico en este hospital, no diciendo con esto que el pronóstico sea malo en su totalidad, ya que muchos pacientes salieron avantes con cualquier tratamiento.

CUADRO No. 7: En este cuadro se aprecia que la mortalidad por causa de Apendicitis Aguda es en el caso que esta entidad se sospechó. En el caso de la Obstrucción Intestinal de cualquier tipo, la mortalidad en 3 casos, (60%), ocurre en ella, en un 20% c/u, ocurre en Hernia Inguinal Estrangulada.

Por causa de Diagnóstico Indeterminado, 1 caso, se sospechó cuadro clínico compatible con Tuberculosis Intestinal. La enfermedad Péptica Aguda tuvo 1 caso de defunción, y el paciente

se ingresó con ese diagnóstico. Igualmente en el caso de Trauma Abdominal. La mortalidad de Perforación Tífica, ocurrió en pacientes que habían sido ingresados como Apendicitis Aguda, 1 caso (50%) y Diagnóstico Indeterminado en 50%,

En forma general, la duda en el diagnóstico inicial evidencia una mortalidad elevada, hasta casi el 50% de los casos.

CUADRO No. 7: MORTALIDAD RELACIONADA CON EL DIAGNOSTICO FINAL Y EL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE INGRESO.

DIAGNOSTICO FINAL	Apend. Aguda	Obst. Int.	TB. Int.	Dx. Indet.	Hernia Inguin. Estrang.	Trauma Visce. Abdom.	Enf. Pept. Aguda
Apendicitis Aguda	1						
Obstrucción Int.		3	1	1	1		
Diagn. Indeterm.							
Enf. Péptica Aguda							1
Trauma de Viscera Abdominal	1			1		1	
Perforación Tifíca							
TOTAL	2	3	1	2	1	1	1

CUADRO No. 8: En este cuadro se puede comentar lo siguiente: En el caso del Plastrón Apendicular se efectuó tratamiento quirúrgico, (Laparotomía Exploradora) porque el paciente ingresó con el diagnóstico de Apendicitis Aguda.

En cuanto a Obstrucción Intestinal por causa Indeterminada, se recurrió a la Laparotomía exploradora, en un caso a Resección Intestinal (Impresión Clínica de Obstrucción Intestinal de etiología oscura, posiblemente Intususcepción u otro que alterara el riego sanguíneo del segmento intestinal y que motivó para la resección parcial); en el otro caso solamente se efectuó lleostomía descompresiva.

CUADRO No. 9: En general, en todos los casos quirúrgicos, la Incisión más usada fue la PARAMEDIANA DE RECHA, en aproximadamente 38% del total de casos. Luego está la Incisión "INDETERMINADA", o sea, aquella en que en el Record Operatorio o la Nota de Operación, no se detalla ni se nombra, con 24%.

LA APENDICITIS AGUDA, requirió diversas Incisiones y esto quizá está de acuerdo, y es general para las otras causas de abdomen agudo, a los diagnósticos diferenciales con que se ingresó a los pacientes. Se utilizó principalmente la Paramediana De recha en 50% de los casos, (13 casos), luego se utilizó una incisión no descrita, 15%, (4 casos); en tercera elección se utilizó la Mediana Infraumbilical, en 3 casos, (12%). Menos frecuente fue utilizada la incisión de Mc Burney, (8%), igualmente la de DAVIS ROCKEY. La OBLICUA se utilizó en 4%.

Esto quizá refleja que las incisiones indicadas para la patología son poco utilizadas y quizá se deba a alto porcentaje de diagnóstico equivocado que hay en Apendicitis Aguda.

PELVIPERITONITIS. Se utilizó la MEDIANA INFRAUMBILICAL En el 100%, al efectuar Laparotomía Exploradora, buena para este fin, pero no funcional para lo que se efectuó (Salpingooforectomía Izquierda).

COLECISTITIS AGUDA y CRONICA AGUDIZADA. En estas patologías la incisión más usada fue PARAMEDIANA DERECHA (66%), y la SIN DETERMINAR en 33%. No se menciona la que es tradicional en este tipo de reparaciones: INCISION DE KOCHER.

OBSTRUCCION INTESTINAL. En esta patología se utilizaron diversas técnicas de incisión. La SIN DETERMINAR ocupa el primer lugar con 50% del total, luego la MEDIANA INFRAUMBILICAL con 25%. Siendo menos frecuente utilizadas la OBLICUA, MEDIANA SUPRAPUBICA, y Mc Burney, con 10% c/u. Se justifica por la diversidad posible de etiología del cuadro clínico.

DIAGNOSTICO INDETERMINADO. En esta patología se utilizó en igual manera la incisión PARAMEDIANA DERECHA Y MEDIANA INFRAUMBILICAL, en 50% c/u. Concuerda con el diagnóstico de ingreso de los pacientes.

En el QUISTE RETORCIDO DE OVARIO se utilizó la MEDIANA SUPRAPUBICA acertadamente. De igual manera se justifica.

En el TRAUMA ABDOMINAL CON RUPTURA DE VISCERA, se utiliza en 50% la incisión MEDIANA SUPRAPUBICA; en 50% no se describe la misma.

En la PERFORACION TIFICA. Se utilizó en 67% la PARAMEDIANA DERECHA, y en 33% PARAMEDIANA IZQUIERDA, (posiblemente porque el paciente ingresó con diagnóstico de Obstrucción Intestinal).

CUADRO No. 8:

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

Diagnóstico Definitivo:	Tipo de Operación	#
1) Apendicitis Aguda	-Apendicectomía -Laparotomía Exploradora Desbridamiento y sutura.	21 8
2) Pelviperitonitis de Etiología?	-Laparotomía Exploradora y Salpingo- ooforectomía izquierda.	1
3) Colecistitis Aguda	-Colecistectomía	2
4) Obstrucción Intestinal		
- Hernia Inguinal Estrangulada	-Reducción y Hernioplastía	2
- Ano Imperforado	-Anoplastía Perineal (sin colostomía)	1
- Intususcepción	-Laparotomía Exploradora Resección y Anastomosis	3
- Diagnóstico Indeterminado	-Laparotomía Exploradora -Resección Intestinal -Ileostomía (descompresiva)	4 (1) (3)
5) Plastrón Apendicular	-Laparotomía Exploradora	1
6) Diagnóstico Indeterminado	-Laparotomía Exploradora	2
7) Quiste Retorcido de Ovario	-Laparotomía Exploradora Salpingooforectomía izquierda.	1
8) Ovario Poliquístico	-Laparotomía Exploradora Ooforectomía	1
9) Ruptura de Viscera Intraabdominal por Trauma	-Laparotomía Exploradora -Resección Intestinal y anastomosis, - (Colon)	2
10) Perforación Tífica	-Laparotomía Exploradora Cierre de Perforación y Drenaje	2

CUADRO No. 9: TIPOS DE INCISION

DIAGNOSTICO FINAL	Sin Det.	PMD	Oblit- cua.	MED. Sup P	MED. In. Um.	Mc. Burn.	Davis Rock.	PMI
Apendicitis Aguda	4	13	1	3	3	2	1	
Pelvipеритонitis				1	1			
Colecistitis	1	2				1		
Obst. Intestinal	5		1	1	2			
Diagn. Indeterm.		1		1	1			
Quiste Retorc. Ovario								1
Ovario Poliquis.	1							
Trauma Visc. Abd.	1				1			
Perfor. Tifica		2						
TOTAL:	11	17	2	3	8	3	2	1

CUADRO No. 10: En este cuadro se aprecia que PARO CARDIO RESPIRATORIO y DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA ocupan importantes causas de complicaciones POST OPERATORIO, con predominio en el sexo MASCULINO, estas son 44.3% del total.

En segundo lugar está la PERITONITIS, en sexo Masculino predominantemente, con 16.6%; Luego la formación de FISTULAS E INFECCION DE HERIDA OPERATORIA, ocupan tercera posición con 11% respectivamente. (Fístula Entero Cutánea en Apendicitis; y Fístula Vésico-Rectal en Ano Imperforado), ocurridos en sexo masculino.

En APENDICITIS ocurre como complicación más frecuente la DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA en 34%, menos frecuentemente la DEHISCENCIA OPERATORIA (sutura de sutura), INFECCION DE LA HERIDA, PARO CARDIO RESPIRATORIO y FISTULA ENTEROCUTANEA, ocurren en 17% c/u. En total 6 complicaciones que son 33% del total de las mismas.

En OBSTRUCCION INTESTINAL. 8 casos, (Representan 44% del total de complicaciones, y 22% del total de casos quirúrgicos); la causa principal fue la PERITONITIS y PARO CARDIORESPIRATORIO con 25% c/u. Luego, menos frecuente: ABSCESO PELVICO, INFECCION DE HERIDA, DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA Y FISTULAS ENTEROCUTANEA/ VESICO RECTAL (Ano Imperforado), con 12.5% c/u.

En la COLECISTITIS AGUDA, la causa más frecuente es DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA, que ocurrió en 100% de los casos quirúrgicos de colecistitis. (Esta Patología representa 5% de las complicaciones generales, y 4% de los casos quirúrgicos totales).

En el DIAGNOSTICO INDETERMINADO, (2 casos, que representan el 11% de las complicaciones generales, y 4% de los casos quirúrgicos totales), la complicación más frecuente son BRIDAS Y ADHERENCIAS POST OPERATORIAS y PARO CARDIO RESPIRATORIO, 50% c/u.

En la PERFORACION TIFICA, (2 casos que son 10% de las complicaciones generales y 7% de los casos quirúrgicos totales), la causa más frecuente es PERITONITIS en 100%.

La MORTALIDAD por causa de complicaciones ocurre: LA PERITONITIS ocupa, a la par de PARO CARDIO RESPIRATORIA, el primer lugar con 37.5% c/u, (3 casos c/u. Luego, FISTULA VESICO RECTAL (Ano Imperforado) y ABSCESO PELVICO con 1 caso c/u (40% en total).

En APENDICITIS, de 6 casos complicados, ocurre 1 muerte, (12.5% de los fallecidos), siendo la causa PARO CARDIO-RESPIRATORIO, en 100%.

En OBSTRUCCION INTESTINAL de cualquier etiología, de 8 complicaciones, ocurren 5 defunciones, (1 caso por tratamiento médico y 4 con tratamiento quirúrgico), estos 4 casos representan casi el 50% de las defunciones totales, y son el 50% de las complicaciones.

En COLECISTITIS AGUDA, no hay mortalidad a pesar de complicación.

En DIAGNOSTICO INDETERMINADO de 2 complicaciones ocurre 50% de defunción, siendo 12.5% de los fallecidos por actos quirúrgicos.

RUPTURA DE VISCERA POR TRAUMA ABDOMINAL, ocu-

re 100% de defunción en 1 complicación, siendo el 12.5% de los fallecidos.

(Mortalidad según tratamiento médico)

#### NOTA:

- Ocurrió 1 muerte en paciente con diagnóstico ENFERMEDAD PEPTICA AGUDA, con tratamiento médico y complicación Paro Cardio Respiratorio Inversible. (9% del total de fallecidos por cualquier causa).
- Otros 2 casos de muerte por PERFORACION TIFICA, tratados médicamente, con causa de complicación PERITONITIS. (18% del total de Fallecidos por cualquier diagnóstico).

#### PERFORACION TIFICA:

El sexo Masculino tiene el 100% de los casos ocurridos en el período de tiempo investigado y de las perforaciones producidas. Ocurre la Perforación entre edades de 10 a 29 años. Los pacientes recibieron tratamiento médico en "60%" de los casos, - (5 en total), y 40% quirúrgico, siendo ingresados con prediagnóstico de APENDICITIS AGUDA, PERFORACION TIFICA, ABDOMEN AGUDO, OBSTRUCCION INTESTINAL DE ETIOLOGIA? e INFECCION URINARIA, cada una con 1 caso o sea en el 20% c/u. Hubo una certeza de diagnóstico del 20%.

En cuanto al tipo de perforación en los 2 casos, 100% fue UNICA, y se situaba en el ILEON. El TRATAMIENTO: (Ver CUADRO No. 8).

La MORTALIDAD : los 2 casos en el Sexo Masculino, entre 10 y 20 años. Los 2 casos fueron tratados médicamente. En 1 caso (50% de las defunciones) el paciente se ingresó como Apendicitis aguda y el resto como Infección Urinaria.

HERIDAS POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO, de ellos 10 pertenecen al sexo MASCULINO, (que se puede explicar por la exposición marcada que tiene el hombre a los factores que determinan este tipo de lesiones: Violencia, Trabajo, cultura, etc.) siendo el 77% del total, y 3 casos, 23%, al sexo femenino.

LAS VISCERAS HUECAS fueron afectadas así: en primer lugar COLON y ESTOMAGO en 38% c/u, de las mismas; 25% y 20% de las vísceras abdominales afectadas. En menor frecuencia se lesionó el INTESTINO DELGADO, 3 casos, 23% de las vísceras huecas y 15% de todas.

Las VISCERAS SOLIDAS. El HIGADO es el más frecuente lesionado, 4 casos, 57% de todas las lesiones de este tipo y 20% de las lesiones en general; luego es lesionado el RIÑON, con 28% de las vísceras sólidas y 10% del total de lesiones en general.

TRATAMIENTO EFECTUADO. En 12 casos se efectuó intervención quirúrgica, 93% del total de casos. En un caso se efectuó tratamiento médico, 7%, ya que la herida era del tipo NO - PENETRANTE (EN SEDAL).

En cuanto a la edad, el mayor número de personas afectadas están entre los 20 a 29 años, 54%. El resto de personas son jóvenes y en edad avanzada, 23% para cada grupo.

CUADRO No. 10: COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

DIAGNOSTICO FINAL:	Peritonitis	Fístula	Absceso pélvico	Dehis. Her. Op.	Brida Pos Op	Dehisc. Operat.	Inf. H. Op.	Paro C. Resp.
Apendicitis Aguda		1		2		1	1	1
Obst. Intestinal	2	1	1	1			1	2
Colecistitis				1				
Diagn. Indeterm.					1			
Perfor. Tífica								
Traum. Viscera Abdominal	1							
TOTAL	3	2	1	4	1	1	2	3

En la LOCALIZACION DE LA HERIDA. Todos los sitios del Abdomen fueron lugar de entrada para el proyectil de arma de fuego, en las áreas superiores del mismo. HIPOCONDRIO IZQUIERDO, FLANCO DERECHO y MESOGASTRIO ocupan el primer lugar con 23% c/u, luego el HIPOCONDRIO DERECHO, EPIGASTRIO, FLANCO IZQUIERDO y LUGAR SIN DETERMINAR, con 7.6%, c/u.

TRATAMIENTO EFECTUADO. (Ver cuadro No. 11). No se reportan casos de MORTALIDAD.

#### HERIDAS POR ARMA BLANCA:

Los casos de HERIDAS POR ARMA BLANCA se produjeron en 6 personas. El sexo MASCULINO es el afectado. (Quizá son las mismas justificaciones que hacen que el hombre sea el más afectado al igual que por armas de fuego). La edad más frecuente es entre los años 20 a 39. A todos se les dio tratamiento Quirúrgico. La VISCERA HUECA AFECTADA en más oportunidades fue el ESTOMAGO, 33%, luego el BAZO, 17%. El 50% de lesiones interesaron la cavidad abdominal, sin lesionar órganos internos. En cuanto a la localización de la herida, el sitio más frecuente fue el EPIGASTRIO, 66%; HIPOCONDRIO DERECHO y MESOGASTRIO, 16% c/u.

TRATAMIENTO EFECTUADO. (Ver cuadro No. 12). No se reportan casos de MORTALIDAD.

LA RUPTURA DE VISCERA INTRAABDOMINAL POR TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN, ocurre en el hombre en 100%. Entre las tercera y cuarta década de la vida. Se efectuó tratamiento quirúrgico en 100%: Laparotomía Exploradora, Cierre primario de herida en Colon. El Colon fue el órgano afectado en el 100%. MORTALIDAD: 1 caso, (paciente entre 10 y 49 años).

CUADRO No. 11: TRATAMIENTO QUIRURGICO. HERIDAS PRODUCIDAS POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO.

Organo Afectado	Tipo de Operación	#
INTESTINO DELGADO	-Laparotomía Exploradora Cierre de herida en intestino.	3
Colon	-Laparotomía Exploradora Cierre de Herida en intestino.	5
Estómago	-Laparotomía Exploradora Cierre de herida en estómago.	
Bazo	-Laparotomía Exploradora Esplenectomía	1
Riñones	-Laparotomía Exploradora Nefrectomía.	2

GRAFICA A: Dentro de las causas de OBSTRUCCION INTESTINAL ocupa el primer lugar el DIAGNOSTICO NO DETERMINADO, con 25% de la misma, (4 casos de 16 en total).

Luego están la INTUSUSCEPCION y BRIDAS/ ADHERENCIAS POST OPERATORIAS, con 3 casos c/u, (18% respectivamente). Otras causas menos frecuentes son aquellas tales como HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA, 2 casos, (12% del total), ANO IMPERFORADO, Ileo Adinámico (DHE), y Parálisis Nerviosa (Guillain-Barré) ocupan menos frecuencia, 1 caso c/u, 6% respectivamente.

SEXO. (CUADRO No. 13). Es más frecuente en el MASCULINO, 62%. La EDAD más afectada es la primera época de la vida.

ANO IMPERFORADO. Sexo Masculino, Recién nacido. HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA, 2 casos en gente de 60 años y más. INTUSUSCEPCION, en distintas épocas de la vida. DIAGNOSTICO INDETERMINADO, con 50% en gente de 0 a 9 años. GECA, en menores, INFECCION URINARIA (posible desequilibrio hidroelectrolítico), en pacientes de 20 a 29 años. Las BRIDAS Post Operatorias se manifestaron en pacientes con antecedentes de intervención quirúrgica de más de 1 mes, y en edades entre 15 a 59 años, 3 casos. Guillain-Barré, en paciente entre 10 - 19 años.

CUADRO No. 14: TRATAMIENTO DE OBSTRUCCION INTESTINAL. De los 16 casos, 6 fueron tratados médicamente y 10 con intervención quirúrgica, (37% y 63% respectivamente). ANO IMPERFORADO, HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA, INTUSUSCEPCION, fueron resueltos mediante tratamiento quirúrgico en 100% de los casos.

CUADRO No. 15: DIAGNOSTICO DEFINITIVO y DIAGNOSTICO PRESUNTIVO de Ingreso de OBSTRUCCION INTESTINAL. En este cuadro se aprecia que se pensó en OBSTRUCCION INTESTINAL en 6 casos (37% del total), BRIDAS POST OP en 18.7% (100% de certeza en el diagnóstico), y menos frecuentemente en HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA, - (se hizo diagnóstico Acertado en el 100% de los 2 casos).

ANO IMPERFORADO, se diagnosticó como tal. La INTUSUSCEPCION, fue prediagnosticada como DIAGNOSTICO IN DETERMINADO, GECA en 33% y 66% respectivamente. En el DIAGNOSTICO INDETERMINADO, no se tuvo la impresión clínica segura y se pensó en Obstrucción Intestinal de algún tipo en el 75% de los casos, y Diagnóstico Indeterminado en el 25% restante. La entidad llamada GECA fue causa de prediagnóstico en el 100% Obstrucción Intestinal. Igualmente la INFECCION URINARIA fue atribuida a ella. En el GUILLAIN -Barré, se pensó como etiología la parálisis nerviosa del intestino.

En cuanto a TRATAMIENTO EFECTUADO: Ver cuadro No. 8.

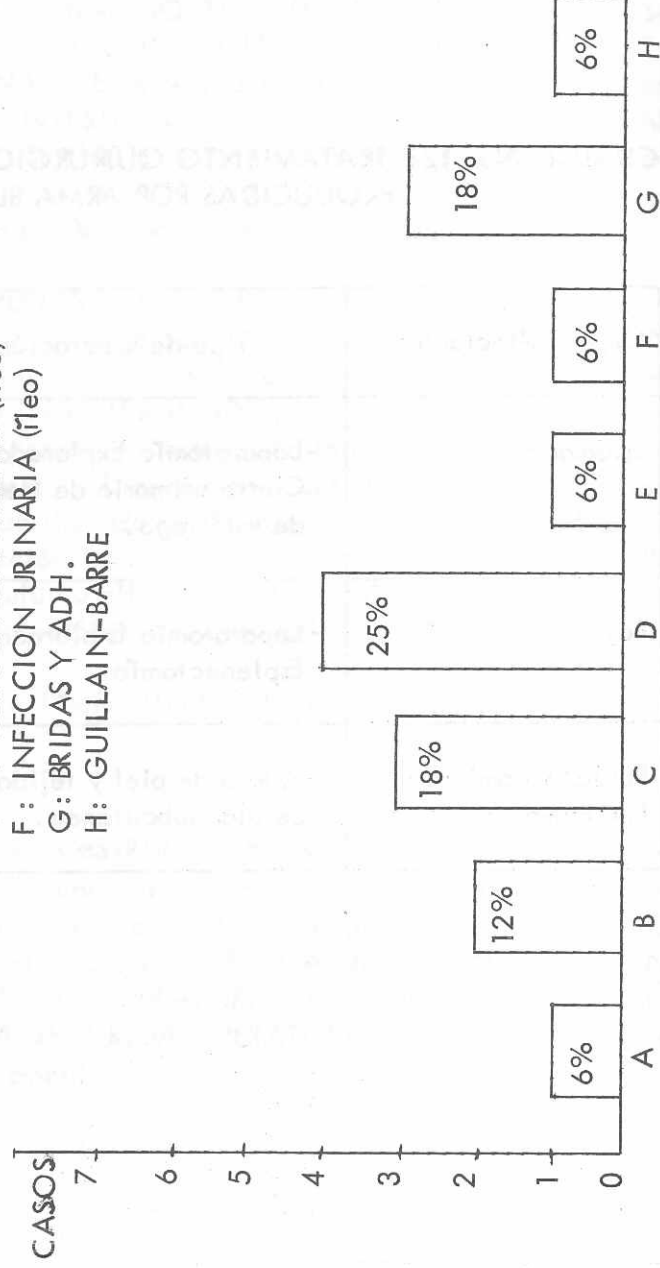
CUADRO No. 16: OBSTRUCCION INTESTINAL en sus complicaciones se aprecia que la "PERITONITIS" es la causa más frecuente, con el 43% del total de las mismas. (3 casos de 7 en total). Luego, PARO CARDIO RESPIRATORIO, INFECCION DE HERIDA OPERATORIA, FISTULA VESICO RECTAL Y DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA, ocurren en 14% c/u, (1 caso respectivamente).

CUADRO No. 12: TRATAMIENTO QUIRURGICO. HERIDAS PRODUCIDAS POR ARMA BLANCA.

Organo Afectado	Tipo de Operación	#
Estómago	-Laparotomía Exploradora Cierre primario de Herida de estómago.	2
Bazo	-Laparotomía Exploradora Esplenectomía	1
Pared Abdominal y Peritoneo (?)	-Sutura de piel y tejido celular subcutáneo.	3

GRAFICA A: OBSTRUCCION INTESTINAL (16 CASOS) (CAUSAS)

A: ANO IMPERFORADO  
 B: HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA  
 C: INTUSUSCEPCION  
 D: DIAGNOSTICO INDETERMINADO  
 E: GASTROENTEROCOLITIS (ñleo)  
 F: INFECCION URINARIA (ñleo)  
 G: BRIDAS Y ADH.  
 H: GUILLAIN-BARRE



CUADRO No. 13: OBSTRUCCION INTESTINAL. EDAD

CAUSAS	E D A D					60 - más
	0-9	10-19	20-29	30-39	50-59	
Ano Imperforado	1					2
Hern. Inguin. Estrang.	1			1	1	1
Intususcepción	2		1			
Diagn. Indeterminado	1					
GECA (ñleo)			1	1	1	
Infección Urinaria (ñleo)		1				
Bridas / Adher. Post						
Operatorias		1				
Guillain-Barre						
TOTAL:	5	2	2	2	2	3

CUADRO No. 14: OBSTRUCCION INTESTINAL. TRATAMIENTO.

CAUSAS:	TRATAMIENTO			
	MEDICO		QUIRURGICO	
	#	%	#	%
Ano Imperforado			1	100
Hern. Inguin. Estrang.			2	100
Intususcepción			3	100
Diagn. Indeterminado			4	100
GECA (ileo)	1	100		
Infección Urinaria (ileo)	1	100		
Bridas/Adher. Post	3	100		
Operatorias	1	100		
Guillain-Barre				
TOTAL:	6	37%	10	63%

En ANO IMPERFORADO, la complicación fue Paro Cardio Respiratorio, 100%. En HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA - las complicaciones fueron Peritonitis e INFECCION de Herida Operatoria en el 50% de los casos c/u. (1 caso respectivamente). En los pacientes con DIAGNOSTICO INDETERMINADO, la complicación en el 100% fue la Peritonitis.

OBSTRUCCION INTESTINAL. MORTALIDAD: Sexo, Edad, Tratamiento e Impresión Clínica Presuntiva de Ingreso.

La MORTALIDAD estuvo así: 5 casos (de 16 en total).

SEXO, más frecuente en el MASCULINO: 80%, el 20% - restante ocurrió en el FEMENINO.

EDAD. En la Primera década ocurrieron 2 muertes, 1 de Ano Imperforado y otro de Diagnóstico Indeterminado, siendo el 40% de total. Luego la segunda década fue afectada con una muerte por Guillain-Barré, 20% del total. La tercera década aporta 2 fallecidos, por Diagnóstico Indeterminado siendo el 50% por esta causa y el 20% del total de defunciones. Existe una defunción en un paciente de más de 60 años, por Hernia Inguinal Estrangulada, siendo el 100% por esta causa y 20% del total de fallecidos.

En resumen el Diagnóstico Indeterminado alcanza la mortalidad más alta, 40% del total de fallecidos.

CUADRO No. 15: OBSTRUCCION INTESTINAL. DIAGNOSTICO FINAL VRS. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE INGRESO. (16 casos)

CAUSAS:	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO INGRESO					
	Obst, Int.	Hern. Estr.	Ano Imperf.	Dx. In-determ.	GECA	Brida/adher.
Ano Imperforado			1			
Hern. Ing. Estrang.		2				
Intususcepción				1	2	
Diagn. Indeterminado	3			1		
GECA (íleo)	1					
Infección Urinaria (íleo)	1					
Bridas/Adher. Post Op						3
Guillain-Barre	1					
TOTAL:	6	2	1	2	2	3

CUADRO No. 16: OBSTRUCCION INTESTINAL. COMPLICACIONES DURANTE TRATAMIENTO MEDICO Y POSTOPERATORIO.

CAUSA	P. COMPLICACIONES MEDICAS Y POST OP.				
	Peritonitis	Paro Cardio Resp.	Infecc. Her. Op.	Fístula Ves-Rec.	Dehisc. Her. Op.
Ano Imperforado		1			
Hern. Ing. Estrang.	1		1		1
Intususcepción				1	
Diagn. Indeterminado	2				
TOTAL:	3	1	1	1	1

La mortalidad por tratamiento ocurre el 80% en pacientes con tratamiento Quirúrgico y 20 en pacientes con médico. Siendo estos los diagnosticados como: Ano Imperforado, Hernia Inguinal Estrangulada y Diagnóstico Indeterminado.

La Mortalidad en relación a la impresión clínica de ingreso: en 40% (2 casos) el diagnóstico era correcto, otro 40% de Diagnóstico Indeterminado se pensó en Obstrucción Intestinal de algún tipo y Diagnóstico Indeterminado, en 10% ocurrió una mortalidad de 10% en un paciente que recibió tratamiento médico, es el caso de Guillain-Barré, por Paro Cardio Respiratorio.

#### OBSTRUCCION INTESTINAL. MORTALIDAD: COMPLICACIONES DURANTE TRATAMIENTO MEDICO Y POST OPERATORIO.

La mortalidad por complicaciones Post Operatorias y Post tratamiento Médico ocurrió así: de 8 casos complicados de los 16 (50%), la PERITONITIS fue la causa de defunción en el 60% de los casos, (3), en pacientes con Hernia Inguinal Estrangulada, 1 caso y 2 en Diagnóstico Indeterminado. La complicación de PA RO CARDIORESPIRATORIO aportó 2 casos, 40% de los fallecidos, uno con Ano Imperforado y otro con Guillain-Barré, 20% respectivamente.

En general la causa más frecuente es la Peritonitis.

#### COMPROBACION DE HIPOTESIS

- 1.- "El sexo femenino es el más frecuentemente afectado por cuadros de Abdomen Agudo, producidos por Arma Blanca, en la región de Chiquimula".

COMENTARIO: Falso. Este tipo de lesiones afecta en esta serie en el 100% al hombre. Y quizá se deba esto a que en esta región del país el hombre se expone más a los distintos factores que determinan el cuadro, entre otras cosas: Política, vida nocturna, actividades sociales, etc. que en el sexo femenino están aún lejos de ser practicadas".

- 2.- "El sexo masculino es igualmente afectado por lesiones producidas por proyectil de arma de fuego, en las regiones de Chiquimula".

COMENTARIO: Cierto. Este es afectado en el 77% de los casos ocurridos en este período de tiempo investigado. Y quizá sean válidas las mismas razones expuestas en el anterior comentario.

- 3.- "La Apendicitis Aguda, ocupa el primer lugar en cuanto a causa del Síndrome Abdominal Agudo, sólo superado por cuadros producidos por Heridas de Arma Blanca y de Fuego, debido a las características de la región".

COMENTARIO: Falso. Es cierto que la Apendicitis fue

la primera causa de Abdomen Agudo en la serie investigada tal como lo propone la hipótesis; en cuanto a que es superada por lesiones de arma blanca y de fuego es falso, aunque son frecuentes en esta región estas ocupan la tercera posición con 11.7% superadas aún por la entidad Enfermedad Péptica Aguda que ocupó el segundo lugar.

- 4.- "La Colectitis Calculosa Aguda, se presenta en igualdad de casos, tanto en hombres como en mujeres".

COMENTARIO: Falso. Esta es más frecuente en las mujeres y esto está de acuerdo a lo reportado por las múltiples series estudiadas en todo el mundo.

- 5.- "Las intervenciones quirúrgicas, no se complican frecuentemente en la cirugía del abdomen".

COMENTARIO: Falso. Estas se complican en algunos casos hasta en el 40% de los casos quirúrgicos.

- 6.- "La Mortalidad es considerable en Abdomen Agudo, a nivel del Hospital Modular".

COMENTARIO: No se puede dar una respuesta categórica en sentido afirmativo o negativo, ya que esta depende de la patología componente del Abdomen Agudo en la serie estudiada, en donde algunas veces la mortalidad es tan alta, por ej.

Obstrucción Intestinal con 40% del total de defunciones, y otra tan baja como en Apendicitis con 9% de las mismas, lo que hace que la Mortalidad general alcance el 6.8%, en donde algunas patologías aportan los casos y otras, por ejemplo, las heridas por arma blanca y de fuego, no registran ningún caso de mortalidad.

- 7.- "Es infrecuente la falla Diagnóstica en cuanto a Apendicitis Aguda, en relación al de Infección Urinaria".

COMENTARIO: Cierto. Ya que la Apendicitis aguda en esta serie fue confundida con Infección Urinaria en sólo el 3.5% de los casos de Apendicitis Aguda.

- 8.- "Es bajo el porcentaje de pacientes que ingresan con un Diagnóstico Indeterminado, siendo en un 5% del total de casos". (Se excluyen los casos de Arma Blanca o Fuego).

COMENTARIO: Falso. Es particularmente alto para ciertas patologías en donde alcanza altos porcentajes. En general alcanza de los 160 casos un porcentaje del 7.5% y excluyendo a los casos de Arma blanca y fuego, alcanza valores de 8.5% de total.

## CONCLUSIONES

- \* LA APENDICITIS AGUDA sigue siendo la causa principal de Abdomen Agudo.
- \* En la serie del Hospital de Chiquimula, la segunda causa de Abdomen Agudo es la ENFERMEDAD PEPTICA AGUDA. (13% de los casos).
- \* Es frecuente el Abdomen Agudo por causa de HERIDAS POR ARMA BLANCA Y DE FUEGO, que se puede atribuir al estado de violencia actual agravado por las características de la región oriental del país, la agresión como circunstancia del hecho, son la tercera causa del cuadro clínico. (11.7%).
- \* LA COLECISTITIS es menos frecuente que en otras series, (7.5%). Eminentemente en el sexo femenino, a partir de los 20 años, igual que los reportes de otras series.
- \* En el 7.5% de los casos, el paciente ingresó con un Diagnóstico Presuntivo INDETERMINADO y al final tampoco se llegó a algo conclusivo.
- \* LA OBSTRUCCION INTESTINAL es causa en el 45% de las DEFUNCIONES.
- \* El Abdomen Agudo como la MORTALIDAD, son más frecuentes el hombre 62% y 91% respectivamente.
- \* El Abdomen Agudo es más frecuente entre los 10 a 39 años de edad 60% de los casos.

- \* La GASTROENTEROCOLITIS AGUDA, es frecuente entre los jóvenes, (84% de los casos).
- \* LA MORTALIDAD por abdomen agudo ocurre en 6.8% de los casos, y es más frecuente en la segunda década de la vida, 45%.
- \* En el Abdomen Agudo, el DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE INGRESO es la APENDICITIS AGUDA, 28%.
- \* En el Diagnóstico diferencial de Apendicitis, es frecuente pensar en OBSTRUCCION INTESTINAL, 10%.
- \* PLASTRON APENDICULAR se sospechó correctamente en 56% como tal. Es frecuente confundirlo con LITIASIS RENAL, 28%.
- \* LA INFECCION URINARIA fue ingresada con Apendicitis Aguda en el 50%.
- \* EL PARASITISMO INTESTINAL en sus manifestaciones clínicas abdominales se confunde en 75% con Apendicitis Aguda, 25% con Colecistitis Aguda. 100% de equivocación diagnóstica.
- \* LA LITIASIS RENAL se prediagnosticó en 67% como Abdomen Agudo de CAUSA INDETERMINADA; como Apendicitis e Infección Urinaria en el 33%.
- \* Exceptuando los casos producidos por arma blanca o de fuego, se dio diagnóstico ADECUADO en 50.32%, y un margen de impresión Clínica EQUIVOCADA del 49.6%, a pesar de esto el pronóstico en general no es malo.

- \* La duda en el diagnóstico de ingreso evidencia una mortalidad en el 50% de los casos de la misma.
- \* En todos los casos quirúrgicos la INCISION más usada fue PARAMEDIANA DERECHA, 38% de los casos.
- \* El 24% de INCISIONES no se describen en el Record Operatorio.
- \* En Apendicitis Aguda se utiliza en 50% de veces la INCISION PARAMEDIANA DERECHA, quizá porque no se diagnostica adecuadamente.
- \* El PARO CARDIORESPIRATORIO Y DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA son las complicaciones Post Operatorias más frecuentes, 44%.
- \* La mortalidad es frecuente en la complicación por PERITONITIS y PARO CARDIO RESPIRATORIO. 37% c/u.
- \* En heridas por PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO, las vísceras huecas más afectadas son COLON y ESTOMAGO, 38% c/u, siendo el 20% y 25% de las vísceras intrabdominales lesionadas.
- \* LAS VISCERAS SOLIDAS afectadas por PROYECTIL de ARMA DE FUEGO es el HIGADO, 57% de los casos.
- \* LA LOCALIZACION DE LA HERIDA en el Abdomen es frecuente en HIPOCONDRIO IZQUIERDO, FLANCO DERECHO y MESOGASTRIO, 23% c/u.
- \* LA VISCERA HUECA más afectada por el Arma Blanca es ESTOMAGO 33% de las vísceras lesionadas.

- \* TRAUMA ABDOMINAL CON RUPTURA DE VISCERA, afecta al COLON en 100%.
- \* EL DIAGNOSTICO INDETERMINADO (después de estudiar el paciente no se concluyó en algo diagnóstico), es la primera causa de OBSTRUCCION INTESTINAL, 25%.
- \* En 62% afecta la OBSTRUCCION INTESTINAL al sexo masculino. En la primera época de la vida.
- \* La INTUSUSCEPCION se confunde con GASTROENTEROCOLITIS AGUDA y CAUSA INDETERMINADA en 67% y 33% respectivamente.
- \* En la PLASTIA ANAL POR ANO IMPERFORADO no se efectuó COLOSTOMIA previa.
- \* Los pacientes con OBSTRUCCION INTESTINAL se complican en 50%. La causa más frecuente PERITONITIS, 60% de las defunciones.
- \* El GUILLAIN BARRE, al igual que lo reportado por series mundiales, el PARO CARDIO RESPIRATORIO es la complicación mortal.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Insistir en Médicos de Guardia e Internos, sobre la necesidad de efectuar historias clínicas que incluyan una Anamnesis detallada y un Examen Físico Completo.
- 2.- Hacer conciencia en el personal médico del inestimable valor que tiene el hecho de efectuar un diagnóstico atinado lo antes posible y así decidir mejores conductas, en pacientes con Abdomen Agudo.
- 3.- Motivar al personal médico en el sentido de mejorar sus técnicas quirúrgicas, adquiriendo las innovaciones que existen actualmente en el campo de la Cirugía General.
- 4.- Referir a los pacientes, a centros especializados, en quienes tiene que efectuarse una corrección quirúrgica especialísima.
- 5.- Mejorar el registro y anotaciones en cuanto a las técnicas quirúrgicas empleadas en cada caso y asentarlos adecuadamente en Record Operatorio.
- 6.- Mejorar la protección de los archivos hospitalarios, para evitar la destrucción de las papeletas por parte del polvo, y polillas, ya sea fumigando o colocando en una bolsa plástica adecuada cada papeleta, para así facilitar la investigación de temas y sus datos estadísticos.
- 7.- Que se haga otro estudio prospectivo, para evaluar si se han modificado los errores anteriores.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- ROBBINS, Stanley L. Tratado de Patología, Versión en español de Romero Vela Treviño, México, Edit. Interamericana, 1973. 10a. edición.
- 2.- DAVIS, Christopher, Tratado de Patología Quirúrgica. 10a. Edición. Tomos I y II, 1974.
- 3.- NOVAK, Jones. Tratado de Ginecología. Edit. Interamericana Octava Edición. 1971.
- 4.- JOHN L. Maden, Atlas de Técnicas Quirúrgicas. Segunda Edición. Edit. Interamericana, México 1967.
- 5.- QUIÑONEZ, Francisco, Abdomen Agudo, Tesis de Graduación, 1978, Hospital General San Juan de Dios, USAC.
- 6.- CRUZ, José, Abdomen Agudo, Tesis de Graduación, 1953. USAC. Revisión de 507 casos.
- 7.- LEIVA SANTOS, Manuel Octavio. Abdomen Agudo, en el Niño (Patología No Congénita), Tesis de Graduación, USAC, 1964.
- 8.- EL ZAR SOMARRIBA, Jorge Isaac, Abdomen Agudo, Tesis de Graduación, Hospital de la Antigua Guatemala, 1979. Revisión de 100 casos. USAC
- 9.- GUZMAN OVALLE, Julio Enrique, Hernias complicadas más frecuentes en Adultos, Tesis Graduación, 1978. Hospital Roosevelt.

- 10.- GONZALEZ SOTO, Marco Antonio, Hernia Incarcerada, Tesis Graduación, Hospital Nac. Mazatenango. 1978. 59 casos.
- 11.- ORDOÑEZ LEVY, Mireya Paulina, Perforación Intestinal por Fiebre Tifoidea, Tesis Graduación Hospital General San Juan de Dios, 1979, 76 casos, USAC.
- 12.- VELASQUEZ MONGE, Marco Vinicio, Revisión de 145 - Apendicectomías realizadas en el Hospital de Occidente, 1978.
- 13.- LETONA BARRIOS, Teófilo, Revisión de Perforación Intestinal por Fiebre Tifoidea, Tesis de Graduación, 1978, Hospital Nacional de Escuintla. Revisión de 72 casos.
- 14.- FIGUEROA, Héctor Arturo. Obstrucción Intestinal por Bri- das o Adherencias Post Operatorias, Tesis Graduación, - 1979, USAC, Hospital Gral. SJDD, Revisión de 45 casos.
- 15.- GONZALEZ CHI, Pedro, Volvulus Intestinal, HGSJDD, USAC, 1978 Análisis retrospectivo de 22 Casos.
- 16.- MARTINEZ ALVAREZ, Mario René. Tratamiento Quirúr- gico de la Colecistitis Calculosa en el Hospital Nacional de Escuintla, Revisión de 2 años. 1978. USAC.
- 17.- GARAVITO FERNANDEZ, Oscar Augusto, Incidencia de Abdomen Agudo en el Hospital Nacional de Jutiapa, Re- suelto Mediante Tratamiento Quirúrgico, Tesis de Grada- ción USAC. 1979, Revisión de 2 años. 35 casos.
- 18.- ABDOMEN, Acute, Acute Abdomen, Wigjd, Et al. J. Prod, Grad. Med. 24 (2): 121-24, April 1978. (Spa)

- 19.- MANZANILLA, Manuel A, y otros. Abdomen Agudo. Ac- tualidades Médicas, Abril 1979, Pp. 15-21.
- 20.- MOTSON W. Roger, Laurence W Way, Diagnóstico Dife- rencial de la Colecistitis, Pp 14, Tribuna Médica, Tomo XXVI No. 3, 286 1er. Número de Agosto 1979.
- 21.- ZUIDEMA, George D, Richard D, Judge, Diagnóstico Fr- sico, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1973, Cap. 12.
- 22.- BEESON, Paul B, Walsh Mcdermott, Tratado de Medicina Interna, de Cecilo Loeb, 14ta. Edición, Edit. Interameri- cana, 1977, Tomos I y II.

*Luis Bolaños*  
*Fernando Bolaños*  
Dr. LUIS FERNANDO BOLAÑOS SÁNCHEZ

*Carlos Sandoval*  
Dr. CARLOS ROSOLFO SANDOVAL LARCA  
Asesor.

*Edgar Leonel Domínguez Izas*  
Dr. EDGAR LEONEL DOMÍNGUEZ IZAS  
Revisor.

*671*  
Dr. Director de Fase III

*Raul A. Castillo*  
Dr. RAUL A. CASTILLO R.  
Secretario

Vo. Bo.

*Rolando Castillo*  
Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO  
Decano.