

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



INCIDENCIA DE ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE TOTONICAPAN

(Revisión de Tres Años)

JUVENCIO MAXIMILIANO LOPEZ MANRIQUE

Guatemala, Septiembre de 1981.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado:

" INCIDENCIA DE ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE TOTONICAPAN (Revisión de tres años)"

Deseo expresar mis agradecimientos a todas las personas del Hospital Nacional de Totoncapán, que de una u otra forma colaboraron en el desarrollo del presente trabajo.

Y a vosotros miembros del Honorable Tribunal Examinador aceptad testimonio de mi alta consideración y respeto.

HE DICHO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Llamaremos Abdomen Agudo: a cualquier estado morboso agudo del vientre, que requiere intervención inmediata.

El cuadro clínico, generalmente denominado Abdomen Agudo, plantea muchos problemas diagnósticos, por lo general el dolor es el síntoma principal que aqueja al enfermo, acompañándose de otros síntomas que contribuyen a efectuar un diagnóstico temprano y preciso de manera que el tratamiento sea iniciado al menor tiempo posible.

Los diversos procesos patológicos que pueden desencadenar un cuadro de Abdomen Agudo, son muy variados por lo que el cirujano tiene que dominar muy bien la clínica para evitar error diagnóstico y no exponer al paciente a un proceso quirúrgico de alto riesgo.

Siendo éste tipo de patología frecuente en nuestro medio, se efectuó un estudio crítico constructivo, por medio de una revisión retrospectiva, que refleje el manejo del paciente con diagnóstico de Abdomen Agudo en el Hospital Nacional del departamento de Totonicapán, que comprende un período de tres años, a partir del 1o. de Abril de 1978 al 31 de Abril de 1981.

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

El cuadro clínico que presenta el Abdomen Agudo, es algo que se viene estudiando desde hace ya mucho tiempo y que a pesar de ello en la actualidad se siguen efectuando estudios para mejorar cada día el pronóstico del paciente.

En nuestro medio se han efectuado varias investigaciones en diferentes Hospitales del país, que han contribuido a conocer de cerca los distintos manejos de pacientes y las diferentes fuentes etiológicas, a si mismo las de mayor incidencia.

Entre los estudios efectuados recientemente contamos con tesis del año 1979 y 1980, en las que se hace la clasificación en adultos y niños.

En la interpretación de las tesis sobre Abdomen Agudo, realizadas en el Hospital Modular Carlos Manuel Arana Osorio, de la ciudad de Chiquimula, se determinó que la Apendicitis Aguda sigue siendo la causa principal de Abdomen Agudo, como segunda causa se tomó la Enfermedad Péptica Aguda y Tercera causa, fué por Heridas por Arma Blanca y de Fuego que se le atribuyó al estado de violencia en esta región del país.

En el estudio efectuado en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala "Pedro de Bethancourt", en el año 1979 se concluyó que la causa más frecuente es la Apendicitis Aguda, segunda causa Perforación Tífica y tercera causa Apéndice Aguda Perforada. Obteniéndose un total de 100% de error diagnóstico pre-operatorio para apendicitis perforada y un 50% para perforación Tífica.

En el Hospital Nacional de Jutiapa, se efectuó el estudio

titulado Incidencia de Abdomen Agudo, resuelto mediante Tratamiento Quirúrgico, llegando a la conclusión que la morbilidad que originó la mayor incidencia fue Apendicitis Aguda.

En la literatura extranjera se tomó como causa principal de Abdomen Agudo el cuadro clínico de 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/mm³. 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 esta 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 detras del ciego y colon ascendente, o por detras 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 inversión del muñón apendicular.

La colecistitis Aguda, ha sido tomada como segunda causa de Abdomen Agudo, su frecuencia es muy variable según los autores.

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 de 30 y 40 años.

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 usado es la colecistectomía, en general realizada en período agudo. El tipo de incisión Quirúrgica usada en 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.

Se sospecha en alto porcentaje la Colecistitis Aguda al in

greso del paciente. En un 80% en promedio se encuentra litiasis vesicular y coledociana. Es usual drenar por tubo de Kerr. Los antibióticos más usados son la Ampicilina, Tetraciclina, aunque en muchos pacientes se manejan sin antibióticos.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1- Aportar un trabajo significativo al Hospital Nacional del departamento de Totonicapán.
2. Conocer el manejo de pacientes con impresión clínica de Abdomen Agudo.

ESPECIFICOS:

- 1- Conocer la incidencia de cuadro clínico de Abdomen Agudo en Adultos.
- 2- Conocer la mayor incidencia de la patología que causa Abdomen Agudo en ésta área del país.
- 3- Correlacionar los diagnósticos de ingreso con los de egreso.
- 4- Determinar técnicas quirúrgicas más usadas y sus resultados.
- 5- Determinar índices de mortalidad y sus causas.
- 6- Conocer la incidencia de sexo y edad.
- 7- Conocer que laboratorios son tomados como ayuda diagnóstica.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Papeletas de pacientes que presentaron cuadro de Abdomen Agudo, ingresando al Hospital Nacional de Totonicapán, en un período de 3 años, comprendido del 1o. de Abril de 1978 al 31 de Abril de 1981.

METODOLOGIA:

Presentar un trabajo en el cual nos refleja la incidencia de pacientes que padecieron cuadro de Abdomen Agudo, su evolución y su diagnóstico definitivo, tomando para ello el siguiente procedimiento: Se tomó de la estadística mensual del Hospital Nacional de Totonicapán los diagnósticos compatibles con cuadro de Abdomen Agudo seguidamente se efectuó revisión de papeletas durante un lapso de 3 años (Abril de 1978 al mes Abril de 1981) Tomando los parámetros siguientes:

- 1- Edad
- 2- Sexo
- 3- Procedencia
- 4- Diagnóstico de Ingreso
- 5- Diagnóstico de Egreso
- 6- Tratamiento y técnicas quirúrgicas
- 7- Complicaciones
- 8- Laboratorios de ayuda diagnóstica.

En base a los parámetros enumerados, se efectuaron tablas estadísticas que nos reflejaron de lo particular hacia lo general, el manejo de los pacientes con este tipo de patología en el Hospital ya mencionado.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

| DIAGNOSTICO | # DE CASOS | % |
|---------------------------------------|------------|-----|
| 1- APENDICITIS AGUDA | 36 | 34 |
| 2- COLECISTITIS CALCULOSA | 22 | 21 |
| 3- APENDICITIS "SUB" AGUDA | 13 | 12 |
| 4- PLASTRON APENDICULAR | 6 | 6 |
| 5- TRAUMA DE ABDOMEN + PERITONITIS | 6 | 6 |
| 6- EMBARRAZO ECTOPICO ROTO | 4 | 4 |
| 7- VOLVULOS INTESTINAL | 3 | 3 |
| 8- ABDOMEN AGUDO DE ETIOLOGIA | 2 | 2 |
| 8- PERFORACION TIFICA | 2 | 2 |
| 10- OBSTRUCCION POR ASCARIS | 2 | 2 |
| 11- QUISTE RETORCIDO DE OVARIO | 2 | 2 |
| 12- HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA | 1 | 1 |
| 13- OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS | 1 | 1 |
| 14- HERIDA ARMA BLANCA EN EPIPLON | 1 | 1 |
| 15- PANCREATITIS AGUDA | 1 | 1 |
| 16- PERFORACION UTERINA | 1 | 1 |
| 17- QUISTE DE OVARIO SANGRANTE | 1 | 1 |
| TOTAL | 104 | 100 |

Dentro del período comprendido del 1 de Abril de 1978 al 31 de Abril de 1981, se registraron 104 casos de cuadros clínicos compatibles con diagnósticos de Abdomen Agudo.

Observando el cuadro de diagnóstico al egreso del pa-

ciente demuestra que la Apendicitis Aguda fue la patología más frecuente, con un total de 35 casos, dando así un 34% del total de casos.

El diagnóstico que se encontró en segundo lugar fue la Colecistitis Calculosa, con 22 casos (21% del total de casos).

El diagnóstico en tercer lugar fue la Apendicitis "Sub" Aguda, con un total de 13 caso y 12%. Este termino de "Sub" Aguda, se tabuló de esta manera por estar descrito así en las papeletas médicas, pero no hubo comprobación histopatológica.

CUADRO No. 1

| EDAD | No. | % |
|---------|-----|-----|
| 12 - 20 | 25 | 24 |
| 21 - 30 | 32 | 31 |
| 31 - 40 | 14 | 13 |
| 41 - 50 | 19 | 18 |
| 51 - 60 | 6 | 6 |
| 61 - 70 | 8 | 8 |
| TOTAL | 104 | 100 |

En el cuadro de edades se puede observar que se tomó como edad mínima 12 años, debido que el estudio se efectuó solamente en adultos. Reportandonos un índice de mayor frecuencia en pacientes comprendidos entre los 21 y 30 años, con 32 casos, dando nos un 31%. Luego se observa que a mayor edad se dieron menores casos, con un ligero aumento en la edad comprendida entre los 41 y 50 años.

CUADRO No. 2

| SEXO | No. | % |
|-----------|-----|-----|
| Masculino | 53 | 51 |
| Femenino | 51 | 49 |
| TOTAL | 104 | 100 |

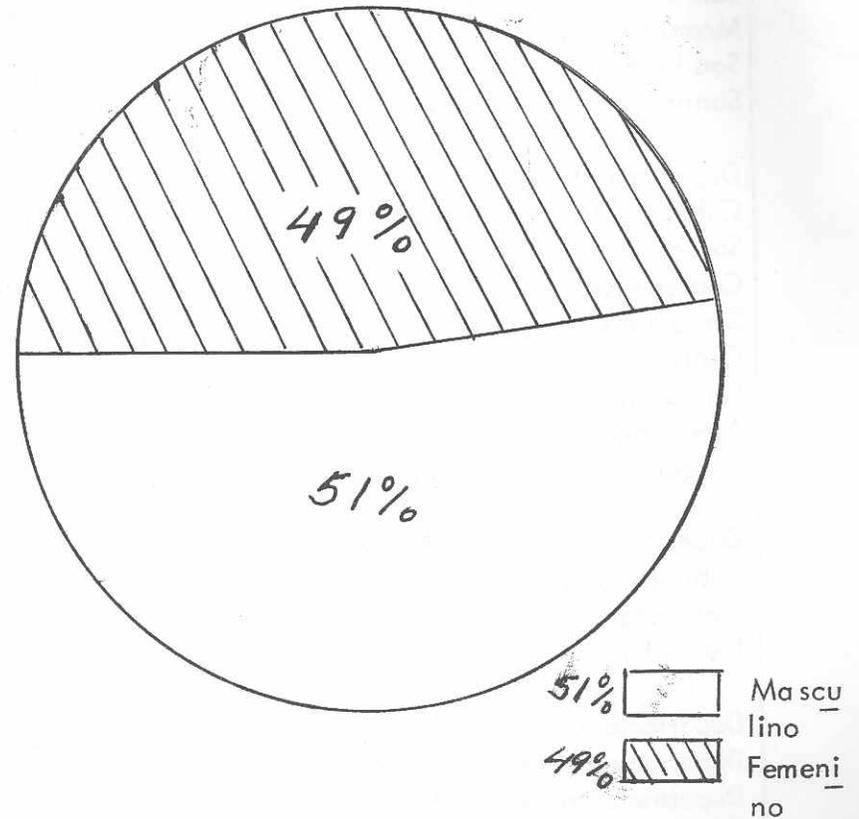
Analizando el cuadro de sexo, se observa que estadísticamente no hay diferencia, comprendiendo para ambos sexos igual incidencia para la totalidad de casos.

Tomando solamente los diagnósticos de mayor incidencia como es Apendicitis Aguda se determinó que en el 64% de los 36 casos que se presentaron fueron del sexo masculino y un 36% para el femenino.

Con relación a la colecistitis Aguda, la incidencia fue a la inversa que el cuadro anterior, por haber dado 14 casos para el sexo femenino o sea un 64% y el resto para el masculino con 8 casos igual al 36%.

De los 6 casos de Trauma de Abdomen que se reportaron creo conveniente hacer mención que en el 83% fueron del sexo masculino y el 17% para el femenino, reconociendo así que el hombre es el más expuesto al traumatismo.

GRAFICA REPRESENTATIVA DE SEXO



CUADRO No. 3

| PROCEDENCIA | SUBTOTAL | TOTAL | % |
|-------------------------------|----------|-------|-----|
| Departamento de Totonicapán | | 61 | 58 |
| Cabecera Departamental | 45 | | |
| San Cristobal Totonicapán | 7 | | |
| Momostenango | 4 | | |
| San Francisco el Alto | 4 | | |
| Santa María Chiquimula | 1 | | |
| Departamento de Quezaltenango | | 21 | 20 |
| Cabecera Departamental | 8 | | |
| Salcajá | 5 | | |
| Coatepeque | 3 | | |
| San Juan Ostuncalco | 1 | | |
| Cantel | 1 | | |
| San Carlos Sija | 1 | | |
| Almolonga | 1 | | |
| Chiquilajá | 1 | | |
| Departamento de San Marcos | | 8 | 8 |
| Cabecera Departamental | 6 | | |
| Malacatán | 1 | | |
| Tumbador | 1 | | |
| Departamento de Retalhuleu | | 2 | 2 |
| Departamento de Huehuetenango | | 5 | 5 |
| Departamento de Quiché | | 1 | 1 |
| Departamento de Suchitopéquez | | 1 | 1 |
| Departamento de Escuintla | | 1 | 1 |
| México D.F. | | 4 | 4 |
| | | 104 | 100 |

Se tomó en cuenta este parámetro para poder detectar el área que cubre el Hospital del Departamento de Totonicapán, donde se demostró que el 58% de los casos estudiados correspondieron a la cabecera departamental y a cuatro de sus municipios.

Así también se pudo observar que el 20% procedían del Departamento de Quezaltenango.

Es de llamar la atención que se hayan encontrado cuatro casos procedentes del Vecino País de México, maxime por presentar problemas de tipo agudo.

CUADRO No. 4

ERRORES DIAGNOSTICOS

| Dx. PRE-OP. | Dx. POST-OP | # CASOS | % |
|----------------------|--------------------|---------|-------|
| Apen. Aguda | Plastrón Apen. | 2 | 12.3 |
| " " | Emb. Ect. Roto | 1 | 6.3 |
| " " | Volvulos Int. Del. | 1 | 6.3 |
| " " | Obst. x Ascaries | 1 | 6.3 |
| Infección Urinaria | Apend. Aguda | 1 | 6.3 |
| Abdomen Agudo | Apend. Aguda | 1 | 6.3 |
| Colec. Calculosa | Abdomen Agudo | 1 | 6.3 |
| Enteroco. Cron. | Volvulos Sigm. | 1 | 6.3 |
| Ileo Parali. | Volvulos Int. Del. | 1 | 6.3 |
| Volvulos | Perf. Tífica | 1 | 6.3 |
| Guillian Barré | Obst. x Ascaries | 1 | 6.3 |
| Her. Ing. Incar | Her. Ing. Estran | 1 | 6.3 |
| Enf. Péptica | Pancreatitis Agu. | 1 | 6.3 |
| Dolor en Fosa ileaca | Emb. Ect. Roto | 1 | 6.3 |
| Apend. Agu. Perf. | Quis. Retor Ovario | 1 | 6.3 |
| TOTAL | | 16 | 100.0 |

Analizando la tabla representativa de Errores Diagnósticos, se demuestra que del total de casos (104 casos) se encontraron 88 casos con diagnóstico correcto y 16 casos con error diagnóstico, reportándonos un 84% de efectividad en el diagnóstico y el 16% de error respectivamente.

Tomando la relación de diagnósticos pre-operatorios y post-operatorios, se puede observar que en los 3 casos que se presentaron de volvulos intestinal al egreso del paciente, en ninguno se ingresó como tal, De igual manera se puede determinar en los diagnósticos de obstrucción por ascaries en los que no se ingresaron con diagnóstico muy relacionado.

Se puede demostrar además que hubo error en dos casos de Plastrón Apendicular, en dos casos de Embarazo Ectópico Roto, y Dos de Apendicitis Aguda, así mismo hubo error de un caso de Quiste Retorcido de Ovario, uno de Pancreatitis Aguda, uno Hernia Inguinal Estrangulada, uno de Perforación Tífica y Uno de Abdomen Agudo de Etiol.

CUADRO No. 5

TRATAMIENTO

| DIAGNOSTICO | # CA SOS | TRATAMIENTO | # CA- SOS |
|--------------------------------|-------------|---|--------------|
| 1- Apendicitis Aguda | 36 | Apendicectomía Referido a otro Hospital | 35 1 |
| 2. Plastrón Apendicular | 6 | Apendicectomía + Drenaje | 4 |
| | | Apendicectomía + Resección Plastrón | 1 |
| | | Apendicectomía | 1 |
| 3. Apendicitis "Sub" Aguda | 13 | Apendicectomía | 13 |
| 4. Colecistitis Calculo- sa | 22 | Colecistectomía | 22 |
| 5. Abdomen Agudo de? | 2 | Médico Referido a otro Hospital | 1 1 |
| 6. Volvulos Intesti- nal | 3 | Médico | 1 |
| | | Destorción de Volvulos Resección + Anastomo- sis | 1 1 |
| 7. Obstrucción x Asca- ries | 2 | Apend. Incidental Pomeroy, Ordeñamien- to de Ascaries | 1 1 |

| | DIAGNOSTICO | # CA SOS | TRATAMIENTO | # CA SOS |
|-----|------------------------------------|-------------|---|-------------|
| 8. | Obstrucción Intestinal x bridas | 1 | Laparatomía Ex- ploradora Liberación de Ad- herencias de sig- moide | 1 1 |
| 9. | Hernia Inguinal Estran- gulada | 1 | Hernioplastía + Resección y Anas- tomosis | 1 |
| 10. | Perforación Tífica | 2 | Cierre Primario de Perforación + Ileostomía | 1 |
| | | | Ileo-colostomía Ascendente | 1 |
| 11. | Trauma de Abdomen + Peritonitis | 6 | Observación Referido a otro Hospital | 3 1 |
| | | | Ileostomía Laparatomía, sin trauma visceral | 1 1 |
| 12. | Herida Arma Blanca | 1 | Resección parte de Epiplón | 1 |
| 13. | Embarazo Ectópico Roto | 4 | Ooforectomía Salpingocotomía Bilateral y Resec- ción de Quiste | 3 1 |
| 14. | Perforación Uterina | 1 | Reparación Uteri- na, Pomeroy y Ooforectomía | 1 1 |

| DIAGNOSTICO | # CASOS | TRATAMIENTO | # CASOS |
|--------------------------------|---------|----------------------------|---------|
| 16. Quiste Retorcido de Ovario | 2 | Médico Oóforectomía | 1 1 |
| 17. Quiste de Ovario | 1 | Resección Quiste de Ovario | 1 |
| 18. Pancreatitis Aguda | 1 | Médico | 1 |

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

| TIPO DE COMPLICACION | # CASOS | % |
|---|---------|-----|
| 1. Infección de Herida y/o Absceso de Pared Abdominal | 16 | 80 |
| 2. Distensión Abdominal y/o Obstrucción | 3 | 15 |
| 3. Reacción Anafiláctica a Medicamento | 1 | 5 |
| TOTAL | 20 | 100 |

De 104 casos estudiados, 10 casos fueron tratados médicamente y 94 casos fueron operados, habiéndose complicado 20 casos de éstos 94, reportándonos así un porcentaje de complicaciones del 21%, lo que nos indica que uno de cada cinco se complica y que es un índice alto. El cuadro en sí nos reporta que un 80% de los 20 casos de complicación fue debido a infección de herida y/o absceso de la pared abdominal, habiendo sido Apendicitis Aguda la patología que más complicaciones presentó.

MORTALIDAD

| DIAGNOSTICO | CAUSA DIRECTA | #CASOS | % |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-----|
| 1.- Trauma de Abdomen + Peritonitis | Shock Hipovolémico | 3 | 40 |
| | Shock Séptico | 1 | 12 |
| 2.- Abdomen Agudo de? | Shock Séptico | 1 | 12 |
| 3.- Volvulo Intestinal | Shock Hipovolémico | 2 | 24 |
| | Shock Hipovolémico | 1 | 12 |
| 4.- Quiste Retorcido de Ovario | Shock Hipovolémico | 1 | 12 |
| TOTAL | | 8 | 100 |

Como se puede observar el cuadro de defunciones el número total de defunciones fue de 8 casos, lo que nos representa que del total de casos estudiados hubo una mortalidad del 7.6%.

Con relación al diagnóstico más frecuente que originó muertes se tiene un 52% para pacientes que presentaron cuadro de Trauma de Abdomen + Peritonitis, seguido en frecuencia por Volvulos de Intestino delgado con un 24%.

La causa directa que dió mayor número de muertes fue Shock Hipovolémico con un 75%, habiéndose dado 4 casos por pérdida de sangre y 2 casos por pérdidas de líquidos. En los 4 casos mencionados de shock hipovolémico secundario a pérdidas de sangre, no se comprobó el origen hemorrágico debido que no se efectúan necropsias en el Hospital donde se realizó este estudio.

De los 8 pacientes fallecidos a 5 de ellos el tratamiento fue médico solamente; los 2 pacientes de volvulos intestinal y 1 de trauma de Abdomen + Peritonitis fueron tratados quirúrgicamente.

CUADRO No.8

LABORATORIOS

| DIAGNOSTICOS | # CASOS | HT HB | REC. FOR. | GRU. Rh | HECES | ORINA | V/S | WIDAL | NPN | CREA. | AMILASA | RX. ABD | COLE CIST | NING. LAB. |
|-----------------------|---------|----------|--------------|------------|-------|-------|-----|-------|-----|-------|---------|------------|--------------|---------------|
| 1.- Apend. Aguda | 36 | 16 | 28 | 1 | 5 | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 3 | | 8 |
| 2.- Colecis. Calcu. | 22 | 12 | 4 | | 1 | 7 | 1 | | | | | | 11 | 3 |
| 3.- Apend. Sub Aguda | 13 | 1 | 5 | | 3 | | | | | | | 1 | | 6 |
| 4.- Plas. Apend. | 6 | 3 | 5 | 2 | 3 | 1 | | | | | 1 | 1 | | 1 |
| 5.- Tra. Abd. +Per. | 6 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | | | | | 1 | 4 | | 2 |
| 6.- Emb. Ect. Roto | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | | | | | | 1 | | |
| 7.- Abd. Agu. ? | 2 | 1 | 2 | | | | | | | | | 1 | | |
| 8.- Volvulos Intes. | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | | | | | | 1 | | |
| 9.- Perf. Tífica | 2 | 2 | 2 | | | 2 | | 2 | | | | 1 | | |
| 10.- Obst. x Ascariēs | 2 | 2 | 2 | | | 1 | | | | | | 1 | | |
| 11.- Quis. Ret. Ova. | 2 | 2 | 2 | 1 | | 1 | 1 | | | | | | | 1 |
| 12.- Her. Ing. Est. | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 13.- Obs. Int. x Bri. | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | | | |
| 14.- Her. Arma Blanca | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | 1 | | | |
| 15.- Pancrea. Agu. | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | |
| 16.- Perf. Uterina | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| 17.- Quis. Ova. San. | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| TOTALES | 104 | 51 | 61 | 7 | 17 | 26 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 19 | 11 | 22 |

En la interpretación del cuadro donde nos reporta los laboratorios efectuados a los pacientes que presentaron un cuadro compatible con Abdomen Agudo, podemos observar en primer lugar que tomando la columna donde dice total de laboratorios, encontramos la primera cifra que representa el número total de los pacientes que se estudiaron o sea 104 casos, de los cuales se les efectuó Hematocrito y Hemoglobina a 51 pacientes, dándonos un 49% de éste tipo de laboratorio y no un 100% como era de esperarse; la cifra que sigue es de recuento y fórmula habiéndosele efectuado a 61 pacientes, habiéndose cubierto solamente un 58%. En la columna de Grupo y Rh se observa que se le efectuó a un total de 7 pacientes igual a un 7%, con el laboratorio correspondiente a Rx de Abdomen, se les efectuó a 19 pacientes (18%). Es de reconocer que en los laboratorios que se han enumerados en ningún caso se han efectuado en todos los pacientes como es de esperarse en exámenes de rutina en cuadros que presentan un problema agudo.

En la tabla general se puede observar de la misma manera que describimos la columna de laboratorios totales, se encuentran enumerados todos los diagnósticos que comprendieron el estudio y que se interpretan de igual manera, ejemplo de la Apendicitis Aguda, de 36 casos que se dieron, se efectuaron 16 Hematologías, igual a 44%, recuento y fórmula 28 casos igual a 77% se debe hacer notar que este laboratorio fue uno de los que más se efectuó en esta patología y es debido que los pacientes eran manejados solamente con este examen sin efectuar ningún otro.

Debe hacerse mención además que en 8 pacientes que padecieron Apendicitis Aguda, no se les efectuó un solo laboratorio y que sin embargo fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

En la columna donde se refiere que no se efectuaron laboratorios, se puede observar que de los 104 pacientes que se estudiaron a 22 pacientes no se les efectuó ningún laboratorio. Habiendo sido operados 19 pacientes y de los restantes, 2 fueron pacientes que ingresaron por Trauma de Abdomen y 1 por Quiste de Ovarios Sangrante sumando así los 22 casos.

Es de reconocer que el uso de laboratorio es de importancia para el mejor manejo de pacientes que presentan Abdomen Agudo. No es necesario un laboratorio que sea sofisticado para que con él se de el diagnóstico correcto, pero hay que hacer uso en la mejor forma de el que se disponga en el Hospital.

CONCLUSIONES

- 1- Se estudiaron un total de 104 casos en un período de 3 años, de los cuales el 90% fue tratado quirúrgicamente, y el 10% medicamente y/o referido a otro Hospital.
- 2- Las causas más frecuentes de Abdomen Agudo fueron en forma decreciente: Apendicitis Aguda, con 36 casos; Colecistitis Calculosa, con 22 casos y Apendicitis "Sub" Aguda con 13 casos. (este último sin comprobación histopatológica)
- 3- De 104 casos estudiados, se demostró un 16% de error diagnóstico y un 100% de error para los diagnósticos de: Volvulos Intestinal, Obstrucción por Ascaries, Pancreatitis Aguda, Hernia Inguinal Estrangulada.
- 4- El índice de mortalidad es del 6.7% y en su mayoría fueron casos de trauma de abdomen + Peritonitis. El total de defunciones fueron 8 casos, de los cuales fueron 5 tratados medicamente.
- 5- Dentro de la mortalidad el sexo que predominó fue el masculino.
- 6- Los pacientes que mueren dentro del Hospital no se les efectua necropsia.

- 7- El grupo etario mayormente afectado fue el comprendido entre los 21 y 30 años, seguido en frecuencia - los comprendidos entre los 12 y 20 años, determinándose que a mayor edad, menor es la frecuencia.
- 8- En el estudio global no hubo predominio de sexo, solamente en diagnóstico por separado, por ejemplo en el diagnóstico de Apendicitis Aguda predominó el sexo masculino y en la Colecistitis Calcúlosa el Femenino, en trauma de Abdomen el sexo masculino.
- 9- Exámenes de Laboratorio Básicos no fueron realizados en todos los pacientes con procesos Abdominales Agudos, tampoco se usó el laboratorio del Hospital, para comprobar la mayoría de diagnósticos clínicos.

RECOMENDACIONES

- 1- Hacer conciencia en el personal médico, de la importancia que tiene el efectuar un diagnóstico temprano y preciso de manera que el tratamiento sea iniciado al menor tiempo posible.
- 2- Tratar de poner al alcance del médico diferentes exámenes de laboratorio que contribuyan al mejor manejo de los pacientes con afecciones agudas.
- 3- Tratar de efectuar procedimientos quirúrgicos con la mayor asepsia posible: 1 de c/5 ptes tuvieron problema infecciosa Post-Op.
- 4- Tratar de que se le efectúe necropsia a los pacientes fallecidos en el Hospital.
- 5- Tratar que se mejore el manejo de papeletas y que especialmente sean anotados los diagnósticos de egreso completos; además deben ser copiados con exactitud por la oficina de estadística.
- 6- Tratar de educar a la población, con respecto a la importancia que debe dársele a las afecciones de dolor abdominal y la urgencia en recurrir a la consulta médica, para que de esta manera se corran menores riesgos y complicaciones.
- 7- Que sea posible hacer un trabajo de tesis prospectivo, siempre sobre Abdomen Agudo para así tener un estudio comparativo.

BIBLIOGRAFIA

- 1- DAVIS CRISTOPHER. Tratado de Patología Quirúrgica
Décima Edición, Editorial Interamericana.
México 1974.
- 2- CRISTOBAL PERA. Avances en Cirugía, Abdomen
Agudo.
Salvat Editores, S.A.
Barcelona (España)
- 3- ZACHARY COPE. Revisado por WILLIAM SILEN.
Diagnóstico Precoz del Abdomen Agudo.
Séptima Edición española traducida de la 15ª edición
inglesa por el Prof. Ciril Rozman.
Editorial Marín, S.A. Barcelona.
- 4- E. ARIAS VALLEJO. 24 Lecciones en Patología diges-
tiva. Editorial Liade.
Madrid 1974.
- 5- NOVAK JONES. Tratado de ginecología.
Editorial Interamericana. Octava Edición 1971.
- 6- BOLAÑOS SANCHEZ Luis Fernando, Abdomen Agu-
do, revisión de 160 casos, Hospital Modular Carlos
Manuel Arana Osorio, ciudad de Chiquimula.
USAC. 1980.

- 7- GARAVITO FERNANDEZ César Augusto, Incidencia de Abdomen Agudo en el Hospital Nacional de Jutiapa, resulta mediante Tratamiento Quirúrgico.
Revisión de dos años. USAC. 1979.
- 8- ELEAZAR SOMARRIBA Jorge Isaac. Abdomen - Agudo, revisión de 100 casos, Hospital Nacional de Antigua Guatemala "Pedro de Bethancourt".
USAC. 1979.

Br.

Smally

Juvencio Maximiliano López Manrique

Asesor.

berto López Gramajo

Dr.

Luis Flores

Revisor.

Luis Felipe Flores

Waldheim

Director de Fase III
os Waldheim C.

Dr.

Jaime Gomez Ortega

Secretario

Jaime Gomez Ortega

Dr.

Waldheim

Decano.