

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ANALISIS DEL ESTUDIO DIAGNOSTICO REALIZADO  
EN PACIENTES CON LAPARATOMIA EXPLORADORA -  
EN BLANCO.  
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. 1975-79"

JERONIMO ALBERTO TURCIOS ESTURBAN

Guatemala, Junio de 1981.

## INDICE

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

OBJETIVOS

MATERIAL

METODO

ANALISIS ESTADISTICO

RESULTADOS

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

CUADROS Y GRAFICOS

## INTRODUCCION

El presente trabajo trató sobre la relación que podría existir entre lo que es una laparatomía Exploradora realizada de emergencia en un Centro Hospitalario, en la cual no se demuestra lesión interna, y los medios diagnósticos utilizados previamente para llevar a cabo dicha intervención. Así mismo trató sobre las causas que motivaron el diagnóstico equivocado que condujo a la intervención quirúrgica.

El estudio fué retrospectivo y comprendió todos los casos de Laparatomías Exploradoras en Blanco efectuadas en los años 1975 a 1979, en el Hospital General San Juan de Dios, por medio del servicio de Emergencia. En el presente estudio no se tomó en cuenta los casos de Apendicectomías con Apéndice normal, por estar limitados únicamente a esta región del Intestino Grueso, y por lo tanto se les efectúa una incisión que expone únicamente el órgano antes mencionado, no comprometiendo otras vísceras abdominales.

Los resultados se obtuvieron determinando todos los datos de la Historia Clínica del paciente, haciendo énfasis en los estudios de gabinete efectuados a cada uno de ellos, los datos se recopilaron en un formulario especial construi

do para ello, haciendo series estadísticas por procedimientos estandarizados obteniendo de esta manera los resultados esperados para cada dato de la Historia Clínica, en relación a cada procedimiento diagnóstico utilizado en cada paciente previo a la intervención quirúrgica.

El objeto del presente estudio deriva de la tendencia que existe, sobre todo en los servicios de Emergencia, a efectuar evaluaciones a la ligera a pacientes que ingresan ya sea politraumatizados, con heridas por arma blanca o proyectil presentando un Pseudo Abdomen Agudo, no existiendo lesión interna, pero por la gravedad aparente que presentan se les somete a una intervención quirúrgica innecesaria, que podría haber sido evitada si se les hubiere efectuado una cuidadosa evaluación clínica con la ayuda de los medios diagnósticos pertinentes.

Así pues el objetivo general fué de establecer si existía la mencionada relación y mostrar que existen medios diagnósticos que utilizados pertinentemente en el momento indicado ayudan grandemente a tener un diagnóstico final más acertado en beneficio del paciente y no someterlo a una intervención quirúrgica incesaria.

## ANTECEDENTES

En nuestros hospitales nacionales a menudo se encuentra el médico con pacientes -- que necesitan una intervención quirúrgica de emergencia, ya sea ésta por motivo de un tratamiento severo, agresivo con objetos punzocortantes, arma de fuego o por causa de origen funcional, es así que cuando se trata de atender situaciones de emergencia, las dificultades se sortearán con los conocimientos básicos adquiridos indirectamente, y con la ayuda de ciertos procedimientos de laboratorio o radiográficos que sirven para establecer un diagnóstico en minutos. Aunque es -- tos muchas veces se efectúan inadecuadamente sin tomar en cuenta la gravedad del paciente siendo así que ninguno de estos procedimientos deben tomarse como de rutina. Así pues -- que cuando estén indicados deben realizarse adecuadamente interpretados (1), es pues -- necesaria una evaluación clínica, mediante -- Historia y Examen físico adecuados, los cuales dado el estado general del paciente podrán ser complementados con los estudios pertinentes de gabinete. (2), Sabemos que las -- lesiones contusas del abdomen por trauma -- tismo y las heridas penetrantes de abdomen -- producidas por proyectil o arma blanca -- producirán el cuadro de Abdomen Agudo, este como su nombre lo indica producirá un dolor --

agudo abdominal, una alteración del tránsito digestivo y una grave repercusión general. Podemos ver que tres condiciones resaltan de este concepto: Consciencia del dolor por parte del enfermo, su repercusión y origen en el abdomen y su agudeza en cuanto a intensidad y frecuencia. Presento los postulados de Ryle en cuanto al dolor, tomando en cuenta la regla que dice que la mayor parte de casos de dolor abdominal intenso, en pacientes que previamente estaban bien, y que dura hasta 6 horas, dependen de procesos que tienen importancia quirúrgica. (3)

a) Carácter: En puñalada, propio de las perforaciones de vísceras huecas, el tebrante y transfixivo de las pancreatitis agudas y úlceras penetrantes en Páncreas, de tipo cólico en las litiasis y obstrucciones intestinales. Punzante en los procesos inflamatorios y agudizaciones ulcerosas, gravatorio en espleno megalia y hepatopatías, sordo y lento en los procesos tumorales.

b) Intensidad: Al estar matizada por la cultura, personalidad efectiva y estado psíquico del paciente, no es muy valorable en sí mismo, por lo tanto siempre es de tener en cuenta que los dolores más -

intensos están en relación con pancreatitis aguda, infartos intestinales y cólicos litiasicos.

c) Topografía: Si bien en un principio casi toda la Patología Visceral abdominal es percibida por el paciente, en la línea media del abdomen, con la evolución del proceso, el dolor se va localizando en alguna zona del abdomen relacionado con el órgano afecto; así tenemos que el dolor en el cuadrante superior derecho viene referido de hígado, vías biliares, duodeno y flexura hepática del colon. En el cuadrante superior izquierdo: cuerpo y cola del páncreas, bazo y colon izquierdo por encima del sigmoides. En el cuadrante inferior izquierdo: Las lesiones orgánicas y funcionales del colon pélvico, porción rectosigmoidea, tracto urinario y anexos izquierdos. El cuadrante inferior derecho no da la patología apendicular de ileon terminal, del tracto urinario y anexos derechos.

d) Irradicación: Se establece por un reflejo viscerosensorial a nivel medular. Es típica la irradiación a la punta de la escápula en la colecistitis y colelitiasis; hacia la espalda y hombro derecho en las úlceras duodenales; hacia los genitales en las litiasis ureterales y hacia los hombros en las pancreatitis.

e) Duración: Continuo en los procesos izquémicos o inflamatorios; es intermitente en los ---

El síndrome de Abdomen Agudo tiene -- vigencia como postura práctica del médico -- ya que entraña un quehacer que, en principio concluye como un diagnóstico adecuado y una terapéutica oportuna en su momento siendo así que para obtener un diagnóstico más acertado debemos previamente de -- agotar nuestros recursos clínicos y de laboratorio. (4) Se exponen a continuación los medios diagnósticos mas utilizados en los servicios de emergencia y los cuales están al alcance del Hospital de Estudio:

#### 1. HEMATOLOGIA:

De este examen lo que nos interesa conocer en un caso de emergencia es el Hematocrito, el recuento de Glóbulos blancos -- y la velocidad de sedimentación; tratándose de un problema traumático o funcional.

A) Hematocrito: Mide el volumen relativo de glóbulos y de plasma en la sangre. -- En la anemia y después de la Hemorragia el valor hematócrito es bajo en la Policitemia y en la deshidratación es alto. Su valor normal es en el se xo masculino de 40 - 50 mm./100 Ml. de sangre. En el sexo femenino es de 35 a 45 mm.

B) Hemoglobina: Queda reducida en las -- hemorragias y anemias, aumenta en la -- Hemoconcentración y Policitemia. La

Hemoglobina y el recuento de Hematíes no siempre disminuyen o aumentan de forma -- proporcional.

C) Recuento de Leucocitos: Generalmente se -- observa un aumento del recuento en las in fecciones. También puede observarse en -- otras afecciones, incluyendo alteraciones -- emocionales, desordenes hemáticos y aneste sia. Puede observarse una disminución de -- los glóbulos blancos en las discrasias He -- máticas, en infecciones importantes y en -- intoxicaciones de productos químicos y dro gas. Resultado normal de 4000 a 11000/mm<sup>3</sup> (10) (11).

D) Velocidad de Sedimentación Globular: (VSG) Es útil para diagnóstico y seguir la evolu -- ción de ciertas enfermedades, entre ellas -- la Fiebre Reumática, La Artritis y el Infar -- to del Miocardio, así como otros procesos -- inflamatorios. Esta prueba es positiva en -- muchos estados patológicos sin ser especifi ca de ninguno determinado. Una VSG acele rada nos demostrará que existe alguna causa patológica, de sustrato orgánico (a escep -- ción del embarazo) que dá también resulta -- dos positivos. A la inversa, se puede afir mar que una VSG normal es de gran importan -- cia para descartar la índole orgánica de -- muchas alteraciones. Su resultado normal es de 5 a 10 mm./hora. en hombres y de 5 a 13 mm./hra en mujeres.

## 2. GLICEMIA:

Determina si existe o no un desorden en el metabolismo de la glucosa. Un aumento de nivel de glucosa en la sangre, se encuentra en la Diabetes grave, en las enfermedades hepáticas crónicas y en la hiperactividad de varias glándulas endocrinas. Puede existir un descenso del azúcar hemático en los tumores de los islotes de Langerhans del páncreas, en la hipofunción de varias glándulas endocrinas, en la enfermedad de almacenamiento del glucógeno (Enfermedad de Von Gierke), y en la sobredosificación de insulina. Resultado normal 70 a 105 Mg./100cc. de suero o de 60 a 90 Mg./10 cc. de sangre total. (8).

## 3. QUIMICA SANGUINEA:

En el cual se mide la cantidad de Creatinina y Nitrógeno de Urea:

A) Nitrógeno de Urea: Es una prueba de función renal. En ciertos desórdenes renales la capacidad de excreción queda reducida de tal manera que aumenta la concentración de Nitrógeno Ureico en la sangre. Resultado normal: 9 a 17 Mg./100 cc. de sangre.

B) Creatinina: Este prueba es una medida de la función renal similar a la del nitrógeno ureico. La cantidad producida diariamente es relativamente constante, la cual se excreta por el riñón. Un nivel elevado de creatinina en la sangre indica un desorden de la función renal. Resultado normal: 0.6 a 1.3 Mg. por 100 cc. de suero. (10).

## 4. AMILASA:

Cuando una enfermedad pancreática dificulta el paso de jugo externo, o por lo menos de sus fermentos al intestino, esos fermentos se reabsorben y se eliminan por la orina. Generalmente un nivel de amilasa sérica, doble de lo normal indica pancreatitis, y en afecciones abdominales como obstrucción abdominal, úlcera péptica también se encuentra aumentada. Algunos autores dicen que la Amilasuria es positiva en 90 % de los casos de Pancreatitis aguda. Su resultado normal es de 80 a 150 unidades (Somogyi) (2) (9).

## 5. LIPASA:

Es una prueba para determinar las alteraciones pancreáticas igual que la amilasa, la lipasa es secretada por el páncreas, pasando a la sangre en pequeñas cantidades. En ciertas enfermedades, como la Pancreatitis aguda y Carcinoma del páncreas, aumenta el nivel de lipasa en la sangre. Resultado normal: no -

más de 1.5 Unidades. (10).

#### 6. ORINA:

La orina se forma en los riñones. -- Sus glomérulos hacen posible que un filtrado del plasma sanguíneo pase a los túbulos renales. Existen muchos análisis en la orina, pero el que nos interesa es el realizado en un servicio de emergencia el cual se puede hacer de la siguiente manera, análisis químico usando el bilitabstics, además se medirá la densidad urinaria y se efectuará un examen microscópico en busca de bacterias, glóbulos rojos y blancos, cristales, etc.

#### 7. GRUPO Y RH:

Es muy importante siempre su determinación en la emergencia, ya que nos servirá en caso de que el paciente sea intervenido quirúrgicamente o que presente una pérdida grande de sangre como en un paciente politraumatizado con fracturas expuestas.

#### 8. PRUEBAS HEPATICAS:

Aunque no se realizan todas en una emergencia se deberá evaluar las que son más convenientes a efectuar según el

cuadro clínico del paciente, por ejemplo en una pancreatitis o colecistitis, nos servirán las transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubinas, en pacientes con otros problemas hepáticos será necesario investigar tiempo de protrombina, Proteínas y relación Albúmica/Globulina, y cualquier otro estudio diagnóstico será a criterio del Médico, en este estudio se presenta los de rutina en servicios de emergencia.

Otros medios diagnósticos que cuenta un servicio de Emergencia son las Radiografías, estas son armas muy útiles si se emplean adecuadamente. El estudio radiológico se efectuará por motivos específicos, después de tomar la historia y el examen físico. De preferencia las radiografías tomadas deben ser revisadas por un médico radiólogo, esta resulta útil cuando el diagnóstico diferencial es difícil, su estudio ha de ser adecuado y las placas de buena calidad técnica. (1).

#### 9. RADIOGRAFIA DE TORAX:

Como en toda radiografía esta nos permitirá observar áreas en las cuales hay presencia de infiltrados, consolidaciones, aire en donde no debería de haberlo, derrames, etc. Por medio de las radiografías de torax determinamos, basados en nuestra clínica y examen físico previos, un neumotorax, un derrame pleural, una atelectasia, una neumonía, neumonitis, -

Tuberculosis, Abseso pulmonar, un Carcinoma Broncogénico, Infarto Pulmonar, Enfisema, etc. y evaluar posteriormente la respuesta al tratamiento. (12).

#### 10. PLACA SIMPLE DE ABDOMEN:

Esta se solicita más frecuentemente que ningún otro estudio radiológico para diagnóstico de pacientes con problemas abdominales agudos. La buena calidad de las placas brindará mucha información sobre posición y forma de órganos normales, y permitirá descubrir anomalías.

En la mayoría de casos el estudio se solicita para determinar si hay imágenes gaseosas anormales, intraluminales, y extraluminales. Pueden buscarse calcificaciones y masas anormales, signos de acumulación de líquido. Deben examinarse las estructuras esqueléticas, en particular si hay el antecedente de trauma -- tismo por ejemplo, fracturas de costillas o señales de hemorragia intraperitoneal -- después de un accidente, con probabilidad de rotura del Bazo.

Las imágenes gaseosas, como un íleo paralítico o en presencia de obstrucción. Pueden presentarse aire libre en la cavidad peritoneal junto con perforación de una víscera hueca, aire en vías biliares,

etc. también pueden descubrirse cálculos-ureterales radiopacos. (1) (9).

#### 11. FISTULOGRAFIA:

La instilación de material de contraste hidrosoluble y estéril en la herida abierta, para después obtener una placa, constituye un procedimiento útil y rápido para establecer si existe comunicación con la cavidad peritoneal cuando está libre de observación en esta región (por lo cual se aprecian estructuras como el hígado, el bazo, o las asas intestinales), si el medio de contraste permanece dentro de los tejidos blandos, con seguridad no ha habido perforación del peritoneo (13). Otra técnica consiste en inyectar -- aire dentro de la herida, o fístula para determinar en este caso si pasa aire a la cavidad peritoneal, este procedimiento es más recomendado ya que produce menos irritación en los tejidos blandos del paciente, así como de las vísceras internas si existe paso a la cavidad abdominal.

#### 12. PIELOGRAFIA:

La visualización de las vías urinarias altas dependen de la excreción renal selectiva de ciertos preparados de yodo inorgánico posee igual importancia la capacidad del riñón para excretar dicho colorante en concentración su-

ficiente para ser identificado en un estudio radiológico, hay que tomar en cuenta - que este tipo de medios de contraste producen algunas veces reacciones alérgicas . Luego de administrado el colorante se toman radiografías en serie del abdomen a los 15,30,45 minutos y una hora después de la inyección. La lesión en diversas partes de las vías urinarias altas causa pérdida del medio de contraste en los tejidos blandos que rodean la zona lesionada. Existe la pielografía intravenosa y la retrógrada. (9).

### 13. COLANGIOGRAMA:

De la misma manera que el anterior se inyecta un medio de contraste pero este es específico para ver vías biliares, tomando igualmente una serie de radiografías en diferentes lapsos de tiempo.

Otros medios diagnósticos usados en casos de emergencia de gran utilidad diagnóstica para determinar si existe lesión interna a nivel abdominal son los siguientes:

### 14. PARASENTESIS ABDOMINAL:

Se utiliza sobre todo en pacientes -

politraumatizados en mal estado general, que por presentar lesiones en múltiples partes del cuerpo pueden ocultar una grave lesión -- intraabdominal, se efectúa puncionando con una aguja de raquianestesia de calibre 18 con bisel corto conectado a una jeringa de 10 milímetros. Se efectúa preparación del área de punción, se anestesia el sitio de punción y -- se punciona, esta se hace regularmente en ambos flancos, se aspira el material que se encuentre dentro de la cavidad peritoneal, se mira celularidad, presencia de bacterias, sangre, otro material, etc. Deberá hacerse por manos expertas ya que podría causarse una perforación de viscera interna al efectuar este procedimiento.

Para aumentar la posibilidad de obtener una punción positiva Root y otros autores han ideado otra técnica la cual es:

### 15. LAVADO PERITONEAL:

Consiste en insertar una pequeña sonda de lavado, através de una pequeña incisión en la línea (media) alba e inyectar lentamente a través de la misma 20 a 30 Ml./Kg. de peso corporal de solución Ringer o Salina esteril. El líquido obtenido se centrifuga, observando el material obtenido en busca de células anormales cantidad de eritrocitos presentes, si hay bacterias o cualquier otra clase de material -

extraño a la cavidad abdominal. (3) (9).

#### 16. LAFAROSCOPIA:

Es otro procedimiento diagnóstico en el cual por medio de una pequeña incisión en el abdomen se introduce un aparato llamado Laparoscopio, con el cual se va a obtener una visión directa de ciertas partes de las vísceras intraabdominales. Este procedimiento se realiza en la sala de operaciones con todas las técnicas de antisepsia, es muy usado en casos en los cuales se sospecha un embarazo ectópico.

Existen otros medios diagnósticos más sofisticados como son la Centelleografía, Ultrasonografía, Tomografía, pero no se realizan de rutina en este centro hospitalario, por no tenerlo en el servicio de Emergencia.

Luego de haber expuesto los procedimientos diagnósticos más utilizados de rutina en un caso de abdomen agudo que podría ser quirúrgico, queda a criterio del médico utilizar los que considere más adecuados según el caso que se le presente.

Al comprobarse que el abdomen agudo que presenta el paciente es quirúrgico se le programa para efectuarle una lapa-

rotomía exploradora si aún no se conoce el origen de una hemorragia intraabdominal por ejemplo si es el Hígado, el Mesenterio, etc. La Laparatomía exploradora como podemos observar tiene como fin establecer un diagnóstico mediante la visualización directa de los órganos intraabdominales. Se realiza como una intervención de emergencia, así como en una operación electiva.

La laparatomía exploradora se realiza mediante una incisión en la pared abdominal, -- siendo una incisión Mediana o paramediana que puede ser supra o infraumbilical, luego de -- efectuar la incisión que prefirió el cirujano se procede a disecar tejido celular subcutáneo y fascia de los músculos rectos, en el caso de una incisión mediana, luego de disecar la fascia se procede a separar el músculo visualizándose así el peritoneo, se efectúa disección del mismo quedando de esta manera expuestas las vísceras intraabdominales. El examen de cada víscera debe llevar siempre un orden, siendo así que realiza regularmente de arriba hacia abajo, aunque cada médico tiene su propio método. Pero por supuesto que en el caso de una Laparatomía Exploradora de -- emergencia se buscará directamente el área -- que creemos es la afectada.

Luego de los hallazgos encontrados como pudieran ser perforaciones, laceraciones, contusiones, ruptura de vísceras, etc. se proce-

de a su corrección quirúrgica; luego de efectuados todos los procedimientos adecuados se procede a cerrar la incisión mediante planos separados, comprobando siempre una adecuada Hemostasia. A los pacientes operados de emergencia en el abdomen se les dejan regularmente puntos de contención con Nylon o Seda.. 1 (2)

Como hemos podido darnos cuenta existen multitud de medios diagnósticos que pueden ayudarnos a mejorar nuestro diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, como también hemos visto la laparotomía exploradora es un medio diagnóstico también a nuestro alcance pero esta deberá realizarse cuando se hayan agotado los anteriores recursos que tenemos en nuestro Hospital General.

### OBJETIVOS

1. Establecer la relación que existe entre la laparatomía Exploradora en Blanco efectuada a los pacientes que consultaron a la emergencia del Hospital General S.J. de D. en los años 1975-79 y los estudios diagnósticos efectuados previos a cada dicha intervención.

2. Mostrar que existen medios diagnósticos que utilizados pertinentemente en el momento indicado ayudan grandemente a tener un diagnóstico final más acertado en beneficio del paciente y no someterlo a una intervención quirúrgica innecesaria.

**MATERIAL:**

Consistió en la revisión de todos los Registros Clínicos de pacientes a los cuales les fué practicada una laparatomía-Exploradora en Blanco, en el servicio de Emergencia del Hospital General San Juan de Dios, siendo un total de 35 casos, estando comprendida la revisión del año 1975 al año 1979.

**METODO:**

Se usó el método Inductivo, valiéndose de las siguientes Técnicas y Procedimientos: Se hizo una revisión completa de los libros de sala de operaciones en los cuales constan todos los casos atendidos por medio del servicio de emergencia de los años 1975-79, de estos libros se tomaron los siguientes datos:

Nombre del paciente, edad, procedimiento, efectuado y diagnóstico preoperatorio, - así como al servicio al cual fueron referidos luego de la operación, luego de tomados estos datos se revisó en los libros de estadística de cada servicio interno del hospital, a fin de obtener el número de Registro Clínico de cada paciente, luego de obtenido este se procedió a la revisión de cada papeleta en el Archivo General del Hospital General, Obteniendo los datos siguientes: Edad, - Sexo, Motivo de Consulta , Tiempo de Ini-

cio de los Síntomas, Examen físico de ingreso, estudios preoperatorios efectuados, Diagnóstico preoperatorio, hallazgos, complicaciones y evolución del paciente, los datos anteriores fueron recopilados en un formulario especial que se construyó para ello.

### ANALISIS ESTADISTICO

Los datos obtenidos se agruparon mediante series estadísticas por procedimientos estandarizados, con los cuales se determinó el número de clases, la amplitud y por último el intervalo de clase para la edad y el tiempo entre los síntomas y la primera consulta a la emergencia del hospital, obteniendo de estos datos sus respectivas medias aritméticas.

Se elaboraron 6 cuadros y 6 gráficas el cuadro designado como número 1, nos muestra la edad más frecuente de abdomen agudo quirúrgico y el diagnóstico que motivó la laparotomía exploradora, de este cuadro se obtuvieron las gráficas 1, 2, 3, y 4 que muestran la edad y el origen del abdomen agudo separadamente, en todas se muestra su relación porcentual. El cuadro designado como número 2 relaciona el sexo y la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, tomando el total de casos y su relación porcentual; de este cuadro se obtuvieron las gráficas numeradas 5 y 6 que nos muestran el sexo más frecuentemente afectado en cada diagnóstico clínico de abdomen agudo, y el sexo más afectado del total de casos estudiados. El cuadro designado como número 3 nos muestra los diagnósticos preoperato-

rios más frecuentes y su relación porcentual con el número total de los mismos. El cuadro designado como número 4 nos muestra la relación porcentual entre el origen del problema abdominal y el laboratorio clínico efectuado, El cuadro número 5 nos muestra la relación porcentual entre el origen del problema abdominal y el exámen radiográfico efectuado; El cuadro número 6 nos muestra otras pruebas diagnósticas efectuadas y su relación porcentual con el origen del cuadro de abdomen agudo estudiado.

El examen físico de ingreso no se tabuló por ser igual en todos los pacientes estudiados, mostrando todos un abdomen agudo típico, que fué por lo que se les intervino quirúrgicamente, así mismo no hubo complicaciones en los pacientes estudiados y su evolución fué satisfactoria, y para fines estadísticos no valdría la pena hacer tabulaciones de estos datos.

### RESULTADOS:

Se estudiaron 35 casos en total, estos ocuparon el 4.2 % del total de Laparatomías efectuadas en los años de estudio, las edades de los pacientes estuvo entre 2 meses lo menor y 66 años la mayor con una media de 29 años, encontrándose esta en el intervalo de 21- 30 años. El diagnóstico dado al cuadro abdominal de origen funcional fué el que ocupó mayor número de pacien-

tes, ocupando el 31.4 % del total de casos, siguiéndole el diagnóstico de Herida por Arma Blanca y Trauma cerrado de abdomen con el 28.6 % cada uno. (Ver cuadro No. 1 y Graficas Nos. 1, 2, 3, y 4).

La media entre el tiempo de inicio de los síntomas y la consulta a la Emergencia fué de 8 horas exactas.

El sexo más frecuentemente afectado fué el Masculino con un total de 23 casos ocupando el 66 %, se observa además que el abdomen agudo de Origen Funcional fué predominantemente Femenino, siendo los de más diagnósticos de predominio Masculino. (Ver cuadro No. 2 y gráficas No. 5 y 6)

Entre los diagnósticos preoperatorios más frecuentes que se dieron antes de efectuar la Laparatomía Exploradora en Blanco fueron los principales: Ruptura de Visceras Internas secundario a Herida por Arma Blanca en 10 casos, igual al 26.3 %, luego el diagnóstico de Ruptura de Visceras internas secundario a Trauma Cerrado de Abdomen, también con 10 casos siendo igual al 26.3 %, y luego siguió el diagnóstico de Ruptura de vísceras internas secundario a Herida por Arma de Fuego con 4 casos, siendo igual al 10.5 %. (Ver cuadro No. 3).

Los laboratorios efectuados a los 35 pacientes estudiados se tabularon separadamente según diagnóstico principal de ingreso, observándose que la Hematología fue el laboratorio principalmente efectuado, se realizó en el 100 % de pacientes, así mismo se les efectuó compatibilidad a todos los pacientes al momento de mandarlos a sala de operaciones, los exámenes de Orina, Glicemia, Prueba Hepática y química sanguínea se efectuaron solamente en unos cuantos pacientes, ocupando el más alto porcentaje el examen de Orina con el 60 % a los pacientes con trauma cerrado de abdomen, el examen de Amilasa únicamente se efectuó a dos pacientes que consultaron por problema abdominal de Origen Funcional. (Ver cuadro No. 4)

Los exámenes radiológicos de Tórax y Abdomen ocuparon el 80 y 70 % respectivamente en los Cuadros de Trauma cerrado de abdomen y Herida por Arma Blanca; Los pacientes con herida por Arma de Fuego, ocuparon únicamente el 50 %, y los pacientes que consultaron por Problema de origen Funcional. ocuparon únicamente el 18 %, se efectuó colangiograma únicamente a un paciente que consultó por Problema de Origen Funcional, a estos pacientes se les efectuó también 2 pielogramas igual al 18 %, se efectuaron 2 fistulogramas igual al 20 % a los pacientes que consultaron

por Herida de Arma Blanca. (Ver cuadro No 5)

La Parasentesis abdominal fue efectuada únicamente en el 20 % de los pacientes que consultaron por Trauma Cerrado de Abdomen, el Lavado Peritoneal se efectuó a estos mismos pacientes, y al 20 % de pacientes con Herida por Arma Blanca, la Laparoscopia fue efectuada en el 18 % de pacientes que consultaron por Problema de Origen Funcional. (Ver cuadro No. 6)

### ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Para el presente estudio se tomaron todos los casos encontrados de laparatomías exploradas en blanco durante el periodo de 1975 a 1979 encontrando un total de 35 casos que es igual al 4.2 % del total de Laparatomías efectuadas, siendo este porcentaje que podría considerarse alto, la media de la edad fué de 29 años, encontrándose en el intervalo de 21 - 30 años, que se puede observar que es la edad donde reportan la mayoría de estadísticas que se suceden este tipo de problemas a nivel abdominal (10), el mayor número de pacientes se encontró entre los que consultaron por cuadro abdominal de Origen Funcional, con el 31.4 % del total de casos, se observa además que este problema es el que más diagnóstico diferencial presenta, luego se observa que los pacientes con Herida por Arma Blanca y politraumatizados con trauma cerrado de abdomen ocuparon los siguientes lugares, lo cual concuerda con las edades de 21 - 30 años, que cuando se presentan mayormente este tipo de problemas.

El tiempo entre el inicio de los síntomas y la consulta tuvo una media de 8 horas, lo cual significa que todos tuvieron tiempo para hacerles un diagnóstico más preciso, mediante los procedimientos adecuados, estando luego un promedio de 1 hora en la Emergencia antes de la intervención quirúrgica.

El sexo más frecuentemente afectado fue el masculino con el 66 %, esto concuerda con la edad de 21- 30 años que es cuando se suceden la mayoría de agresiones ya sea por Arma Blanca o Arma de Fuego, además se trata de personas expuestas a traumatismos, ya sea de origen Laboral o automovilísticos.

Los diagnósticos preoperatorios más frecuentes fueron Ruptura de Visceras internas por Herida de Arma Blanca con el 26.3 % y Ruptura de Visceras internas secundario a Trauma Cerrado de Abdomen con el 26.3 %, luego siguió el diagnóstico de Rupturas de visceras internas por Herida de Arma de Fuego con el 10.5 %; Esto concuerda nuevamente con el tipo de paciente más afectado, el que se encuentra en la Media de 29 años y con el sexo Masculino. Los demás diagnósticos estuvieron dentro del diagnóstico diferencial por Problemas Abdominales de Origen Funcional, que fue predominantemente Femenino.

De los exámenes de Laboratorio efectuados, únicamente la Hematología y la Compatibilidad se efectuaron en todos los pacientes estudiados, otro tipo de exámenes para diagnóstico diferencial se efectuaron escasamente en algunos pa-

cientes, entre ellos el examen de orina con el 60 % en los pacientes con Trauma cerrado de Abdomen y el 54 % en los pacientes con Abdomen agudo de Origen Funcional, se observa la poca importancia a las pruebas Hepáticas, Glicemia, QQ.SS. y Amilasa.

El estudio Radiográfico del Torax y Abdomen se realizó únicamente en el 80 y 70 % de los pacientes con Problema de Trauma Cerrado de Abdomen y Herida por Arma Blanca respectivamente ocupando el 50 % en otros padecimientos, se observa que la radiografía de abdomen siendo importante en todos los casos se realizó en un 49 % únicamente de todos los casos, el colangiograma en un paciente y el pielograma en 2 pacientes que consultaron por problema de Origen Funcional.

La Parasentesis Abdominal, Prueba Diagnóstica importante en este tipo de Padecimientos se efectuó únicamente en 2 pacientes con Trauma cerrado de abdomen y el lavado peritoneal en 4 pacientes del total de 35 que consultaron, por lo que puede verse claramente la poca importancia que se les dió a estas pruebas útiles para mejorar el diagnóstico de Abdomen Agudo Quirúrgico en este estudio.

### CONCLUSIONES

- La muestra es fiable.
- La edad más frecuente de pacientes afectados en nuestro estudio fué de 21-30 años, estando la media en 29 años.
- La media entre el tiempo de inicio de los síntomas y el momento de la consulta fué de 8 horas, y el tiempo de estancia en la emergencia fué de 1 hora, lo que demuestra que la mayor parte de pacientes tuvieron tiempo para efectuarles análisis de gabinete para mejorar el diagnóstico final.
- El sexo más frecuentemente afectado fué el Masculino que ocupó el 66 % del total de casos estudiados, y el motivo de consulta más frecuente fué por Trauma Cerrado de Abdomen, Herida por Arma Blanca y por Causas de Origen Funcional, este último diagnóstico fué de predominio femenino.
- Los exámenes de Laboratorio que se efectuaron en todos los pacientes fueron los de Hematología y Compatibilidad, no así otros exámenes útiles para mejorar el diagnóstico final, sobre todo cuando se

analiza un problema abdominal de Origen Funcional como serían las Pruebas Hepáticas, Amilasa Química Sanguínea, Orina y Glicemia. (Cuadro No. 4).

Los estudios Radiográficos necesarios de efectuar en pacientes con Trauma Cerrado de Abdomen, con herida por Arma Blanca o Proyectil, se efectuaron únicamente en el 50 y 70 % de todos los casos siendo los estudios de Tórax y Abdomen los más frecuentes. (Cuadro No. 5)

Los Estudios diagnósticos por medio de la Paracentesis Abdominal o el Lavado Peritoneal, útiles en la determinación de perforación de visceras internas, ya sea por trauma cerrado de abdomen, herida por arma blanca o proyectil, se realizaron únicamente en el 20 % de los casos estudiados, lo que demuestra el poco conocimiento o interés de los mismos durante el período estudiado, siendo estas pruebas estudios valiosos en los problemas abdominales mencionados.

No se puede establecer una relación entre los pacientes a los cuales se les efectuó una Laparatomía Exploradora en Blanco y los medios diagnósticos utilizados en los mismos previos a cada dicha intervención, ya que como se demuestra en la presente investigación, estos no fueron realizados en la mayoría de pacientes, ni tampoco fueron los pertinentes según el origen del cuadro abdominal.

Existen medios diagnósticos que utilizados pertinentemente en el momento indicado a pacientes que ingresan a la Emergencia de un Hospital con Cuadros de Abdomen Agudo pueden contribuir a mejorar el diagnóstico final, antes de someterlos a la Laparatomía Exploradora.

Todo paciente que llegue a la Emergencia de un Hospital con cuadro de Abdomen Agudo Quirúrgico evidente, y su estado general determinado mediante un buen examen clínico amerite efectuar inmediatamente la Laparatomía Exploradora, siempre estará indicada efectuarla, si con ello conlleva la salud del paciente.

#### RECOMENDACIONES

- Hacer una evaluación clínica cuidadosa del paciente al que se le sospeche un abdomen agudo quirúrgico, tomando siempre en cuenta su estado general, evaluando así la posibilidad de efectuar exámenes de laboratorio y Rayos X, para asegurarse un mejor diagnóstico y dar al paciente el tratamiento más adecuado, sin exponerlo a un riesgo quirúrgico innecesario.
- Mejorar el servicio de Laboratorio y Rayos X, a fin de que el médico siempre piense en la posibilidad de que sean efectuados rápida y eficientemente, teniendo de esta manera siempre presentes como medios diagnósticos de Emergencia.
- Que se elabore un reglamento acerca de las obligaciones de los médicos internos y externos, para un mejor manejo de los pacientes que ingresan a los servicios de Emergencia.
- Que se incremente el presupuesto del hospital y efectuar así exámenes completos a los pacientes.
- En próximas investigaciones de este tipo, tomar como variable un medio diagnóstico de Gabinete y establecer su relación con

un diagnóstico determinado de Abdomen Agudo, a nivel de nuestros Laboratorios en nuestros Hospitales nacionales.

## REFERENCIAS

1. Tribuna Médica, Ediciones Lenner, Internacional Inc. Bogotá. Segundo Número de Octubre 1978. No. 267. Tomo XXIV. No. 8.
2. Welch E. Claude, Cirugía Gastrointestinal. Interamericana S.A. México 1952. 339 p.
3. Cope. The Early Diagnosis of the Acute Abdominal. New York Oxford. University Press. 1963.
4. 27 Lecciones y 5 Mesas Redondas de Patología Digestiva. XVIII curso de especializaciones en el servicio. Escuela del INP. Madrid. Jefe, Dr. E. Arias Vallejo. Gráficas Orión. Madrid 1975. 454. p.
5. Tribuna Médica. Ediciones Lennes, Internacional Inc. Bogotá. Segundo Número de Junio 1979. No. 283. Tomo XXV. No. 12.
6. Krupp, Marcus, A. Diagnóstico y Tratamiento. 7a. Edición en Español. El Manual Moderno, México 1972. 1082 p.
7. Dumphy, John, Engelbert, 1908. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico. Traducción de Armando Soto. El Manual Moderno, México. 1972. 1314. p.

8. G. Marañon, Manual de Diagnóstico Etiológico. 7a. Edición Escapa-- Calpe, S.A. Madrid 1952. 1013 p.
9. Saviston, Daves, Cristopher. Tratado de Patología Quirúrgica. 10a. Edición, Interamericana, México -- 1974. Tomo I. 1043 p.
10. Actualidades Medicas. Editora Médica S.A. Editor: Dr. Eric Torres - Montes. México y Guatemala, Vol. I. Abril 1979. No. 10. 56 p.
11. Garb, Salomón. Laboratorio en la Práctica Médica. 3a. Edición. El Ateneo, Buenos Aires 1976. XXXVI. 1341 p.
12. Giulano, Alfredo. Clínica y Tera- péutica Quirúrgica. 3a. Edición. El Ateneo. Buenos Aires 1976. 190 p.
13. The Ciclopedia of Medicine Surgery and Specialities. George Morris - Plersol, B.S. MD. Editor in Chief. F.A. Davis, 1945. V. 8. Philadel- phia, U.S.A. 908 p.

BIBLIOGRAFIA

1. Atlas of Surgical Operations. By Elliot C. Cutler. And Robert Zollinger. The McMillan Company, New York 1939. 181 p.
2. Homans John. Patología Quirúrgica. Trad. Edagar Becerra y Manuel Quijano. México La Prensa Médica Mexicana 1948. XVI, -- 1325 p.
3. Pavlovski, Alejandro. Abdomen Agudo - Quirúrgico, Síntomas, Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires. 1956.
4. Artz, Curtis p. Complicaciones en cirugía y su Tratamiento. México, Interamericana, 1965. 879 p.
5. Ballinger, Walter P. Research Trethods in Surgery. Boston, Mass. Little Brown and Co. 1964. 400 p.

CUADRO No. 1

Relación Porcentual entre la edad y el origen del Abdomen Agudo aparentemente quirúrgico, que llevó a la Laparatomía Exploradora en Blanco de 35 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General S. J. de D. en los años 1975-79. En el intervalo 21-30 años se observa la edad más frecuentemente afectada.

EIDADES	Trauma Cerrado		Arma Blanca		Arma de Fuego		Origen Funcional		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 10							1	9	1	2.9
11 - 20	1	10	4	40	1	25	3	27	9	25.7
21 - 30	5	50	3	30	2	50	4	37	14	40.0
31 - 40	2	20	1	10			2	18	5	14.3
41 - 50			2	20					2	5.7
51 - 60	1	10							1	2.9
61 - 70	1	10			1	25	1	9	3	8.6
<b>TOTALES</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>

Datos obtenidos del Archivo General del Hospital General San Juan de Dios. Guatemala 1979.

CUADRO No. 2

Relación porcentual entre el cuadro abdominal que dió origen a la Laparatomía Exploradora en Blanco y el sexo más frecuentemente afectado de 35 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General San Juan de Dios en los años 1975-79. Se observa que el sexo más frecuentemente afectado fué el masculino con el 66 %, y la etiología que predominó fué por origen funcional, en el sexo femenino con 9 casos. El cuadro abdominal de origen por Trauma cerrado, herida por arma blanca y de fuego, fué predominantemente en el sexo masculino.

	Trauma Cerrado		Arma Blanca		Arma de Fuego		Origen Funcional		Totales	
SEXO	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	7	70	10	100	4	100	2	18	23	66
Femenino	3	30					9	82	12	34
Total	10	100	10	100	4	100	11	100	35	100

Datos obtenidos del archivo del Hospital General San Juan de Dios. Guatemala 1979.

CUADRO No. 3

Diagnóstico preoperatorios más frecuentes que se dieron antes de efectuar la Laparotomía Exploradora en Blanco, a 35 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General S.J. de D. en los años 1975-79. Se observa que el diagnóstico de Ruptura de Viscera Interna por Arma Blanca obtuvo 10 casos con el 26.3%, igualándolo el diagnóstico de Trauma Cerrado de Abdomen con 10 casos siendo igual al 26.3% respectivamente.

	No.	%
Herida por Arma Blanca. Ruptura de Visceras	10	26.3
Herida por Arma de Fuego. Ruptura de Visceras	4	10.5
Politraumatizado. Trauma Cerrado de Abdomen	10	26.3
Colecistitis Aguda	2	5.3
Pancreatitis Aguda	2	5.3
Embarazo Extópico	3	7.9
Rompimiento de Muñon Arterias	1	2.6
Post. Operatorio	2	5.3
Infección Pélvica	1	2.6
Obstrucción Intestinal	1	2.6
Estenosis Pilórica	1	2.6
Anexitis	1	2.6
Quieste Ovárico Retorcido	1	2.6
TOTALES	38	100.0

Datos obtenidos del archivo general del Hospital General San Juan de Dios. Guatemala 1979.

CUADRO No. 4

Origen del Abdomen Agudo Quirúrgico y su relación Porcentual con cada Laboratorio Clínico efectuado a 35 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General S. J. de D. en los años-1975-79, y ha los cuales les fué efectuada una Laparatomía Exploradora en Blanco. Se observa que únicamente la Hematología y Compatibilidad fueron efectuadas en todos los casos. No se obtuvieron resultados de cada laboratorio efectuado.

No. de Casos	Cuadro Abdominal	Hematología		Compatibilidad		Orina		Glicemia		Pruebas Hepáticas		QQ.SS.		Amilasa		V.D.R.L.	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
10	Trauma Cerrado de Abdomen	10	100	10	100	6	60	2	20	1	10	1	10			2	20
10	Arma Blanca	10	100	10	100	5	50	3	30								
4	Arma de Fuego	4	100	4	100	2	50										
11	Origen Funcional	11	100	11	100	6	54	4	36	5	45	2	18	2	18	1	9

Datos obtenidos del Archivo General del Hospital General San Juan de Dios. Guatemala 1979.

CUADRO No. 5

Origen del Abdomen Agudo Quirúrgico y su relación porcentual con los estudios radiográficos efectuados a 35 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General S.J. de D. en los años 1975-79. Puede observarse que los estudios más efectuados fueron de tórax y de abdomen, siendo el más alto porcentaje de 180% - efectuados a los pacientes con trauma cerrado de abdomen.

No. de Casos.	Cuadro No. Abdominal	No. %				
10	Trauma cerrado de abdomen	8	80	8	80	
10	Arma Blanca	7	70	5	50	2 20
4	Arma de Fuego	2	50	2	50	
11	Origen Funcional	2	18	2	18	2 18

Datos obtenidos del archivo general del Hospital General San Juan de Dios. Guatemala 1979.

CUADRO No. 6

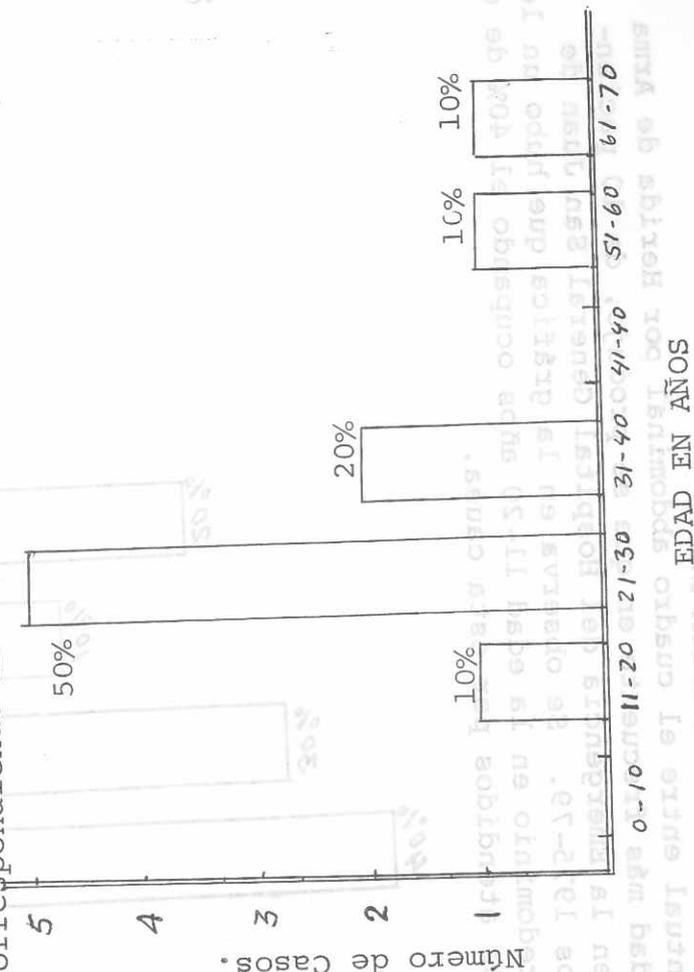
No de Casos	Cuadro Abdominal	Parentesis		Lav. Peritoneal		Laparoscopia	
		No.	%	No.	%	No.	%
10	Trauma cerrado abdomen Arma Blanca	2	20	2	20	10	100
4	Fuego Origen Funcional	2	50	2	50	2	50

Datos obtenidos del Archivo General del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala 1979.

Origen del Abdomen Agudo Quirúrgico y su relación porcentual con otros medios diagnósticos empleados cuando se tiene el presente diagnóstico, en 35 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General S.J. de D. en los años 1975-79. Se observa la poca importancia dada a los mismos, ya que únicamente el 20% de pacientes con Trauma Cerrado de Abdomen, se les efectuó Paracentesis, y ha un 20% de pacientes con Trauma Cerrado de Abdomen y por herida de Arma Blanca respectivamente, se les efectuó Lavado Peritoneal, a un 18% de pacientes con Problema de Origen funcional se les efectuó una Laparoscopia.

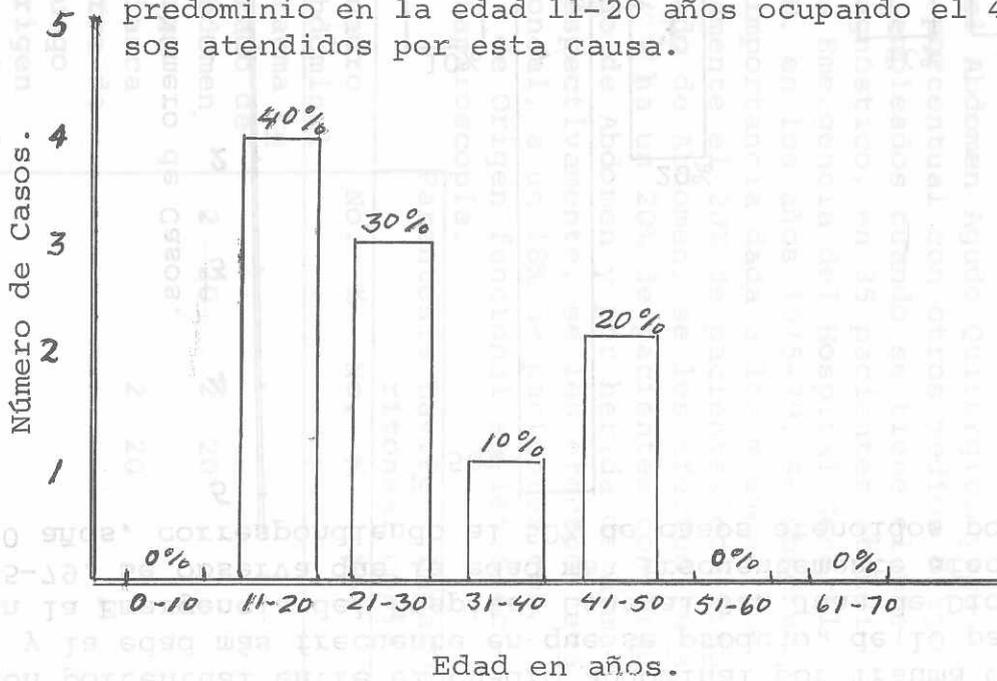
GRAFICA No. 1

Relación porcentual entre el cuadro abdominal por Trauma Cerrado de Abdomen y la edad más frecuente en que se produjo, de 10 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General San Juan de Dios en los años 1975-79. Se observa que la edad más frecuentemente afectada es la de 21-30 años, correspondiendo al 50% de casos atendidos por esta causa.



GRAFICA No. 2

Relación porcentual entre el cuadro abdominal por Herida de Arma Blanca, y la edad más frecuente en que se produjo, de 10 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General San Juan de Dios en los años 1975-79. Se observa en la gráfica que hubo un leve predominio en la edad 11-20 años ocupando el 40% de casos atendidos por esta causa.



GRAFICA No. 3

Relación porcentual entre el cuadro abdominal por Herida de Arma de Fuego, y la edad más frecuente en que se produjo, de 4 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General San Juan de Dios en los años 1975-79. Se observa predominio marcado en las edades de 21-30 años ocupando este el 50% de casos atendidos por esta causa.

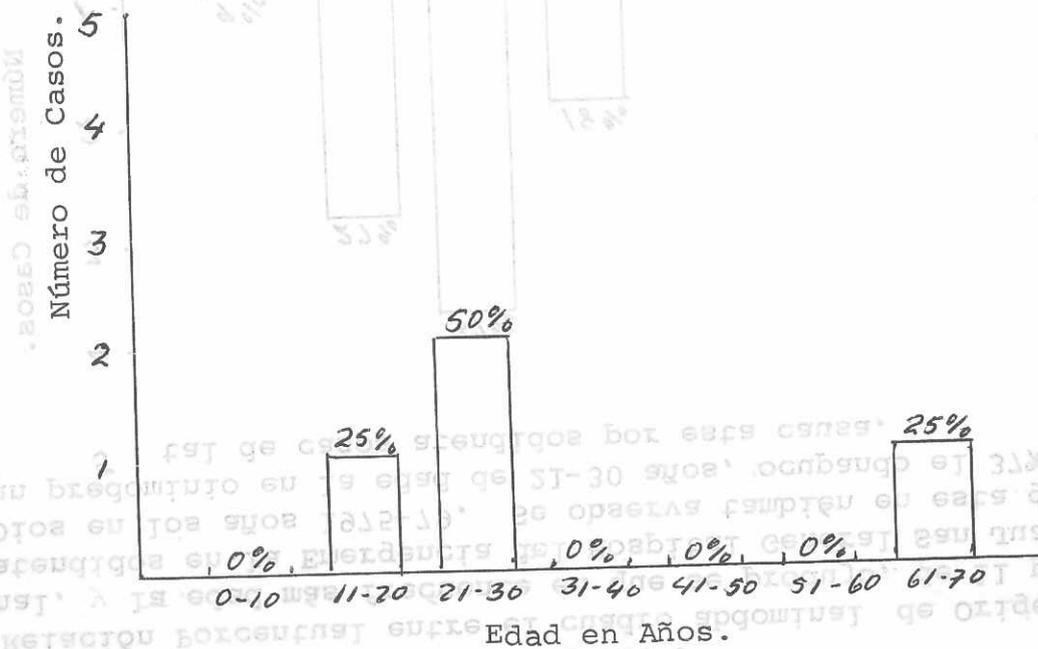


GRAFICO No. 4

Relación Porcentual entre el cuadro abdominal de Origen Funcional, y la edad más frecuente en que se produjo, de 11 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General San Juan de Dios en los años 1975-79. Se observa también en esta gráfica un predominio en la edad de 21-30 años, ocupando el 37% del total de casos atendidos por esta causa.

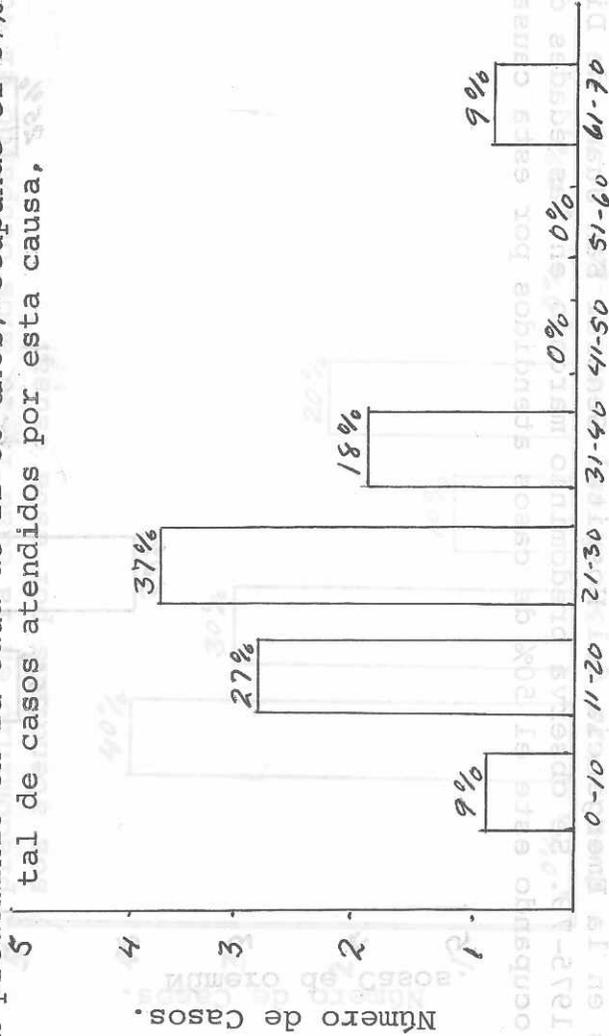
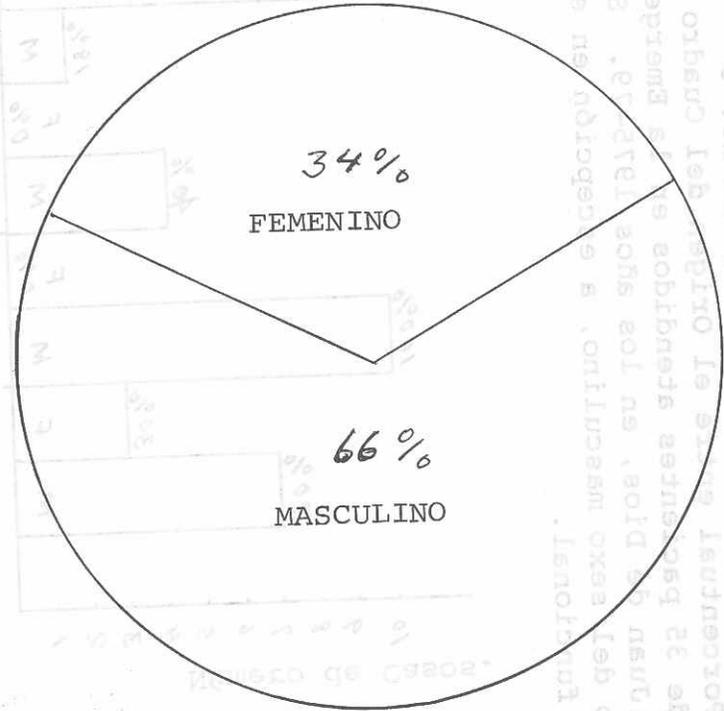


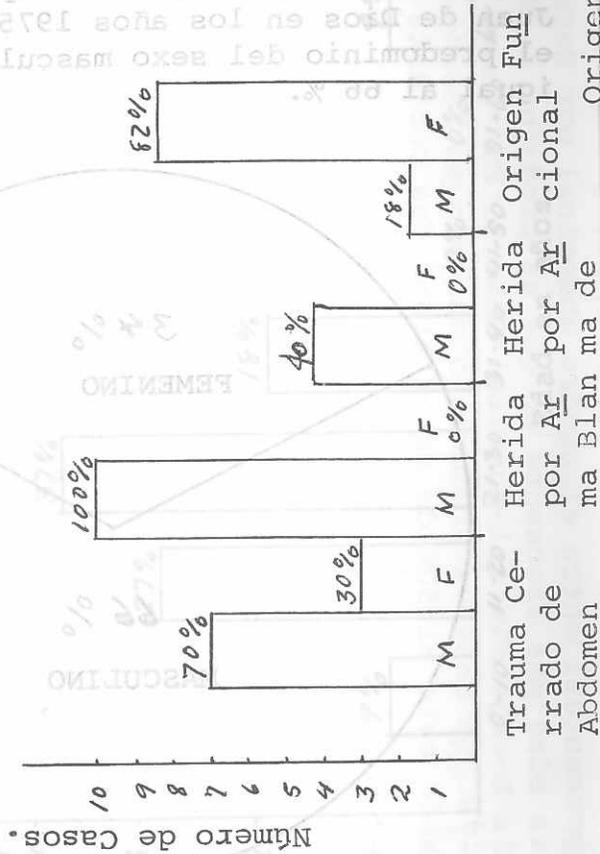
GRAFICO No. 5

Relación porcentual de las frecuencias del sexo de 35 pacientes a los que se les efectuó una Laparatomía Exploradora en Blanco, atendidos en la Emergencia del Hospital General San Juan de Dios en los años 1975-79. Se observa el predominio del sexo masculino con 23 casos, igual al 66 %.



Datos obtenidos del archivo general del Hospital General San Juan de Dios. Guatemala 1979.

Relación Porcentual entre el Origen del Cuadro Abdominal y sexo más afectado de 35 pacientes atendidos en la Emergencia del Hospital General San Juan de Dios, en los años 1975-79. Se observa que hay -- predominio del sexo masculino, a excepción en el Cuadro Abdominal -- de origen funcional.



Origen del Cuadro

Bo.

*[Signature]*

Director de Fase III

Carlos A. Walhein S.

Dr.

*[Signature]*

Decano.

Rolando Castillo Montalvo.

*[Signature]*  
Asesor.  
Elmer Enrique Grijalva Barascout.

Br.

*[Signature]*  
Jerónimo Alberto Toreros Esturbán.

Dr.

*[Signature]*  
Revisor.

Jorge Henry Leiva. 156

Dr.

*[Signature]*  
Secretario

Raul A. Castillo Rodas.