



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**TEMA**

**ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO, FACTORES DESENCADENANTES  
Y COMPLICACIONES EN MUJERES DE 20 A 30 AÑOS EN EL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON EN  
EL AÑO 2014-2015**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA  
OPTAR EL TÍTULO DE MEDICO**

**AUTOR: KARLA RAQUEL ALVARIO VARAS**

**TUTOR: DR. LUIS NAVARRO**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**AÑO**

**2016**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la Sra. Karla Raquel Alvario Varas ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el Grado de Médico

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**SECRETARIA**

**ESCUELA DE MEDICINA**



## **CERTIFICADO DEL TUTOR**

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA  
OPTAR EL TITULO DE MEDICO.DE LA FACULTAD DE CIENCIAS  
MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE  
TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR LA SRA KARLA RAQUEL  
ALVARIO VARAS CON C.I. # 1207099720

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES:

**ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO, FACTORES DESENCADENANTES  
Y COMPLICACIONES EN MUJERES DE 20 A 30 AÑOS EN EL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON EN  
EL AÑO 2014-2015**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE  
APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO.

TUTOR

DR. LUIS NAVARRO

## **CERTIFICADO GRAMÁTICO**

Lcda. LIGIA ROXANA MENDOZA ZAMBRANO con domicilio ubicado en por medio de la presente tengo a bien CERTIFICAR: Que he revisado el trabajo de titulación de grado elaborada por la SRA. KARLA RAQUEL ALVARIO VARAS previo a la Obtención del título de MEDICO

TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES:

**ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO, FACTORES DESENCADENANTES  
Y COMPLICACIONES EN MUJERES DE 20 A 30 AÑOS EN EL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON EN  
EL AÑO 2014-2015**

El trabajo de titulación revisada ha sido escrito de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.

**LCDA. LIGIA MENDOZA**

## DEDICATORIA

*Dedico de manera muy especial mi trabajo de investigación a Dios, ser maravilloso que medio fuerza para terminar lo que parecía imposible.*

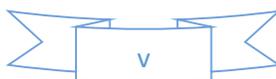
*A mis padres Ulfredo Alvario y Raquel Varas por su apoyo constante, por inculcarme día a día principios y valores fundamentales, los cuales me enseñaron que nada es imposible en la vida, que si uno se propone algo no debe descansar hasta cumplirlo.*

*A mi esposo José Castro por sus palabras, confianza y amor que me brinda para realizarme profesionalmente.*

*A mi hijo, razón de vivir y superación para seguir luchando.*

*A mis hermanos, familiares y amigos por los momentos inolvidables compartidos.*

**KARLA**



## AGRADECIMIENTO

*Agradezco a Dios por darme la vida y hacer posible la realización de este trabajo de investigación.*

*A mi Tutor Dr. Luis Navarro quien realizó las revisiones y sugerencias necesarias para la realización de esta investigación.*

*Al Dr. Bolívar Vaca por el asesoramiento brindado.*

*A mis padres, esposo, hijo y hermanos por impulsarme a terminar mi proyecto.*

*A la Universidad de Guayaquil por permitirme culminar una etapa de mi vida profesional.*

*Al Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón por brindarme la apertura necesaria durante la realización de la investigación.*



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



**SENESCYT**

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,  
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS**

**TÍTULO Y SUBTÍTULO:** Abdomen Agudo Quirúrgico, factores desencadenantes y complicaciones en mujeres de 20 a 30 años en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2014-2015

**AUTOR/ ES:** KARLA RAQUEL  
ALVARIO VARAS

**REVISORES:**  
Dr. LUIS NAVARRO

**INSTITUCIÓN:** Universidad de  
Guayaquil

**FACULTAD:** Ciencias Medicas

**CARRERA:** Medicina

**FECHA DE PUBLICACION:**

**N° DE PAGINAS:**

**ÁREAS TEMÁTICAS:** CIRUGIA

**PALABRAS CLAVES:** Cirugía, complicaciones, Abdomen Agudo Quirúrgico

**RESUMEN:** El abdomen agudo es un término descriptivo amplio que define una situación clínica de urgencia caracterizada por el inicio súbito de síntomas abdominales en un paciente previamente sano. Su síntoma principal es el dolor, que puede acompañarse de otros datos como náuseas vómitos, cambios del ritmo intestinal o alteración de las funciones genitourinarias. Puesto que muchas de las entidades responsables de este síndrome son potencialmente letales si no se tratan de una manera precoz mediante intervención quirúrgica, el abdomen agudo representa una de las situaciones más acuciantes con las que debe enfrentarse el médico.

Este estudio se lo realizo en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón ubicado en la ciudad de Guayaquil, En el periodo 2014 a 2015 se reportaron en el departamento de estadística alrededor de 679 pacientes con el diagnostico de Abdomen agudo que ingresaron a esta institución, de los cuales se tomaron como muestra cien historias clínicas de pacientes que presentaron Abdomen Agudo

Quirúrgico.		
<b>Nº DE REGISTRO (en base de datos):</b>		<b>Nº DE CLASIFICACIÓN:</b>
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<b>SI X</b>	<b>NO</b>
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0939944992	<b>E-mail:</b> alca31_8@hotmail.com
<b>CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre: Universidad de Guayaquil Escuela de Medicina</b>	
	<b>Teléfono: 042288126</b>	
	<b>E- mail: <u>www.ug.edu.ec</u></b>	

## RESUMEN

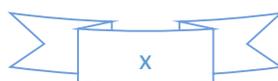
El abdomen agudo es un término descriptivo amplio que define una situación clínica de urgencia caracterizada por el inicio súbito de síntomas abdominales en un paciente previamente sano. Su síntoma principal es el dolor, que puede acompañarse de otros datos como náuseas vómitos, cambios del ritmo intestinal o alteración de las funciones genitourinarias. Puesto que muchas de las entidades responsables de este síndrome son potencialmente letales si no se tratan de una manera precoz mediante intervención quirúrgica, el abdomen agudo representa una de las situaciones más acuciantes con las que debe enfrentarse el médico.

Este estudio se lo realizó en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón ubicado en la ciudad de Guayaquil, En el periodo 2014 a 2015 se reportaron en el departamento de estadística alrededor de 679 pacientes con el diagnóstico de Abdomen agudo que ingresaron a esta institución, de los cuales se tomaron como muestra cien historias clínicas de pacientes que presentaron Abdomen Agudo Quirúrgico.

## **ABSTRACT**

Acute abdomen is a broad descriptive term for a medical emergency characterized by the sudden onset of abdominal symptoms in a previously healthy patient. Its main symptom is pain, which may be accompanied by other data such as nausea, vomiting, changes in bowel habits or alteration of genitourinary functions. Since many of the entities responsible for this syndrome are potentially lethal if not treated early way by surgery, acute abdomen represents one of the most pressing situations that must face the doctor.

This study was conducted at the Specialist Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón located in the city of Guayaquil, in the period 2014-2015 were reported in the statistics department about 679 patients with the diagnosis of acute abdomen admitted to this institution , which it was sampled hundred medical records of patients who had acute surgical abdomen.



## INDICE GENERAL

CERTIFICADO DE APROBACION.....	ii
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	iii
CERTIFICADO GRAMÁTICO.....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I .....	3
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	4
1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	4
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
CAPÍTULO II .....	7
2.1. MARCO TEÓRICO .....	7
2.1.1. ABDOMEN AGUDO.....	7
2.1.2. ETIOLOGIA.....	8
2.1.3. SIGNOS EXPLORATORIOS MÁS FRECUENTES .....	17
2.1.4. MANIFESTACIONES GENERALES .....	17
2.1.5. SÍNTOMAS ASOCIADOS.....	17
2.1.6. EXAMEN ABDOMINAL INSPECCIÓN .....	18
2.1.7. EXÁMENES RADIOLÓGICOS.....	20
3.1. MATERIALES Y MÉTODOS .....	24
3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN .....	24
3.1.2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.1.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	24
3.1.5. NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	25
3.1.6. RECURSOS EMPLEADOS .....	25
3.1.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN.....	26
3.2. MÉTODOS.....	27
3.2.1. TEÓRICOS .....	27
CAPÍTULO IV.....	29

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	29
CAPÍTULO V .....	38
CONCLUSIONES .....	38
CAPÍTULO VI .....	40
RECOMENDACIONES O PROPUESTAS .....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS .....	44

## INTRODUCCIÓN

Se considera abdomen agudo un cuadro abdominal doloroso de inicio reciente, generalmente entre minutos y horas aunque a veces se puede incluir afecciones de días de evolución, gran intensidad y de importancia vital, ya que si no se instauro tratamiento precozmente puede poner en peligro la vida del paciente.

El diagnóstico de abdomen agudo hoy en día es muy difícil en ciertas ocasiones pues la sintomatología es fuente de confusión. A pesar de los avances de medicina de los últimos 20 años, las publicaciones internacionales más recientes refieren incluso más del 30% de diagnósticos de dolor abdominal inespecífico. Los retrasos en el diagnóstico de patologías quirúrgicas urgentes, que provocan un gran incremento de la morbimortalidad de los pacientes, siguen produciéndose en unos porcentajes nada desdeñables. Las novedosas y sofisticadas exploraciones complementarias y por lo tanto, caras (TAC, RMN, etc.) que se pueden solicitar obtienen un porcentaje de resultados negativos tal que podría pensarse en la posibilidad de habérselas ahorrado. La dificultad en el diagnóstico del abdomen agudo varía según la edad, siendo más difícil en lactantes y ancianos.

Los errores diagnósticos que se producen suelen deberse a haber fallado en el proceso diagnóstico, así la causa más frecuente de errores se deben a:

- Obtención incompleta de los hechos (no hacer preguntas pertinentes, hacer preguntas de manera incorrecta, interpretación incorrecta de la información obtenida).
- Falta de valoración de la información obtenida (tener probabilidades a favor y en contra, demasiada información de datos irrelevantes).

Esta patología se ha transformado en un diagnóstico operativo con que el médico de urgencia trabaja para llegar al diagnóstico más preciso, causante del síndrome, luego de la observación y aplicación de una variedad de exámenes de laboratorio y de imágenes.

Es también uno de los síndromes que abarca diversas entidades que son motivo para consultas en el servicio de urgencias por dolor abdominal representando el 10% de

pacientes, dentro de las cuales la apendicitis representa 4% de ellos, siendo ésta la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, y su tratamiento uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados por los cirujanos generales

La demora en el diagnóstico después de la valoración clínica de los pacientes con dolor abdominal agudo, supone un aumento de intervenciones quirúrgicas con complicaciones posteriores, además que incrementa los días de estancia hospitalaria y costos de la misma.

En este trabajo de titulación nos hemos centrado en la caracterización del abdomen agudo quirúrgico en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el cual hemos tomado una muestra de 100 pacientes de la totalidad que ingresaron a dicha institución, hemos clasificado al abdomen agudo de acuerdo a su etiología, de acuerdo al sexo, del tipo de intervención quirúrgica al que fueron sometidos estos pacientes y a su vez describimos las complicaciones que se presentaron en ellos, poniendo en manifiesto la prevalencia en las mujeres de 20 a 30 años de edad, y la mortalidad del 3% de los pacientes en el área de Cirugía del hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón.

# CAPÍTULO I

## 1. EL PROBLEMA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el año 2007 se registraron 24,064 casos de abdomen agudo en el país; la principal causa fue la apendicitis aguda con 18.842; solo en la provincia del Azuay la incidencia de abdomen agudo fue de 5408 casos. (5)

Años atrás estudios en el “Hospital Vicente Corral Moscoso”, demostraron que los cuadros de Abdomen Agudo representaban 12.42% de los egresos del departamento de cirugía de esta institución, los cuales estaban representados por un 30% de casos de Abdomen agudo oclusivo intestinal, seguido por Abdomen agudo perforativo con el 22%, Hemorrágico con 8 % y oclusivo Vascular con el 0.46%.

Debido al habitual afloramiento de casos de abdomen agudo en nuestra población y a la necesidad de aplicar los diferentes exámenes complementarios para el diagnóstico de esta patología, nos motivó buscar la correlación entre el diagnóstico imagenológico y quirúrgico de Abdomen Agudo y así determinar si existen más aciertos al momento de establecer el diagnóstico etiológico del cuadro o viceversa. (6)

Estudios realizados permiten establecer que el síndrome abdominal agudo ocurre en todas las edades de la vida, durante el embarazo y asociado a múltiples padecimientos y es por lo tanto difícil precisar la causa específica de un síndrome de múltiples factores etiológicos y con variaciones que dependen del sexo, edad u otros.

La mortalidad de dolencias digestivas se debe en gran parte a la sepsis, a consecuencia de cuadros abdominales con perforación de vísceras huecas que generalmente se da por retraso en el diagnóstico y por lo tanto un tratamiento tardío.

Por ello creemos imperativo averiguar si esta prórroga en el diagnóstico se deriva de la mala orientación clínica, ya sea por desconocimiento de parte del personal de salud o porque simplemente los exámenes por imágenes que realizamos luego de agrupar la clínica de los pacientes nos crean confusión.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación es importante ya que permite ir caracterizando el servicio emergencia del Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, ayudará a determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes del abdomen quirúrgico, siempre buscando el bienestar de estos pacientes, para esto se realizara un estudio retrospectivo y de observación de las historias clínicas de los pacientes que han presentado complicaciones.

Este trabajo investigativo es factible su ejecución es factible porque se cuenta con todo lo necesario para ser ejecutado, los investigadores con la disponibilidad de hacerlo, la institución que abre sus puertas para que se estudie la problemática, y los recursos económicos como materiales con los cuales se podrá llevar a cabo el objetivo propuesto.

Los beneficiarios directo son los usuarios del Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, dentro de los beneficiarios indirectos se incluyen todos los que están relacionados con este trabajo en el campo de la salud como profesionales de la salud y directivos mismos que podrán conocer cómo se está manejando los pacientes con abdomen agudo en el área de emergencia

## **1.3.DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1. Campo:**

Salud

### **1.3.2. Tema:**

Abdomen agudo quirúrgico, factores desencadenantes y complicaciones en mujeres de 20 a 30 años en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2015

### **1.3.3. Problema**

Aumento de pacientes que reingresan al servicio de cirugía por presentar complicaciones posteriores a Cirugías Ambulatorias

### **1.3.4. Delimitación espacial**

Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

### **1.3.5. Delimitación Temporal**

2015

## **1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la incidencia del abdomen agudo quirúrgico y sus complicaciones más frecuentes que se presentan en el servicio de Cirugía del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón?

### **1.4.1. Interrogantes de la investigación**

¿Cuál es la incidencia de pacientes con Abdomen Agudo que son intervenidos quirúrgicamente?

¿Cuál es la morbimortalidad del Abdomen Agudo Quirúrgico?

¿Cuáles son las Complicaciones que se presentaron en pacientes diagnosticados con Abdomen Quirúrgico?

¿Cuáles es la causas más frecuente del abdomen Agudo Quirúrgico en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón?

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivos Generales.-**

Determinar la causa más común y complicaciones del abdomen Agudo que presentan los pacientes en el Servicio de Cirugía en el Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón por observación indirecta retrospectiva transversal

### **1.5.2. Objetivos específicos.-**

- Identificar la incidencia de pacientes con Abdomen Agudo Quirúrgico en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.
- Determinar los factores desencadenantes y complicaciones que se presentaron los pacientes diagnosticados con Abdomen Agudo Quirúrgico.
- Caracterizar el servicio de cirugía del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón
- Identificar el factor de riesgo más frecuente que presentaron los pacientes con Abdomen Agudo

## CAPÍTULO II

### 2.1. MARCO TEÓRICO

#### 2.1.1. ABDOMEN AGUDO

Se define al abdomen agudo a aquella situación crítica que cursa con síntomas abdominales graves y que requiere un tratamiento médico o quirúrgico urgente.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son Dolor abdominal agudo, alteraciones gastrointestinales y repercusión sobre el estado general; constituye un motivo frecuente de consulta médica habitual y su manejo exige mucha experiencia y capacidad de juicio, ya que el más catastrófico de los fenómenos puede ir precedido de unos síntomas y signos muy sutiles.

Rozman (2014) indica que el abdomen agudo es un término descriptivo amplio que define una situación clínica de urgencia caracterizada por el inicio súbito de síntomas abdominales en un paciente previamente sano. Su síntoma principal es el dolor, que puede acompañarse de otros datos como náuseas vómitos, cambios del ritmo intestinal o alteración de las funciones genitourinarias. Puesto que muchas de las entidades responsables de este síndrome son potencialmente letales si no se tratan de una manera precoz mediante intervención quirúrgica, el abdomen agudo representa una de las situaciones más acuciantes con las que debe enfrentarse el médico.

Symons y Kieninger (2014) define al abdomen agudo como el inicio reciente o súbito de dolor abdominal intenso. Puede ser un dolor nuevo o una intensificación del dolor crónico. La evaluación del paciente con dolor abdominal agudo requiere un interrogatorio y una exploración física cuidadosos realizados por un médico experimentado aunado a pruebas diagnósticas selectivas. El dolor abdominal agudo es el problema quirúrgico general más frecuente en el servicio de urgencias. Tiene un vasto diagnóstico diferencial que incluye procesos tanto intraperitoneales como extraperitoneales. El abdomen agudo no siempre amerita intervención quirúrgica pero la evaluación quirúrgica está bien justificada.

Con todo lo expuesto anteriormente podemos definir que el abdomen agudo es un síndrome muy frecuente que se debe tratar siempre con mucha cautela al manejarlo por lo que se debe hacer una buena anamnesis y exploración clínica ya que si no es bien manejado estaría comprometida la vida del paciente.

### **2.1.2. ETIOLOGIA**

Existe gran variedad en la clasificación del abdomen agudo.

Según Perera – García clasifica en abdomen agudo con la noción de dolor abdominal de reciente comienzo y de urgencias y lo hace de la siguiente manera.

1. Peritoneal
2. Obstructivo
3. Hemorrágico
4. Ginecológico
5. No Quirúrgico

Según Viachki clasifica al abdomen agudo únicamente los casos quirúrgicos es decir con una noción estrechamente quirúrgica y lo clasifica de la siguiente manera:

1. Inflamatorio
2. Perforativo
3. Oclusivo
4. Traumatismo abdominal
  - a) De órganos huecos
  - b) De órganos parenquimatosos
5. Complicaciones posoperatorias
  - a. Abscesos Circunscritos
  - b. Peritonitis
  - c. Peritonitis persistente
  - d. Peritonitis posoperatoria
  - e. Oclusión Intestinal por adherencia posoperatorias.

De esta manera podemos observar que la clasificación de Perera-García es más apropiada para utilizarse por médicos generales o internistas y la clasificación de Viachki por cirujanos.

Rozman indica que las causas de Abdomen Agudo pueden ser extraabdominales, que representan menos del 10% de la casuística, o abdominales.

Desde el punto de vista patogénico, cabe clasificar el abdomen agudo en:

1. Inflamatoria.- irritación peritoneal por perforación de alguna víscera.
2. Obstructivo.- por obstrucción mecánica de una víscera hueca (intestinal, biliar, urinaria).
3. Isquémico.- trombosis mesentérica.
4. Traumático.- rotura de hígado o bazo.
5. Por distensión de superficies viscerales.

#### **2.1.2.1. Abdomen Agudo de Causas Extraabdominales.**

En esta clasificación vamos a poder determinar claramente todas las causas de origen extraperitoneal de abdomen agudo y a su vez determinaremos de una manera puntual los métodos y exámenes complementarios para su diagnóstico.

- **Procesos Torácicos.**

- a) Neumonía Basal.- para su diagnóstico contamos con la Radiografía de tórax y la TC
- b) Infarto Pulmonar.- el método de elección es gammagrafía y la TC
- c) Infarto de Miocardio.- Electrocardiograma y CK
- d) Pericarditis.- ECG y ecocardiograma
- e) Perforación Esofágica.- Radiografía de Tórax y tránsito con contraste yodado.

- **Procesos Neurológicos**

Para los procesos Neurológicos que mencionaremos a continuación los métodos diagnósticos son la Radiografías, Tomografía computarizada y Resonancia Magnética.

- a) Radiculares (Tumores, artrosis, espondilitis, hernia discal, etc.)

- b) Herpes Zoster
- c) Tabes Dorsal
- **Procesos Metabólicos**
  - a. Cetoacidosis Diabética
  - b. Uremia
  - c. Saturnismo
  - d. Porfiria Aguda
- **Procesos Hematológicos**
  - a) Drepanocitosis
  - b) Leucemia Aguda
  - c) Purpura de Schoenlein-Henonch

Para el diagnóstico de los procesos Metabólicos y Hematológicos se necesitan diferentes exámenes de laboratorio.

### **2.1.2.2. Abdomen Agudo de Origen Abdominal**

#### **Apendicular**

Apendicitis Aguda

#### **Gastroduodenal**

- Gastritis aguda
- Perforación Gastroduodenal

#### **Intestinal**

- Síndrome de Intestino Irritable
- Enterocolitis
- Obstrucción Intestinal
- Diverticulitis Aguda
- Isquemia Mesentérica
- Perforación Intestinal

- Enfermedad Inflamatoria de Intestino.

### **Hepatobiliar**

- Cólico Hepático
- Colecistitis aguda
- Colangitis Aguda
- Hepatitis aguda
- Rotura hepática
- Rotura de Tumor Hepático

### **Pancreatoesplénico**

- Pancreatitis Aguda
- Rotura esplénica

### **Ginecológico**

- Pelviperitonitis
- Ovulación Dolorosa
- Rotura de Embarazo ectópico
- Torsión Anexial
- Rotura de Endometriosis
- Rotura Uterina

### **Urológico**

- Cólico Nefrítico
- Pielonefritis aguda
- Retención aguda de orina

### **Retroperitoneal**

- Rotura de aneurisma de la aorta

### **2.1.2.3. De Origen en Mesenterio y epiplón**

- Linfadenitis mesentérica
- Torsión de epiplón

### **2.1.2.4. De Origen en la Pared Abdominal**

- Hematoma de la vaina de los rectos
- Mialgia Traumática

Como podemos observar en los diferentes tipos de clasificaciones según los criterios de muchos autores el diagnóstico diferencial de Abdomen Agudo es muy variado por lo que se requiere de mucha experiencia para poder diagnosticar y manejar este síndrome, para facilitar el diagnóstico oportuno de causas de abdomen agudo que requieran intervención quirúrgica como tratamiento, Jiménez Murillo permite clasificar al abdomen agudo quirúrgico de la siguiente manera:

#### **1) Parietales.-**

- Abscesos
- Traumatismos.

#### **2) Abdominales.-**

- Colecistitis Aguda
- Apendicitis aguda
- Diverticulitis
- Perforación de Viscera hueca
- Rotura de Viscera Maciza
- Obstrucción Intestinal Mecánica

#### **3) Retroperitoneales.-**

- Aneurisma Aortica disecado
- Hemorragia Retroperitoneal

#### **4) Torácicas**

- Neumotórax
- Rotura Esofágica

#### **5) Vasculares**

- Isquemia Mesentérica
- Rotura Vascular
- Oclusión Vascular Mecánica ( Hernia estrangulada)

#### **6) Genitourinarias**

- Embarazo Ectópico
- Quiste Ovárico torsionado
- Perforación uterina
- Rotura Vesical

La evaluación del paciente que consulta por presentar abdomen agudo reviste a menudo una gran complejidad y constituye un reto incluso para los mas grandes expertos. Aproximadamente un 25% de los pacientes que son dados de alta tras haber sido evaluados en el servicio de urgencia hospitalaria son diagnosticados finalmente con dolor abdominal inespecífico; esta proporción aumenta hasta un 35-40% cuando los enfermos son ingresados por este mismo motivo.

Debe Recordarse que existen causas intra y extra abdominales. Los puntos esenciales sobre los que debe sustentarse el juicio diagnostico siempre deben ser una Historia clínica concienzuda y un examen físico minucioso, asi como la interpretación juiciosa de exámenes de laboratorio y algunas pruebas complementarias básicas o avanzadas. Otras claves que resultan de gran ayuda son el valor de la observación, la experiencia acumulada y el conocimiento de las etiologías frecuentes.

El protocolo a seguir ha de ir siempre orientado a descartar en primer lugar patologías que comprometan de manera inminente vida del paciente, siempre recordando que el

sexo femenino, el anciano y el enfermo inmunodeprimido presentan mayor probabilidad de error en el diagnóstico.

Para un mayor aprendizaje ya una vez enumerados los tipos y causas de abdomen agudo nos dedicaremos a describir cada uno de los tipos de abdomen agudo y es así que tenemos:

#### **2.1.2.5. Abdomen agudo inflamatorio**

Produce dolor continuo, bien localizado y que aumenta con los movimientos y con los incrementos de presión abdominal (tos, esfuerzos, etc.), por lo que el paciente trata de estar quieto. Además cuando se ve afectado peritoneo parietal existe contractura de la pared abdominal en la zona afecta.

Comprende cuadros originados por inflamación, seguidos de proceso infeccioso de vísceras abdominales.

Esta irritación peritoneal puede ser ocasionada por diversos agentes:

- Contenido gastroduodenal, intestinal o biliar. Ocurre por perforación o rotura de alguna de estas vísceras.
- Pus o contenido colónico. Aparece en la peritonitis aguda difusa por perforación apendicular o diverticular, perforaciones de colon, etc.
- Sangre u orina. Se da en el hemoperitoneo y en la rotura vesical intraperitoneal. La irritación peritoneal es menor que en los casos anteriores, pudiendo faltar la contractura abdominal.

#### **2.1.2.6. Abdomen agudo Perforativo**

Es el trasunto de la solución de continuidad de una víscera hueca cuyo contenido se derrama en la cavidad peritoneal ocasionando su inflamación aguda. Generalmente constituye una etapa más avanzada de los procesos que ocasionan Abdomen Agudo Inflamatorio. Entre las más comunes tenemos: traumatismo, apendicitis, colecistitis perforada, perforación de úlcera péptica, perforación por tumores, etc.

### **2.1.2.7. Abdomen agudo oclusivo intestinal**

Se produce por la interrupción del tránsito en el tubo digestivo por obstáculo en la luz del intestino, en la pared o fuera de ella.

Produciendo dolor tipo visceral, mal localizado, no se modifica con los movimientos ni con los incrementos de presión abdominal y se acompaña, con frecuencia, de una reacción vagal (náuseas, vómitos, sudoración profusa, hipotensión).

**Obstrucción intestinal.-** El dolor suele localizarse en la región peri umbilical o ser difuso. Al principio es intenso y se presenta en crisis, pero a medida que progresa la obstrucción, el intestino se dilata, pierde el tono muscular y el dolor se hace menos intenso y más continuo. Cuando existe estrangulación por compromiso vascular, se irrita el peritoneo y el dolor es continuo y bien localizado. Las causas más frecuentes son: adherencias postoperatorias, hernias abdominales y neoplasias de colon.

**Obstrucción biliar.** El dolor se localiza en hipocondrio derecho y epigastrio, irradiando en hemicinturón hacia la espalda y punta de la escápula derecha. La causa más frecuente es la litiasis biliar, aunque en el caso del colédoco, lo pueden ocasionar los coágulos (hemofilia) o parásitos. La obstrucción biliar neoplásica no suele provocar dolor, ya que su instauración es muy lenta.

**Obstrucción urinaria.** Cuando se obstruye el uréter, el dolor es intenso, se localiza a lo largo del trayecto ureteral (fosa lumbar, flanco y fosa ilíaca), se irradia hacia genitales (testículos o labios mayores) y se acompaña con frecuencia de un gran componente vegetativo y reflejo que puede producir un íleo paralítico. La causa más frecuente es la litiasis renal.

La obstrucción biliar y urinaria suelen producir un dolor continuo, a diferencia del dolor intermitente que caracteriza la obstrucción intestinal en sus estadios iniciales.

Obstrucción intestinal con estrangulación. Ocurre generalmente por un mecanismo relacionado con bridas o adherencias y en las hernias.

### **2.1.2.8. Abdomen agudo oclusivo vascular**

Puede producirse en:

**Oclusión vascular mesentérica.** Provoca un dolor abdominal, inicialmente de tipo visceral, localizado de forma poco precisa en la región peri umbilical. En estadios iniciales, se conserva el peristaltismo (puede haber melenas) y no existe contractura abdominal.

En el caso de la trombosis, puede existir historia previa de dolor abdominal y por ultimo lo menos frecuente es la trombosis venosa mesentérica que se ha relacionado con estados de hipercoagulabilidad y toma de anticonceptivos orales.

#### **2.1.2.9. Abdomen agudo Hemorrágico**

Tiene como sustrato patológico la pérdida de sangre en cavidad abdominal. Entre estos tenemos: traumatismo abdominal, embarazo ectópico, ruptura de aneurisma, etc.

Entre las patologías que producen abdomen agudo y en donde su resolución es la cirugía tenemos las siguientes:

- Apendicitis aguda
- Diverticulitis aguda
- Perforación intestinal

El término abdomen agudo se refiere a un cuadro grave de emergencia médica, caracterizado por dolor abdominal, generalmente intenso y de instauración brusca, acompañado de otros signos y síntomas compatibles con afectación peritoneal

Comprende un amplio grupo de patologías y ante la que el médico debe efectuar un diagnóstico lo más exacto posible con prontitud de manera que pueda establecerse una indicación quirúrgica en los enfermos que así lo requieran.

La interpretación de los signos y síntomas de origen abdominal es difícil. Requiere de conocimientos sólidos y de experiencia. Todo dolor abdominal amerita una buena historia clínica y una adecuada exploración.

En el abdomen pueden presentarse dos variedades de dolor:

- Visceral (sistema nervioso autónomo) el dolor se percibirá en la línea media como originado en ella.

- Parietal o somático (inervación somática aferente de nervios raquídeos) por lo que el dolor se percibe en el mismo lado y área del abdomen donde se origina.

Si el dolor abdominal tiene menos de 6 horas: debemos pensar en patologías quirúrgicas severas, si tiene entre 6 y 48 horas pensar en patologías quirúrgicas comunes como: apendicitis, colecistitis, y si tiene más de 48 horas pensar en patologías médicas.

Si el dolor tipo cólico intermitente: pensar distensión, dilatación u obstrucción de vísceras huecas, pero si es cólico continuo, en inflamación o isquemia de vísceras huecas. Si es sordo y permanente pensar en patología de tipo inflamatoria.

Si el dolor es constante puede corresponder a inflamación o isquemia, si es intermitente usualmente corresponde a obstrucción.

Además el dolor puede acompañarse de síntomas como anorexia, fiebre, vómito, diarrea, tenesmo, síntomas respiratorios evidentes, cefalea.

### **2.1.3. SIGNOS EXPLORATORIOS MÁS FRECUENTES**

**Signo de Blumberg (Owen):** Dolor al descomprimir bruscamente la región cecal.

**Signo de Cope (Obturador):** Dolor en la región apendicular al rotar hacia adentro el miembro inferior derecho flexionado.

**Signo de Lapinsky (psoas):** Dolor al comprimir el punto de McBurney con la pierna derecha extendida y elevada. También se conoce como el dolor en la fosa ilíaca derecha al extender esa pierna con el paciente acostado sobre el lado izquierdo. (3)

### **2.1.4. MANIFESTACIONES GENERALES**

El aspecto general del paciente puede ser de gran utilidad en el análisis del cuadro de tal manera que signos como la palidez y diaforesis pueden estar relacionados con la severidad del dolor o con hipotensión.

### **2.1.5. SÍNTOMAS ASOCIADOS.**

La sintomatología asociada más frecuente es la siguiente, cada síntomas debe ser valorado en forma individual:

- Anorexia, náusea y vómito

- Diarrea

- Estreñimiento

### **Pulso**

Es un dato semiológico que por sí solo no resulta muy útil pero al relacionarse con otros indicadores sistémicos como la temperatura o la presión puede resultar útil. Rápido y débil pensar en cuadros hemorrágicos y en peritonitis.

### **Temperatura**

- Fiebre > 38 grados, descartar procesos inflamatorios, especialmente después de 24 horas de iniciado el dolor.

- Disociación esfingotérmica (Hipertermia y bradicardia) descartar fiebre tifoidea.

- Disociación térmica recto- axilar (temperatura rectal mayor de 1 grado Centígrado, que la axilar), pensar en apendicitis.

### **Presión**

- De gran importancia en cuadros de reacciones inflamatorias sistémicas, donde hay liberación de sustancias vasodilatadoras periféricas que en cuadros peritoneales se traducen en hipovolemia; en caso de peritonitis hay una reacción inflamatoria sistémica.

### **2.1.6. EXAMEN ABDOMINAL INSPECCIÓN**

La inspección se centrará en la evaluación del contorno de la pared, la presencia de circulación colateral, que sugieran hipertensión portal.

La presencia de cicatrices, hernias, distensión o peristaltismo visible orientarán el diagnóstico hacia un proceso obstructivo. Especial importancia reviste el análisis de los movimientos de la pared abdominal relacionados con la respiración.

### **Palpación**

Es necesario primero controlar la ansiedad que produce el examen. Para palpar el abdomen se requiere relajar la pared abdominal distrayendo al paciente.

Antes de la palpación es necesario descartar; embarazos, vejiga llena, hernias, fecalomas, riñones ptósicos, plastrones y testículos no descendidos.

Aquí lo importante es determinar la tensión de la pared muscular, establecer la existencia de visceromegalias, hernias, masas o pulsos anormales.

### **Percusión**

Se debe realizar con la vejiga vacía para evitar dolor y la aparición de falsos positivos en el diagnóstico.

La percusión del abdomen puede identificar la existencia de ascitis o la pérdida de matidez en el área hepática que pudiera estar relacionado con el neumoperitoneo ocasionado por la perforación de una víscera hueca. El dolor desencadenado por la percusión abdominal al igual que el dolor de rebote, indican irritación peritoneal.

### **Auscultación**

La auscultación del abdomen se centra en la identificación de soplos, lo que indicaría alteraciones de tipo vascular y la presencia o ausencia de los ruidos peristálticos y sus características (tono, intensidad y frecuencia).

### **Exámenes complementarios más utilizados**

Al tener un diagnóstico presuntivo por la clínica del paciente procedemos a pedir exámenes complementarios que puedan ayudarnos, comenzando desde los más sencillos a los más complejos como: Análisis de sangre, enzimas hepáticas, bilirrubina, gasometría arterial, acidosis metabólica, CPK, análisis de orina, exámenes radiológicos.

### **Análisis de sangre**

En el abdomen agudo inflamatorio suele existir o estar ausente leucocitosis con desviación izquierda, por lo no permite excluir ninguno de estos diagnósticos. La disminución del hematocrito puede ser de gran utilidad cuando se sospecha un hemoperitoneo.

La amilasa sérica, además de estar aumentada en la pancreatitis aguda, puede estarlo en otras formas de abdomen agudo (apendicitis aguda, perforación ulcerosa, isquemia mesentérica, etc.), por lo que no hay que rechazar la cirugía en un paciente por el hecho de tener una amilasa sérica elevada.

Otras pruebas

- Enzimas hepáticas y bilirrubina: (coledocolitiasis, colangitis, hepatitis aguda, etc.)
- Gasometría arterial: (hipoxemia en patología cardiopulmonar, acidosis metabólica en casos de sepsis)
- CPK: (infarto agudo de miocardio, isquemia intestinal).
- Exámenes de orina: Nefropatía grave, infección urinaria y diabetes, así como pancreatitis aguda.
- Electrocardiograma: Descarta infarto del miocardio.

### **2.1.7. EXÁMENES RADIOLÓGICOS**

#### **Radiografía simple de tórax**

Radiografía simple de tórax que informará de posible patología cardiopulmonar responsable del cuadro abdominal (neumonía, neumotórax, neumomediastino con derrame pleural en perforaciones esofágicas, fracturas costales, etc.) o de signos indirectos de patología abdominal (elevación de un hemidiafragma con derrame pleural en abscesos subfrénicos, borramiento del hemidiafragma izquierdo en hernias traumáticas de diafragma, etc.).

#### **Radiología simple de abdomen**

Es de reconocida poca utilidad en cuanto a hallazgos específicos en los pacientes con dolor abdominal agudo. Aunque se encuentran hallazgos anormales en alrededor del 40% de los casos, tales son diagnósticos en apenas el 20%. Su valor es notoriamente limitado en los casos de apendicitis, infección del tracto urinario y dolor abdominal no específico.

#### **Tomografía computarizada**

La TC está indicada cuando se sospecha la rotura de un aneurisma de aorta y para controlar la evolución de una pancreatitis necroticohemorrágica debido a la fiabilidad del método está por encima del 90% para detección de lesiones tumorales, pancreatitis aguda y crónica así como también se puede valorar abscesos, flemones y pseudoquistes, etc.

## **Ecografía**

La ecografía es una técnica no invasiva que permite la visualización de los órganos internos del hombre. Tiene la ventaja de no ser perturbadora de las funciones, y sin el riesgo de exposición a radiación de rayos X, permite un uso frecuente, no sólo en órganos reproductivos aislados, sino también del seguimiento de eventos reproductivos completos.

Permite evaluar el abdomen siempre que no haya mucho aire intraluminal, de ahí que no sea útil en la valoración pancreática. Es útil para detectar patología biliar (colecistitis aguda, coledocolitiasis, colecistopancreatitis), patología renal, y para detectar la presencia de líquido libre.

Entre las ventajas de la ecografía tenemos que es indolora, inocua, además que al ser un examen que se realiza en tiempo real nos permite explorar a voluntad.

Entre sus desventajas es que se requiere de un operador experto para realizar las exploraciones correctamente y como todo procedimiento que involucra al factor humano es propenso de fallar cuando situaciones externas afectan al operador es de este punto donde las fallas al momento del diagnóstico aparecen.

En un estudio conducido en Valladolid España en el año 2007 se realizaron 2.015 ecografías abdominales urgentes de las cuales 296 fueron solicitadas para descartar el diagnóstico de apendicitis aguda, de éstas 288 fueron valorables. Se encontró que de los 288, 15 casos el diagnóstico ecográfico fue discordante con el diagnóstico final. En 6 pacientes el informe ecográfico de apendicitis no se confirmó a posteriori. En 9 casos la ecografía fue no diagnóstica pese al diagnóstico quirúrgico de apendicitis aguda

### **Abdomen agudo en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón**

El hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón se encuentra ubicado en las calles 29 y Oriente en el suburbio de la Ciudad de Guayaquil, es una institución de Referencia a nivel provincial, el mismo que cuenta con diferentes especialidades clínico y quirúrgicas, departamento de unidad de cuidados intensivos neonatales y de adultos, cuenta con una moderna y mejorada área de emergencia la misma que se encuentra dividida por especialidades, cuenta con Quirófanos destinados para las diferentes

especialidades quirúrgicas y de emergencia, así mismo como dos áreas de hospitalización quirúrgicas, un programa ampliado de cirugía ambulatoria, etc.

En el periodo 2014 a 2015 se reportaron en el departamento de estadística alrededor de 679 pacientes con el diagnóstico de Abdomen agudo provenientes del área de cirugía ya sea de emergencia, como de consulta externa.

Para la realización de este estudio se tomaron como muestra cien historias clínicas de pacientes que presentaron diagnóstico de abdomen agudo que ingresaron a esta institución, así mismo se excluyeron las historias clínicas que no brindaron información adecuada y veraz sobre dichos pacientes.

En este estudio se muestra que en esta institución los casos con abdomen agudo quirúrgico tienen como mayor prevalencia el abdomen agudo inflamatorio con un 60 % de los casos, seguidos del abdomen agudo traumático con el 20% seguido del abdomen agudo posquirúrgico con el 6% de los pacientes reportados; estos pacientes representan el 54% son de sexo masculino y 46% femenino, es decir que la mayor incidencia se encuentra en el sexo masculino, en cuanto al sexo femenino se demuestra que en las pacientes de 21 a 30 años de edad fueron las más vulnerables a sufrir abdomen agudo con un 30.43% de la totalidad de los pacientes.

De la muestra tomada se puede describir que el 88% de los pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica, de las cuales la que con mayor frecuencia se realizó fue la laparotomía con un 59.09% de los pacientes intervenidos, seguidas de la apendicetomía con un 32.95%, y de esta manera se deja constancia que la mayoría de los pacientes sufren más abdomen agudo por procesos inflamatorios y traumáticos; en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica se observó que la mayor complicación que se presenta en estos pacientes son la infección de herida quirúrgica con un 6% de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica, seguida por la peritonitis con un 3% y la dehiscencia de sutura en un 2%; dentro de estas complicaciones se presenta la mortalidad de los pacientes en lo cual este estudio reporta un 3% de la totalidad de los pacientes fallecieron, el 97% restante permanecieron hospitalizados de 1 a 15 días el 94% de estos, de 16 a 20 días el 5% y los que permanecieron por más de 20 días

representa el 1% de los pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica y egresaron con un buen pronóstico.

## **CAPÍTULO III**

### **3.1. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se la realizó en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, es una unidad operativa de especialidades de hospitalización de primer nivel, brinda servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización, en las especializaciones de ginecología, medicina interna y cirugía.

#### **3.1.2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN:**

Desde Enero a Diciembre del 2015.

#### **3.1.3. UNIVERSO Y MUESTRA**

##### **3.1.3.1. Universo**

En el servicio de cirugía del hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2014 – 2015 se presentaron 679 pacientes diagnosticados con Abdomen Agudo.

##### **3.1.3.2. Muestra**

Se tomaron las historias clínicas de 100 pacientes que presentaron el diagnóstico de Abdomen Agudo en el servicio de Cirugía del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

#### **3.1.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Investigación de campo, se ha utilizado este tipo de investigación porque la información sobre el tema se lo ha indagado en el lugar mismo donde se realizaron las intervenciones los pacientes involucrados.

Investigación bibliográfica, ha permitido conocer el tema en toda su extensión, utilizando como recursos los textos bibliográficos que han permitido presentar un sustento en la investigación.

Investigación Webgráfica, este tipo de investigación nos lleva a recorrer por el ancho mundo de la informática permitiendo el conocer diversidad de criterios y argumentos vertidos por diferentes autores sobre el tema investigado.

### **3.1.5. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Nivel exploratorio. Se plantea para observar la situación del problema planteado y que va a ser analizado, a través de éste nivel de investigación se reconocer e identifica el problema cualitativamente.

Nivel descriptivo. Se lo utiliza para describir la realidad que se observe en la investigación y con ello determinar en forma promedia el grado de intensidad de la problemática planteada.

### **3.1.6. RECURSOS EMPLEADOS**

#### **3.1.6.1. Recurso Físico:**

- Computador
- Papel
- Esferos
- Cuadernos
- Borrador
- Libros

#### **3.1.6.2. Recursos Humanos:**

- Investigador
- Tutor

### **3.1.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN**

#### **3.1.7.1. Criterios de inclusión**

Todos los pacientes que fueron diagnosticados con Abdomen Agudo que han sido sometidos a Tratamiento quirúrgico en el departamento de Cirugía del Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

#### **3.1.7.2. Criterios de exclusión**

Se excluirán aquellas Historias clínicas de usuarios que presentan Abdomen Agudo de Causa no quirúrgica que se presentan en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

## **3.2. MÉTODOS**

### **3.2.1. TEÓRICOS**

#### **3.2.1.1. Histórico – Lógico:**

Utilizando este método se ha encontrado antecedentes sobre la problemática en la institución, dicha información permitirá revisar el tratamiento realizando en otros casos así como las estrategias aplicadas, las mismas que servirán como experiencia para el nuevo tratamiento que se pueda dar a los casos que se presenten en la investigación.

#### **3.2.1.2. Analítico – Sintético e Inductivo - deductivo:**

Con estos métodos se pudo determinar una serie de características en los casos que se presenten en la investigación se podrá estudiar el problema partiendo desde una generalización para luego investigar los detalles de las causas y los efectos por los cuales se produce la problemática. También permite el análisis detallado de otras situaciones similares que con sus aportes ayudan en la búsqueda de una solución o a emitir aportes que puedan mejorar la situación que se está estudiando.

#### **3.2.1.3. Hipotético – deductivo:**

Con la aplicación de este método se determinó la comprobación de la hipótesis la misma que puede ser positiva o negativa.

#### **3.2.1.4. Empíricos**

Con la utilización de los métodos empíricos se pudo obtener la información necesaria a través de la aplicación de técnicas como son la observación directa, cuyos resultados se podrá verter conclusiones y sugerencias que ayuden a solucionar la problemática, además se hará la presentación de los resultados a través de gráficos estadísticos.

### **3.2.1.5. Técnicas de Recolección de Información**

**Observación Directa e Indirecta:** Se aplicó la observación de las historias clínicas de cada uno de los pacientes que presentaron como diagnóstico Abdomen Agudo Quirúrgico.

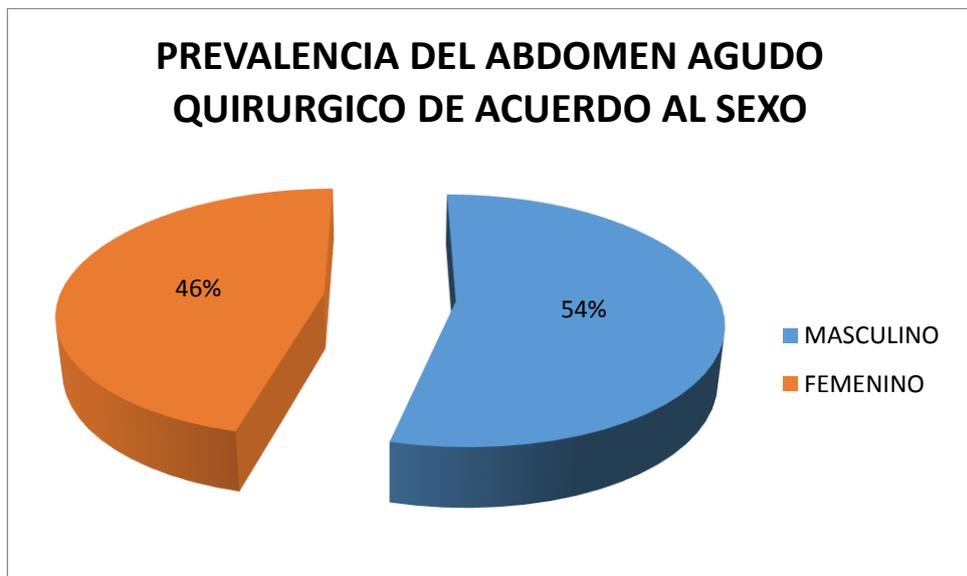
## CAPÍTULO IV

### 4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**TABLA N° 1**  
**Abdomen Agudo Quirúrgico de acuerdo al Sexo.**

PREVALENCIA DEL ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO DE ACUERDO AL SEXO		
SEXO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	54	54,00%
FEMENINO	46	46,00%
TOTAL	100	100,00%

**GRAFICO N° 1**



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Karla Raquel Alvario Varas

#### **Análisis y Discusión:**

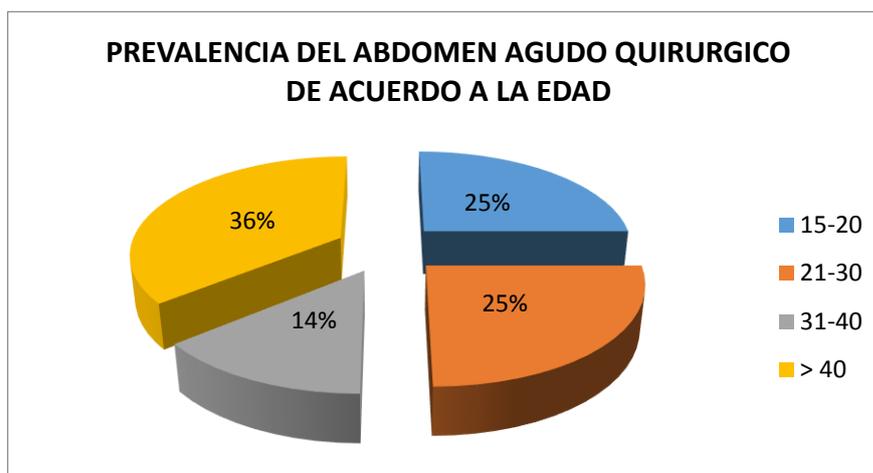
El presente cuadro, se evidencia que en los pacientes que presentaron abdomen quirúrgico el 54 % fueron hombres mientras que el 46% de los pacientes fueron del sexo femenino, y de esta manera podemos observar la prevalencia en el sexo masculino.

**TABLA N° 2**

**Abdomen Agudo Quirúrgico de acuerdo a la Edad**

<b>PREVALENCIA DEL ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO DE ACUERDO A LA EDAD</b>		
<b>EDAD EN AÑOS</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
15-20	25	25,00%
21-30	25	25,00%
31-40	14	14,00%
> 40	36	36,00%
TOTAL	100	100,00%

**GRAFICO N° 2**



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Karla Raquel Alvario Varas

**Análisis y Discusión**

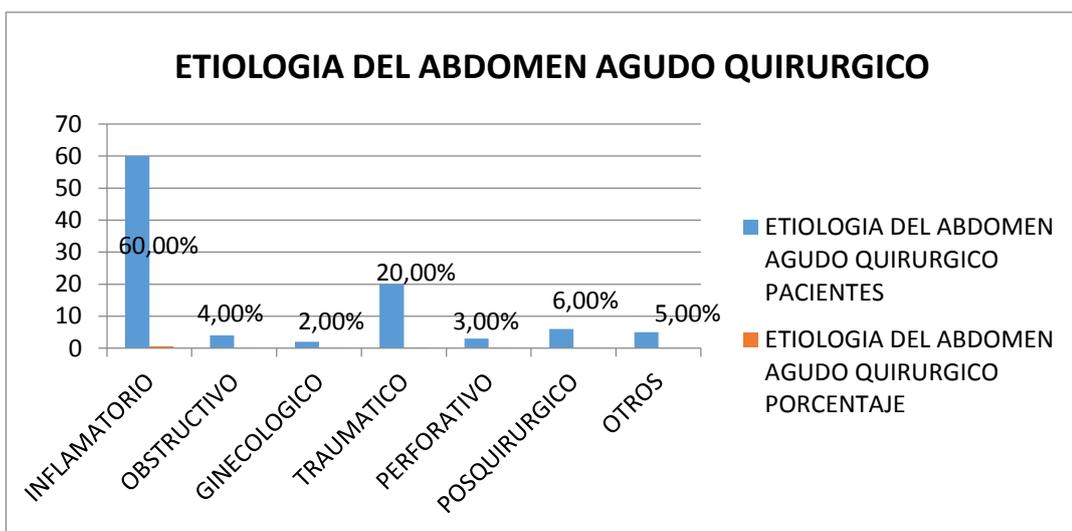
Se registraron un total de 100 pacientes que presentaron abdomen agudo quirúrgico de los cuales 36 % corresponde a pacientes mayores de 40 años, el 25% corresponde a las edades de 15 a 20 y de 21 a 30 años y el 14% corresponde a los pacientes de 31 a 40 años. De esta manera se constata que la mayor incidencia se encuentran en los pacientes que en edad mayor de 40 años.

**TABLA N° 3**

**Abdomen Agudo Quirúrgico según su Etiología**

ETIOLOGIA DEL ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO		
ETIOLOGIA	PACIENTES	PORCENTAJE
INFLAMATORIO	60	60,00%
OBSTRUCTIVO	4	4,00%
GINECOLOGICO	2	2,00%
TRAUMATICO	20	20,00%
PERFORATIVO	3	3,00%
POSQUIRURGICO	6	6,00%
OTROS	5	5,00%
TOTAL	100	100,00%

**GRAFICO N° 3**



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Karla Raquel Alvario Varas

**Análisis y Discusión**

Según la etiología en este grafico nos demuestra que el mayor porcentaje de abdomen agudo es inflamatorio con el 60%, seguido del abdomen agudo de causa traumática con el 20% y en tercer lugar se encuentra el abdomen agudo postquirúrgico y en menores rangos el obstructivo y perforativo.

**TABLA N° 4**

**Abdomen Agudo sometido a intervención Quirúrgica**

PREVALENCIA DE ABDOMEN AGUDO SOMETIDOS A CIRUGIA		
CIRUGIA	PACIENTES	PORCENTAJE
SI	88	88,00%
NO	22	22,00%
TOTAL	100	100,00%

**GRAFICO N° 4**



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Karla Raquel Alvario Varas

**Análisis y Discusión**

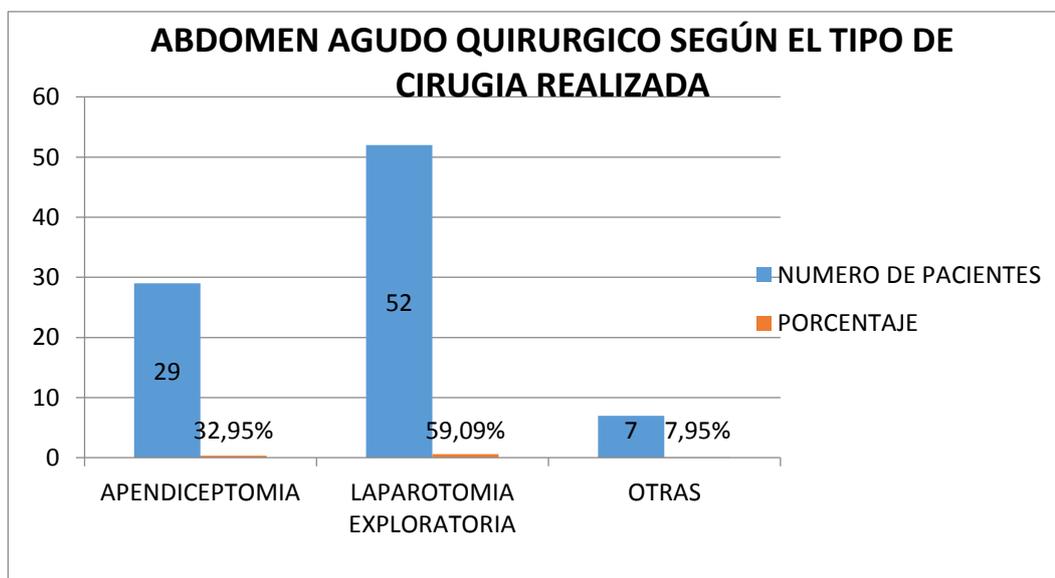
En este cuadro se puede determinar que el 80% de los pacientes que ingresaron al servicio de cirugía del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón con el diagnóstico de Abdomen Agudo fueron sometidos a Intervención quirúrgica

**TABLA N° 5**

**Abdomen agudo quirúrgico según el tipo de cirugía realizada**

<b>ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO SEGÚN EL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA</b>		
<b>CIRUGIA</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
APENDICEPTOMIA	29	32,95%
LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	52	59,09%
OTRAS	7	7,95%
TOTAL	88	100,00%

**GRAFICO N° 5**



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Karla Raquel Alvario Varas

**Análisis y Discusión**

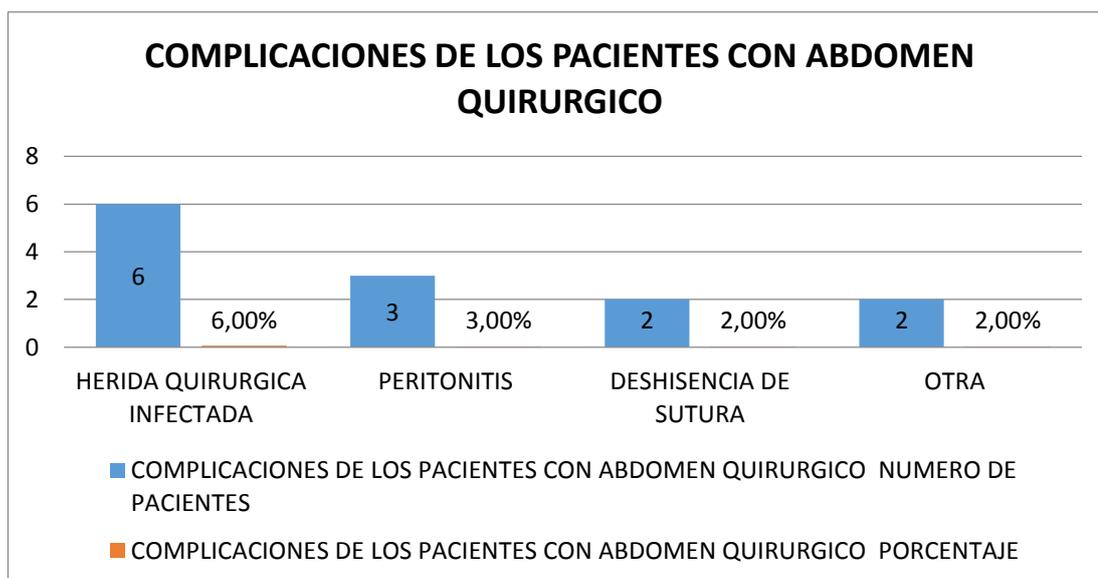
En el siguiente grafico podemos analizar que del 88% de los pacientes con abdomen agudo fueron sometidos a cirugía, de los cuales el 59% se les realizo una Laparotomía, al 32% se les realizo apendicetomía y al 7, 95% se les realizo otro tipo de cirugía dentro de las cuales ingresan las laparoscopias, etc.

**TABLA N° 6**

**Complicaciones más frecuentes en Abdomen Agudo Quirúrgico**

<b>COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN QUIRURGICO</b>		
<b>COMPLICACION</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
HERIDA QUIRURGICA INFECTADA	6	6,00%
PERITONITIS	3	3,00%
DESHISENCIA DE SUTURA	2	2,00%
OTRA	2	2,00%
TOTAL	100	100,00%

**GRAFICO N° 6**



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Karla Raquel Alvario Varas

**Análisis y Discusión.**

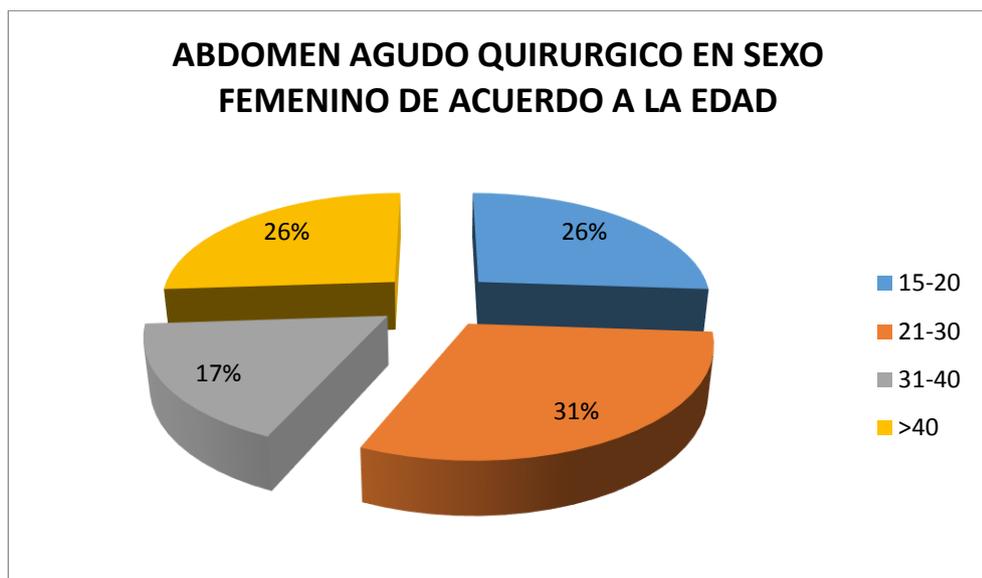
Según los datos receptados podemos observar que la mayor complicación es la herida quirúrgica infectada con el 6% de los pacientes, seguido de la peritonitis con un 3%, el 2% de pacientes que presentaron dehiscencia de sutura.

**TABLA N° 7**

**Abdomen Agudo Quirúrgico en el sexo femenino de acuerdo a la edad**

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN SEXO FEMENINO		
EDAD EN AÑOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
15-20	12	26,09%
21-30	14	30,43%
31-40	8	17,39%
>40	12	26,09%
TOTAL	46	100,00%

**GRAFICO N° 7**



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Karla Raquel Alvario Varas

**Análisis y Discusión**

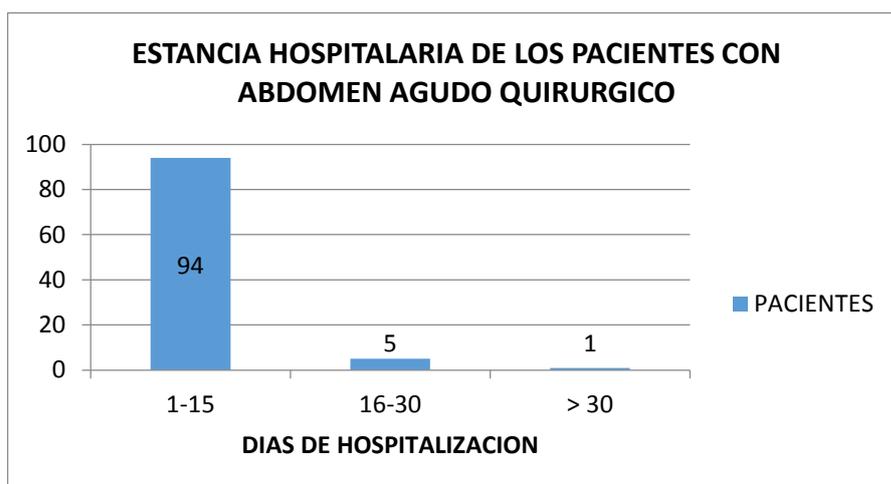
Dentro del análisis que se realizó en los pacientes con Abdomen Agudo Quirúrgico según el sexo pudimos observar que el 46% de los pacientes eran de sexo femenino, dentro de los cuales 31 % de estas pacientes fueron mayores de 40 años. El 26 % fueron de 21 a 30 años, las pacientes de 15 a 20 años representan otros 26% y el 17 % son pacientes de 15 a 20 años.

**TABLA N° 8**

**Estancia hospitalaria de los pacientes que presentaron Abdomen Agudo Quirúrgico**

<b>ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO</b>		
<b>DIAS DE HOSPITALIZACION</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1-15	94	94,00%
16-30	5	5,00%
> 30	1	1,00%
TOTAL	100	100,00%

**GRAFICO N° 8**



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Karla Raquel Alvario Varas

**Análisis y Discusión.**

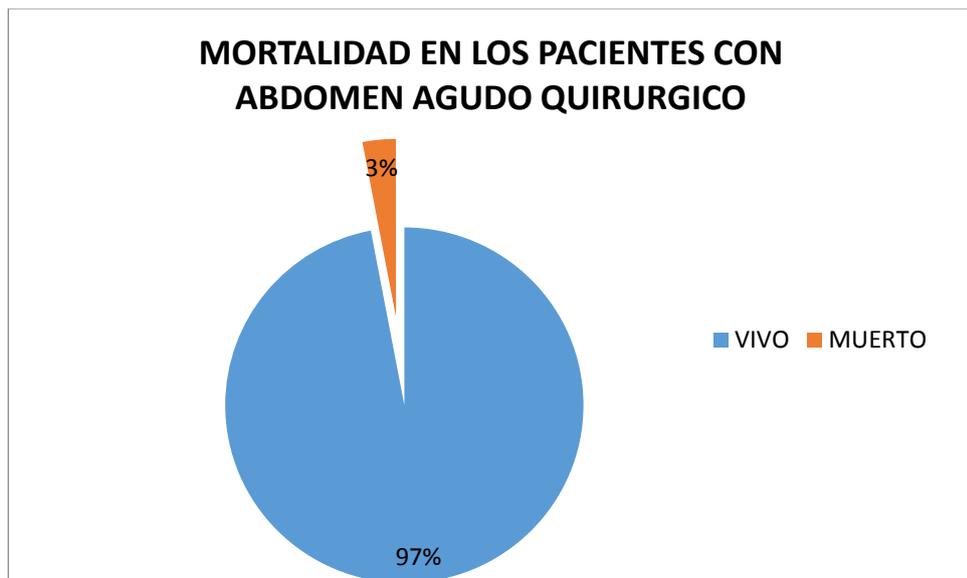
En el departamento Cirugía se presentaron 679 casos de pacientes con Abdomen Agudo en los años 2014 y 2015, en los cuales analizamos los días de permanencia en hospitalización y nos encontramos que el 94% de los pacientes permanecieron de 1 a 15 días hospitalizados mientras que el 5% permanecieron de 16 a 30 días y el 1% permanecieron por más de 30 días.

**TABLA N° 9**

**ABDOMEN AGUDO DE ACUERDO A SU MORTALIDAD**

<b>MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO</b>		
<b>CONDICION DE EGRESO</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
VIVO	97	0,97
MUERTO	3	0,03
TOTAL	100	1

**GRAFICO N° 9**



Fuente: Registro del departamento de Estadísticas Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón  
Elaborado por: Karla Raquel Alvario Varas

**Análisis y Discusión**

Una vez que ya hemos descrito y analizado la etiología, el tipo de cirugía, las complicaciones del abdomen agudo nos queda analizar la mortalidad o la condición de egreso del paciente en lo cual este grafico permite observar que el 3% de la totalidad de los pacientes que presentaron abdomen agudo quirúrgico en el Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón fallecieron mientras que el 97% egresaron vivos

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

En este estudio se pudieron llegar a las siguientes conclusiones.

1. Durante el Periodo de estudio se revisaron 100 historias clínicas de pacientes que presentaron el diagnostico de Abdomen Agudo Quirúrgico, de las cuales solo 88 fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas, siendo la cirugía mas frecuente la Laparotomía con un 59.09%, seguida de la Apendicetomía con un 32.95% y el restante se les realizo otro tipo de cirugías como la laparotomía, histerectomías, etc.
2. Dentro de estos pacientes encontramos que el 46% fueron de sexo femenino y el 54% masculino, en las pacientes femeninas pudimos observar que la mayor incidencia está en las mujeres que cursan con las edades de 21 a 30 años de edad con un 30,43%, seguidas 26.9% de las pacientes con 15 a 20 años y otros 26% con las mayores de 40 años, el 17,39% corresponde a las mujeres que se encuentran entre los 31 a 40 años de edad, por lo que podemos concluir que el abdomen agudo en mujeres tiene mayor incidencia entre la segunda y tercera década de la vida,
3. En este estudio podemos concluir que la mayor incidencia de acuerdo a su etiología es el abdomen Agudo inflamatorio con un 60%, seguido por el abdomen agudo por los diferentes tipos de traumatismos, con un 20%, seguido por el abdomen agudo posquirúrgico con un 6%.
4. Según el estudio que hemos realizado en el hospital de especialidades DR. Abel Gilbert Pontón se puede concluir que la principal complicación en los pacientes que han presentado Abdomen Agudo es la Infección de herida quirúrgica presentándose estas en un 6% de los pacientes, peritonitis 3%, dehiscencia de Sutura 2%, en lo que se concluye que la etiología principal son agentes

infecciosos, y dentro de la mortalidad de estos pacientes se pudo establecer que hay un índice del 3% de los pacientes que presentaron abdomen agudo en los años 2014 a 2015 fallecieron por esta patología.

## CAPÍTULO VI

### RECOMENDACIONES O PROPUESTAS

1. Que dentro del Departamento de cirugía en emergencia se implemente un protocolo en el que incluya un manejo profiláctico adecuado y eficaz para evitar complicaciones más frecuentes del Abdomen agudo..
2. Educar al paciente y a sus familiares o personas con los que el paciente pase su posoperatorio sobre métodos para evitar que se produzcan cualquier tipo de complicación que se vaya a entorpecer la pronta recuperación del paciente.
3. Aplicar y mejorar los protocolos de manejo posquirúrgicos para así disminuir la morbimortalidad de los pacientes que presenten Abdomen Agudo Quirúrgico.
4. Ampliar y educar a los pacientes para la realización de controles de salud de rutina, en especial en los pacientes que presenten patologías primarias y que pudieran evolucionar a un abdomen agudo y así disminuir la posibilidad de complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MARTIN, A. Patología Quirúrgica. Primera Edición. Madrid: Elsevier, 2004, págs. 275-305. 2. KIERMAN, G. WEAVER, K. 3, Evaluation of abdominal pain. 1989, Emergency medicine clinics of North América, Vol. Volumen 7.
2. MARTINEZ, E. Urgencias Quirúrgicas: Contribuciones al décimo curso de avances en cirugía. Oviedo: Departamento de publicaciones Universidad de Oviedo, 2006.
3. Manual Washington de Cirugía 6ta edición (2013).
4. Medicina de urgencias y emergencias, Luis Jiménez Murillo 4ta edición.
5. MARTINEZ, E. Urgencias Quirúrgicas: Contribuciones al décimo curso de avances en cirugía. Oviedo: Departamento de publicaciones Universidad de Oviedo, 2006.
6. ROMERO, R. Tratado de Cirugía. Lima: Mc Graw Hill, 2000.
7. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. INEC. [En línea] Gobierno ecuatoriano, Diciembre de 2007. [Citado el: 15 de Diciembre de 2009.] [http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv\\_soc/egr\\_hos](http://www.inec.gob.ec/web/guest/descargas/basedatos/inv_soc/egr_hos).
8. ASTUDILLO, R. RODAS, E. MOSCOSO, E. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca: Universidad de Cuenca, 1984, Vol. Vol. 14.
9. SORIANO, H. Blog HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA REINA SOFÍA. [En línea] 2009. [Citado el: 20 de Diciembre de 2009.] <http://scgd3murcia.iespana.es/scgd3murcia/abdomen%20agudo.htm>.

10. ESPINOZA, G. BALBONTIN, M. FEUERHAKE, L. et Al. Abdomen Agudo en el adulto mayor. [En línea] Diciembre de 2004. [Citado el: 21 de Noviembre de 2009.]  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872004001200008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872004001200008&lng=es).
11. FARRERAS-ROZMAN. Compendio de Medicina interna. Octava Edición. Madrid: Elsevier, 2005, Sección 23.
12. SABISTON. Tratado de patología quirúrgica. Décimo Quinta Edición. España: McGraw-Hill, 2003, Tomo I, Capítulo 29.
13. ECHEVARRIA, L. Scielo. [En línea] scielo. [Citado el: 26 de 05 de 2011.]  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rivep/v12n2/a23v12n2.pdf>
14. JIMENEZ, L. IVOS, J. LEIVA, J. et, al. Dolor abdominal en urgencias. [En línea] Medynet, 2009. [Citado el: 26 de 05 de 2011.]  
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/dolorabd.pdf>.
15. Dolor Abdominal, Gula De Diagnostico Y Manejo, Organización Panamericana Del La Salud. Pág.,: 242-249
16. Azato-Waisman, Abdomen agudo, Editorial Panamericana 2008 Argentina
17. Soybel DI, Acute Abdominal Plan. En: Souba WW at. Al. ACS Surgery, 6th edition 2007 USA
18. Trauma Abdominal, en Programa Avanzado De Apoyo Vital en Trauma (ATLS) Capitulo: 5 Pág.: 137-156
19. Martin-Duce A, Abdomen agudo en: Patología Quirúrgica, Editorial Elsevier, España, 2005, Pág: 399-409
20. Bassy IN, Rodriguez Soils J, Estsban Lombrix MJ, Chavos Ldpsz R, ABDOMEN AGUDO, En: Tratado da Gaiiatrla para rasidantaa, Cap 55: 567-573

21. Bernal Gómez R, cols. Síndrome Abdominal Agudo, en Tratado da Cirugía  
General da la Asociacion Mexicans da Claigia General, Pág.: 283-292

**ANEXOS**  
**ANEXO N° 1**

**Solicitud de Autorización para recolectar datos del Departamento de Estadística  
del Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón**

Ingeniera  
Gilda Taranto Vera  
**LIDER RESPONSABLE DE SISTEMA INFORMACIÓN DE ADMISIONES**

De mis consideraciones:

A través de la presente comunico a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades a la Interna de Medicina. **KARLA RAQUEL ALVARIO VARAS**, quien se encuentra realizando el tema de Tesis **"ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO FACTORES DESEMCAENANTES Y COMPLICACIONES EN MUJERES DE 20 A 30 AÑOS"**, en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, la cual deberá recabar información estadística de las Historias Clínicas de los Pacientes durante el período comprendido desde el 01 Enero 2014 al 30 de Diciembre del 2015.

Agradeciéndole por la atención brindada.

Atentamente,



Dr. William Muñoz Arámbulo  
**COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION.**

**Copias:**  
Archivo.

**Revisado** Dr. William Muñoz

COORDINACION ADMISIONES  
SISTEMA DE INFORMACION  
ADMISIONES  
RECIBIDO POR: *[Handwritten Signature]*  
FECHA: 21-04-16 MORBA: 10-20



ANEXO 3

Solicitud de Tema para trabajo de titulación Aprobado por la Universidad de Guayaquil



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

Guayaquil, 15 de Septiembre del 2015

SR. DR  
BYRON LOPEZ SILVA  
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
Ciudad.-

Yo, **ALVARIO VARAS KARLA RAQUEL**, con C.I.#1207099720, por medio de la presente, solicito a usted muy respetuosamente para la aprobación del siguiente tema de tesis:

**"ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO, FACTORES DESENCADENANTES Y COMPLICACIONES EN MUJERES DE 20 A 30 AÑOS"**  
Estudio a realizar en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil, periodo 2014-2015

Comunico que mi tutor es el Dr. Bolívar Vaca.

Por la atención prestada a la misma de usted quedo muy agradecido.

Atentamente,

*Defensor de  
Revisor el tema  
B. Defensor*

*Dra. Consuelo...*

**TESORERIA**  
ALVARIO VARAS KARLA RAQUEL  
C.I.#1207099720

15/09/2015

Sept. 15 - 2015  
PZ

## ANEXO 4



Fotografía N°1.- Equipo quirúrgico minutos antes de empezar el procedimiento.



Fotografía N° 2.- Sala de Recuperación Posquirúrgica.