

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA

Caracterización de los pacientes con Abdomen Agudo Quirúrgico atendidos en el Centro Médico de Diagnóstico Integral. Municipio Pampán.

Characterization of patients with surgical acute Abdomen treated in an Integral Diagnosis Medical Center. Pampan municipality.

Alberto Bermúdez Balado (1), Alina Rivero Ramos (2), Yoasnel Barroetabeña Riol (3), Ricardo Padierno Olivera (4).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte longitudinal a todo paciente intervenido quirúrgicamente por presentar Abdomen Agudo durante el periodo de tiempo comprendido entre marzo del 2006 y marzo del 2008 en el Centro Médico de Diagnóstico Integral "Rafael Pérez Ruedas" de Pampán, con el propósito de caracterizar el comportamiento de las principales afecciones quirúrgicas. El universo estuvo conformado por los 51 pacientes operados de urgencia en este centro durante el periodo señalado. Fueron utilizados modelos de investigación, cualitativos y cuantitativos, que permitieron la triangulación metodológica considerada para este estudio, los que incluyeron métodos teóricos y empíricos. La obtención de los datos se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes, vertiendo los datos en una planilla para su recolección y los resultados se muestran en tablas confeccionadas al efecto. Se concluyó que el síndrome peritoneal fue la forma de presentación más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, resultando la apendicitis aguda, la etiología más frecuente y las hernias resultaron las causas más frecuentes del Síndrome oclusivo. Se detectó un porcentaje ligeramente alto de complicaciones post-operatorias, sin embargo, el promedio de estadía resultó bajo.

Palabras clave: ABDOMEN AGUDO, URGENCIAS QUIRÚRGICAS

1. Especialista de 1er Grado en Cirugía General. Máster Urgencias Médicas. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Anestesiología y Reanimación. Diplomado en Cuidados Intensivos del Adulto. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Residente de Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor.
4. Especialista de 2do Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha apreciado un verdadero avance en el sistema de salud, expresado por continuos cambios, desarrollo y perfeccionamiento de los programas de atención integral en el manejo de las urgencias médicas que implican nuevos desafíos en la conducta médica de los pacientes, así como la aplicación de nuevos métodos y medidas destinados a disminuir la letalidad y propiciar mayor calidad de vida de los pacientes lo que demanda mayor preparación del personal de la salud (1- 2).

En las urgencias médicas muchas afecciones para su curación dependen de la intervención quirúrgica, pero se hace necesario aplicar medidas iniciales tanto a nivel primario como hospitalario que permitan lograr una mayor supervivencia y prevenir complicaciones como ocurre en el abdomen agudo (1-3).

El abdomen agudo ocupa un lugar importante en la práctica médica diaria, puesto que puede ser la manifestación de complicaciones de enfermedades preexistentes o de otras que se presentan con

mínima o ninguna sintomatología (1). El síndrome abdominal agudo ocurre en todas las edades de la vida, durante el embarazo y asociado a múltiples padecimientos. Es difícil precisar la frecuencia de un síndrome de múltiples factores etiológicos y con variaciones que dependen del sexo, edad, etc. (2-3). El dolor abdominal agudo es un síntoma frecuente y representa el 10% de las causas de consulta en los servicios médicos de urgencias a nivel mundial, se estima que el 50% requieren hospitalización y entre el 30 y 40% cirugía. Al ingreso hospitalario cerca del 40% se diagnostica de forma errónea, su mortalidad global es del 10%, la cual se eleva al 20% si el paciente requiere cirugía de urgencia (1-2). El abdomen agudo quirúrgico deviene en una situación dramática para el enfermo que la presenta y para el equipo médico que la afronta, el paciente, porque se siente gravemente enfermo y para el equipo médico porque sabe, que de la rapidez y certeza de sus acciones depende el pronóstico del paciente, se evita complicaciones y se logra sobrevivencia de la salud (4).

Hay que precisar que nada reemplaza a una anamnesis y examen físico adecuados. Estos deben hacerse prioritariamente, con toda la acuciosidad del caso para plantear las posibilidades diagnósticas correctas, efectuar e interpretar los exámenes y procedimientos auxiliares pertinentes a fin de poder acertar la conducta apropiada (1).

El abdomen agudo no siempre es quirúrgico; sin embargo, deben evitarse los procedimientos diagnósticos prolongados que pueden retrasar la solución quirúrgica.

La colaboración internacionalista cubana y la voluntad del actual gobierno venezolano permitieron la apertura de los Centros Diagnósticos Integrales en la hermana República Bolivariana de Venezuela. La preocupación de laborar en un servicio de urgencias que no se había programado y realizar un estudio que abarcara la morbilidad en afecciones quirúrgicas de urgencia, fue la motivación necesaria para enfocar la atención sobre este tema. En el municipio Pampán del estado Trujillo, según la bibliografía consultada no se reportan estudios científicamente fundamentados relacionados con el comportamiento del abdomen agudo quirúrgico al no existir hasta entonces un centro allí que afrontara la cirugía de urgencias.

El objetivo de esta investigación es caracterizar el comportamiento de las entidades que tributan al abdomen agudo en el paciente venezolano atendido en el Centro Médico de Diagnóstico Integral (CMDI) Rafael A. Pérez Ruedas del municipio Pampán en el período comprendido desde Marzo del 2006 hasta Marzo del 2008, se plantea como hipótesis que al identificar las afecciones quirúrgicas más frecuentes dentro del abdomen agudo, así como sus posibles complicaciones, se contribuye a ofrecer una mejor atención a estos enfermos.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte longitudinal a todo paciente intervenido quirúrgicamente por presentar un abdomen agudo durante el periodo de tiempo comprendido entre marzo del 2006 y marzo del 2008 atendidos en el Centro Médico de Diagnóstico Integral Dr. Rafael A. Pérez Ruedas del municipio Pampán.

El universo estuvo constituido por los 51 pacientes operados de urgencia en dicho centro durante el periodo de tiempo señalado, todos los cuales tenían el diagnóstico de abdomen agudo.

Fueron utilizados modelos de investigación, cualitativos, y cuantitativos, que permitieron la triangulación metodológica considerada para este estudio, los que incluyeron métodos teóricos y empíricos. La obtención de los datos se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes, Los datos de vertieron en una planilla para su recolección.

Criterios de Inclusión: Pacientes con abdomen agudo quirúrgico

Criterios de Exclusión: Pacientes con abdomen agudo no quirúrgico y pacientes con abdomen agudo quirúrgico cuya solución no fue factible en el escenario.

A todos los pacientes se les solicitó su consentimiento para participar en el estudio, se les explicó en qué consistía y de los posibles efectos adversos que los fármacos pueden producir, se les notificó que podían decidir el momento de retirarse, y que los datos obtenidos sólo serán confidenciales y utilizados con fines solamente investigativos. Además, se le notificó por escrito al comité de ética de la realización del estudio. El procesamiento de la información se realizó en forma de conteo manual simple, por métodos de determinación de porcentajes y los datos llevados a tablas de frecuencia y relación, se utilizó el por ciento y el promedio de estadía como medidas de resumen.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El síndrome abdominal agudo ocurre en todas las edades de la vida, durante el embarazo y asociado a múltiples padecimientos. Es difícil precisar la frecuencia de un síndrome de múltiples factores etiológicos y con variaciones que dependen del sexo, edad, etc. (2).

El dolor abdominal agudo es un síntoma frecuente y representa el 10% de las causas de consulta en los servicios médicos de urgencias. Un estudio realizado por Jiménez y cols reporta que de los ancianos que consultan estos servicios, el 50% requieren hospitalización y entre el 30 y 40% cirugía, en contraste con pacientes jóvenes, de los cuales sólo aproximadamente un 16% necesitarán intervención quirúrgica. En los jóvenes las causas más frecuentes de dolor abdominal son la apendicitis y el dolor abdominal inespecífico, en los ancianos la mayoría de las series reportan que la patología de la vía biliar, la obstrucción intestinal, la diverticulitis, y los defectos de pared son los principales responsables de consulta, además de otras afecciones que son poco frecuentes en los jóvenes como la patología tumoral y la vascular, según la bibliografía consultada (1-3).

Los autores de la presente investigación consideran que los hallazgos en esta serie se deben fundamentalmente a que en el municipio Pampán predomina la población joven, a diferencia de Cuba, donde, por ejemplo, la expectativa de vida de población supera los 76 años, por lo que se ve con mucha mayor frecuencia el abdomen agudo quirúrgico en grupos de edades superiores.

El Síndrome Peritoneal es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico (3), seguido por las patologías que ocasionan un síndrome oclusivo; la mortalidad de los padecimientos digestivos se debe en gran parte a la sepsis de origen peritoneal, a consecuencia de cuadros abdominales con perforación de víscera hueca y generalmente por retraso en el diagnóstico y por lo tanto, en el tratamiento oportuno. Es de destacar la coincidencia de los resultados obtenidos en este trabajo con la bibliografía de referencia. El síndrome hemorrágico de causa quirúrgica ha disminuido considerablemente desde el descubrimiento del ultrasonido y otras técnicas diagnósticas no invasivas lo que ha propiciado el tratamiento conservador en el 90% o más de los pacientes con trauma abdominal cerrado (4).

En opinión de los autores los resultados de esta investigación se ajustan al patrón clásico de distribución causal, independientemente de la localización geográfica donde se realice el estudio.

El abdomen agudo inflamatorio-infeccioso o peritoneal es producido con más frecuencia, según la literatura revisada, por dos causas: apendicitis aguda y colecistitis aguda, coincidiendo plenamente con los resultados del presente trabajo. Además, la Dra. Bárbara Faire (5), en un estudio realizado en el Hospital Universitario Dr. Calixto García de la Ciudad de la Habana destaca que la apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente y constituye alrededor del 60% de todos los cuadros de abdomen agudo quirúrgico y entre el 5% y el 15% de la población la padece en algún momento de su vida. En la presente investigación los casos con apendicitis aguda constituyeron el 85% del total de pacientes intervenidos quirúrgicamente por presentar un abdomen agudo de causa peritoneal.

Los autores consideran que, aunque el predominio de este diagnóstico en el grupo de estudio coincide con el reportado por la literatura revisada, resultó superior en número, ya que considera que la apendicitis aguda es la causa de abdomen agudo quirúrgico más factible de resolver en la atención primaria de salud.

Con el síndrome Hemorrágico sólo fueron operados dos pacientes, una con un foliculo roto y otro fue una herida con arma blanca que afectó al hígado. El avance tecnológico experimentado en los últimos 20 años, en especial el de técnicas no invasivas como el ultrasonido, ha permitido un cambio progresivo en el enfoque de los traumatismos abdominales cerrados, lo que, combinado al desarrollo de los cuidados intensivos y la valoración hemodinámica del paciente, permiten ser mucho más selectivos a la hora del indicar la cirugía, lo que favorece un enfoque terapéutico no intervencionista (5-6).

Se desea exponer que los resultados del estudio, en cuanto a la baja incidencia de Síndrome Hemorrágico, no están en estrecha relación con los avances tecnológicos que argumenta la literatura internacional, sino con las limitantes a las que se enfrenta la cirugía en este escenario.

Del total de 9 enfermos con Síndrome Oclusivo, fueron operados 8 pacientes con hernias atascadas, de las cuales 5 eran inguinales, 2 crurales y una umbilical, siendo muy llamativo que en el 89% de los pacientes la causa de la oclusión intestinal fueran las hernias de la pared abdominal. Fue también intervenido quirúrgicamente un paciente con un tumor del intestino delgado. Como causas de abdomen agudo obstructivo se señalan muy frecuentemente las bridas y adherencias postoperatorias, vólvulos de intestino grueso y cáncer de colon e intestino delgado (5-6) (Tabla No. 1).

Es evidente que no hay coincidencias entre lo reportado por estos autores y los hallazgos de la presente investigación, lo cual, se opina, obedece fundamentalmente a que para que la brida postoperatoria sea la causa más frecuente de oclusión debe existir una alta tasa de cirugías previas. La población local, hasta la creación de la Misión Barrio Adentro, había sido muy excluida de la atención quirúrgica, y por tanto a las complicaciones que de ella se derivan. Por otra parte, la misma exclusión de la población a estos servicios ha motivado un alto índice de pacientes con hernias de la pared abdominal no resueltas, haciendo que estas afecciones pasen a ocupar un lugar cimero como etiología del Síndrome Oclusivo. La oclusión por hernias atascadas es también señalada por otros autores como Luca de Brasil y Cuadra de Chile, los que coinciden con el presente trabajo al afirmar que las hernias inguinales son la causa más frecuente de oclusión en sus respectivos estudios. El linfoma de intestino delgado es una entidad cuya incidencia oscila entre el 1 y 4 por ciento de todos los tumores malignos del aparato digestivo (2-3, 7). Es habitual su presentación clínica como cuadros de abdomen agudo. Coincidentemente en este trabajo resultó ser una de las causas de oclusión intestinal.

En el presente estudio se relacionan las enfermedades causantes del abdomen agudo quirúrgico según grupos de edades. El grupo de 15 a 45 años fue el más afectado con un total de 35 casos y fue la apendicitis aguda con 29 pacientes, la más frecuente en este grupo (Tabla No. 2).

La Apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente (7-9). En el Hospital Universitario Calixto García», en el período entre 1998 y 2002, se registraron 23 129 ingresos en el Servicio de Cirugía General. De estos, 2 173 fueron diagnosticados de apendicitis aguda (9%), lo cual representa un promedio de 434,6 pacientes nuevos cada año y constituye el 15 por ciento de las urgencias (7).

González Vivar en un estudio realizado en el Hospital San Juan de Dios afirma que la apendicitis aguda es el trastorno quirúrgico más común del abdomen y es uno de los cuadros clínicos a los que, con mayor frecuencia, se ven enfrentados los cirujanos.

Estos planteamientos coinciden plenamente con los resultados del presente trabajo (Tabla No. 3), por otra parte, en los ancianos la mayoría de los autores reportan la patología de la vía biliar, y los defectos de pared como los principales responsables de la intervención quirúrgica de urgencia y también de consulta, además de otras afecciones que son poco frecuentes en los jóvenes como la patología tumoral y la vascular (7-9, 10). Se presentaron un total de cinco complicaciones: dos sepsis de la herida quirúrgica, dos sangramientos post-operatorios en los que fue necesaria la reintervención de los pacientes y un hematoma de la herida quirúrgica. El total de complicaciones representó el 9.8% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente (Tabla No. 4). Numerosos autores coinciden al afirmar que las infecciones, sangramientos y hematomas son complicaciones comunes en todas las intervenciones quirúrgicas (9).

Se opina que el por ciento de complicaciones postoperatorias fue relativamente elevado, ya que la muestra sólo se limitó a la cirugía de urgencia, en la cual evidentemente, el índice de complicaciones es mayor que cuando se incluye en el estudio la cirugía programada.

El promedio de estadía de los pacientes estudiados en relación con el diagnóstico etiológico muestra que la estadía de la mayoría de los pacientes osciló en rangos estrechos entre 2 y 3.6 días (Tabla No. 5). La misma se comportó, en general, muy semejante a la señalada por otros autores (9). Sólo dos pacientes presentaron estadías por encima de los 5 días, ambos con afecciones graves: una herida por arma blanca que afectó al hígado, y otro con tumor del intestino delgado. En la actualidad se reportan estadías más cortas como resultado de la aplicación de técnicas de mínimo acceso que pueden ser inferiores a las 24 horas como los reportados por la Dra. María C Infante y el Dr. Luís Soratto (9).

CONCLUSIONES

El síndrome peritoneal fue la forma de presentación más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, su principal etiología, resulta la apendicitis aguda, la que afectó a todas las edades, sobre todo a pacientes jóvenes. Las hernias de la pared abdominal resultaron las causas más frecuentes dentro del Síndrome Oclusivo. El por ciento de complicaciones post-operatorias resultó ligeramente alto y el promedio de estadía resultó bajo en la generalidad de los casos.

ABSTRACT

A descriptive observational longitudinal study was carried out to all surgically treated patients by presenting acute abdomen between March 2006 and March 2008 in the "Integral Diagnosis Medical Center Rafael Pérez Ruedas of Pampán", with the purpose of characterizing the behavior of the main surgical conditions. The universe was composed by 51 patients operated on urgency in this center during the specified period. Research models, qualitative and quantitative were used, that allowed the methodological triangulation considered for this study, which included theoretical and empirical methods. Data extraction was done through the revision of the medical histories of patients, pouring data into a form for its collection and the results are shown in tables. It was concluded that Peritoneal Syndrome was the form of more frequent submission of surgical acute abdomen, resulting in acute appendicitis, the most frequent etiology and hernias were the most frequent causes of Oclusive Syndrome. It was detected a slightly high percentage of post-operative complications, however, the average stay was low.

key words: ACUTE ABDOMEN, SURGICAL EMERGENCY

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ocampo JM, González HA. Abdomen agudo en el anciano. *Rev Colombiana Cir.* 2006; 21(4):266-282.
2. Duclos HJ. Abdomen agudo ni médico ni quirúrgico: reflexiones sobre la medicina basada en evidencias. *Rev Med Chile.* 2006; 134(9):1197-1199.
3. García Gutiérrez A, Pardo GG, Rodríguez-Loeches J, Pardo Gómez G. *Enfermedades quirúrgicas del abdomen.* La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007.
4. López Fernández M. Abdomen agudo. En: Álvarez Álvarez G. *Temas de guardia clínicas y quirúrgicas.* La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004. p. 256-260.
5. Karimov SK, Miroshnichenko AG, Katsadze MA, Kubachev KG, Zriachikh GA, Izotova G, et al. Methods of diagnostics of intestine paresis in acute surgical diseases of organs of the abdominal cavity. *Vestn Khir Im I I Grek.* 2007; 166(3):87-92.
6. Stiefelhagen P. Nonsurgical causes of acute abdomen. *MMW Fortschr Med.* 2007; 149(40):27-30.
7. González R, Valenzuela M, Andreani S, Jirón A. Apendicitis aguda: formas de presentación clínica y casuística del Hospital San Juan de Dios. *Bol Hosp San Juan de Dios.* 2005; 52(1):32-37.
8. West NM, McDonald AH, Hanchard V. Ultrasound and white blood cell in abdominal acute. *Wet Indian Med.* 2006; 65(2):100-102.
9. de Moya MA, Reisner AT, La Muraglia GM, Kalva SP. Case records of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med.* 2008; 358(2):178-186.
10. Sarotto L, Ferraro A, Suárez F, Franzosi R, Carlucci D, Ferraina P. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: experiencia sobre mil casos. *Rev Argentina Cir.* 2006; 90(3/4):85-92.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los Síndromes.

Síndromes	No. casos	%
Peritoneal	40	78
Hemorrágico	2	4
Oclusivo	9	18
TOTAL	51	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 2. Distribución según sexo y grupos de edades. Caracterización de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico. CMDI Pampán. Marzo 2006 – Marzo 2008.

Sexo	Grupos de edades			Total	
	De 15 a 45 años	De 46 a 65 años	Más de 65 años	No.	%
Masculino	18	5	4	27	52.9
Femenino	17	5	2	24	47.1
TOTAL	35	10	6	51	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 3. Distribución por grupos de edades y diagnóstico etiológico.

Diagnóstico Etiológico	Grupos de edades			TOTAL	
	15 – 45 a	46 – 65 a	más de 65 años	No.	%
Apendicitis aguda	29	3	2	34	66.6
Colecistitis aguda	1	2	2	5	10
Quiste de ovario torcido	1			1	1.9
Folículo hemorrágico roto	1			1	1.9
Herida por arma blanca	1			1	1.9
Hernia inguinal atascada	2	2	1	5	10
Hernia crural atascada		1	1	2	3.9
Hernia umbilical atascada		1		1	1.9
Tumor de intestino delgado		1		1	1.9
TOTAL	35	10	6	51	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 4. Distribución de las Complicaciones.

Complicaciones	No. casos	%
Sepsis herida quirúrgica	2	40
Hemorragia postoperatoria con necesidad de reintervención	2	40
Hematoma de la herida quirúrgica	1	20
TOTAL	5	100

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No.5. Promedio de Estadía Hospitalaria según diagnóstico etiológico.

Diagnóstico Etiológico	Promedio de estadía (Días)
Apendicitis aguda	3,6
Colecistitis aguda	3,6
Quiste de Ovario torcido	3
Folículo hemorrágico roto	2
Herida por arma blanca en abdomen	6
Oclusión intestinal por Hernia crural atascada	2,5
Oclusión intestinal por Hernia inguinal atascada	3,4
Oclusión intestinal por Hernia umbilical atascada	2
Oclusión intestinal por Tumor de intestino delgado	5

Fuente: Historias Clínicas.