



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO SECUNDARIO A ROTURA UTERINA  
POR LEGRADO INDUCIDO”.**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**AUTORA:** Chango Silva Margarita Fernanda

**TUTOR:** Dr. Pancho Zela Marlon Mauricio

Ambato-Ecuador

Octubre 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor en el trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: “ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO SECUNDARIO A ROTURA UTERINA POR LEGRADO INDUCIDO” de Margarita Fernanda Chango Silva, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2016

EL TUTOR

.....  
DR. Pancho Zela, Marlon Mauricio

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO SECUNDARIO A ROTURA UTERINA POR LEGRADO INDUCIDO”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente trabajo.

Ambato, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....  
Chango Silva, Margarita Fernanda

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este caso clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Septiembre 2016

LA AUTORA

.....  
Chango Silva, Margarita Fernanda

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema: “ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO SECUNDARIO A ROTURA UTERINA POR LEGRADO INDUCIDO” de: Margarita Fernanda Chango Silva estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2016

Para la constancia firman

.....

1er Vocal

.....

2do Vocal

.....

PRESIDENTE

## **DEDICATORIA**

*A mis amados padres ejemplo de superación en la vida, que a pesar de sus capacidades especiales han inculcado en mí el valor de respeto hacia las personas con diferentes dificultades, así mismo cultivado el don de servir al ser humano.*

*A mi hermano por su fiel apoyo y sus palabras de aliento, a no desmayar en la lucha constante de perseguir mis sueños.*

Chango Silva, Margarita Fernanda

## AGRADECIMIENTO

*A Dios por regalarme la bella familia que tengo, y poder compartir triunfos y fracasos con ellos.*

*A mis queridos tíos Rodrigo y Carmita que han sido como mis segundos padres, gracias por su ayuda y consejos llenos de experiencia, han servido de mucho para mi crecimiento personal.*

*A mi Universidad, por abrirme las puertas del conocimiento, a mis maestros por enseñarme los fundamentos teóricos, los mismos que son base fundamental para mi desempeño profesional.*

*Y por último y no menos importante a una persona especial gracias por demostrarme su amor, y ser mi refugio en momentos difíciles.*

Chango Silva, Margarita Fernanda

## ÍNDICE PRELIMINAR

APROBACIÓN DEL TUTOR .....	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	III
DERECHOS DE AUTOR .....	IV
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO .....	VII
RESUMEN .....	XII
SUMMARY .....	XIV

## ÍNDICE GENERAL

<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>3</b>
LEGRADO O CURETAJE .....	3
DEFINICIÓN.....	3
INDICACIONES DE LEGRADO .....	4
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA. ....	5
CONTRAINDICACIONES:.....	6
COMPLICACIONES .....	7
ABDOMEN AGUDO .....	11
DEFINICIÓN.....	11
CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL SITIO ANATÓMICO DE ORIGEN: .....	11
CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA CONDUCTA TERAPÉUTICA: .....	11
ETIOLOGÍA .....	12
FISIOPATOLOGÍA .....	12
SEMIOLOGÍA.....	13
EXPLORACIÓN FÍSICA.....	15
EVALUCIÓN Y DIAGNÓSTICO .....	18
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	23
MANEJO.....	24
CRITERIOS DE REMISIÓN.....	25
<b>III. OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
OBJETIVO GENERAL .....	26
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>IV. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES...27</b>	
HISTORIA CLÍNICA .....	28
ANAMNESIS .....	28
ANTECEDENTES.....	28
MOTIVO DE CONSULTA.....	29
ENFERMEDAD ACTUAL .....	29
REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS.....	30
EXAMEN FÍSICO.....	31
EXÁMENES DE LABORATORIO .....	33
INDICACIONES DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA.....	35
EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE .....	36
<b>V. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO .....</b>	<b>43</b>
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	43
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	44
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	45
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>
BIBLIOGRAFÍA .....	48
LINKOGRAFÍA.....	48
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA .....	50

<b>VIII. ANEXOS .....</b>	<b>52</b>
ANEXO.1 EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE HOSPITALIZACIÓN .....	52
ANEXO.2 IMÁGENES DE HOSPITALIZACIÓN .....	57
ANEXO.3 ESQUEMAS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS .....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Biometría hemática (ingreso).....	33
Tabla 2 Química sanguínea (ingreso) .....	33
Tabla 3 Tiempos de coagulación (ingreso) .....	34
Tabla 4 Gasometría (ingreso).....	34
Tabla 5 Examen elemental de orina (ingreso).....	34
Tabla 6 Caracterización de las oportunidades de mejora.....	45
Tabla 7 Biometría hemática (hospitalización) .....	52
Tabla 8 Química sanguínea (hospitalización) .....	52
Tabla 9 Electrolitos (hospitalización) .....	53
Tabla 10 Gasometría (hospitalización) .....	53
Tabla 11 Perfil hepático (hospitalización) .....	54
Tabla 12 Otras analíticas (hospitalización) .....	54
Tabla 13 Examen elemental de orina (hospitalización) .....	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Ecografía transvaginal .....	57
Gráfico 2 Rx de tórax .....	58
Gráfico 3 Rx de abdomen .....	58
Gráfico 4 Ecografía transvaginal .....	59
Gráfico 5. Algoritmo diagnóstico y terapéutico del abdomen agudo. ....	60
Gráfico 6. Algoritmo diagnóstico y terapéutico del abdomen agudo de causa ginecológica. ....	61
Gráfico 7 Algoritmo diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.....	62

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO SECUNDARIO A ROTURA UTERINA  
POR LEGRADO INDUCIDO”**

Autora: Chango Silva, Margarita Fernanda

Tutor: Dr. Pancho Zela, Marlon Mauricio

Fecha: Septiembre del 2016

**RESUMEN**

**Introducción.** El dolor abdominal es una entidad compleja, a veces de difícil diagnóstico y una de las causas más frecuente de consulta en los servicios de urgencias, y compete a todo médico conocer a fondo sus características para determinar rápidamente la conducta que se debe seguir, dado que de su oportuna decisión puede depender el desenlace del paciente. Los signos y síntomas clínicos son variados y dependen de la etiología. En nuestro caso clínico la causa del abdomen agudo fue una perforación uterina el mismo que puede ser iatrogénica o espontánea. Las causas iatrogénicas incluyen procedimientos como dilatación y curetaje. Las causas espontáneas son menos comúnmente responsables de perforación uterina. Dada la severidad del cuadro es muy importante el estudio en la población femenina para evitar complicaciones irremediables en la paciente.

**Objetivo.** Evaluar el manejo clínico del paciente con abdomen agudo quirúrgico secundario a perforación uterina.

**Desarrollo.** El presente caso corresponde a una paciente femenina de 26 años diagnosticada de aborto incompleto de embarazo de 10 semanas aproximadamente refiere que realizan legrado por dos ocasiones, una semana después presenta síndrome peritoneal perforativo por lo que acude a hospital IESS de Riobamba, allí realizan complementarios hemoquímicos e imagenológicos, por lo que es diagnosticada de abdomen agudo por posible rotura uterina, y realizan cirugía

emergente. Posteriormente es transferida a Hospital IESS Ambato donde es ingresada en el servicio de terapia intensiva, durante su hospitalización es relaparotomizada, evolucionando favorablemente.

**Conclusiones.** El abdomen agudo secundario a una perforación uterina, es un cuadro que requiere un adecuado diagnóstico y una resolución inmediata debido a que se encuentra en riesgo la vida de la paciente. En nuestro caso clínico el manejo clínico no fue del todo adecuado.

**PALABRAS CLAVES:** ABDOMEN\_AGUDO, PERFORACIÓN\_UTERINA, LEGRADO.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

"ACUTE SURGICAL ABDOMEN SECONDARY TO UTERINE RUPTURE BY  
INDUCED CURETTAGE"

Author: Chango Silva Margarita Fernanda

Tutor: Dr. Pancho Zela Marlon Mauricio

Date: September 2016

**SUMMARY**

Introduction. Abdominal pain is a complex, sometimes difficult to diagnose and one of the most frequent causes of consultation in emergency services entity, and it is for all medical meet its features to quickly determine the conduct to be followed, since its timely decision may depend on the outcome of the patient. The clinical signs and symptoms are varied and depend on the etiology. In our case report the cause of acute abdomen was the same uterine perforation that may be iatrogenic or spontaneous. Iatrogenic causes include procedures such as dilation and curettage. Spontaneous causes are less commonly responsible for uterine perforation. Given the severity of the disease it is very important to study the female population to prevent irremediable complications in the patient.

Objective. Evaluate the clinical management of patients with acute abdomen secondary to surgical uterine perforation.

Development. This case is a female patient 26 years of age diagnosed incomplete abortion from 10 weeks pregnancy about concerns that perform curettage twice a week after you have perforativo peritoneal syndrome so go to hospital IESS Riobamba, there perform additional biochemical and imaging test, so is diagnosed with acute abdomen possible uterine rupture, and perform emergency surgery. He

later transferred to Hospital IESS Ambato where he is transferred to Ambato IESS Hospital where he is admitted to the intensive therapy during hospitalization is relaparotomy, develop favorably.

Conclusions. The acute abdomen secondary to uterine perforation, is a box that requires a proper diagnosis and an immediate resolution because it is at risk the life of the patient. In our case report the clinical management was not entirely appropriate.

**KEYWORDS:** ACUTE\_ABDOMEN, UTERINE\_PERFORATION, CURETTAGE

## I. INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo; en los Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5% son originadas por dolor abdominal.<sup>1</sup>

Un estudio realizado en un hospital de Chile señala que el dolor abdominal es una causa común de consulta en el Servicio de Urgencia, dando cuenta del 7 al 10 % de las consultas y siendo el diagnóstico principal al alta el dolor abdominal inespecífico.<sup>2</sup> Gran parte de los pacientes que consultan por dolor abdominal pueden ser dados de alta con control ambulatorio y entre un 18 y 30% según la serie analizada, requiere de hospitalización. Entre un 8 y 10% de ellos son de resolución quirúrgica.<sup>2</sup>

Refiriéndonos a nuestro caso el abdomen agudo de causa ginecológica es una entidad muy compleja, a veces de difícil diagnóstico que requiere de un análisis profundo para determinar sus causas e instaurar un tratamiento adecuado. Implica a diversas vísceras por lo que frecuentemente el abordaje debe ser multidisciplinario y en ocasiones exige una actuación rápida, ya que se pone en peligro la vida del paciente.<sup>3</sup>

Dada la amplitud de las posibles causas del dolor abdominal, vamos a centrarnos en exponer las causas de origen ginecológico. La valoración inicial más importante que se debe realizar es determinar si se trata de un abdomen agudo quirúrgico y si precisa hospitalización inmediata. Dentro de las diversas etiologías tenemos las de causa médica: enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis, reacciones inusitadas de los ovarios por hiperestimulación con gonadotrofinas, etc. En las de causa quirúrgica: embarazo ectópico complicado, hemoperitoneo, folículo roto sangrante, torsiones de blastomas ováricos, de trompas, infartos de miomas subserosos, perforación uterina por aborto provocado, aborto séptico, roturas de piosalpinx entre otros.<sup>3,4</sup>

El legrado es un procedimiento ginecológico comúnmente realizado para casos de aborto y que además se considera que es relativamente segura con una baja tasa de complicaciones global del 0,7%. La incidencia de perforación uterina con este procedimiento es informado entre 0,07% a 1,2%. Según la Organización Mundial de

la Salud (OMS) se estima que hay una tasa de letalidad de 250-500 muertes por cada 100.000 abortos ilícitos. <sup>5,6</sup>

Sin embargo hoy en día se menciona que es un método obsoleto de aborto quirúrgico el cual debe reemplazarse por la aspiración de vacío manual o eléctrica, o los métodos médicos que utilizan una combinación de mifepristona seguida de misoprostol. <sup>7</sup>

Por lo tanto el diagnóstico oportuno del abdomen agudo es de gran importancia, es decir que todo dolor abdominal amerita una buena historia clínica y una adecuada exploración, porque su retraso podría aumentar la morbimortalidad. La evolución del dolor es un dato importante y por ello deben evitarse los analgésicos y antibióticos antes de establecer la conducta a seguir.

En el presente caso clínico abordaremos el cuadro de una paciente que presentó perforación uterina por un legrado y que acudió con características clínicas típicas de abdomen agudo.

Es de suma importancia tanto en nuestro medio clínico como en la sociedad profundizar en conocimientos acerca de este tema, puesto que no todos los médicos, en especial quienes recién inician la profesión médica, tenemos conocimiento adecuado sobre el diagnóstico y manejo apropiado que permita una pronta resolución del cuadro clínico del paciente evitando así complicaciones futuras.

Los beneficiarios del análisis del caso clínico son los médicos en formación, los médicos de atención primaria, los médicos especialistas, el paciente y la familia, así como todo el personal de salud; por lo que considero de interés el análisis del presente caso clínico.

## II. MARCO TEÓRICO

### LEGRADO O CURETAJE

El legrado es un procedimiento que puede ser ginecológico u obstétrico dependiendo de la patología a tratar, y de acuerdo a su propósito se conocerá como diagnóstico o terapéutico.

Para conseguir la evacuación del contenido uterino se dilata el cérvix y se extrae su contenido utilizando “Instrumental quirúrgico”, la técnica utilizada se denomina Dilatación y Legrado Instrumental.

### DEFINICIÓN

Legrado o Curetaje: Es una intervención quirúrgica que consiste en raspar la superficie de la mucosa uterina, para limpiarlo de sustancias adheridas o tomar una muestra.<sup>7</sup>

Los objetivos del legrado son:

Terapéutico: Indicado para detener una hemorragia uterina de origen obstétrica o ginecológica, para facilitar la curación y la cicatrización, eliminando los tejidos afectados que causan la enfermedad, o bien que impidan o retarden la recuperación de la normalidad del órgano.<sup>7</sup>

Diagnóstico: Indicado para obtener una muestra que al estudio histopatológico permita confirmar o descartar una patología.<sup>7</sup>

El legrado uterino instrumental es un procedimiento por el cual a través del cérvix, con el uso de una cureta de metal, se raspan las paredes del útero bajo anestesia general. Mientras que la técnica por aspiración se realiza a través de una cánula de plástico semirrígida, la misma que se procede bajo el protocolo de Aspiración Manual Endouterina (AMEU).<sup>7</sup>

En la actualidad la AMEU es la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto y diferido. La AMEU es una técnica segura, efectiva, rápida, con menor

pérdida de sangre y menos dolorosa que el legrado uterino instrumental. La AMEU se asocia con niveles más bajos de complicaciones, como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica, y las lesiones cervicales que se presentan con el legrado instrumental.<sup>8,9</sup>

## **INDICACIONES DE LEGRADO**

### 1.- Indicaciones diagnosticas

- Sospecha de cáncer de cérvix y útero.
- Sangrado uterino anormal que no cede al manejo médico.
- Endometritis.
- Hemorragia uterina posmenopáusica.<sup>10</sup>

### 2.- Indicaciones terapéuticas

- Extirpación de pólipos.
- Extirpación de tejido en exceso, como en la hiperplasia endometrial.
- Tratamiento del sangrado uterino disfuncional.
- Aborto terapéutico temprano.
- Retención de restos placentarios postparto.
- Tratamiento de aborto infectado y del aborto séptico después de 12 a 24 horas de iniciado el manejo con antibióticoterapia.<sup>10</sup>

### 3.- Indicaciones obstétricas

- Aborto en cualquiera de sus variedades.
- Retención de restos placentarios.
- Tratamiento del aborto infectado y del aborto séptico.
- Embarazo Ectópico.<sup>10</sup>

### 4.- Indicaciones ginecológicas

- Hemorragia uterina anormal.
- Sangrado genital postmenopáusico.

- Diagnostico patología endometrial: hiperplasia, cáncer, etc.
- Extracción de pólipos. <sup>10</sup>

Instrumental mínimo para realizar un legrado uterino instrumental.

- Sala de quirófano de acuerdo a norma de Habilitación.
- Juego de curetas uterinas.
- Juego de dilatadores uterinos (bujías de Hegar) de 6 a 15 mm.
- Un espéculo de tamaños mediano y grande.
- Pinza de cuello (Pozzi).
- Histerómetro. <sup>10</sup>

## **DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA.**

- En posición ginecológica, bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia se colocan campos quirúrgicos, se realiza la antisepsia del cérvix y de vagina con solución antiséptica.
- Se le consulta al anestesiólogo para iniciar el procedimiento, procediendo al tacto bimanual para identificar, situación, tamaño y orientación del útero.
- Se coloca el espéculo suavemente en forma oblicua deprimiendo la pared posterior de la vagina, se introduce la pinza cervical (de cuatro dientes) lateralmente al espéculo pinzando el labio anterior o posterior del cérvix (teniendo en cuenta si el cuerpo uterino se encuentra en anterverso o en retroversoflexión) para estabilizar el cuello, y se tracciona la pinza para corregir el ángulo cérvicouterino rectificando el cuerpo del mismo.
- Se retira el espéculo.
- Realizar la histerometría.
- Legrar el canal endocervical y tomar muestra.
- Dilatar el cérvix con las bujías de Hegar, tomando el dilatador de menor tamaño por la parte media (como si se tomara un lápiz) y orientando su eje curvo en el mismo sentido a la orientación del cuerpo uterino, se introduce inicialmente el de menor calibre, según la percepción del cirujano,

seguidamente introducir el lado opuesto del mismo dilatador. Proceder de la misma manera con los siguientes dilatadores hasta un número de dilatador mayor que el diámetro de la legra que va a utilizar, para una legra No. 2, dilatar mínimo hasta la bujía No.7.

- Una vez elegido el tamaño de cureta a utilizar, introducir suavemente la misma a través del cuello hasta tocar el fondo del útero.
- Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suave y lentamente de atrás hacia delante dentro de la cavidad uterina, raspando las paredes del útero en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos cuidando de no raspar muy profundamente para evitar secuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
- Posteriormente legar el fondo y los cuernos.
- Verificar que la evacuación ha sido completa.
- Retirar la cureta muy suavemente.
- Verificar que no exista sangrado a través del cuello.
- Retirar la pinza de cuello (Pozzi).
- Verificar que no exista sangrado en los puntos de agarre de la pinza de Pozzi. En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
- Inspeccionar el tejido cerciorándose de haber extraído una muestra representativa, y no solamente coágulos.
- Identificar el material que se enviará para estudio anatomopatológico.<sup>10</sup>

#### **CONTRAINDICACIONES:**

- Infección genital activa aguda, a cualquier nivel.
- Desconocimiento de la técnica operatoria.
- Falta de destreza para la realización del procedimiento.
- Infecciones pélvicas sin tratamiento antibiótico previo.<sup>10</sup>

## COMPLICACIONES

### INMEDIATAS.

- Perforación Uterina.
- Laceración cervical.
- Hemorragia.
- Shock séptico.
- Shock Hipovolémico.
- Insuficiencia renal aguda.
- Coagulación intravascular diseminada.<sup>10</sup>

### MEDIATAS.

- Evacuación incompleta de los restos ovulares.
- Hemorragia.
- Infecciones útero - anexiales
- Absceso pélvico.
- Tromboflebitis pélvica séptica.<sup>10</sup>

### TARDÍAS.

- Síndrome de Sheehan (parcial o total).
- Sensibilidad a Rh.<sup>10</sup>

## Hemorragia

La hemorragia puede ser resultado de la retención del producto de la concepción, un traumatismo o daño del cuello uterino, una coagulopatía o, en forma aislada, la perforación del útero. Dependiendo de la causa de la hemorragia, el tratamiento adecuado puede incluir la reevacuación del útero y la administración de fármacos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, el reemplazo intravenoso de líquidos y, en casos graves, transfusiones sanguíneas, el reemplazo de los factores de coagulación, una laparoscopia o una laparotomía de exploración.<sup>7</sup> Dada la baja incidencia de hemorragia con aspiración al vacío, no se recomienda la utilización de

oxitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la dilatación y evacuación. Sin embargo, todo servicio debe tener la capacidad de estabilizar y tratar o derivar a una mujer con hemorragia tan pronto como sea posible.<sup>11, 12</sup>

## **Infección**

Las infecciones raramente ocurren si el aborto no se realizó apropiadamente. Los síntomas pueden ser fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, deberá administrarse un antibiótico y si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, hay que reevacuar el útero. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación. El uso profiláctico de antibióticos para las mujeres que se someten a un aborto quirúrgico ha demostrado una reducción en el riesgo de infecciones postaborto y debe proveerse cuando sea posible.<sup>7, 11</sup>

## **Aborto incompleto**

Cuando el aborto es realizado mediante la aspiración de vacío por un profesional capacitado, el aborto incompleto es infrecuente, es más común que suceda con métodos médicos de aborto. Los síntomas frecuentes incluyen hemorragia vaginal y dolor abdominal, y es posible que haya signos de infección. También debe sospecharse aborto incompleto si al examinar visualmente el tejido aspirado durante el aborto quirúrgico, este no concuerda con la duración estimada del embarazo. El personal de todos los centros médicos debe estar capacitado y equipado para tratar un aborto incompleto mediante el vaciado del útero, y se debe prestar especial atención a posibles hemorragias que podrían causar anemia o infección y que requerirían un tratamiento antibiótico. El aborto incompleto puede solucionarse con una aspiración de vacío o la administración de misoprostol.<sup>7, 12</sup>

## **Complicaciones vinculadas a la anestesia**

En los casos de manejo quirúrgico del aborto con administración de cualquier tipo de anestésico, es posible la ocurrencia de complicaciones inherentes al fármaco y a las vías utilizadas. Siempre que sea empleado algún tipo de procedimiento anestésico, la persona proveedora del servicio debe disponer de las competencias para el manejo de complicaciones.<sup>11, 12</sup>

### **Perforación del útero**

Por lo general, la perforación del útero no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. En un estudio de más de 700 mujeres que se sometieron a un aborto y a una esterilización laparoscópica en el primer trimestre se observó que 12 de 14 perforaciones del útero eran tan pequeñas que no hubiesen sido diagnosticadas de no haberse hecho la laparoscopia.<sup>7</sup> Cuando se sospecha una perforación del útero, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se necesita. Siempre que esté disponible y sea necesaria, la laparoscopia es el método elegido para su investigación. Si la laparoscopia o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de daño al intestino, los vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.<sup>11</sup>

La perforación del útero es la complicación más común del legrado y puede dar lugar a varios problemas, incluyendo sangrado, daños a las vísceras, y peritonitis, lo que requiere un control rápido de daños. Además, la formación de hematomas y cualquier tipo de trauma peritoneal debido a la coagulación o la sutura de la pared uterina podrían dar lugar a la formación de adherencias con secuelas patológicas, tales como dolor crónico, infertilidad secundaria, o íleo agudo.<sup>13</sup>

La lesión puede ocurrir durante la dilatación del cuello del útero, legrado del endometrio, o durante la resección del tabique, pólipos, o leiomiomas. Las perforaciones pequeñas por lo general no son potencialmente mortales y pueden ser tratados con antibióticos y observación durante la noche. Lesiones mayores pueden producir hemorragia aguda de la zona lesionada, lo que lleva a hemoperitoneo, ruptura de los vasos uterinos que causan shock hipovolémico o daños al intestino adyacente, con riesgo de peritonitis. Por lo tanto, se recomienda una laparoscopia

diagnóstica en lugar de una ecografía en cada perforación para evaluar el alcance y el control de la lesión, como la coagulación o la sutura de la pared uterina, histerectomía, reparación de los órganos afectados, o una combinación de estos procedimientos.<sup>13</sup>

El aborto clandestino es una de las situaciones más comunes donde se realiza un legrado o curetaje, considerándose un problema de salud pública ya que aproximadamente el 13% de la mortalidad relacionada con el embarazo en todo el mundo se debe al aborto clandestino. Además se calcula que en todo el mundo más de 19 millones de abortos inseguros se producen anualmente, de estos el 10-50% buscan atención médica por las complicaciones y cerca de 47.000 mujeres mueren debido a esta causa.<sup>14</sup>

Las complicaciones graves de una perforación uterina no reconocidas y tratadas a tiempo, suelen ser hemorragia, septicemia, shock séptico, las lesiones viscerales y en última instancia la muerte. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 8 minutos una mujer muere debido a complicaciones de abortos inseguros, lo que explica la principal causa de mortalidad materna, en especial en países de ingresos bajos y medios.<sup>14</sup>

## **ABDOMEN AGUDO**

### **DEFINICIÓN**

El abdomen agudo clínicamente cursa con dolor súbito, agudo, urgente, evoluciona con rapidez, acompañado de otros síntomas locales y generales, alarmantes, que ocasionan sensación de enfermedad grave.<sup>15</sup>

El dolor abdominal generalmente es originado en órganos o estructuras del abdomen y en algunos casos extraabdominales. Es la expresión de una gran variedad de patologías y puede ser producido por injurias o lesiones graves o trastornos banales.<sup>15</sup>

### **CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL SITIO ANATÓMICO DE ORIGEN:**

- Origen ginecológico: Salpingitis, embarazo ectópico, rotura uterina.
- Origen urinario: Absceso del tracto urinario, pielonefritis, neoplasia renal, rotura renal o vesical, cólico nefrítico.
- Origen vascular: Infección de prótesis, rotura de aneurisma, trombosis/ isquemia mesentérica.
- Origen abdominal: Apendicitis aguda, perforación, obstrucción intestinal, pancreatitis, etc.
- Origen torácico: Osteocondritis, herpes, neuropatía, distensiones musculares.<sup>16</sup>

### **CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA CONDUCTA TERAPÉUTICA:**

- Dolor abdominal agudo quirúrgico: Es un cuadro grave, cuyo origen está en el abdomen, de aparición brusca y evolución progresiva que requiere ser tratado prontamente, pues de no ser así lleva al traste la vida del paciente.<sup>16</sup>  
La aparición rápida de dolor, vómito, náuseas, fiebre, anorexia, distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases, y antecedentes conocidos de intervención quirúrgica abdominal, son datos importantes en la historia clínica. Los signos de peritonitis como dolor a la descompresión, defensa, y

ausencia de ruidos intestinales, indican un proceso intraabdominal grave. La fiebre y leucocitos son datos útiles cuando confirman las impresiones de la historia clínica.<sup>16</sup>

- Dolor abdominal agudo no quirúrgico: En este tipo de pacientes, la presencia de dolor a la palpación, localizado ó con defensa, evolución lenta (> 48 horas) y con historia de misma sintomatología anterior, sugiere estudio y seguimiento ambulatorio.<sup>16</sup>

## **ETIOLOGÍA**

En este trabajo se enfocara las causas ginecológicas que son las que más corresponden con la paciente de acuerdo a la edad y género de la misma.

- Abdomen agudo ginecológico médico: enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis, reacciones inusitadas de los ovarios por hiperestimulación con gonadotrofinas, etc.<sup>(7)</sup>
- Abdomen agudo ginecológico quirúrgico: embarazo ectópico complicado, hemoperitoneo por folículo roto sangrante, torsiones de blastomas ováricos, de trompas, perforación uterina por aborto provocado, aborto séptico, roturas de piosalpinx.<sup>(7)</sup>

## **FISIOPATOLOGÍA**

Conocer algunos conceptos básicos del mecanismo fisiopatológico del dolor, facilitan el análisis de la semiología y nos permiten ayudar a comprender su forma de expresión en cada paciente. El dolor abdominal puede ser catalogado en tres tipos diferentes: visceral, somático y referido.

- El dolor visceral se origina en órganos abdominales cubiertos por peritoneo visceral y las fibras de nervios aferentes viscerales conducen los impulsos a la médula espinal. Los estímulos adecuados para el dolor visceral son los que se origina en su propio medio, (aumento de la tensión de la pared de las vísceras huecas por distensión o contracción espástica, distensión de las cápsulas de

vísceras sólidas, isquemia y algunas sustancias químicas). Es un dolor profundo, difuso y mal localizado alrededor de la zona media del abdomen. Los ejemplos característicos son los de una diarrea y una apendicitis en su estadio inicial. Se asocia frecuentemente a síntomas vegetativos como inquietud, sudoración, palidez, náuseas y vómitos. En procesos severos se acompaña de hiperestesia, hiperalgesia y rigidez muscular involuntaria; estos signos sugieren irritación peritoneal.<sup>16,17</sup>

- El dolor somático es el que se origina en la pared abdominal, sobre todo el peritoneo parietal, la raíz de los mesenterios y el diafragma; es mediado por los aferentes raquídeos segmentarios. Se caracteriza por ser agudo, más claro, por estar localizado cerca al sitio de la estimulación. El ejemplo clásico es el dolor exquisito del cuadrante inferior derecho en la apendicitis aguda. Se puede agravar por maniobras de valsalva, tos, deambulación o palpación de la zona afectada.<sup>16,17</sup>
- El dolor referido es localizado a una distancia considerable de la víscera enferma. Se presenta por la convergencia de las fibras aferentes en la misma neurona en un punto de la vía nerviosa para el dolor. Ejemplos de este son el dolor de la cicatriz en una operación previa ó el dolor referido a epigastrio en la apendicitis, el irradiado a hombro en la colecistitis. Entonces corresponde a un mecanismo reflejo sin compromiso inflamatorio del peritoneo o peritonismo.<sup>16,17</sup>

## **SEMIOLOGÍA**

Ante un paciente que acude por dolor abdominal es fundamental realizar una buena historia clínica. Si no nos es posible realizarla correctamente a través del paciente recurriremos a los familiares o acompañantes. Debemos preguntar antecedentes patológicos si existen cirugías previas, episodios similares previos, enfermedades, ingesta de fármacos y alimentos, alcohol, ciclo menstrual, fecha de la última menstruación (FUM), posibilidad de embarazo.<sup>15,17</sup>

Siempre que sea posible se deben realizar preguntas de respuesta abierta, estructurándolas para poder averiguar el momento de comienzo, las características, la

localización, la duración, la posible irradiación y la cronología del dolor que experimenta el paciente.<sup>15,17</sup>

A menudo, se puede obtener información adicional observando como describe el paciente el dolor que está experimentando. La identificación del dolor con un dedo nos indica a menudo un dolor que es mucho más localizado y característico de inervación parietal o inflamación peritoneal, a diferencia de las molestias vagas y difusas que se indican con la palma de la mano, que habitualmente son más características del dolor visceral de los procesos intestinales o de órganos macizos.<sup>15,17</sup>

La intensidad y la gravedad del dolor guardan relación con los daños tisulares subyacentes. Un dolor agudo de comienzo brusco debe hacernos pensar en trastornos tales como una perforación intestinal o una embolia arterial por isquemia, aunque existen otros procesos (como el cólico biliar) que también pueden manifestarse de forma repentina. El dolor que aparece y se acentúa a lo largo de varias horas es típico de procesos de inflamación o infección progresiva, como la colecistitis, la colitis o la obstrucción intestinal.<sup>15,17</sup>

Son importantes además la localización, irradiación, comienzo y progresión del dolor. Este puede también extenderse mucho más allá de la zona afectada. Por ejemplo el hígado comparte parte de su inervación con el diafragma y puede provocar dolor referido al hombro derecho a través de las raíces nerviosas C3-C5.<sup>15,17</sup>

No olvidarnos también de las actividades que exacerbaban o mitigan el dolor. Los pacientes con inflamación peritoneal evitan cualquier actividad que distienda o empuje el abdomen. Explican que su dolor se acentúa con cualquier movimiento brusco del cuerpo y que sienten menos dolor cuando flexionan las rodillas.<sup>15,17</sup>

### **Síntomas asociados**

Pueden constituir pistas importantes a la hora de establecer el diagnóstico. Las náuseas, los vómitos, el estreñimiento, la diarrea, el prurito, las melenas, la

hematoquecia o la hematuria pueden ser síntomas muy útiles cuando aparecen y se reconocen.<sup>15</sup>

- Los vómitos pueden producirse por un dolor abdominal intenso de cualquier etiología o por una obstrucción mecánica o íleo intestinal. Los vómitos preceden en muchos casos a la aparición de un dolor abdominal significativo en muchos procesos médicos, mientras que el dolor de un abdomen agudo quirúrgico aparece antes y provoca el vómito.<sup>15</sup>
- El estreñimiento puede deberse a una obstrucción mecánica o a una merma del peristaltismo. Puede representar el problema primario y necesitar laxantes o fármacos procinéticos, o puede ser meramente un síntoma de un trastorno subyacente. Una anamnesis minuciosa debe reflejar si el paciente sigue evacuando gases o heces por el recto.<sup>15</sup>
- Una obstrucción completa suele asociarse posteriormente a una isquemia o perforación intestinal como consecuencia de la distensión masiva que puede producirse.<sup>15</sup>
- La diarrea se asocia a diferentes causas médicas de abdomen agudo, como la enteritis infecciosa, la enfermedad intestinal inflamatoria y la contaminación parasitaria. En estos trastornos y en la isquemia de colon puede observarse diarrea sanguinolenta.<sup>15</sup>

## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Estado general:

- Determinar frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura, y pulsos arteriales (amplitud y frecuencia).
- Valorar capacidad del sujeto para responder a las preguntas y el nivel de conciencia.
- Grado de hidratación, coloración de piel y mucosas (palidez, ictericia, cianosis).
- Posición adoptada por el sujeto, su actitud y la sensación de enfermedad. En un abdomen agudo lo habitual es encontrar a un paciente con el estado

general afectado, que guarda una posición antiálgica que mantiene el abdomen inmóvil para intentar aliviar el dolor. Puede ocurrir que se encuentre agitado, inquieto e hipercinético, lo que nos debe orientar hacia un dolor cólico en relación con obstrucción de víscera hueca.<sup>15</sup>

### **Exploración torácica:**

Realizaremos una exploración completa y sistemática que incluya la auscultación (descartar la fibrilación auricular, neumonía, etc.), la inspección y la palpación.<sup>15</sup>

### **Exploración abdominal:**

#### 1. Inspección:

- Mediante la inspección podremos valorar la actitud del paciente, la inmovilidad y la respiración superficial, típicos del abdomen agudo.
- La existencia de cicatrices de laparotomías previas, que nos pueden orientar a la existencia de bridas postoperatorias, como responsables del dolor.<sup>15</sup>

#### 2. Auscultación abdominal:

- Para que ésta sea valorable debemos efectuarla antes de la palpación para no alterar la frecuencia de los ruidos intestinales, y se prolongará más de tres minutos.<sup>15</sup>
- La auscultación nos permite detectar anomalías de los movimientos peristálticos intestinales y de los pulsos arteriales.<sup>15</sup>
  - ✓ Peristaltismo ausente: íleo intestinal, peritonitis, pancreatitis.
  - ✓ Peristaltismo aumentado: gastroenteritis aguda, inicio de obstrucción intestinal.
  - ✓ Ruidos hidroaéreos o borborigmos: son ruidos de lucha cuando hay aire y líquido abundantes en la luz intestinal.
  - ✓ Ruidos metálicos: obstrucción intestinal avanzada.
  - ✓ Soplos arteriales: estenosis o aneurismas de las arterias abdominales de mayor calibre.<sup>15</sup>

### 3. Palpación abdominal:

- La palpación abdominal (superficial y profunda) debemos realizarla de forma sistemática, con suavidad y con las manos calientes, comenzando lo más lejos posible de la zona dolorosa, para evitar el componente de contracción muscular voluntaria y espontánea del paciente, que tiende a defenderse de algo que le va provocar dolor. <sup>15</sup>
- Valoraremos la tensión del abdomen (ascitis a tensión), y la presencia de masas u organomegalias. <sup>15</sup>
- Mediante la palpación abdominal podemos obtener una serie de hallazgos de gran utilidad para el diagnóstico:
  - ✓ Maniobra de Blumberg o signo del rebote: el dolor selectivo a la descompresión abdominal es un dato esencial en el diagnóstico de irritación peritoneal. Este signo puede estar ausente en el paciente anciano. <sup>15</sup>
  - ✓ La contractura involuntaria es un signo fidedigno de peritonitis. Suele ser una contractura parcial y cercana a la zona afectada. En la peritonitis generalizada, el dolor es difuso y el abdomen puede estar rígido con una gran contractura muscular; esto es lo que denominamos abdomen o vientre en tabla. Este dato puede estar ausente en muchos pacientes ancianos ó en los pacientes a los que se les han administrado analgésicos. <sup>15</sup>
  - ✓ El signo de Murphy: dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho durante la inspiración, es característico de la colecistitis aguda. <sup>15</sup>
  - ✓ Signo de Mc Burney: compresión dolorosa en el punto de Mc Burney (trazando una línea desde el ombligo a la espina iliaca anterosuperior derecha, en la unión del 1/3 inferior con los 2/3 superiores) signo característico de una apendicitis aguda. <sup>15</sup>
  - ✓ Signo de Rovsing: dolor en el punto de Mc Burney al comprimir el colon descendente. <sup>15</sup>

- En ocasiones puede palparse una masa abdominal, sobre todo en el paciente anciano debido a su delgadez y a la menor contractura muscular en presencia de irritación peritoneal.<sup>15</sup>
- No olvidar la búsqueda de los pulsos femorales. La palpación de una masa abdominal pulsátil dolorosa debe hacer pensar en un aneurisma de aorta abdominal.<sup>15</sup>

#### 4. Percusión abdominal:

- Nos permite detectar variaciones de la normalidad. Lo habitual es la matidez hepática y la presencia de aire de forma discreta en el resto del abdomen. En la obstrucción intestinal la percusión va a ser fundamentalmente timpánica. No debemos olvidar la puñopercusión renal bilateral.<sup>15</sup>

#### **Tacto rectal y vaginal:**

- Nos permiten explorar el interior de ambas cavidades.
- Inspección de la zona sacrocoxígea, anal y perianal: fisuras, hemorroides, sangre, abscesos.
- Tono del esfínter, dolor al tacto.
- Presencia de masas, zonas ulceradas, fecalomas.
- Presencia o ausencia, y consistencia de heces en ampolla rectal.
- Dolor a la movilización del cérvix o ambas fosas ilíacas, ocupación del espacio de Douglas (pared anterior).
- Tamaño y consistencia de la próstata.
- Siempre debemos observar el dedo de guante si hay sangre, mucosidad, color de las heces.<sup>15</sup>

## **EVALUCIÓN Y DIAGNÓSTICO**

Estas exploraciones están indicadas cuando con la historia clínica no se ha llegado a un diagnóstico, o para valorar el grado de repercusión clínica.

## Pruebas de laboratorio

- Hemograma: anemia (hemoperitoneo), leucocitos y desviación a la izquierda (procesos inflamatorios e infecciosos, leucopenia (sepsis) y plaquetopenia (sepsis, hiperesplenismo).<sup>17</sup>
- Bioquímica: glicemia, urea y creatinina (para valorar la repercusión renal), electrolitos (en casos de obstrucción intestinal), amilasemia (sospecha de pancreatitis, elevada tres veces el valor normal), LDH y GOT (colecistitis aguda), bilirrubina (ictericia obstructiva, colangitis).<sup>17</sup>
- Analítica de orina: hematuria (cólico renoureteral), piuria (infección urinaria), amilasuria (pancreatitis).<sup>17</sup>
- Test de embarazo: La determinación de la gonadotrofina coriónica, nos permite confirmar o excluir la presencia de un embarazo con un sensibilidad de un 99%. Tiene valor cuando sospechamos la presencia de complicaciones del embarazo, como es el embarazo ectópico.<sup>17</sup>

## Estudios de imagen

### Radiología (Rx)

- *La Rx de tórax:* nos permite poner en evidencia la presencia de un proceso pleuropulmonar agudo (neumonía o derrame), la existencia de un neumoperitoneo (presencia de aire subdiafragmática). Además sirve como elemento de evaluación cardiovascular y mediastinal.<sup>17</sup>
- *La Rx de abdomen:* nos permite visualizar la distribución de los gases y valorar la presencia de niveles hidroaéreos en los cuadros de oclusión intestinal, engrosamientos de la pared intestinal por edema, neumoperitoneo, opacidades por la presencia de líquido intraperitoneal o tumoraciones, borramiento de los bordes del músculo psoas y el riñón por edema o colecciones.<sup>17</sup>

El diagnóstico de oclusión intestinal es clínico radiológico por lo que es imprescindible contar con este estudio. Nos permite determinar: altura de la oclusión o topografía, tipo mecánico (gases en continuidad) o funcional (gases en

contigüidad), localizada o generalizada, presencia de vólvulos (asa volvulada), en colon si es abierta o cerrada (con válvula ileocecal continente o no).<sup>17</sup>

### **Ecografía abdominal (ECO)**

Tiene como gran ventaja que es un estudio no invasivo, de fácil realización y bajo costo. Su sensibilidad y especificidad dependen de la experiencia del técnico que lo realiza dado que se basa en la interpretación de imágenes. Tiene un alto valor diagnóstico frente a un dolor abdominal en el que sospechamos que la causa es una patología hepatobiliar, siendo imprescindible su realización para confirmar o descartar el diagnóstico.<sup>17</sup>

En los cuadros sospechosos de apendicitis aguda pueden observarse signos directos como ser la presencia de un apéndice aumentado de tamaño y engrosado, líquido y colecciones (abscesos).<sup>17</sup>

En los cuadros dolorosos pelvianos en la mujer nos permite valorar la presencia de patología ginecológica (quistes y abscesos de ovario y trompas, embarazo ectópico, miomas uterinos, etc).<sup>17</sup>

Permite detectar igualmente la existencia de líquido intraperitoneal. La presencia de cantidades anormales de aire intestinal en la mayoría de los pacientes con abdomen agudo limita la capacidad de la ecografía para explorar el páncreas y otros órganos abdominales.<sup>15</sup>

Se le puede asociar el efecto doppler para confirmar o descartar el diagnóstico de aneurisma de aorta en sufrimiento, con rotura en el retroperitoneo. Este diagnóstico es relevante poderlo realizar con este método, dado que estos pacientes necesitan de un tratamiento quirúrgico de emergencia, con mínimos traslados y pérdida de tiempo.<sup>17</sup>

### **Tomografía computarizada (TC)**

La TC abdominopélvica es un estudio de gran valor y muy importante para diagnosticar el origen del dolor en los cuadros agudos de abdomen, en muchos casos.

Las estructuras intraabdominales se visualizan directamente sin alteraciones por la interposición de gases, a diferencia de lo que ocurre con la ECO y se puede valorar el compartimento retroperitoneal.<sup>17</sup>

En un estudio prospectivo realizado en los Países Bajos, se concluyó que la TC tiene una sensibilidad de 81-95%, y una especificidad de 94-100% para el diagnóstico de apendicitis aguda.<sup>15</sup>

Puede valorarse la presencia de líquido libre intraabdominal, presencia de colecciones, neumoperitoneo, distensión intestinal con niveles en intestino delgado y colon, presencia de tumoraciones, obliteración y alteración de los planos adiposos normales cuando hay procesos inflamatorios, edema mesentérico, presencia de cuerpos extraños, se puede visualizar el apéndice cecal alterado en muchos cuadros de apendicitis, engrosamientos del colon en cuadros de diverticulitis, etc.<sup>17</sup>

El estudio tiene un rendimiento óptimo cuando se puede utilizar contraste por vía intravenosa y oral. Zissin et al. han referido una sensibilidad global del 64%, una especificidad del 97% y una exactitud del 82% en el diagnóstico de lesión del intestino delgado tras traumatismo cerrado mediante TC con contraste dual.<sup>15</sup>

### **Electrocardiograma (ECG)**

La presencia de un dolor en el abdomen superior puede ser debida a un infarto agudo de miocardio (IAM). Debe tenerse en cuenta que en algunos casos las manifestaciones electrocardiográficas son tardías, por lo que deben completarse los estudios de valoración con la solicitud de enzimas cardíacas (troponina).<sup>17</sup>

### **Laparoscopia diagnóstica**

La realización de la laparoscopia en los pacientes con dolor abdominal, ha sido una técnica diagnóstica y muchas veces terapéutica, revolucionaria y de enorme valor, que ha cambiado y mejorado en forma notoria el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con un cuadro agudo de abdomen.<sup>17</sup>

Este procedimiento mínimamente invasivo permite explorar directamente las estructuras intraabdominales y la cavidad peritoneal, mediante una mínima agresión de la pared abdominal, por lo que prácticamente ha sustituido a la laparotomía

exploradora practicada durante muchos años. La laparoscopia ha pasado a tener no sólo un rol diagnóstico, sino terapéutico en la mayoría de los cuadros.<sup>17</sup>

Varios estudios han confirmado la utilidad de la laparoscopia diagnóstica en pacientes con dolor abdominal agudo. Entre sus ventajas citadas se cuentan sensibilidad y especificidad elevadas, capacidad para tratar buena parte de los trastornos inducidos por el abdomen agudo laparoscópicamente y disminución de la morbilidad y la mortalidad, el tiempo de hospitalización y los costes generales de la misma. Puede resultar particularmente útil en pacientes en estado crítico y en cuidados intensivos, en especial si la laparotomía puede evitarse. La precisión diagnóstica es elevada, oscilando entre el 90 y el 100% y con la limitación principal del reconocimiento de procesos retroperitoneales.<sup>15</sup>

Puede ser realizado con anestesia local o epidural en casos muy seleccionados, el mayor rendimiento de este procedimiento se obtiene cuando es realizado con anestesia general.<sup>17</sup>

#### **Contraindicaciones:**

- Inestabilidad hemodinámica en pacientes muy graves o con insuficiencia cardíaca o respiratoria avanzada, por intolerancia al neumoperitoneo.
- Pacientes multioperados con numerosas incisiones.
- En los cuadros evolucionados de oclusión intestinal por el riesgo de lesión visceral en el abordaje por el emplazamiento de los trócares.<sup>17</sup>

#### **Indicaciones:**

- Cuadros agudos de abdomen de origen apendicular: nos permite confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda y realizar la apendicetomía laparoscópica en la mayoría de las situaciones.
- Cuadros agudos de abdomen con dolor pelviano en la mujer joven: se confirma el diagnóstico causal y pueden ser tratadas la mayor parte de las patologías de origen genital.

- Cuadros de peritonitis aguda: nos permiten confirmar su causa, tratar en gran parte de los casos su etiología y realizar una correcta limpieza de la cavidad peritoneal.
- Cuadros agudos de abdomen de causa biliar: colecistitis aguda. La realización de la colecistectomía laparoscópica es de elección.
- Otros cuadros agudos de abdomen: como la presencia de una úlcera perforada, complicaciones de la enfermedad diverticular.
- Cuadros de oclusión intestinal de delgado por bridas. Muchas veces es posible su resolución por laparoscopia, realizándose la adhesiolisis.<sup>17</sup>

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- Rotura de Aneurisma abdominal: Dolor epigástrico intenso que se irradia a la espalda, de inicio brusco (a veces presentan dolor desde hace varias semanas), con masa pulsátil en epigastrio. Suele darse en pacientes varones de edad avanzada.
- Hemoperitoneo: Dolor de comienzo es súbito, con palidez y shock, distensión abdominal, y leve peritonismo.
- IAM (sobre todo inferior): Dolor epigástrico fundamentalmente en pacientes ancianos o diabéticos, y en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.
- Embarazo ectópico: Dolor anaxial agudo acompañado muchas veces designos de hipovolemia.
- Perforación de víscera hueca: Dolor abdominal muy intenso, súbito, con el paciente inmóvil, y signos de irritación peritoneal generalizada.
- Obstrucción intestinal: Dolor cólico inicialmente con aumento de ruidos hidroaereos, posteriormente es un dolor continuo por irritación peritoneal con disminución de los ruidos, el abdomen suele estar distendido y timpanizado.
- Apendicitis aguda: Dolor periumbilical seguido de dolor en fosa iliaca derecha, vómitos, Blumberg positivo, tacto rectal doloroso, anorexia, fiebre y leucocitosis.
- Colecistitis aguda: Dolor epigástrico y en hipocondrio derecho, Murphy positivo, fiebre y leucocitosis.

- Pancreatitis aguda: Dolor epigástrico irradiado a espalda en cinturón, con leve defensa abdominal, disminución de ruidos.
- Isquemia mesentérica: Dolor difuso, rectorragia y acidosis metabólica.
- Diverticulitis aguda: Dolor intenso en fosa iliaca izquierda, con signos de irritación peritoneal, Blumberg positivo.
- Cólico renoureteral. Dolor intenso en fosa renal que irradia por flanco hasta genitales. <sup>15</sup>

## **MANEJO**

Ante todo paciente que acude a un servicio de urgencias con un dolor abdominal agudo, debemos identificar primero los signos de gravedad y de compromiso vital, mediante la toma de constantes vitales (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) y valorando el estado general del paciente. <sup>15</sup>

### **Paciente inestable:**

Este tipo de enfermos habrá que tratar y valorarlos en una unidad de críticos, procurando estabilizar hemodinámicamente al paciente, siguiendo el ABC (vía aérea, ventilación y circulación). Una vez estabilizado al paciente realizaremos la historia clínica, al paciente, o a los familiares o acompañantes si la situación de éste no lo permite. <sup>15</sup>

- Canalizar dos vías venosas periféricas.
- Monitorización, oxigenoterapia, y realización de EKG completo.
- Realizar exploración abdominal inicial.
- Extraer muestras de sangre y orina, hemograma, bioquímica disponible, sedimento urinario, pruebas cruzadas con sangre en previsión.
- Colocación de sonda nasogástrica, dieta absoluta y sonda vesical.
- El paciente debe ser valorado por el cirujano ante la menor duda de indicación quirúrgica. <sup>15</sup>

### **Paciente estable:**

- Realizar historia clínica.
- Solicitar EKG si se trata de un dolor en hemiabdomen superior, sobre todo en pacientes ancianos, diabéticos, o con factores de riesgo cardiovascular.
- Dieta absoluta.
- Colocación de SNG (si hay distensión abdominal o sospecha de obstrucción)
- Canalizar una vía venosa periférica.
- Extraer muestras de sangre y orina, según la sospecha diagnóstica.
- No olvidar la realización de un test de embarazo ante la sospecha de patología ginecológica.
- Si no es estrictamente necesario, no se administrará analgesia hasta que no tengamos un diagnóstico o haya habido una valoración por el especialista.
- Posteriormente se solicitarán las exploraciones complementarias necesarias en función de la sospecha diagnóstica y de los resultados de las exploraciones previas. <sup>15</sup>

### **CRITERIOS DE REMISIÓN**

- Necesidad de manejo quirúrgico del dolor abdominal de acuerdo a su etiología o evolución.
- Cualquier causa de peritonismo que pueda comprometer hemodinámicamente al paciente.
- Necesidad de pruebas diagnósticas para definir manejo o medicamentos no disponibles en la red prestadora para el primer nivel de atención.
- Evolución desfavorable a pesar de tratamiento médico instaurado.
- Abdomen agudo ó peritonitis
- Cuadro de dolor abdominal de difícil diagnóstico.
- Cuadro de dolor abdominal con diagnóstico que implique manejo quirúrgico de urgencias. <sup>16</sup>

### **III. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar el manejo clínico del paciente con abdomen agudo quirúrgico secundario a rotura uterina.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar el manejo diagnóstico en los diferentes niveles de atención de salud.
- Analizar la oportunidad en los trámites administrativos pertinentes para la resolución del caso.

#### **IV. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES**

El presente caso clínico, se realizó mediante el apoyo de múltiples fuentes de información y el análisis detallado de:

La historia clínica completa de la paciente que se encuentra disponible en la base de datos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Ambato mediante el sistema AS400; de donde se obtuvo la información de la evolución diaria, medicamentos suministrados, los exámenes de laboratorio y controles extrahospitalarios.

Aquellos datos de relevancia en el análisis del presente caso y que no constaban en la historia del paciente fueron obtenidas mediante entrevistas directas y activas con el paciente, con los familiares y el personal de salud con los que tuvo contacto dentro y fuera de la institución.

La información científica fue obtenida de artículos de revisión y Guías de Práctica Clínica de diversas fuentes bibliográficas, para ofrecer al lector una idea clara sobre el manejo adecuado de los pacientes que presenten este tipo de complicaciones basadas en la evidencia disponible y las recomendaciones actuales.

## **HISTORIA CLÍNICA**

### **ANAMNESIS**

Fecha de ingreso: 14 de Mayo del 2016

Paciente femenina de 26 años de edad, nacida en Quito y residente en Riobamba y ocasionalmente en Puyo, instrucción superior (estudiante de medicina), ocupación ninguna, estado civil soltera, mestiza, católica, grupo sanguíneo: desconoce.

### **ANTECEDENTES**

#### **Antecedentes patológicos personales**

- No refiere

#### **Antecedentes patológicos familiares**

- Abuela materna con hipertensión

#### **Antecedentes quirúrgicos**

- Excéresis de quiste de ovario hace 9 años

#### **Alergias**

- No refiere

#### **Antecedentes gineco-obstétricos:**

- Menarquia: 12 años
- FUM: 23/ Febrero/ 2016
- Ciclos regulares: cada 28, durante 3 días, flujo normal
- G: 1      P: 0      C: 0      A: 1      HV: 0      HM: 0
- Dismenorrea: no
- Paptest: no refiere
- Colposcopia: no refiere

- Mamografías: no refiere
- Inicio de actividad sexual: 19
- Parejas sexuales: 1
- Anticoncepción : no refiere
- Vida sexual activa: si
- ETS: no refiere

**Hábitos:**

- Alimentario: 3 v/día
- Miccional: 6 v/día;
- Defecatorio: 1 vez al día.
- Alcoholismo: no refiere
- Tabaquismo: no refiere
- Drogas: no refiere
- Exposición al humo de leña : no

**Antecedentes socioeconómicos:**

Paciente vive en casa propia, habitan 5 personas, 3 habitaciones, cocina independiente cuenta con agua y luz, tiene buenas relaciones intrafamiliares, no posee animales extra e intradomiciliarios, los recursos económicos provienen del trabajo de sus padres

**MOTIVO DE CONSULTA**

- Dolor abdominal

**ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente refiere que hace 10 días (05/05/2016) realizan legrado por embarazo de 10 semanas, en estancia particular en la ciudad del Puyo, en las 48 horas siguientes (07/05/2016) presenta dolor abdominal difuso, de moderada intensidad,

acompañando de vómito de contenido alimentario por 5 ocasiones y diarrea por 3 ocasiones, por lo cual acude a hospital IESS del Puyo, se diagnostica de infección intestinal y se indica tratamiento ambulatorio con ciprofloxacino, presentando alivio parcial de cuadro clínico pero persiste distensión abdominal, 24 horas antes del ingreso (13/05/2016) aumenta el dolor abdominal y refiere que presenta sangrado vaginal, al tacto vaginal se observa sangrado rojo oscuro con intenso mal olor, motivo por el cual acude a facultativo quien realiza en clínica particular nuevo legrado, administra analgésico y antibióticos que no especifica y envían con alta domiciliaria. El 14/05/2016 paciente acude en la tarde a Emergencias del hospital IESS de Riobamba, refiriendo vómito de contenido alimentario por 5 ocasiones, en moderada cantidad, dolor abdominal difuso persistente, alza térmica no cuantificada, deposiciones diarreicas, en las horas siguientes la paciente revela haberse realizado legrado en los días previos. En horas de la noche es valorada por médico tratante de ginecología quien diagnostica abdomen agudo e indica que debe resolverse de inmediato requiriendo manejo en UCI; sin embargo, en dicha institución no disponen de espacio físico por lo que deciden transferencia a unidad de tercer nivel. La paciente permanece en malas condiciones generales, por lo que deciden cirugía urgente en hospital IESS de Riobamba (el 15/05/2016) donde realizan laparotomía exploratoria, rafia de perforación uterina, salpingectomía derecha, apendicetomía, lavado de cavidad, colocación de dren mixto dirigido a espacio vesico uterino, y colocación de bolsa de bogota, en dicho procedimiento quirúrgico se obtienen los siguientes hallazgos peritonitis generalizada, perforación uterina, perforación de borde antimesentérico, apendicitis, y necrosis de trompa de falopio derecha. Posteriormente es transferida en horas de la tarde al hospital IESS de Ambato.

## **REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS**

### **Preguntas generales**

Fiebre: Lo referido en enfermedad actual.

### **Aparato Respiratorio**

Sin Patología Aparente

### **Aparato Circulatorio**

Sin Patología Aparente

### **Aparato Digestivo**

Lo referido en enfermedad actual

### **Aparato Genito-Urinario**

Lo referido en enfermedad actual

### **Sistema Endocrino**

Sin Patología Aparente

### **Sistema Nervioso**

Sin Patología Aparente

### **Aparato Locomotor**

Sin Patología Aparente

## **EXAMEN FÍSICO**

Signos vitales al ingreso:

TA: 90/50 mmHg

FC: 128 x' lpm

FR: 32 x' rpm

T°: 38.2 °C

Sat O2: 94 % AA

Peso: 56 kg

Talla: 150 cm

### **Estado general**

Paciente consciente, lucida, orientada en tiempo, espacio, persona, febril, taquipnéica, fascies hipocráticas, deshidratada, biotipo normosómico.

Piel: elasticidad y turgencia conservadas, palidez generalizada.

Cabeza: normocefálica, cabello de implantación normal.

Ojos: pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz y acomodación, escleras anictéricas, conjuntivas pálidas.

Oídos: pabellón auricular, forma, tamaño normal. Conducto auditivo externo permeable.

Nariz: pirámide nasal de implantación normal, fosas nasales permeables.

Boca: mucosas orales secas, piezas dentales en buen estado general, lengua saburral.

ORF: no congestiva.

Tórax: simétrico, expansibilidad conservada.

Mamas: normales.

Pulmones: murmullo vesicular conservado, no se auscultan ruidos sobreañadidos.

Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, taquicardica, sincrónicos con el pulso, no soplos.

Abdomen: distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda difuso, blumberg positivo, signos peritoneales positivos, ruidos hidroaereos disminuidos, timpanismo conservado.

Región lumbar: puño percusión bilateral negativa.

Región genital: sangrado vaginal escaso, rojo oscuro, de mal olor. Tacto vaginal útero en antero verso flexión aumentado de tamaño intenso dolor a la movilización cervical, anexos no es posible valoración por intenso dolor que presenta la paciente

Extremidades: superiores e inferiores simétricas, no edemas, fuerza y sensibilidad distal conservada llenado capilar menor a 2 segundos.

Examen Elemental Neurológico: Paciente consciente, orientado en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15, sin signos de focalización neurológica.

## EXÁMENES DE LABORATORIO

Tabla 1 Biometría hemática (ingreso)

<b>Biometría hemática de ingreso</b>		
<b>Recuento Leucocitario</b>	23.0	x 10 <sup>3</sup> /ul
<b>Recuento de glóbulos rojos</b>	3.87	x 10 <sup>4</sup> /ul
<b>Hemoglobina</b>	12.0	g/dl
<b>Hematocrito</b>	37.7	%
<b>Volumen corp. Medio</b>	97	Fl
<b>Hemoglobina Corpus Media</b>	31.0	Pg
<b>Concen HB Corp. Media</b>	31.9	g/dl
<b>Recuento Plaquetas</b>	430	x 10 <sup>3</sup>
<b>Neutrófilos %</b>	92.0	%
<b>Linfocitos %</b>	4.0	%
<b>Monocitos %</b>	2.0	%
<b>Eosinófilos %</b>	2.0	%
<b>Basófilos %</b>	0.2	%

Elaborado por: Margarita Chango

Fuente: Historia clínica

Tabla 2 Química sanguínea (ingreso)

<b>Química Sanguínea (Ingreso)</b>		
<b>Glucosa</b>	127	mg/dl
<b>Sodio (Na)</b>	141.0	mEq/L
<b>Potasio (K)</b>	3.80	mEq/L
<b>Cloro (Cl)</b>	111	mEq/L
<b>Urea en suero</b>	20	mg/dl
<b>Creatinina</b>	0.6	mg/dl

Elaborado por: Margarita Chango

Fuente: Historia clínica

Tabla 3 Tiempos de coagulación (ingreso)

Tiempos de coagulación (ingreso)	
<b>TP</b>	16.3 seg %..... : 57.1
<b>INR</b>	1.45
<b>TTP</b>	53.8 seg

Elaborado por: Margarita Chango

Fuente: Historia clínica

Tabla 4 Gasometría (ingreso)

Gasometría		
<b>Cloro</b>	109	mEq/L
<b>Ph</b>	7.4	U
<b>PCO2</b>	27.8	mmHg
<b>PO2</b>	55.6	mmhg
<b>BE</b>	-6.7	mmol/L
<b>HCO3</b>	16.9	mmol/L
<b>Saturación de oxígeno</b>	88.0	%

Elaborado por: Margarita Chango

Fuente: Historia clínica

Tabla 5 Examen elemental de orina (ingreso)

Examen Elemental de Orina	
<b>Color</b>	Amarillo oscuro
<b>Densidad</b>	1.034
<b>PH</b>	6.0
<b>Glucosa en orina</b>	negativo
<b>Cetonas</b>	negativo
<b>Bilirrubinas</b>	2+
<b>Leucocitos en orina</b>	75
<b>Nitritos</b>	Negativo
<b>Hemoglobina</b>	1+

<b>Proteínas</b>	2+
<b>Urobilinógeno</b>	2+
<b>Piocytes</b>	20 – 50
<b>Hematíes</b>	2 – 4
<b>Bacterias</b>	139.1
<b>Células epiteliales</b>	1 – 2

Elaborado por: Margarita Chango

Fuente: Historia clínica

### **INDICACIONES DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA**

1. Control de signos vitales
2. Control de ingesta y excreta
3. Diuresis horaria
4. NPO (excepto medicación)
5. Dx 5% / s.s. 0.9% 1000cc + potasio 20 cc pasar iv a 120 cc/hora
6. Midazolam 100mg + fentanilo 500mcg + pasar iv a 10 cc/hora
7. S.S. 0.9% 70cc
8. Piperacilina - tazobactam 4.5g IV cada 6 horas (0)
9. Clindamicina 600mg IV cada 6 horas (0)
10. Omeprazol 40mg IV cada 12 horas
11. Metoclopramida 10 mg iv cada 8 horas (diluido y lento)
12. Complejo B 5cc IV QD
13. Ácido ascórbico 1g IV QD
14. Paracetamol 1g IV PRN
15. Furosemida 10mg IV PRN
16. Vitamina k 1 ampolla IV cada 8 horas
17. HBPM 60mg SC QD (desde mañana)
18. Plasma fresco congelado 2 unidades IV cada 8 horas
19. Exámenes complementarios: BH, QS, ELECTROLITOS QD. TP, TTP, PCR, GLICEMIAS CADA 12 HORAS, GSA QD, PCT, IL
20. Rx tórax QD
21. Interconsulta a cirugía general.

## **EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE**

16/05/2016 – TERAPIA INTENSIVA

### Hospitalización día 1

Paciente con diagnóstico postquirúrgico de peritonitis generalizada, perforación uterina, necrosis de trompa de falopio derecha, apendicitis, y sepsis de origen abdomino-pélvico; se conoce que la paciente es diagnosticada de aborto incompleto por embarazo de 10 semanas aproximadamente, el 05/05/2016 le realizan legrado en estancia particular en la ciudad del Puyo, en las 48 horas siguientes (07/05/2016) presenta dolor abdominal acompañando de vómito de contenido alimentario y diarrea, acude a facultativo quien diagnostica de gastroenteritis e indican tratamiento ambulatorio aliviándose parcialmente. El 13/05/2016 el cuadro aumenta de intensidad presentando además sangrado vaginal en moderada cantidad y de mal olor, acude al facultativo en clínica particular en el Puyo quien realiza nuevo legrado instrumental, envían con alta domiciliaria. 24 horas después la paciente acude al Hospital del IESS de Riobamba donde le diagnostican abdomen agudo realizan cirugía urgente y por no tener disponibilidad física en UCI es transferida a esta casa de salud.

Al momento la paciente se encuentra bajo los efectos de sedoanalgesia desde su ingreso, acoplada a ventilación mecánica, hemodinámicamente estable, manteniendo tensiones arteriales y frecuencias cardiacas dentro de parámetros normales, abdomen suave con presencia de compresas que cubren herida de laparotomía exploratoria, manchados con liquido seroso en moderada cantidad, ruidos hidroaereos disminuidos, región genital no se evidencia sangrado, ni secreción vaginal. Recibiendo antibioticoterapia a base de piperacilina-tazobactam y clindamicina.

La paraclínica muestra leucocitosis 25.300, sin neutrofilia, Hcto: 41.1 Hb: 13.8, plaquetas 248.000.

### **Interconsulta a cirugía general**

Paciente femenina de 26 años, al momento se encuentra estable hemodinámicamente sin apoyo inotrópico con ventilación mecánica asistida, abdomen con apósitos manchados, con bolsa de bogotá, ruidos hidroaéreos ausentes. Exámenes de

laboratorio con leucocitosis de 31100 en ascenso, sin neutrofilia. Plaquetas 235000, interleucina, 92.20, procalcitonina 4.57ng/ml, INR 1.24

Comentario: paciente con 24 horas de postoperatorio de laparotomía quien al momento cursa con cuadro séptico por perforación uterina postlegrado, peritonitis, al examen físico del abdomen a la auscultación hay ausencia de ruidos hidroaereos, leucocitos y procalcitonina en aumento lo que sugiere el cuadro séptico con síndrome de mondor a descartarse. Por lo anotado y con el antecedente de laparotomía, amerita revisión en 24 horas de relaparotomía

17/05/2016 – TERAPIA INTENSIVA

### Hospitalización día 2

Paciente en su segundo día de laparotomía exploratoria que se ha mantenido estable bajo efectos de sedoanalgesia, acoplada a ventilación mecánica, se administra plasma fresco congelado sin presentar reacción postransfusional. Al examen físico abdomen suave con presencia de compresas que cubren herida de laparotomía exploratoria, manchados con líquido seroso en moderada cantidad, a la auscultación ruidos hidroaéreos ausentes, región genital no se evidencia sangrado en área genital, presencia de secreción achocolatada no mal olor, al tacto vaginal cuello cerrado posterior, reblandecido. Se continúa con esquema de antibioticoterapia propuesto (2do día). Interconsulta a servicio de cirugía general indican relaparotomía en las horas siguientes. Además se decide interconsulta a servicio de ginecología debido a presencia de secreción vaginal y por antecedente de la paciente.

Paraclínica leucocitosis 31.100 sin neutrofilia, Hcto: 37.1 Hb: 12.3 Plaquetas: 235.000.

### **Interconsulta a ginecología**

Paciente femenina de 26 años, nulípara, con antecedente de 2 legrados uterinos por aparente aborto incompleto, que es intervenida quirúrgicamente hace 2 días por peritonitis y perforación uterina, se realiza apendicetomía, salpingectomía derecha por necrosis de trompa, y rafia de perforación uterina, al momento en regular condición, siendo manejada por el servicio de terapia intensiva. Se realiza

cuantificación de BHCG que se encuentra en descenso, ecografía reporta endometrio de 15 mm con restos corioplacentarios, de acuerdo a la evolución de la paciente se decide manejo clínico con fin de tratar de preservar los deseos genésicos de la misma, por lo que se indica misoprostol 600 mcg intravaginal en una sola dosis y continuar con manejo por parte de terapia intensiva.

#### NOTA DE CIRUGIA GENERAL

##### Protocolo

Paciente de 26 años de edad con diagnóstico prequirúrgico de sepsis de origen abdominal por perforación uterina, se le realiza limpieza y revisión de cavidad abdomino pélvica obteniéndose los siguientes hallazgos: gleras fibrino purulentas en escasa cantidad en colon sigmoide, útero y anexos y rafia en cara anterior de útero indemne. Se realiza procedimiento quirúrgico sin complicaciones.

18/05/2016 – TERAPIA INTENSIVA

##### Hospitalización día 3

Paciente bajo efectos de sedación acoplada a ventilación mecánica hemodinámicamente estable, manteniendo tensiones arteriales normales, realiza dos picos febriles de difícil control. El día de ayer realizan limpieza y revisión de cavidad abdominal más síntesis de pared abdominal con los siguientes hallazgos gleras fibrino purulentas en escasa cantidad en colon sigmoide, útero y anexos, rafia en cara anterior de útero indemne. Al examen físico del abdomen suave, depresible con apósitos ligeramente manchados con liquido seroso, ruidos hidroaereos disminuidos. Región genital presenta secreción blanquecina en poca cantidad. Al momento se indica probar dieta con líquidos claros, se encuentra recibiendo 3er día de esquema de antibioticoterapia. En paraclínica leucocitosis 19.800 con neutrofilia, Hcto: 39.4%, Hb: 13.2 g/dl, plaquetas 185.000, procalcitonina 2.78, PCR: 48, BHCG: 133.80, IL-6: 92.20.

19/05/2016 – TERAPIA INTENSIVA

##### Hospitalización día 4

Paciente quien ha permanecido hemodinámicamente estable, al momento despierta, desorientada, irritable Glasgow 14/15 (o4 v4 m5), recibe oxígeno por cánula nasal a 2lt/minuto, Sat O2 90%. Se decide su alta de terapia intensiva y su transferencia a el servicio de cirugía general. Al examen físico pulmones con buena entrada de aire, no ruidos sobreañadido, abdomen distendido, apósitos secos, RHA disminuidos. Se mantiene en su 4to día de antibioticoterapia propuesto.

En paraclínica leucocitosis con neutrofilia.

20/05/2016 – CIRUGIA GENERAL

Hospitalización día 5

Paciente quien permaneció 4 días en terapia intensiva, es transferida al servicio de cirugía general. Al momento estable, que tolera dieta líquida, refiere leve dolor en sitio quirúrgico y prurito genital. Al examen físico paciente conciente, orientada, hidratada, cardiopulmonar normal, abdomen suave, depresible, levemente doloroso a la palpación, apósitos que cubren herida quirúrgicas secas, ruidos hidroaereos disminuidos, región genital presencia de secreción amarillenta en poca cantidad de mal olor. Al momento cursando su 5to día de antibioticoterapia, se indica retirar sonda vesical y fisioterapia respiratoria

21/05/2016 – CIRUGIA GENERAL

Hospitalización día 6

Paciente en mejores condiciones generales, con buena tolerancia gástrica, refiere leve dolor abdominal, al exámen físico conciente, orientado, hidratado, cardiopulmonar normal, abdomen suave depresible presencia de apósitos secos, herida quirúrgica sin signos de infección, ruidos hidroaereos disminuidos. Al momento recibiendo su 6to día de antibióticos propuestos, decide su transferencia al servicio de ginecología

Paraclínica BHCG: 91.29.

22/05/2016 - GINECOLOGIA

Hospitalización día 7

Paciente quien permaneció hospitalizada en terapia intensiva por 4 días, y en cirugía general por 2 días, es transferida a nuestro servicio al momento en buenas condiciones generales tolera alimentación por vía oral, refiere dolor abdominal a nivel de herida quirúrgica, además de distensión abdominal, realiza deposiciones líquidas semiblandas negruzcas por 4 ocasiones con moco sin sangre en poca cantidad. Al examen físico conciente, orientada con presencia de catéter venoso central yugular derecho, cardiopulmonar normal, abdomen se evidencia herida quirúrgica línea media infra y supra umbilical de 30 cm, suave, depresible, levemente doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos disminuidos, presencia de dren en flanco derecho con 10 cc de producción, en región genital se observa secreción blanco amarillenta en poca cantidad.

Se encuentra recibiendo su último día de antibióticoterapia propuesto (7/7), se hace interconsulta al servicio de cirugía general para valorar dren.

23/05/2016 - GINECOLOGIA

#### Hospitalización día 8

Paciente al momento refiere leve dolor a nivel de herida quirúrgica y en mesogastrio. Al examen físico conciente, orientada, afebril, cardiopulmonar normal, abdomen herida quirúrgica en buenas condiciones de cicatrización, a la palpación: suave, depresible, levemente doloroso en mesogastrio, ruidos hidroaéreos presentes, región genital secreción blanco amarillenta en poca cantidad.

Paraclínica leucocitosis 13.000, con desviación a la izquierda, Hb: 14.1 g/dl, Hcto: 43.3 %, plaquetas 537.000, BHCG: 80.78 UI

#### **Interconsulta a cirugía general**

Se valora a paciente conocida por el servicio de cirugía quien fue sometida a laparotomía por perforación uterina, hace 5 días se realizó revisión y cierre de peritoneostomía. Actualmente paciente con evolución favorable, tolerando dieta refiere encontrarse realizando deposiciones de características normales y canalizando flatos. Se nos solicita valoración para manejo de drenaje mixto tubular y capilar que el día de ayer en 24 horas produjo 7cc, el día de hoy en 12 horas con producción de aproximadamente 3cc, por lo que se decide retiro del mismo.

Nota: se valorara a paciente en 10 días desde el cierre de pared para retiro de grapas.

24/05/2016 - GINECOLOGIA

Hospitalización día 9

Paciente con evolución favorable, no presenta complicaciones quirúrgicas, se mantiene con tratamiento antibiótico y analgésico. Al momento refiere leve dolor a nivel de herida quirúrgica además de disuria y tenesmo vesical. Al examen físico despierta, orientada, afebril, cardiopulmonar normal, abdomen suave, depresible leve dolor a la palpación en mesogastrio, herida quirúrgica en buenas condiciones de cicatrización, ruidos hidroaereos presentes, puño percusión bilateral positiva, región secreción amarillenta en poca cantidad.

Paraclínica exámen de orina reporta no infeccioso.

Se inicia esquema de antibioticoterapia con nitrofurantoina 100mg vía oral cada 12 horas.

25/05/2016 - GINECOLOGIA

Hospitalización día 10

Paciente persiste con leve dolor en herida quirúrgica, no refiere molestias urinarias. Al examen físico conciente, orientada, afebril, cardiopulmonar normal, abdomen suave, depresible, herida quirúrgica en buenas condiciones, RHA presentes, puño percusión bilateral positiva, RIG se evidencia escasa secreción amarillenta.

Eco transvaginal (23-05-2016) reporta cavidad endometrial engrosada con posible persistencia de restos corioplacentarios.

Al momento en su 1er día de antibióticoterapia propuesto, además se indica misoprostol 400mg sublingual caca 12 horas.

26/05/2016 - GINECOLOGIA

Hospitalización día 11

Paciente quien persiste con dolor en herida quirúrgica, refiere sangrado vaginal rojo rutilante en poca cantidad. Al examen físico conciente, orientada, afebril,

cardiopulmonar normal, abdomen suave, depresible, dolor a la palpación en mesogastrio, herida quirúrgica sin signos de infección, ruidos hidroaereos presentes. Región genital se evidencia sangrado vaginal rojo rutilante en poca cantidad.

Paraclínica reporta BHCG 61.30 UI.

Al momento en su 2do día de antibiótico, se decide posible alta para el día de mañana.

26/05/2016 - GINECOLOGIA

Hospitalización día 12

Paciente quien ha permanecido 4 días en el servicio de terapia intensiva, 2 días en cirugía general y 5 días en ginecología, con evolución favorable, cumpliendo esquema de antibioticoterapia propuesto, sin complicaciones postquirúrgicas, al momento en buenas condiciones generales se decide su alta para continuar con tratamiento ambulatorio y control de exámenes por consulta externa.

Diagnóstico de egreso: peritonitis generalizada, perforación uterina, perforación de borde antimesentérico, apendicitis, y necrosis de trompa de falopio derecha.

Indicaciones al alta:

1. BHCG de control en 15 días
2. Ecografía transvaginal
3. Nitrofurantoina 100mg VO c12h por 6 días
4. Complejo B 1 tab VO c12h por 30 días
5. Paracetamol 1gr VO c8h por 3 días

## **V. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

El legrado en sitios clandestinos, que en caso de la paciente fue realizado por dos ocasiones, lo cual le predispone aún más a poner en riesgo su vida.

Falta de educación sexual y por ende un deficiente conocimiento para prevenir un embarazo.

Desconocimiento por parte de la paciente acerca de las complicaciones de este procedimiento quirúrgico.

Falta de comunicación entre la paciente y miembros de la familia, que la hacen buscar soluciones inadecuada.

### **ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

La paciente dos días después de haberse realizado el legrado instrumental en una clínica particular en la ciudad del Puyo, acude en primera instancia al servicio de emergencia del Hospital IESS de la misma ciudad, el acceso a dichos establecimientos no le resultó complicado debido a que tiene como residencia ocasional dicho lugar. El manejo en el área de emergencia no fue del todo certera ya que a la paciente le diagnosticaron una gastroenteritis por lo que le indican con tratamiento domiciliario, esto quiere decir que faltó realizar una anamnesis y un examen físico más minucioso y descartar otras posibles patologías relacionadas a la edad y género de la paciente.

Dos semanas después persiste con la sintomatología por lo que acude nuevamente a la clínica particular realizándosele el segundo legrado, al día siguiente el cuadro se intensifica por lo cual acude al Hospital IESS de Riobamba, donde la valoran y de acuerdo a la clínica de la paciente deciden manejo quirúrgico inmediato. La atención en esta estancia hospitalaria fue adecuada.

La paciente también requirió de una unidad de cuidados críticos posterior a la intervención quirúrgica por lo que se realizó la transferencia a Hospital IESS

Ambato, debido a la falta de la misma en dicha institución. El manejo en este último lo considero regular puesto que a pesar de que la paciente evolucionó favorablemente, no se le resolvió del todo el problema ginecológico y aun así se le dio alta domiciliaria.

## **IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

Desde el inicio cuando la paciente debutó con la aparente sintomatología gastrointestinal posterior al primer legrado, no se instauró el diagnóstico ni el tratamiento adecuado de la misma, debido a la falta de investigación más profunda en la anamnesis y la exploración física, por lo que se le diagnosticó de una gastroenteritis y fue tratada con antibiótico a base de ciprofloxacino y analgésico, los síntomas cedieron parcialmente, entonces aquí podemos suponer que la paciente presentaba un cuadro infeccioso debido a la realización del legrado, la cual pudo haber sido diagnosticado y tratado oportunamente.

Posteriormente de acuerdo a los antecedentes de legrados realizados la paciente fue valorada y tratada adecuadamente en el Hospital IESS de Riobamba, según las características clínicas que presentaba de un abdomen agudo se requería de atención inmediata. En el transcurso de las siguientes horas se observa una evolución desfavorable y apoyándose en los exámenes complementarios en especial de la ecografía abdominal deciden que se debe realizar cirugía urgente pero con apoyo de una unidad de cuidados intensivos, al no disponer de dicha área se realizan los trámites pertinentes para su transferencia, teniendo en cuenta e informando debidamente a los familiares de la situación y los riesgos que conlleva la intervención quirúrgica. Al no lograr contactar con alguna institución se decide realizar la cirugía de emergencia y su posterior transferencia en postquirúrgico.

En cuanto al plan terapéutico fue adecuado tanto en el hospital de Riobamba como en el de Ambato, se empezó con la monitorización de signos vitales, la hidratación de acuerdo a las demandas de la paciente, además del uso de antibióticos de amplio espectro en este caso piperacilina- tozobactam combinado con clindamicina el cual es efectivo contra los gérmenes anaerobios. La administración de analgésicos

también es fundamental para aliviar el dolor, una vez que se haya establecido el diagnóstico o se haya realizado intervención quirúrgica.

Durante su hospitalización la paciente se mantuvo con el tratamiento propuesto inicialmente, en cuanto a los exámenes complementarios se observó en la analítica sanguínea un ascenso de los leucocitos y procalcitonina por lo que se interconsulta al servicio de cirugía general, los mismos que valoran y deciden realizar una relaparotomía, la misma que está indicada en los protocolos de esta patología, en dicho procedimiento se realizó un lavado intraperitoneal. Posterior a esta intervención se observó una notable mejoría en la clínica de la paciente, además se necesitó también la valoración del servicio de ginecología debido a los antecedentes que presentaba, se realizaron exámenes complementarios en estudios de imagen la ecografía transvaginal reportó presencia de restos corioplacentarios, por lo que se decide manejo únicamente clínico.

## CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

*Tabla 6 Caracterización de las oportunidades de mejora*

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Prevenir embarazos no deseados	Realizar charlas sobre educación sexual y uso de métodos anticonceptivos a jóvenes y padres de familia en establecimientos educativos
Concientizar al personal de salud sobre la importancia de realizar una buena anamnesis en el servicio de emergencia	Realizar charlas de actualización por parte del mismo servicio o de docencia intrahospitalaria.
Establecer el diagnóstico preciso de un abdomen agudo quirúrgico por perforación de víscera hueca.	Identificación de factores de riesgo, cuadro clínico y diagnóstico mediante charlas de personal médico de experiencia. Contar con especialistas las 24 horas.
Manejo adecuado de abdomen agudo	Realizar protocolos sobre el tratamiento

quirúrgico.	adecuado de abdomen agudo, mediante investigación de guías clínicas con respaldo de evidencia médica.
Evitar aparición de complicaciones futuras de un abdomen agudo.	Seguimiento por parte del personal médico en controles subsecuentes.

## VI. CONCLUSIONES

El manejo clínico de la paciente con abdomen agudo quirúrgico secundario a la perforación uterina fue buena en el Hospital IESS de Riobamba, ya que se hizo un adecuado interrogatorio de sus antecedentes e historia clínica, lo cual permitió llegar a un diagnóstico y en base a este instaurar un tratamiento apropiado, como lo fue en nuestro caso la laparotomía exploratoria, en donde se pudo dar con la causa del abdomen agudo y resolverlo inmediatamente.

El manejo diagnóstico en los diferentes niveles de atención, considero que fue malo y regular teniendo en cuenta lo siguiente, falta de indagación de sus antecedentes gineco-obstetricos, en el Hospital IESS del Puyo; falta de vigilancia y observación en la clínica particular del Puyo, para prevenir posibles complicaciones del procedimiento realizada. Posteriormente como ya mencionamos anteriormente la atención y el manejo instaurado en el Hospital IESS de Riobamba fue adecuada. Y por último el manejo en la siguiente institución (Hospital IESS de Ambato) considero que fue regular, porque se le dio el alta a la paciente a pesar de que los dos últimos ultrasonidos indicaban que persistían restos corioplacentarios.

En cuanto a la oportunidad en los trámites administrativos para la resolución del cuadro de la paciente como exámenes complementarios y transferencias hospitalarias estos se llevaron a cabo sin ninguna complicación.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, et al. Harrison Principios de medicina interna, Vol 2, 18a ed, México: McGraw-Hill; 2012, parte 2, sección 1, pág.91<sup>(3)</sup>
2. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, et al, Abdomen agudo, Sabiston Tratado de cirugía,19a ed, España: Barcelona, 2013. Cap.47. pág.1141. <sup>(15)</sup>

### LINKOGRAFÍA

3. Bejarano M. Gallego C. Gómez J. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. Revista Colombiana Cir. 2011; 26: pág.33-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n1/v26n1a5.pdf> <sup>(1)</sup>
4. Bentancur R, Salazar A, Brinkmann M, Quezada R, Dolor abdominal en urgencia. Rev Hosp Clín Universidad de Chile 2013; 25: pág.232. Disponible en: [https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/dolor\\_abdominal\\_urgencia.pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/dolor_abdominal_urgencia.pdf)<sup>(2)</sup>
5. Chandra M, Pushpa S, Farkhunda K, Fouzia S. Assessment of Efficacy and Safety of Manual Vacuum Aspiration (MVA), JLUMHS, 2010, 09, Pág. 130-133. Disponible en: <http://www.lumhs.edu.pk/jlumhs/Vol09No03/pdfs/v9n3oa06.pdf><sup>(8)</sup>
6. Garcia H. Staltari Juan. Abdomen agudo quirúrgico, diagnóstico y tratamiento. Revista Argentina de Cirugia. 2012, 1: Pag. 70-77. Disponible

en: <http://www.aac.org.ar/revista/2012/102/Abril-Mayo-Junio/abdomen2.pdf>  
(16)

7. Ibrahima Ka, Papa Sa, Amadou B, Alioucoly F, Jean M, Babacar F, Acute generalized peritonitis due to uterine perforation following abortion: case study observation, Pan Afr Med J. 2016; 24: pág.98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5012734/> <sup>(6)</sup>
8. Martínez M, Comparación entre legrado uterino instrumental y la aspiración manual endouterina en pacientes hospitalizadas con abortos, Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia, Azuay, 2012. Disponible en: <http://docplayer.es/12386308-Dramariela-de-lourdes-martinez-jara.html> <sup>(10)</sup>
9. Ministerio de Salud, Guía técnica para la atención integral del aborto no punible, Buenos Aires, 2014. Pág. 46-60. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000667cnt-Guia-tecnica-web.pdf> <sup>(11)</sup>
10. Ministerio de salud pública, Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología, Republica Dominicana, Primera edición, 2016, 1, Pág. 57-59. Disponible en: <http://www.msp.gob.do/oai/Documentos/Publicaciones/ProtocolosAtencion/Protocolos%20de%20Atencion%20para%20Obtetricia%20y%20Ginecologia.pdf> <sup>(12)</sup>
11. Narvir Singh, Gupta A, Pawan K, Mukesh S, Som Raj Mahajan, Iatrogenic uterine perforation with abdominal extrusion of fetal parts: A rare radiological diagnosis, J Radiol Case Rep, 2013 Jan; 7(1): pág.41-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3557133/> <sup>(5)</sup>
12. Organización Mundial de la Salud, Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2da edición, Ginebra, 2012, Pág. 31-54. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf)<sup>(7)</sup>

13. Pérez E, Godoy D, Quiroz D, Tovar C, Romero A, Yary S, et al. Aspectos clínico-epidemiológicos del aborto en un hospital de Upata Estado Bolívar Venezuela, *Rev Biomed* 2016, 27, Pág. 3-9. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb162712.pdf><sup>(9)</sup>
14. Salom A, Dolor abdominal y cuadro agudo de abdomen, *Encare Clínico - Tendencias en Medicina*, 2016; 48: pág.137-144. Disponible en: [http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes48/art\\_19.pdf](http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes48/art_19.pdf)<sup>(16)</sup>
15. Sama C, Ndemnge L, Angwafo F, Clandestine abortion causing uterine perforation and bowel infarction in a rural area: a case report and brief review, *BMC Res Notes*. 2016; 9: pág 98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754930/><sup>(14)</sup>
16. Ziegler N, Korell M, Herrmann A, Wilde S, Torres LA, Larbig A, et al, Uterine perforation following a fractional curettage successfully treated with the modified polysaccharide 4DryField® PH: a case report, *J Med Case Rep*. 2016; 10(1): Pág 243. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5011909/><sup>(13)</sup>
17. Zucchini S, Marra Elena, Diagnosis of emergencies/urgencies in gynecology and during the first trimester of pregnancy, *J Ultrasound*, 2014 Mar; 17(1):pág.41–46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945190/><sup>(4)</sup>

#### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA**

18. **ESCOHOST:** Dubon. P, Ortiz. A Julio 2014 Abdomen agudo, su diagnostic y tratamiento. Mexico. Escohost. Vol. 57, N. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com>

- 19. SPRINGER:** Goran A, Mate M, Tomislav L, Uterine perforation as a complication of surgical abortion causing small bowel obstruction: a review, *springer*. 2013, 288 (2): 311-323.  
Disponibile en: [ink.springer.com/article/.10.1007/s12262-014-1121](http://ink.springer.com/article/.10.1007/s12262-014-1121)
- 20. PROQUEST:** Godwin A, Benard A, Pius O, Multiple visceral injuries suffered during an illegal induced abortion - a case report, 2013, 18 (4): 319-321.
- 21. PROQUEST:** Ibrahima Ka, Papa Sa, Amadou B, Alioucoly F, Jean M, Babacar F, Acute generalized peritonitis due to uterine perforation following abortion: case study observation, *Pan Afr Med J*. 2016; 24: pág.98.
- 22. PROQUEST:** Narvir Singh, Gupta A, Pawan K, Mukesh S, Som Raj Mahajan, Iatrogenic uterine perforation with abdominal extrusion of fetal parts: A rare radiological diagnosis, *J Radiol Case Rep*, 2013 Jan; 7(1): pág.41-47.

## VIII. ANEXOS

### ANEXO.1 EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Tabla 7 Biometría hemática (hospitalización)

	16/05/2016	17/05/2016	19/0520/16	22/05/2016
Leuc Leucos/mm3	31.30	19.80	15.80	13.60
Gr	3.96	4.21	4.62	4.65
Hb g/dl	12.3	13.2	14.6	14.1
Hcto %	37.1	39.4	43.1	43.3
MCV microgr/m3	94	94	93	93
MCH	31.1	31.5	31.5	30.3
MCHC	33.2	33.6	33.8	32.6
Plaq /mm3	235	185	264	537
Neut %	42.6	81.4	64.3	67.6
Linf %	47.8	10.9	16.1	21.2
Monoc %	8.7	6.0	16.7	7.4
Eosinof %	0.8	1.6	2.7	3.7
Basof %	0.1	0.1	---	0.1

Elaborado por: Margarita Chango

Fuente: Historia clínica

Tabla 8 Química sanguínea (hospitalización)

	<b>Glucosa (mg/dl)</b>	<b>Urea (mg/dl)</b>	<b>Creatinina (mg/dl)</b>
<b>16/05/2016</b>	114	17.7	0.6
<b>17/05/2016</b>	101	13.7	0.8
<b>18/05/2016</b>	101	11.5	0.9
<b>19/05/2016</b>	106	8.7	0.8

Tabla 9 Electrolitos (hospitalización)

	<b>Na (mEq/l)</b>	<b>K (mEq/l)</b>
<b>16/05/2016</b>	135	3.90
<b>17/05/2016</b>	136	4.80
<b>18/05/2016</b>	143	3.30
<b>19/05/2016</b>	133	5.00

Elaborado por: Margarita Chango

Fuente: Historia clínica

Tabla 10 Gasometría (hospitalización)

	<b>16/05/2016</b>	<b>17/05/2016</b>	<b>17/05/2016</b>
<b>CLORO (mEq/l)</b>	104.9	104.5	98.7
<b>SODIO (mEq/l)</b>	136.6	137.8	132.1
<b>PH</b>	7.4	7.4	7.4
<b>PCO2</b>	26.5	31.6	34.4
<b>PO2</b>	83.7	65.7	49.7
<b>BE</b>	-3.1	-1.9	-1.4
<b>TCO2</b>	19.7	22.1	23.2
<b>HCO3</b>	18.9	21.1	22.2
<b>SAT O2</b>	96.9	93.4	85.8
<b>CALCIO IONICO EN SUERO</b>	1.19	1.18	1.24

Elaborado por: Margarita Chango

Fuente: Historia clínica

Tabla 11 Perfil hepático (hospitalización)

	16/05/2016	17/05/2016	18/05/2016	18/05/2016
<b>Bilirrubina total (mg/dl)</b>	1.90	2.10	2.50	2.40
<b>Bilirrubina directa (mg/dl)</b>	1.61	1.01	2.11	1.95
<b>Bilirrubina indirecta (mg/dl)</b>	0.29	1.09	0.39	0.45
<b>TGO (UI/L)</b>	13	-	-	27
<b>TGP (UI/L)</b>	27	-	-	32
<b>LDH (mg/dl)</b>	384	-	-	
<b>ALBUMINA (UI/L)</b>	2.0	-	-	
<b>GAMA GT (UI/L)</b>	-	-	-	332
<b>PROTEINAS TOTALES (mg/dl)</b>	-	-	-	6.6

Elaborado por: Margarita Chango

Fuente: Historia clínica

Tabla 12 Otras analíticas (hospitalización)

	16/05/2016	17/05/2016	18/05/2016	19/05/2016
<b>Interleucina - 6</b>	92.20	-	-	-
<b>PCR (mg/l)</b>	-	48	48	96
<b>Procalcitonina (ng/ml)</b>	-	2.78	-	-
<b>TP (seg)</b>	-	-	12.3	12.4
<b>INR</b>	-	-	1.02	1.03
<b>BHCG (mUI/ml)</b>	133.80	120.80	129.10	119.40

	21/05/2016	22/05/2016	25/05/2016
<b>BHCG (mUI/ml)</b>	91.29	80.78	61.30

Tabla 13 Examen elemental de orina (hospitalización)

	<b>24/05/2016</b>
Densidad	1.007
PH	5.5
Nitritos	-
Piocios	0.6
Hematies	0.2
Bacterias	11.2
CELULAS EPITELIALES	0.6

Elaborado por: Margarita Chango

Fuente: Historia clínica

#### **BIOPSIA 09/06/2016**

##### Macroscópica

Se recibe fragmento de tejido graso que mide 11 x 4.5 x 2.9 cm con áreas de hemorrágica y bandas de fibrina en su superficie no ganglio ni otras lesiones

##### Descripción microscópica:

Cortes histológicas de epiplón que muestran infiltrado inflamatorio moderado de polimorfonucleares neutrófilos, congestión vascular, áreas de hemorragia, necrosis y depósitos de fibrina.

##### Diagnóstico:

- epiplitis aguda severa.

#### **ANEXOS 09/06/2016**

##### Macroscópica

Se recibe trompa que mide 4.8 x 2.5 cm superficie hemorrágica con banda de fibrina al corte pared engrosada luz virtual

Descripción microscópica:

Cortes histológicos de trompa uterina que muestran infiltrado inflamatorio moderado de polimorfonucleares neutrófilos, congestión vascular, áreas de hemorragia, necrosis y depósito de fibrina.

Diagnóstico:

- salpingitis aguda severa.

## **APÉNDICE – PATOLOGÍA 09/06/2016**

Macroscópica

Se recibe apéndice cecal que mide 6 x 2 cm serosa deslustrada hemorrágica con bandas de fibrina al corte nada a señalar

Descripción microscópica:

Cortes histológicos de apéndice cecal que muestra moderada congestión vascular e infiltración inflamatorio de polimorfonucleares neutrófilos a nivel de la serosa pero en la capa muscular solo se observan escaso infiltrado inflamatorio perivascular de polimorfonucleares neutrófilos.

Diagnóstico:

- Periapendicitis aguda severa.

- Apendicitis aguda inicial.

## ANEXO.2 IMÁGENES DE HOSPITALIZACIÓN

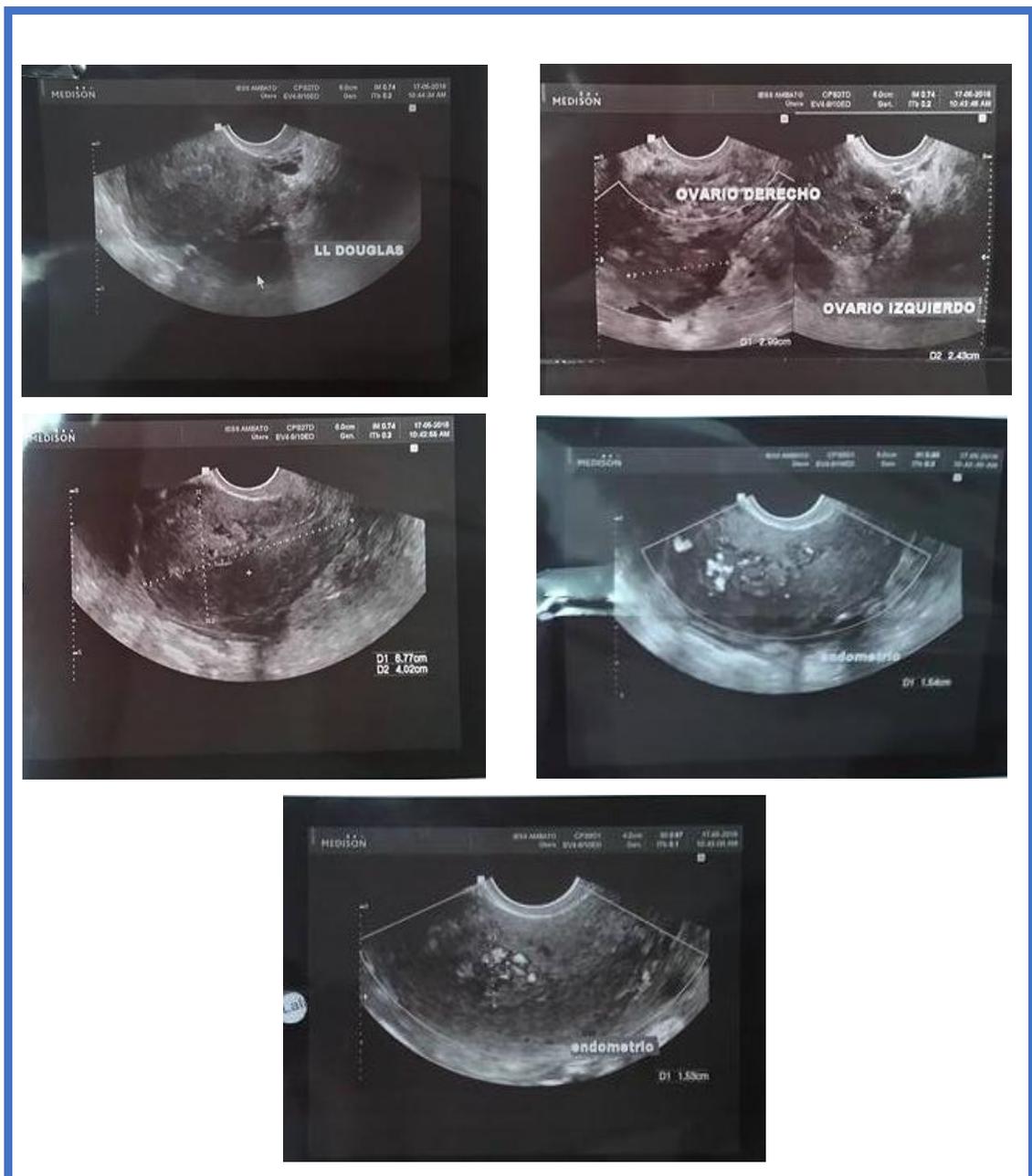
14/05/2016

**Rx abdomen; posición única anteroposterior**

Distensión gaseosa del ángulo esplénico del colon. Gas en ampolla rectal. Líneas del psoas presente. Grasa peritoneal conservada.

(17/05/2016)

*Gráfico 1 Ecografía transvaginal*



REPORTE:

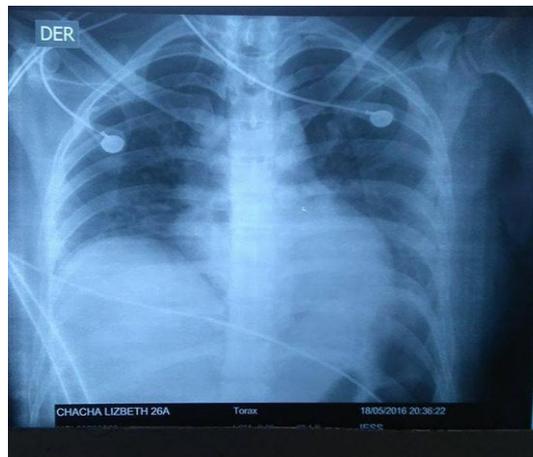
**Ecografía transvaginal**

Útero en anteverso flexión mide de largo 6.7 cm por 5.1 cm de ancho y por 4.1 cm de antero posterior, el eco endometrial heterogéneo con espesor de 15 mm vascularizado. Ovarios: el derecho mide 2.9 cm normal y el izquierdo mide 2.4 cm normal. Fondo de saco de Douglas con escaso líquido. No se observan adenomegalias de las cadenas ganglionares iliacas.

Idg.- restos corioplacentarios

(18/05/2016)

*Gráfico 2 Rx de tórax*

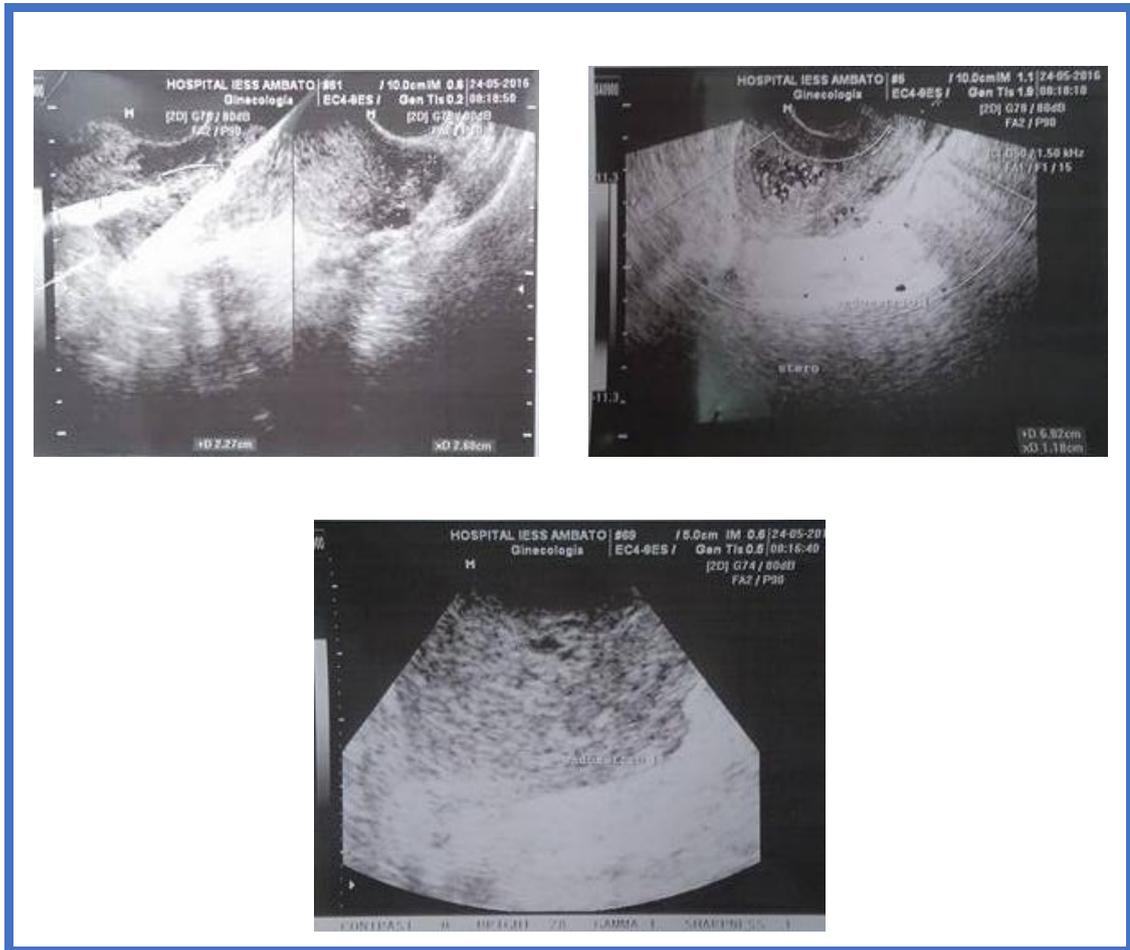


*Gráfico 3 Rx de abdomen*



(24/05/2016)

Gráfico 4 Ecografía transvaginal



## REPORTE

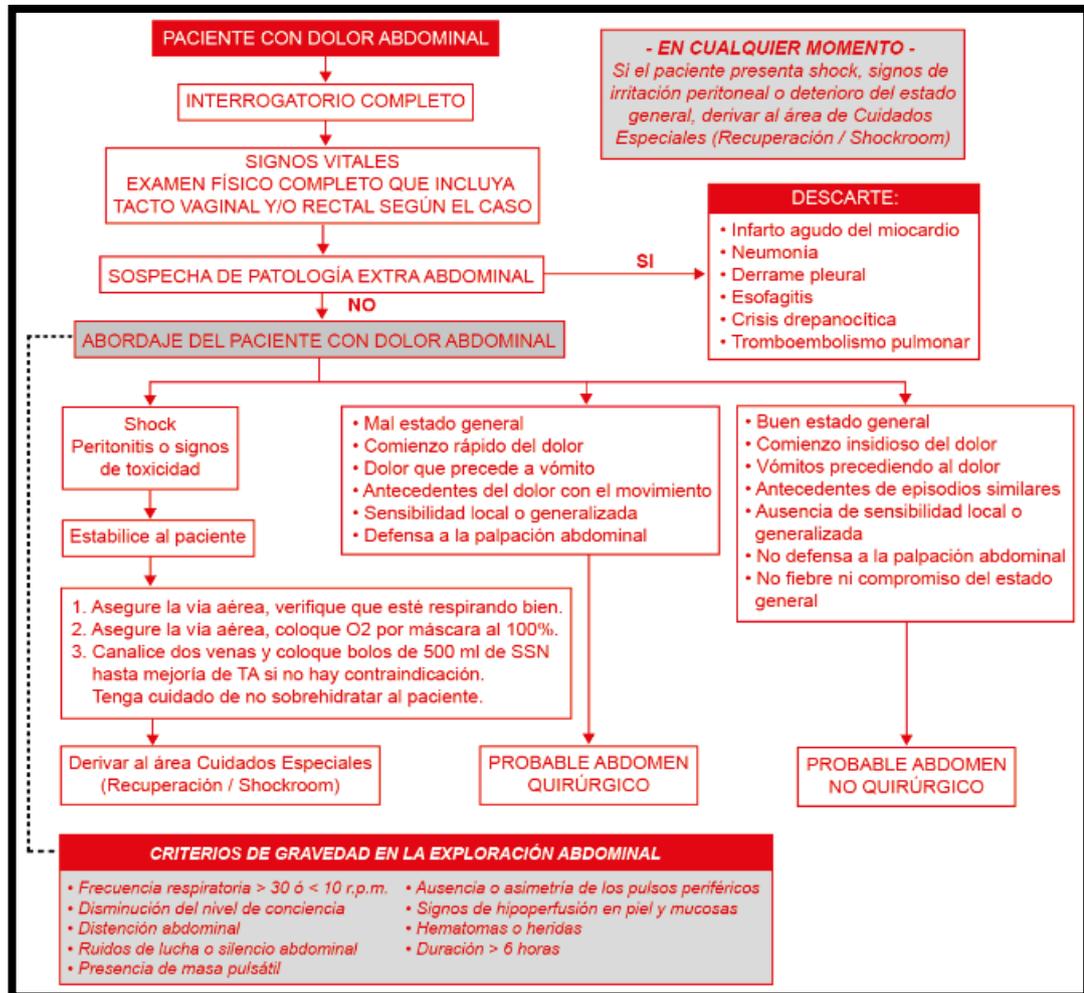
### Ecografía transvaginal

Útero anteversoflexión, de tamaño acorde para la edad, sin aparentes signos de lesión traumática por antecedentes conocidos. Endometrio engrosado, con ecos en su interior restos placentarios, tiene un espesor de 11mm, al doppler incremento de su vascularidad. Ovarios características normales. Fondo de saco de douglas y vasos ilíacos libres.

Idg. Cavidad endometrial engrosada con posible persistencia de restos corioplacentarios.

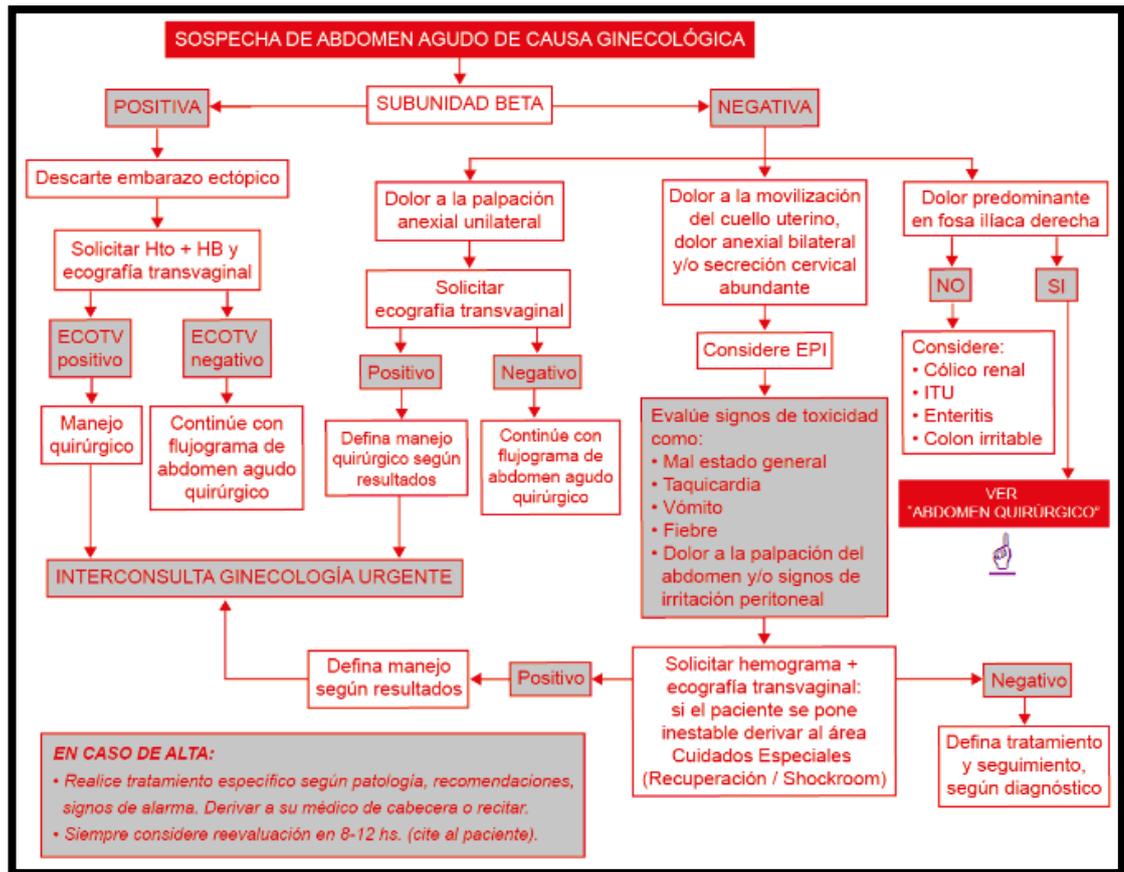
## ANEXO.3 ESQUEMAS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS

Gráfico 5. Algoritmo diagnóstico y terapéutico del abdomen agudo.



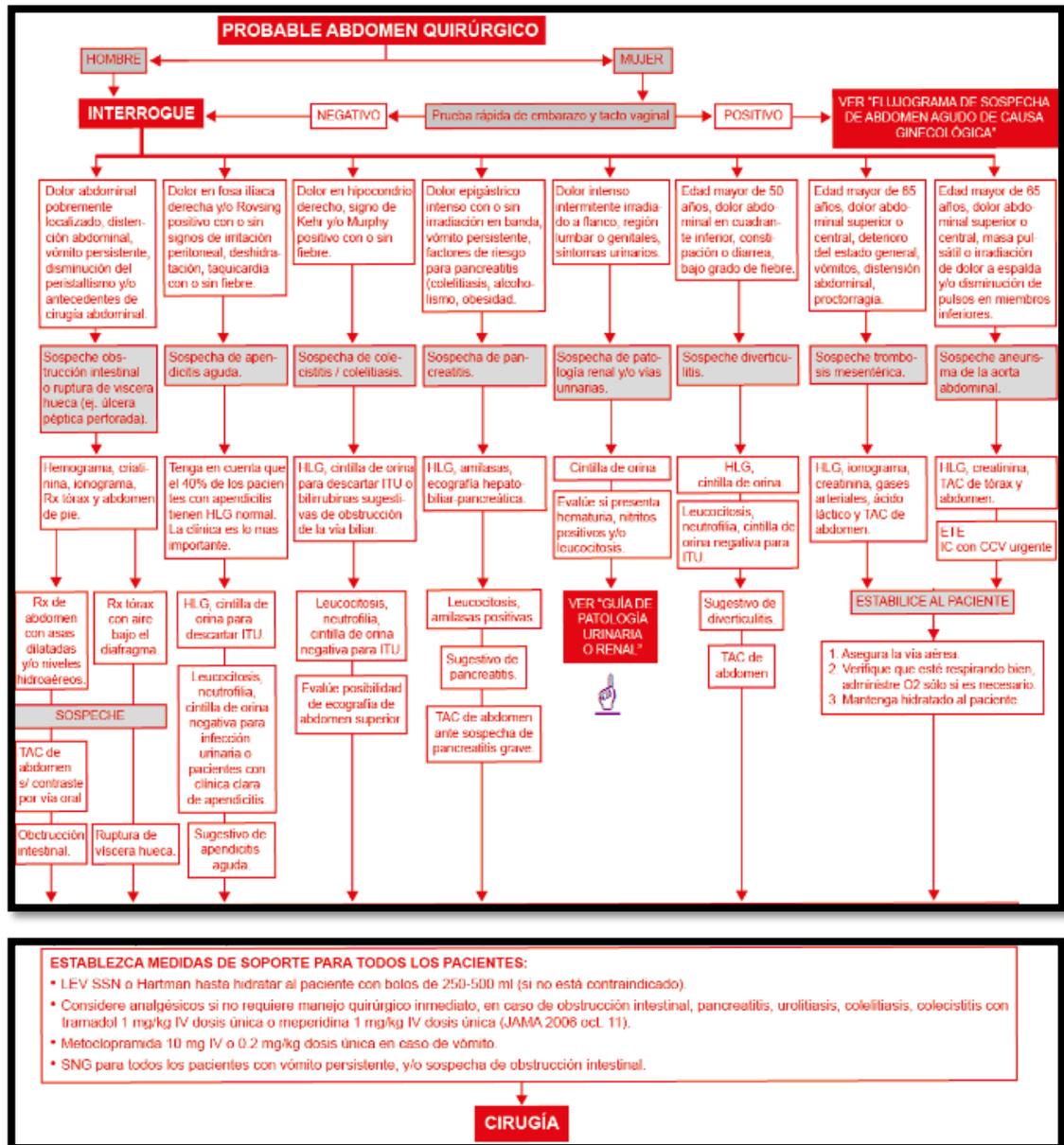
FUENTE: Lesch P, Dolor abdominal, Rev. Aequalis, 2015.

Gráfico 6. Algoritmo diagnóstico y terapéutico del abdomen agudo de causa ginecológica.



FUENTE: Lesch P, Dolor abdominal, Rev. Aequalis, 2015.

Gráfico 7 Algoritmo diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.



FUENTE: Lesch P, Dolor abdominal, Rev. Aequalis, 2015.