



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“ABDOMEN AGUDO POR ABSCESO TUBÁRICO SECUNDARIO A
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA MÁS APENDICITIS AGUDA”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Guamancuri Silva, Jorge Gabriel

Tutor: Dr. Esp. Pozo Mayorga, Fernando Patricio

Ambato- Ecuador

Noviembre 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“ABDOMEN AGUDO POR ABSCESO TUBÁRICO SECUNDARIO A ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA MÁS APENDICITIS AGUDA”

de Jorge Gabriel Guamancuri 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, Octubre del 2016

EL TUTOR

.....
Dr. Esp. Pozo Mayorga, Fernando Patricio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**ABDOMEN AGUDO POR ABSCESO TUBÁRICO SECUNDARIO A ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA MÁS APENDICITIS AGUDA**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Octubre del 2016

EL AUTOR

.....

Guamancuri Silva, Jorge Gabriel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de caso clínico o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de grado con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de 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 autor.

Ambato, Octubre 2016

EL AUTOR

.....

Guamancuri Silva, Jorge Gabriel

APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“ABDOMEN AGUDO POR ABSCESO TUBÁRICO SECUNDARIO A ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA MÁS APENDICITIS AGUDA”**, de Jorge Gabriel Guamancuri Silva, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Agradezco primeramente a: Dios padre todo poderoso, por haberme permitido culminar esta etapa de estudio y brindarme sabiduría, conocimiento y capacidad para guiarme en cada paso firme que doy y entender lo hermoso de la Medicina; a mis padres quienes me inculcaron el respeto y la humildad, que con esfuerzo y confianza apoyaron mis sueños, a pesar de las adversidades económicas; sus consejos y ánimos me permitieron llegar hasta el final.

A mi hermana y mi pequeño sobrino que son el motor primordial de alegría en mi hogar y después de cada noche de desvelo en una guardia tan ajetreada con una sonrisa me esperaron.

A mi tutor, quien supo orientar y brindar su apoyo y confianza en todo momento.

A mis profesores, grandes amigos dentro y fuera del aula de un centro hospitalario que sin recelo siempre estuvieron prestos a prepararnos y a darnos su mano amiga cuando los necesitamos.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera hicieron posible el cumplimiento de mi meta trazada.

Guamancuri Silva, Jorge Gabriel

AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en la cual recibí los conocimientos que han contribuido a mi formación profesional.

A mis docentes quienes, compartieron sus conocimientos, lecciones y experiencias a lo largo de mi vida estudiantil.

A todas aquellas personas que colaboraron con sus conocimientos, experiencias, opiniones y sugerencias en el transcurso del desarrollo del presente trabajo.

En especial a mi tutor, Dr. Fernando Patricio Pozo Mayorga por permitirme recurrir a sus conocimientos científicos y experiencia profesional, en un marco de confianza y amistad, para la culminación del presente.

Guamancuri Silva , Jorge Gabriel

ÍNDICE

Contenido

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN.....	xii
1. INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
1. OBJETIVOS	- 3 -
1.1 Objetivo General:	- 3 -
1.2 Objetivos Específicos:	- 3 -
2. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:	- 3 -
3. HISTORIA CLÍNICA.....	- 4 -
4. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO	- 31 -
4.1.1 BIOLÓGICOS:	- 31 -
4.1.2 AMBIENTALES:	- 32 -
4.1.3 ESTILOS DE VIDA.	- 32 -
4.1.4 SOCIALES.....	- 32 -
4.2 ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:.....	- 33 -

4.2.1. OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA.....	- 33 -
4.2.2. ACCESO.....	- 33 -
4.2.3 ATENCIÓN DE EMERGENCIA	- 33 -
4.2.4 OPORTUNIDADES DE REMISIÓN	- 34 -
4.2.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS	- 34 -
4.3. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:.....	- 34 -
5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	- 35 -
5.1.1 ABDOMEN AGUDO	- 35 -
5.1.2 INTRODUCCIÓN.....	- 35 -
5.1.3 ETIOLOGÍA	- 35 -
5.1.4 DIAGNÓSTICO.....	- 37 -
5.1.5 TRATAMIENTO DEL DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS.	- 40 -
5.2 APENDICITIS AGUDA.....	- 43 -
5.2.1 INTRODUCCIÓN.....	- 43 -
5.2.2 EVALUACIÓN INICIAL.....	- 43 -
5.2.3 FISIOPATOLOGÍA.....	- 44 -
5.2.4 SINTOMATOLOGÍA.....	- 44 -
5.2.5 EXAMEN FÍSICO.....	- 45 -
5.2.6 AYUDAS DIAGNÓSTICAS.....	- 46 -
5.2.7 RECOMENDACIONES DE MANEJO.....	- 46 -
5.3 DOLOR ABDOMINO-PÉLVICO EN GINECOLOGÍA.....	- 47 -
5.3.1 INTRODUCCIÓN.....	- 47 -
5.3.2 DIAGNÓSTICO DEL DOLOR PÉLVICO AGUDO.....	- 47 -
5.3.3 CAUSAS DE DOLOR PÉLVICO GINECOLÓGICO.....	- 48 -
5.4. EMBARAZO ECTÓPICO.....	- 48 -
5.4.1 ETIOLOGÍA.....	- 49 -

5.4.2 FACTORES DE RIESGO.....	- 49 -
5.4.3 LOCALIZACIÓN.....	- 49 -
5.5 QUISTE OVÁRICO ROTO.....	- 50 -
5.6 TORSIÓN DE ANEXOS.....	- 50 -
5.7 ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA.....	- 51 -
5.7.1 FACTORES DE RIESGO.....	- 51 -
5.7.2 DIAGNÓSTICO.....	- 52 -
5.7.3 TRATAMIENTO.....	- 53 -
5.8 ABSCESO TUBO-OVÁRICO.....	- 55 -
6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:.....	- 55 -
7. CONCLUSIONES:.....	- 57 -
8. RECOMENDACIONES.....	- 57 -
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	- 58 -
BIBLIOGRAFÍA.....	- 58 -
LINKOGRAFÍA.....	- 58 -
10. ANEXOS.....	- 62 -
IMÁGENES.....	- 62 -
Imagen N°1. Eco pélvico.....	- 62 -
Imagen N° 2 Clasificación de drenajes quirúrgicos.....	- 63 -
Imagen N° 3: Cuantificación de sangrado por gasas o compresas manchadas ..	- 63 -
TABLAS.....	- 64 -
Tabla N°1. Exámenes de Laboratorio.....	- 64 -
Tabla N° 2. Argumentos para el diagnóstico Abdomen Agudo.....	- 66 -
Tabla N° 3. Argumentos para el diagnóstico Abdomen Agudo de Causa Ginecológica.....	- 67 -
Tabla N° 4. Argumentos para el diagnóstico Abdomen Agudo quirúrgico	- 68 -

Tabla N° 5. Argumentos para el diagnóstico Abdomen Agudo no quirúrgico .	- 69 -
Tabla N° 6. Escalas diagnósticas para apendicitis aguda y su especificidad/sensibilidad teórica.....	- 70 -
Tabla N° 7. Algoritmo para el diagnóstico de apendicitis aguda	- 72 -
REPORTES ECOGRAFICOS	- 73 -
PELVICO.	- 73 -
ECO TRANSVAGINAL.....	- 73 -

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

**“ABDOMEN AGUDO POR ABSCESO TUBÁRICO SECUNDARIO A
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA MÁS APENDICITIS AGUDA”**

Autor: Guamancuri Silva, Jorge Gabriel

Tutor: Dr. Esp. Pozo Mayorga, Fernando Patricio

Fecha: Octubre del ,2016

RESUMEN

En el Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA), el dolor abdominal agudo es la causa más frecuente de consulta.

Por su parte, el dolor Gíneco-obstétrico constituye la segunda causa de hospitalización, siendo el Servicio de Emergencias el primer contacto con el paciente. Por ello, consideramos que es de vital importancia conocer las diferentes patologías causantes de abdomen agudo a las cuales nos debemos enfrentar.

Así mismo, es crucial determinar de primera instancia si se trata de un abdomen agudo quirúrgico y si se precisa hospitalización inmediata. El determinante más importante en esta situación, por nuestro ambiente, es descartar la gestación al comienzo de la evaluación de la paciente, volviéndose imprescindible, por ejemplo, considerar la posibilidad de un embarazo ectópico roto que pueda convertirse en una cuestión de vida o muerte.

El diagnóstico oportuno de dolor pélvico agudo es vital, en primera instancia, porque el retraso aumenta en proporción devastadora la morbimortalidad y, consecuentemente, el tiempo de recuperación, el gasto económico inherente al sistema económico e incluso, en estos tiempos tan hostiles con la carrera de medicina, por las demandas legales.

PALABRAS CLAVE: DOLOR_ABDOMINAL, CUADRO_CLÍNICO,
TRATAMIENTO, APENDICITIS, ABSCESO _ TUBARICO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**“ACUTE ABDOMEN BECAUSE OF SECONDARY TUBAL ABSCESS TO A
PELVIC INFLAMMATORY ILLNESS PLUS ACUTE APPENDICITIS”**

Author: Guamancuri Silva, Jorge Gabriel

Tutor: Dr.Esp. Pozo Mayorga Fernando Patricio

Date: October , 2016

SUMMARY

At the Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA), the acute abdominal pain is the most frequent cause of query.

In the Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA), acute abdominal pain is the most frequent cause of consultation.

By the other hand, the Gíneco-obstetric pain constitutes the second cause of hospitalization, being in this way the Emergency Service the first contact with the patient.

For this reason, is really vital to know about the different pathologies which causes the acute abdomen, and so confront them in the better way.

Likewise, it is crucial to determine the first instance if it's about of a quirurgic acute abdomen and if it needs immediate hospitalization. The most important factor in this situation, because of our environment, is discard a pregnancy at the beggining of the evaluation in a female patient. Considering the possibility of a broken ectopic pregnancy that could turn it in a death or life event, becomes essential.

The oportune pelvic acute ache diagnosis is vital, at the first instance, because the delay in the diagnosis increases in a devastating proportion the mortality, and consequently, the recovery time for the patient, the inherent economic spending, and even, in these time too hostile with the medicine career, because of the legal demands.

KEY WORDS: ABDOMINAL_PAIN, CUADRO_CLINICO, TREATMENT, APPENDICITIS, ABSCESS _ TUBAL.

1. INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo es uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de cirujanos, internistas, pediatras y ginecólogos. En general representa no menos de una de cada 30 consultas, no relacionadas con trauma, en los servicios de emergencia de los hospitales generales, y es un problema complejo que plantea al médico una gran variedad de posibilidades diagnósticas que involucran a diversos órganos y sistemas.^{1,2}

El dolor abdominal es una síntoma inespecífico de multitud de procesos que si bien suele ser originado por causas intraabdominales, también puede ser provocado por procesos extraabdominales o por enfermedades sistémicas. Se debe tener en cuenta también la diferente sensibilidad de las estructuras intraabdominales, así por ejemplo la mucosa de casi todo el tubo digestivo no aprecia sensación dolorosa, las vísceras huecas son más sensibles al aumento de presión, el peritoneo visceral es prácticamente indoloro y que existen unas zonas denominadas "áreas silenciosas" (cámara gástrica y ciego) que no provocan dolor hasta que no se produce irritación peritoneal u obstrucción.^{4,3}

Hay que tener en cuenta que aunque en la mayoría de los pacientes el dolor abdominal agudo se suele presentar con unas características más o menos típicas, pueden existir diferencias en distintos grupos de edad, fundamentalmente en la población geriátrica y en la mujer.¹ Recordar que la valoración de un dolor abdominal agudo en Urgencias debe ser precoz y sin demoras, y sin administrar analgésicos ni sedantes hasta que no hayamos llegado a un diagnóstico concreto. Nuestra misión fundamental será establecer si un paciente tiene un abdomen agudo o quirúrgico o no.

4

La enfermedad que con más frecuencia causa este cuadro es la Apendicitis aguda es una enfermedad de resolución quirúrgica muy frecuente en nuestro medio que

depende del diagnóstico por excelencia y que la demora en el mismo está asociada a la aparición de complicaciones de la enfermedad.⁵

Es bien conocido entonces que el diagnóstico temprano y su tratamiento oportuno en el síndrome de dolor abdominal agudo disminuyen el riesgo de complicaciones muchas veces fatales.⁵

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General:

- ✓ Establecer un diagnóstico y tipo de tratamiento oportuno de Abdomen Agudo que permita una eficiente y eficaz manejo de esta patología.

1.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Estratificar el tipo de tratamiento de acuerdo a la clínica de Abdomen Agudo.
- ✓ Determinar si existe protocolos estandarizados sobre Abdomen Agudo, dentro de nuestras unidades de salud que permita un mismo manejo por todos los profesionales de salud.
- ✓ Definir si cada nivel de salud realiza los manejos correspondientes en los pacientes que cursan con Abdomen Agudo.

2. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:

- La información utilizada para el desarrollo del presente caso clínico se obtuvo de la historia clínica, documento médico legal, copiada del Ministerio de Salud Pública de los siguientes formatos: 008; 003, 004, 005, 006, 007, 010, 011, 012. del Hospital Provincial Docente Ambato, que contiene la mayor parte de información de la paciente, su cuadro clínico, protocolo quirúrgico, tratamiento, evolución y controles posteriores.
- Identificación y recopilación de la información no disponible: la información que no consta en la historia clínica digital y física de la paciente se la obtuvo de entrevistas con el personal que estuvo en contacto con la paciente.

Además se obtuvo información para la sustentación científica del análisis del caso de guías de práctica clínica, protocolos, artículos de revisión y evidencia científica.

3. HISTORIA CLÍNICA

Datos de afiliación

Paciente de 31 años de edad, sexo femenino, indígena, nacida en la ciudad de Ambato y residente en el cantón Quero, estado civil casada, ocupación costurera, grupo sanguíneo O Rh +; instrucción primaria

Fecha de ingreso: 2016/05/19 Hora: 1:20

Antecedentes

- Antecedentes patológicos personales: cuatro infecciones de vías urinarias y vaginales en el último año
- Antecedentes quirúrgicos: No refiere
- Antecedentes patológicos familiares No refiere
- Alergias: no refiere }

Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos:

Menarquia: 12 años

Ciclos menstruales: regulares

Dismenorrea: si

ETS: no refiere

Inicio de vida sexual: 15 años

Compañeros sexuales: 1

Gestas: 6, partos eutócico: 2, cesáreas: 2, abortos: 2, hijos vivos: 4 hijos muertos: 0.

Planificación familiar: Anticoncepción hormonal (Mesygina).

FUM (Fecha de última menstruación): hace 2 años.

Papanicolaou: último hace 2 años normal

Colposcopia: no

Mamografía: no

Antecedentes No Patológicos

Alimentario: 3 veces al día

Miccional: 4 veces al día

Defecatorio: 1 vez al día

Tabaco: No refiere

Alcohol: Ocasional.

Drogas: No refiere

Medicación: No refiere

Motivo de consulta

Dolor abdominal.

Enfermedad actual:

Paciente que refirió que desde aproximadamente 4 días como fecha real y aparente presento dolor abdominal, tipo cólico, localizado en fosa iliaca izquierda, de moderada a gran intensidad 8/10 escala de dolor EVANS, sin causa aparente; mismo que se irradia a meso e hipogastrio y región lumbar , y se acompañó de náuseas que llegaron al vómito por dos ocasiones de contenido alimentario , no tuvo horario ni periodicidad , ni relación con ingestas , ni excretas , cedió levemente en decúbito lateral izquierdo. Además refirió haber tomado medicación cuyo nombre no recordó, cediendo parcialmente el dolor, pero en las últimas horas el cuadro se intensifica por el cual acudió, al servicio de emergencia del hospital regional Ambato.

REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS

GENERAL

Astenia y Anorexia desde hace 3 días

Fiebre: desde hace 2 días

Dolor: lo referido en la enfermedad actual

DIGESTIVO

Náusea y vómito: (hace aproximadamente 3 días)

RENAL

Volumen Urinario: normal

Ritmo y frecuencia: aumentada

Disuria: hace 8 días

Características del chorro: normal

Características físicas: amarillo transparente

GENITAL FEMENINO

Secreción: blanquecina desde hace aproximadamente 15 días.

Dispareunia: desde aproximadamente 1 mes.

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

Paciente refiere que vive en casa arrendada con su esposo, con todos los servicios básicos, agua, luz, posee animales extra domiciliarios (gato y perro), el sustento del hogar es dado por el esposo (chofer).

Examen físico

Al Examen Físico del ingreso presenta los siguientes signos vitales TA: 120/80 FC: 93 FR: 19 RPM SO₂: 97 %, Temperatura: 37,8

Medidas Antropométricas: PESO: 75.5 kg. TALLA: 1.58 Mts. IMC: 30.3

Apariencia General: Paciente álgica, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, febril, escala de Glasgow Ocular: 4 Verbal: 5 Motor: 6 Total 15/15.

Cabeza

Cráneo: Forma Normocefálico, de tamaño y volumen normal. No se palpan prominencias, depresiones o puntos dolorosos.

Cara: Piel hidrótica, color concuerda con el resto del cuerpo, cejas pobladas, movimientos palpebrales normales.

Ojos: Pupilas isocóricas, foto reactivas, iris de color negro, reflejo de acomodación y consensual presente.

Boca: Mucosas orales húmedas, ausencia de ulceraciones.

Orofaringe: Amígdalas rosadas, de tamaño normal, pared faríngea posterior normal.

Oídos: Pabellón auricular de implantación normal. Conducto Auditivo externo permeable.

Cuello: Corto, simétrico, no se observan adenopatías, el color de piel concuerda con la del resto del cuerpo, tráquea de ubicación y forma normal, movimientos activos y pasivos conservados. Tiroides normal.

Tórax

Cardiovascular:

- ✓ Ruidos cardíacos rítmicos, normofonéticos, taquicárdico, no presencia de soplos. Latidos sincrónicos con el pulso periférico.

Tórax anterior: Simétrico, color concuerda con el resto del cuerpo, movimientos respiratorios de amplitud y frecuencia normales: 19 respiraciones /minuto, no presencia de cicatrices.

- ✓ Palpación: Expansión y elasticidad torácica normal, frémito vocal normal, no se encuentran puntos dolorosos. Humedad y elasticidad normal.
- ✓ Percusión: Hemitórax derecho: timpánico desde la región infraclavicular, hasta 7mo espacio intercostal, donde comienza la matidez hepática y termina hasta el 11avo espacio intercostal. Hemitórax Izquierdo: Timpánico hasta el 4to espacio intercostal.
- ✓ Auscultación: Respiraciones de ritmo normal, intensidad normal, timbre normal, murmullo alveolar normal, no hay presencia de estertores.

Tórax posterior

- ✓ Inspección: Color de la piel concuerda con la del resto del cuerpo, movimientos respiratorios normales.
- ✓ Palpación: Puntos dolorosos negativos, no se palpan adenopatías, expansibilidad pulmonar conservada del mismo modo frémito vocal normal.
- ✓ Percusión: Sonoridad.
- ✓ Auscultación: Murmullo alveolar conservado en ambos pulmonares.

Abdomen

- ✓ Inspección: Color de la piel concuerda con la del resto del cuerpo, no se observa latido aórtico.
- ✓ Palpación: Suave depresible dolor a la palpación profunda y superficial en fosa iliaca derecha e izquierda, Blumberg dudoso; puntos ureterales medios y superiores (+).
- ✓ Percusión: Timpánico en todo marco colónico.
- ✓ Auscultación: RHA (Ruidos Hidroaereos) (+).

Región lumbar: Puño percusión positivo bilateral

Región Genital

- ✓ RIG : Genitales de múltipara
- ✓ Tacto vaginal: Dolor a la movilización del cérvix y palpación de anexos al examen bimanual, masa en anexo izquierdo.
- ✓ Examen especular: Sangrado de poca cantidad, leucorrea blanquecina, no mal olor.

Extremidades

Color de la piel concuerda con el resto del cuerpo, no se observa la presencia de cicatrices, movimientos articulares conservados. Muy escasa pilificación. Turgencia y elasticidad conservada, músculos con tono y fuerza normal.

Examen neurológico elemental

- ✓ **Facie:** Normal
- ✓ **Actitud:** Decúbito dorsal
- ✓ **Marcha:** Normal

Paciente presenta Glasgow de 15

- ✓ Atención

Paciente es capaz de realizar órdenes.

- ✓ Comportamiento

Normal

- ✓ Memoria

Memoria en estado normal.

- ✓ Capacidad de juicio, razonamiento y abstracción

Normal

EXPLORACIÓN DE PARES CRANEALES

I.-Par craneal: Nervio olfatorio: normal a la exploración.

II.- Par craneal: Nervio óptico: agudeza visual normal

Campimetría: Normal. Visión de colores normal.

Fondo de ojo: No realizado.

III.-Par craneal: Nervio motor ocular común: Movimientos de los músculos extrínsecos del ojo conservados, reflejo pupilar a la luz normal, reflejo consensuado y de convergencia conservado.

IV.- Par craneal: Nervio patético o tróclea y VI. Par craneal: Motor ocular externo o abducens: motilidad ocular extrínseca normal valorada pidiendo al paciente que siga un esfero de color proyectándolo en forma de H.

V.-Par craneal: Nervio trigémino: Sensibilidad superficial y profunda conservada, valorada con un algodón. Motilidad de músculos masticadores conservados.

VII. Par craneal: Nervio facial: Motilidad facial conservada sin presencia de signos de parálisis facial.

VIII. Par craneal: Nervio auditivo: Audición conservado

IX. Par craneal: Nervio glossofaríngeo y X. Par craneal: Nervio neumogástrico: reflejo faríngeo y velopalatino pasivo y activo normales. Sensación gustativa normal. Tono de voz normal.

XI. Par craneal: Nervio espinal o nervio accesorio: Movimientos de lateralización del cuello y elevación de los hombros conservados.

XII. Par craneal: Nervio hipogloso: Movimientos de la lengua conservados.

MOTILIDAD

- **Trofismo muscular:** Miembros superiores y miembro inferiores normales.
- **Tono muscular:** Miembros superiores y miembro inferiores normales a la inspección y palpación; movilidad pasiva conservada, extensibilidad normal.
- ✓ **Movilidad Activa Voluntaria**
- **Fuerza Muscular:** Miembros superiores e inferiores normales.

Reflejos osteotendinosos o profundos: normales

SENSIBILIDAD

- **Superficial:**

- ✓ **Táctil:** normal
- ✓ **Térmica:** normal
- ✓ **Dolorosa:** normal

- **Profunda**

- ✓ **Dolorosa profunda:** normal

PRAXIA

- normal

GNOSIA

- normal

LENGUAJE

- **Expresión oral:** Normal, vocaliza bien las palabras con fluidez
- **Comprensión oral:** Normal, sin problemas de razonamiento

LISTA DE PROBLEMAS

SIGNOS	SINTOMAS
Blumberg dudoso	Dolor abdominal
Puntos ureterales superiores y medios positivos	Náusea
TV : dolor a la movilización de cérvix y anexos	Astenia
Leucocitosis + neutrofilia	Anorexia
Secreción blanquecina	Vómito
Taquipnea	Disuria
Fiebre	Dispareunia

APARATOS AFECTADOS

GENITO-URINARIO	GASTROINTESTINAL	RESPIRATORIO	SISTEMICO
Disuria	Dolor abdominal	Taquipnea	Fiebre
Polaquiuria	Nausea		
TV. dolor a la movilización de cérvix	Anorexia		
Secreción blanquecina	Blumberg (+)		
Puntos ureterales superiores y medios positivos	Vómito		
Dolor palpación de anexos			
Dispareunia			

APENDICITIS AGUDA

A FAVOR	EN CONTRA
Dolor abdominal fosa ilíaca derecha	Dolor a la palpación de anexos
Náusea	Dolor a la movilización cervical
Vómito	
Leucocitosis + Neutrofilia	
Rebote (+)	
psoas (+)	

GINECOLOGICO

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

A FAVOR	EN CONTRA
Dolor abdominal	No sangrado
Fiebre	
Dolor a la movilización cervical	
Dolor a la palpación de anexos	
Leucocitosis + Neutrofilia	
Vómitos	
Secreción blanquecina	
Dispareunia	

EMBARAZO ECTOPICO

A FAVOR	EN CONTRA
Dolor abdominal difuso	Gonadotropina corionica humana subunidad B (B hcg)negativa
Masa en anexo izquierdo	No factores de riesgo
	No sangrado

ABSCESO TUBARICO

A FAVOR	EN CONTRA
Dolor abdominal difuso	B hcg negativa
Fiebre	
Dolor a la palpación de anexos	
Leucocitosis + Neutrofilia	
Vómito	
Masa en anexo izquierdo	

URINARIO

A FAVOR	EN CONTRA
Fiebre	
Leucocitosis	
Puntos ureterales medios (+)	
Disuria	
Malestar general	
Polaquiuria	
EMO infeccioso	

En Emergencias se solicitaron exámenes de Laboratorio, Biometría Hemática: Leucocitos $15,26 \times 10^3$, hemoglobina 13,2 gr/dl, hematocrito 39,1 %, plaquetas 257×10^3 , neutrófilos 73,6 %, linfocitos 11,9 %.

Química sanguínea: Glucosa 83,2 mg/dl, urea 35 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, TGO 34,7, TGP: 50,6; Tiempos de coagulación: TP 12,4 seg., TTP 31,6 seg.

Elemental microscópico de orina reportó: proteínas negativo, eritrocitos por campo (4-7); piocitos por campo (9-11); Bacterias positivo (++) . La prueba inmunológica de embarazo BHCG cualitativa (negativa); BHCG cuantitativa (negativa). Presentó, previamente al ingreso, fiebre intermitente en dos ocasiones.

Se realizó eco pélvico en emergencia en donde se reporta Saco de Douglas y anexo derecho con colección líquida más densa que el agua, con presencia de gas en su interior que mide 9,6 cm x 7,5 cm con un volumen de 268 cc, ovario izquierdo no visible, ovario derecho de 3,6 cm x 2,4cm de aspecto normal, anexo izquierdo engrosado de 2,4cm que se continua con imagen heterogénea irregular. Útero en anterversión mide 10,7 cm x 4,1 cm x 4,2 cm aumentado de tamaño heterogéneo, endometrio 2mm.

Impresión Diagnostica en Emergencia

- **Apendicitis aguda**
- **Enfermedad inflamatoria pélvica**

- **Absceso tubárico**
- **Infección de vías urinarias**

Impresión Diagnóstica al Ingreso Al Servicio de Ginecología:

- ✓ Masa anexial izquierda
- ✓ Enfermedad inflamatoria pélvica
- ✓ D/C embarazo ectópico vs. Hidrosalpinx
- ✓ Infección de vías urinarias

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Indicaciones al ingreso: 2016/05/19 Hora: 01:00 AM

R.p:

1. NPO (nada por vía oral)
2. CSV (control de signos vitales)
3. Lactato Ringer 1000 cc IV C/12 HRS.
4. Cefazolina 2 gr. IV previa prueba de sensibilidad STAT y luego 1 gr. IV C/6 Hrs. (0/7)
5. Ketorolaco 30 mg IV C/ 8 Hrs.
6. Exámenes: BH, QS, Tipificación, HIV, VDRL. BHCG cualitativa y cuantitativa.

Evolución Centro Obstétrico 2016/05/19 Hora: 04:30 AM.

Nota de evolución 1 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

Edad: 31 años

Impresión diagnóstica (IDG): Absceso tubárico no roto.

Subjetivo (S): paciente tranquila no refiere molestias.

Objetivo (O): TA: 125/80 mmHg FC: 90 x min FR: 19 rpm SatO₂: 97 %

Paciente consciente, orientada, febril, hidratada, GLASGOW 15/15

Cabeza Normocefálico, pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación.

Cardiopulmonar: normal.

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda en meso e hipogastrio de moderada intensidad.

RIG: (Región inguinogenital). Genitales de múltipara, presencia de sangrado en poca cantidad.

- Exámenes de laboratorio:

Biometría Hemática: Leucocitos $15,26 \times 10^3$, hemoglobina 13,2 gr/dl, hematocrito 39,1 %, plaquetas 257×10^3 , neutrófilos 73,6 %, linfocitos 11,9 %.

Química sanguínea: Glucosa 83,2 mg/dl, urea 35 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, TGO 34,7, TGP: 50,6.

Tiempos de coagulación: TP 12,4 seg., TTP 31,6 seg.

Gonadotropina corionica humana subunidad B (BHCG) cualitativa (negativa)

Gonadotropina corionica humana subunidad B (BHCG) cuantitativa (negativa)

Elemental Microscópico de Orina (EMO): proteínas negativo, eritrocitos por campo (4-7); piocitos por campo (9-11); Bacterias positivo (++)

Análisis (A): paciente con antibioticoterapia más pendiente ECO transvaginal.

Plan (P): Pase a piso.

Rp:

1. Dieta blanda
2. CSV
3. Lactato Ringer 1000 cc IV C/12 HRS.
4. Ceftriaxona 1 gr. IV C/12 Hrs. (0/7)
5. Ketorolaco 30 mg IV C/ 8 Hrs.
6. Eco Transvaginal.
7. Pase a piso

Evolución Diurna 2016/05/19 Hora: 08:30 AM.

Nota de evolución

Edad: 31 años

IDG: Absceso tubárico no roto.

S: Paciente refiere dolor de moderada intensidad a nivel de abdomen inferior desde hace 8 horas. .

O: TA: 100/70 mmHg FC: 84 x min FR: 18 rpm SatO₂: 97 %

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada, GLASGOW 15/15

Cabeza Normocefálico, pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación.

Cardiopulmonar: Normal.

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda en meso e hipogastrio moderada intensidad.

RIG: (Región inguinogenital). Genitales de multípara, presencia de sangrado color vinoso en poca cantidad en toalla.

A: Paciente con antibioticoterapia.

P: Pendiente ECO transvaginal, pase a centro obstétrico.

Rp:

1. NPO
2. Pasar centro obstétrico
3. Novedades

ECO TRANSVAGINAL EN CENTRO OBSTÉTRICO

Útero de 9,6 cm x 4,6 cm.

Endometrio lineal de 5mm.

Anexo derecho de 19 x 16 cm, con múltiples imágenes foliculares.

A nivel de anexo izquierda, se observa masa heterogénea alargada 10,4 x 3,3 cm, sin flujos vesiculares internos compatibles con hidrosalpinxs.

Fondo de saco de Douglas libre.

DIAGNÓSTICO DE IMAGEN:

- ✓ **HIDROSALPINXS D/C**
- ✓ **MASA ANEXIAL IZQUIERDA**

Evolución Diurna 2016/05/19 Hora: 10:00 AM.

Nota de evolución

Edad: 31 años

IDG: Abdomen agudo inflamatorio.

Absceso tubárico no roto.

S: Paciente refiere dolor abdominal.

O: Abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA: presentes

A: Paciente con antibioticoterapia y analgesia.

P: Indicaciones.

Rp:

1. NPO
2. Interconsulta a cirugía general
3. Novedades

Rp: 19/05/2016

1. Ketorolaco 30 mg IV C/ 8 Hrs.

Evolución Vespertina 2016/05/19 Hora: 17:30 PM.

Nota de evolución

Edad: 31 años

IDG: Abdomen agudo inflamatorio.

Absceso tubárico no roto.

S: Paciente refiere dolor abdominal de leve intensidad.

O: Abdomen suave doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, RHA: presentes.

A: Paciente con antibioticoterapia y analgesia.

P: Indicaciones.

Rp:

1. NPO
2. Curva Térmica.
3. Lactato ringer 1000 cc IV C/ 12 Hrs.
4. Ceftriaxona 1gr. IV C /12 Hrs. (0/7).

5. Clindamicina 900 mg . IV C/8 Hrs. (0/7)

6. No analgesicos .

Evolución Centro Obstétrico 2016/05/19 Hora: 22:00 PM.

Nota de evolución

Edad: 31 años

IDG: Absceso tubárico no roto.

S: Dolor de leve intensidad en hipogastrio.

O: TA: 125/80 mmHg FC: 86 x min FR: 16rpm SatO2: 96 %

Paciente consciente, orientada, febril, hidratada, GLASGOW 15/15

Cabeza Normocefálico, pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación.

Cardiopulmonar: normal.

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación profunda en meso e hipogastrio moderada intensidad.

RIG: (Región inguinogenital). No se evidencia sangrado ni secreción

- Exámenes de laboratorio:

Biometría Hemática: Leucocitos $15,06 \times 10^3$, hemoglobina 12,8 gr/dl, hematocrito 37,6 %, plaquetas 301×10^3 , neutrófilos 78,8 %, linfocitos 11,9 %.

Química sanguínea: Glucosa 100 mg/dl, urea 35 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, TGO 34,7, TGP: 50,6.

Tiempos de coagulación: TP: 12 seg., TTP: 26 seg. ; BHCG cualitativa (negativa)

BHCG cuantitativa (negativa).

A: Paciente al momento estable con dolor moderado

P: Indicaciones

Rp:

1. NPO
2. CSV
3. curva térmica
4. Lactato Ringer 1000 cc IV de mantenimiento.
5. Ceftriaxona 1 gr. IV C/12 Hrs. (0/7)

6. Clindamicina 900 MG IV C/ 8HRS . (0/7)

7. Ketorolaco 30 mg IV PRN

8. Novedades

Evolución diurna 2016/05/20 Hora: 05:40 AM.

Nota de evolución 2 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

Edad: 31 años

IDG: Abdomen agudo inflamatorio.

Absceso tubárico no roto.

S: Paciente refiere dolor abdominal de leve intensidad en hipogastrio.

O: Abdomen suave doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca derecha, RHA: presentes.

A: Paciente con antibioticoterapia y analgesia.

P: Indicaciones.

Rp:

1. Mantener mismas indicaciones.

VALORACIÓN 2016/05/20 Hora: 17:15 PM.

Evolución Centro Obstétrico

Nota de evolución

Edad: 31 años

IDG: Absceso tubárico

Abdomen agudo.

S: Paciente al momento con intenso dolor abdominal a nivel de fosa iliaca izquierda y fosa iliaca derecha.

O: TA: 125/80 mmHg, FC: 86 x min FR: 19rpm; Temperatura 39,5 grados centígrados; SatO2: 96 %

Al examen especular se observa sangrado vinoso en poca cantidad.

TV: Cérvix posterior reblandecido, permeable 1 dedo en todo su trayecto.

Biometría Hemática: Leucocitos $14,77 \times 10^3$, hemoglobina 12,7gr/dl, hematocrito 37,9 %, plaquetas 296×10^3 , neutrófilos 78,8 %, linfocitos 10,6 %.

Tiempos de coagulación: TP 12 seg., TTP 26 seg.

A: Paciente con abdomen agudo secundario a posible absceso a nivel de anexo izquierdo, sin embargo se decide laparotomía exploratoria más nuevo control de BHCG más interconsulta a cirugía general.

P: Indicaciones.

Rp:

1. BHCG Stat
2. Metamizol 2 gr IV Stat
3. Comunicar a cirugía general más anestesiología
4. Parte operatorio
5. Preparar para laparotomía
6. Continuar antibiótico
7. Novedades.

20/05/2016 19: 00 PM

BHCG CUALITATIVA (NEGATIVA)

20/05/2016

17:50 PM

Se entrega interconsulta a Cirugía General, en quirófano mismo que comunican que se encuentran en una cirugía que al culminar acudirán.

Nota: 20/05/2016 17:50 PM

Se conversa con médicos de cirugía quienes acuerdan transferencia de servicio de la paciente.

Rp:

1. Pase a cirugía general.

CIRUGÍA GENERAL

Nota de Cirugía General en hospitalización 2016/05/20 Hora: 20:00 PM.

Paciente de 31 años es recibida en el servicio por presentar dolor abdominal de 6 días de evolución, localizado en fosa iliaca derecha y fosa iliaca izquierda, además de alza

térmica no cuantificada.

Se realiza ecografía reportando absceso tubárico, se sospecha también de un cuadro apendicular necesitando resolución quirúrgica. Paciente al momento consciente, orientada con febrícula. Abdomen: doloroso a la palpación, Blumberg (+), hiperestesia cutánea.

Rp:

1. NPO
2. CSV
3. Curva térmica
4. Lactato ringer 1000 cc IV C/8Hrs
5. Clindamicina 900 mg IV C / 12 Hrs (1/7)
6. Ceftriaxona 1 gr IV C/ 12 Hrs. (1/7)
7. Tramadol 50 mg IV C/ 8 Hrs
8. Metoclopramida 10 mg IV C/8 Hrs
9. Novedades

CIRUGÍA GENERAL

Evolución Nocturna 2016/05/20 Hora: 21:00 PM.

Nota de evolución

Edad: 31 años

IDG: Abdomen agudo inflamatorio.

Absceso tubárico.

S: Paciente refiere dolor abdominal de moderada intensidad en hipogastrio.

O: Temperatura 38 grados centígrados

A: Paciente con antibioticoterapia y analgesia.

P: Indicaciones.

Rp:

1. Ketorolaco 60 mg IV stat

CIRUGÍA GENERAL

Evolución Diurna 2016/05/21 Hora: 07:00 AM.

Nota de evolución 3 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

Edad: 31 años

IDG: Abdomen agudo inflamatorio.

Absceso tubárico.

S: Paciente acude por presentar cuadro de dolor abdominal de gran intensidad localizado en hipogastrio e irradiado a fosa iliaca derecha, el dolor tiene 7 días de evolución tipo cólico.

O: Paciente álgica, febril, normotensa, hidratada.

Abdomen: globoso, doloroso, caliente, RHA disminuidos, doloroso a la palpación en todo el hipogastrio.

A: Paciente con mucho dolor.

P: Indicaciones.

Rp:

1. NPO
2. CSV +Curva térmica estricta.
3. Lactato ringer 1000 cc IV C/8 Hrs
4. Ceftriaxona 1 gr IV C /12 Hrs (2/7)
5. Clindamicina 900 mg. IV C/8Hrs (2/7)
6. Tramadol 50 mg IV C/8Hrs diluido en solución salina 0,9%
7. Metoclopramida 10 mg IV C/8Hrs.
8. Ketorolaco 30 mg IV C/8 Hrs
9. Remitidita 50 mg IV C/12 Hrs
10. N butilescopolamina 20mg IV C/12 Hrs .

PROTOCOLO OPERATORIO Fecha: 2016/05/21 Hora: 13:30

Diagnóstico pre-operatorio: Abdomen Agudo Inflamatorio

Diagnóstico post-operatorio: Absceso Retrouterino + Absceso Tubárico Izquierdo +Apendicitis Grado IV + Peritonitis localizada + Plastrón Apendicular

Procedimiento: Laparotomía exploratoria + Drenaje de absceso retro uterino + + drenaje de absceso tubarico izquierdo + apendicetomía + colocación de dren

Anestesia: general

DIERESIS:

1. Incisión infra umbilical longitudinal aproximadamente 12 cm de longitud. .

EXPOSICIÓN:

1. Manual e instrumental

HALLAZGOS:

1. Absceso retro uterino con contenido purulento de aproximadamente 400cc.
2. Anexo izquierdo involucrado, por pequeño absceso aproximadamente 25mm.
3. A la exploración en lado derecho se observó Apéndice cecal perforado en su tercio medio con múltiples abscesos periapendiculares con un volumen aproximadamente 50 CC.
4. Plastrón apendicular conformado por epiplón, ciego, e íleon terminal.
5. Base apendicular en buen estado
6. Ovarios y trompa uterina derecha, hiperémica, incrementada de tamaño y adheridas al útero.

PROCEDIMIENTO

- Asepsia y antisepsia
- Colocación de campos quirurgicos.
- Diéresis descrita
- Profundización por planos
- Exploración manual de la cavidad abdominal
- Drenaje de absceso retrouterino
- Drenaje de absceso tubarico izquierdo
- Localización y liberación de plastrón apendicular
- Localización , pinzamiento corte y ligadura de meso apendicular

- Localización , pinzamiento corte y ligadura de base apendicular
- Control de hemostasia

DIERESIS: por planos

SANGRADO: Aproximadamente 80 CC.

COMPLICACIONES: ninguna

Rp:

1. NPO
2. CSV
3. Sonda Foley permanente
4. Ceftriaxona a1 gr IV c/ 12 hrs. (2/7)
5. metronidazol 500 mg iv c/8 hrs
6. Omeprazol 40 mg iv cada día
7. Tramadol 100 mg iv c/ 8 hrs
8. metoclopramide 10 mg iv c/ 8hrs
9. control y cuantificación de drenaje
10. hisopatologico

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE

CIRUGÍA GENERAL

Fecha: 2016/05/21 Hora: 21:00

Durante visita nocturna a la paciente, refiere dolor de moderada intensidad a nivel de herida quirúrgica.

Al examen físico, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio, RHA presentes disminuidos.

Rp.

1. Mantener indicaciones
2. Retirar sonda vesical en 24 Hrs.

CIRUGÍA GENERAL

Evolución Diurna 2016/05/22 Hora: 06:50 AM.

Nota de evolución 4 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN
1 DÍA POSQUIRÚRGICO

Edad: 31 años

IDG: Apendicitis GIV + Plastrón Apendicular

Absceso retro uterino+ Absceso tubárico izquierdo.

S: Paciente refiere dolor a nivel de herida quirúrgica de leve intensidad

O: Consciente, orientada, afebril.

Abdomen: Doloroso a la palpación, herida quirúrgica cubierta con apósitos secos

A: Paciente estable

P: Indicaciones.

Rp:

1. NPO
2. CSV +Curva térmica estricta.
3. Lactato ringer 125 cc IV C/Hrs
4. Ceftriaxona 1 gr IV C/ 12 Hrs (3/7)
5. Metronidazol 500 mg IV C/8 Hrs
6. Tramadol 100 mg IV C/8Hrs diluido en solución salina 0,9%
7. Metoclopramida 10 mg IV C/8Hrs.
8. Control y cuantificación de drenaje

CIRUGÍA GENERAL

Evolución Nocturna 2016/05/22 Hora: 19: 00 PM.

Nota de evolución

Edad: 31 años

IDG: Apendicitis grado IV + Plastrón Apendicular

Absceso retrouterino+ Absceso tubárico izquierdo.

S: Paciente refiere dolor Abdominal

CIRUGÍA GENERAL

Evolución Nocturna 2016/05/23 Hora: 19: 00 PM.

Nota de evolución

Edad: 31 años

IDG: Apendicitis GIV + Plastrón Apendicular

Absceso retrouterino + Absceso tubárico izquierdo.

S: Paciente descansa tranquila no refiere molestias.

Abdomen: Doloroso a la palpación, RHA disminuidos

Rp:

1. Mantener indicaciones

CIRUGÍA GENERAL

Evolución Diurna 2016/05/24 Hora: 07:00 AM.

6 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

Nota de evolución 3 DÍA POSQUIRÚRGICO

Edad: 31 años

IDG: Apendicitis grado IV + Plastrón Apendicular

Absceso retrouterino + Absceso tubárico izquierdo.

S: Paciente al momento descansa tranquila al momento no refiere ninguna molestia

O: Consciente, orientada, afebril.

Abdomen: Suave depresible no doloroso a la palpación, RHA (+), dren: aproximadamente 140cc líquido serohemático, apósitos secos.

A: Paciente estable

P: Indicaciones.

Rp:

1. Dieta blanda
2. CSV +Curva térmica estricta.
3. Lactato ringer 125 cc IV C/Hrs
4. Ceftriaxona 1 gr IV C/ 12 Hrs (5/7)

5. Metronidazol 500 mg IV C/8 Hrs (3)
6. Omeprazol 40 mg IV C/día
7. Tramadol 100 mg IV C/8Hrs diluido en solución salina 0,9%
8. Metoclopramida 10 mg IV C/8Hrs.
9. Control y cuantificación de dren

CIRUGÍA GENERAL

Evolución Nocturna 2016/05/24 Hora: 22:45 PM.

Nota de evolución

Edad: 31 años

IDG: Apendicitis grado IV + Plastrón Apendicular

Absceso retrouterino + Absceso tubárico izquierdo.

S: Paciente descansa tranquila no refiere molestias.

Abdomen: Doloroso a la palpación, RHA presentes.

Rp:

1. Mantener indicaciones

CIRUGÍA GENERAL

Evolución Diurna 2016/05/25 Hora: 07:00 AM.

Nota de evolución 7 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN

4 DÍA POSQUIRÚRGICO

Edad: 31 años

IDG: Apendicitis grado IV + Plastrón Apendicular

Absceso retrouterino + Absceso tubárico izquierdo.

S: Paciente al momento descansa tranquila al momento no refiere ninguna molestia

O: Consciente, orientada, afebril.

Abdomen: Suave depresible no doloroso a la palpación, RHA (+), dren: no produce, apósitos secos.

A: Paciente estable

P: Indicaciones.

Rp:

1. Dieta blanda
2. CSV +Curva térmica estricta.
3. Lactato ringer 125 cc IV C/Hrs D/C
4. Ceftriaxona 1 gr IV C/ 12 Hrs (6/7)
5. Metronidazol 500 mg IV C/8 Hrs (4)
6. Omeprazol 40 mg IV C/día
7. Tramadol 100 mg IV C/8Hrs diluido en solución salina 0,9% D/C
8. Metoclopramida 10 mg IV C/8Hrs.
9. Paracetamol 1 gr VO C / 8 Hrs
10. Dish.
11. Retirar dren hoy

CIRUGÍA GENERAL

Evolución Nocturna 2016/05/25 Hora: 20:45 PM.

Nota de evolución

Edad: 31 años

IDG: Apendicitis grado IV + Plastrón Apendicular

Absceso retrouterino + Absceso tubárico izquierdo.

S: Paciente descansa tranquila no refiere molestias.

Abdomen: doloroso a la palpación, RHA presentes.

Rp:

1. Mantener indicaciones
2. Alta mañana

CIRUGÍA GENERAL

Evolución Diurna 2016/05/26 Hora: 07:00 AM.

Nota de evolución 5 DÍA POSQUIRÚRGICO

Edad: 31 años

IDG: Apendicitis grado IV + Plastrón Apendicular

Absceso retrouterino + Absceso tubarico izquierdo.

S: Paciente al momento descansa tranquila al momento no refiere ninguna molestia

O: Paciente consciente, orientada, afebril.

Abdomen: Suave depresible no doloroso a la palpación, RHA (+), herida sin signos de infección.

A: Paciente estable.

P: Indicaciones.

Rp:

1. Dieta blanda
2. CSV.
3. Alta

CONTROL EN CONSULTA EXTERNA

Fecha: 2016/06/27

Control apendicetomía

Signos vitales TA 113/76 mmHg Peso 73 kg

Paciente de 31 años acude a casa de salud.

Al momento en buenas condiciones.

Plan: alta

Rp.

1. Alta

4. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

4.1.1 BIOLÓGICOS:

Los factores de riesgo son circunstancias o situaciones que condicionan la probabilidad de presentar una patología. Estos factores se pueden observar en la

población sana y aumentan el riesgo sufrir una enfermedad la identificación de los mismos es imprescindible para la prevención primaria de salud.

Algunos factores predisponentes ya que es un problema difícil y complejo que plantea al médico una gran variedad de posibilidades diagnósticas que involucran a diversos órganos y sistemas.

Una de las complicaciones que la paciente presentó fue peritonitis secundaria a apendicitis aguda perforada, dando como resultado una infección intraabdominal, Sepsis, Síndrome de Respuesta Inflamatorio Sistémico

4.1.2 AMBIENTALES:

El hábitat del paciente aparentemente parece ser un medio adecuado para vivir sin elevada contaminación además de la ocasionada por el smog, la basura del sector donde habita se desecha en el ecotacho, la paciente no se encuentra expuesto a insecticidas ni herbicidas de ninguna clase.

4.1.3 ESTILOS DE VIDA.

La paciente antes de su ingreso basaba su alimentación en carbohidratos y grasas lo que explica su mala alimentación además de una vida sedentaria por consiguiente su biotipo pícnico con una obesidad tipo I.

4.1.4 SOCIALES

La paciente mantiene buenas relaciones intrafamiliares en un ambiente ameno y tranquilo que cuenta con todos los servicios básicos. Ayuda para el sustento económico de su familia junto su esposo, por lo cual también es importante su bienestar.

4.2 ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:

4.2.1. OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA.

Primera atención: El centro de salud de atención primaria Quero se encuentra a 5 minutos de su domicilio sin ninguna dificultad para su acceso. Periodo comprendido entre consulta y atención fue de 1 hora.

Realizan historia clínica y las medidas utilizadas fueron clínica del paciente; Inicialmente en el Cantón Quero: realizan, referencia con diagnóstico presuntivo de absceso en trompa de Falopio.

Segunda atención: 18:00 del 18/05/2016 acudiendo 8 horas después de ser referida acompañada por sus familiares a emergencia del hospital provincial Ambato , mismos que solicitan exámenes de laboratorio y eco pélvico ,manteniéndose con hidratación y analgesia durante 6 horas .

Tercera atención: servicio de Gineco obstetricia es ingresada a la 1:00 AM del 19/05/2016 para respectivo tratamiento.

4.2.2. ACCESO.

La paciente accedió al servicio médico en el Hospital Regional Ambato, que demográficamente se encontraba accesible, referido previamente del Centro de Salud de Quero, siendo atendida en primera instancia en el servicio de Emergencia de esta casa de salud, para posteriormente ser ingresada en el servicio de Ginecología Y Obstetricia, en donde recibió la atención adecuada hasta su alta. Paciente acude a los controles posteriores en consulta externa.

4.2.3 ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Valoración urgente a paciente de antecedentes Gineco-Obstétricos, encontrándose paciente álgica, con abdomen ligeramente depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y fosas ilíacas, puntos ureterales positivos,

Blumberg y Rovsing positivos, puño percusión derecha positiva; no se realizó examen Ginecológico en emergencia.

. Exámenes solicitados:

- Biometría hemática: leucocitosis + neutrofilia.
- EMO: piuria + bacteriuria.
- ECO pélvico.

4.2.4 OPORTUNIDADES DE REMISIÓN

En este caso no se necesitó remisión a otra especialidad como Terapia Intensiva por el cuadro abdominal agudo inflamatorio, como unidad de mayor complejidad, debido a que se supo controlar el problema quirúrgico y la paciente no necesitó remisión.

4.2.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

Los trámites administrativos fueron oportunos sin mayor complicación de acuerdo a las necesidades del paciente, tampoco hubo dificultad en el trámite de pedido de exámenes de laboratorio y de imagenología, ya en el hospital algunos reactivos de laboratorio se agotan rápido y a veces deben ser tramitados particularmente.

4.3. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:

- ✓ El poco interés de la paciente al no acudir oportunamente al Centro de Salud a Consulta Médica para evitar futuras complicaciones.
- ✓ Poca atención a los Síntomas Clínicos que presentó la paciente al acudir al hospital para descartar abdomen agudo.
- ✓ El Tratamiento antibiótico inicial no fue el apropiado para un absceso tubarico ya que iniciaron con cefalosporina de primera generación (cefazolina), pudiendo haber iniciado con una cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona), ya que en los protocolos consta como tratamiento para dicha enfermedad.

- ✓ El retraso del diagnóstico de apendicitis aguda e intervención quirúrgica que ameritaba la paciente, desde el momento que ya ingresó a hospitalización.
- ✓ Complicaciones de la evolución de la paciente: Persistencia de abdomen agudo y perforación apendicular más absceso retro uterino.

5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

5.1.1 ABDOMEN AGUDO

5.1.2 INTRODUCCIÓN

Los procesos intraabdominales son el grupo diagnóstico que causa más ingresos en los servicios de urgencias; suponen aproximadamente el 10% del gasto sanitario y 250.000 muertes por año en los EE.UU. El abdomen es la cavidad donde existe el mayor número de órganos susceptibles de enfermar y además es la cavidad de más difícil de evaluación, tanto clínica como radiológicamente.¹

Además, el 50% de los ingresos por urgencias presenta síntomas abdominales (principalmente dolor), y de éstos la mitad necesita tratamiento quirúrgico temprano. Por otra parte, el factor más importante de cara al pronóstico del paciente es el reconocimiento de la gravedad e instauración del tratamiento apropiado lo más tempranamente posible. Por estas razones, la aparición de dolor abdominal supone una situación de estrés para el paciente y un reto para el médico que inicialmente le atiende.^{1,2}

5.1.3 ETIOLOGÍA

La patogenia del abdomen agudo se relaciona con la del dolor abdominal, ya que el diagnóstico de éste depende en gran parte de identificar la causa del dolor.²

Existen tres tipos de dolor en relación con el abdomen agudo:

1. **Dolor visceral:** Producido por distensión, espasmo, isquemia e irritación química. Es profundo, difuso, mal localizado y de umbral alto. En procesos severos se acompaña de hiperestesia, hiperalgesia, hiperbaralgesia y rigidez muscular involuntaria; estos signos sugieren irritación peritoneal.³

2. **Dolor somático:** Síntoma más agudo y se origina en el peritoneo parietal, raíz del mesenterio y diafragma.³
3. **Dolor referido:** Relacionado con el sitio del proceso original, la invasión de otras zonas por diversas secreciones.^{1,4}

Causas más frecuentes de abdomen agudo según la localización del dolor.

<p>HIPOCONDRIO DERECHO</p> <p>Hepatitis Colecistitis Colangitis Pancreatitis Absceso subfrénico Ulcus duodenal Neumonía</p>	<p>EPIGASTRIO</p> <p>Úlcera gastroduodenal Gastritis aguda Enfermedad por reflujo gastroesofágico Pancreatitis aguda Infarto agudo de miocardio Rotura de aneurisma de aorta</p>	<p>HIPOCONDRIO IZQUIERDO</p> <p>Absceso esplénico Infarto esplénico Rotura de bazo Pancreatitis Neumonía</p>
<p>FOSA ILÍACA DERECHA</p> <p>Apendicitis aguda Enfermedad inflamatoria intestinal Adenitis mesentérica Cólico renal Pielonefritis Salpingitis Endometriosis Embarazo ectópico</p>	<p>MESOGASTRIO</p> <p>Gastroenteritis Obstrucción intestinal Rotura de aneurisma de aorta Apendicitis aguda precoz</p>	<p>FOSA ILÍACA IZQUIERDA</p> <p>Diverticulitis aguda Colitis isquémica Cólico renal Pielonefritis Síndrome de intestino irritable Salpingitis Endometriosis Embarazo ectópico</p>
	<p>HIPOGASTRIO</p> <p>Cistitis Embarazo ectópico Endometriosis Dismenorrea Enfermedad pélvica inflamatoria Quiste/torsión ovárica Prostatitis</p>	

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** Abdomen agudo, vol. 12; Mayo M, Pacheco J, Vázquez J; 2016.

5.1.4 DIAGNÓSTICO.

Historia clínica

Antecedentes familiares y personales (patología crónica, patología gastrointestinal o genitourinaria previa, empleo de fármacos, hábitos tóxicos).¹

Características del dolor

1. Tiempo de evolución, tipo de inicio (explosivo, rápido, progresivo), factor desencadenante.³

2. Características e intensidad.

Clínica acompañante: fiebre y escalofríos (en los procesos quirúrgicos es más frecuente la febrícula), náuseas y vómitos, cambios del ritmo deposicional (diarrea, estreñimiento, ausencia de emisión de heces o gases, rectorragia o melenas), síndromes miccional y constitucional y clínica extraabdominal acompañante.⁵

Historia ginecológica: Ciclo menstrual, FUR (FECHA DE ULTIMA REGLA), posibilidad de embarazo, empleo y tipo de anticoncepción (anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos), patología ginecológica previa, clínica de leucorrea, sangrado, etc. ²

Exploración.

Estado general del paciente.

Antes de realizar una valoración sistemática, debe descartarse la presencia de signos de compromiso vital: nivel de conciencia, estado de perfusión, constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura).^{2,5}

Posición del paciente.

Agitación, inquietud (procesos generalmente no quirúrgicos), inmóvil, con las rodillas flexionadas (indicativo de peritonismo).³

Inspección.

Valoraremos la forma del abdomen (distendido, excavado, etc.), la presencia de cicatrices, hernias, hematomas o signos inflamatorios²

Auscultación.

Frecuencia y características de los ruidos: peristaltismo ausente (íleo paralítico o peritonitis), peristaltismo aumentado (gastroenteritis aguda, primeras fases de la obstrucción intestinal), ruidos metálicos o soplos arteriales.²

Palpación.

Debe comenzar por la zona contraria a la localización del dolor, para no provocar una contractura muscular voluntaria del paciente. Ha de ser superficial y posteriormente profunda.

- ✓ La exploración superficial nos informará del tono de la pared muscular y la existencia de contractura.
- ✓ La palpación profunda nos revelará la existencia de masas o megalias. Se explorarán los orificios herniarios. Hay varios signos y maniobras clásicas que orientan al diagnóstico.²

Percusión.

El timpanismo nos indica aumento del aire intraabdominal, bien intraluminal en caso de obstrucción intestinal o aire libre en caso de perforación de víscera hueca. Sin embargo, la matidez indica la existencia de masas o visceromegalias y la matidez desplazable sugiere ascitis.^{1,2}

Tacto rectal.

Reflejar el tono esfinteriano, dolor, masas, ocupación del Douglas, ausencia de heces en ampolla, rectorragia o melenas, palpación de la próstata.¹

SIGNOS Y HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA		
Signos/Hallazgos	Descripción	Afecciones clínicas asociadas
Hiperestesia cutánea	Aumento de la sensación de la pared abdominal al tacto ligero	Inflamación del peritoneo parietal secundaria a la enfermedad inflamatoria intraabdominal
Signo de Balance	Presencia de percusión mate en ambos flancos, constante en el lado izquierdo, pero que se desplaza al cambiar de posición en el lado derecho	Rotura de bazo
Signo de Bassler	Dolor agudo originado por un apéndice pellizcado entre	Apendicitis crónica

	el pulgar del examinador y el músculo ilíaco	
Signo de Claybrook	Transmisión de los ruidos respiratorios y cardíacos a través de la pared abdominal	Rotura de vísceras abdominales
Signo de Courvoisier	Vesícula biliar palpable y no dolorosa en presencia de ictericia clínica	Neoplasia periampular
Signo de Cullen	Oscurecimiento de la piel periumbilical por la sangre	Hemoperitoneo (especialmente en la rotura de embarazo ectópico)
Signo de Fothergill	Masa de la pared abdominal que no atraviesa la línea media y sigue siendo palpable cuando el músculo recto está tenso	Hematoma en el músculo recto
Signo de Grey Turner	Zonas locales de cambio de coloración alrededor del ombligo y los flancos	Pancreatitis aguda hemorrágica
Signo de Kehr	Dolor en el hombro izquierdo cuando el paciente se halla en espontáneo o por aplicación de presión en la región subcostal izquierda)	Hemoperitoneo (especialmente, rotura de bazo)
Signo de Murphy	La palpación del cuadrante abdominal superior derecho decúbiteo supino o en posición de Trendelenburg (el dolor puede ser durante la inspiración profunda produce dolor en el cuadrante abdominal superior derecho y el cese de la inspiración	Colecistitis aguda
Signo de Ransohoff	Pigmentación amarilla en la región umbilical	Rotura del conducto colédoco
Signo de Rovsing	Dolor referido al punto de McBurney al aplicar presión en el colon descendente	Apendicitis aguda
Signo de Summer	Aumento del tono muscular abdominal con una palpación muy suave de la fosa ilíaca derecha	Inicio de apendicitis, nefrolitiasis, ureterolitiasis, torsión ovárica
Signo del obturador	La flexión del muslo derecho en ángulo recto respecto al tronco y	Apendicitis (apéndice pélvico), absceso pélvico, masa inflamatoria en

	la rotación externa de la misma pierna en decúbito supino produce dolor hipogástrico	contacto con el músculo
Signo del psoas ilíaco	La elevación y extensión de la pierna contra la mano del examinador causa dolor	Apendicitis (retrocecal) o masa inflamatoria en contacto con el psoas
Tríada de Charcot	Dolor intermitente en el cuadrante abdominal superior derecho, ictericia y fiebre	Coledocolitiasis

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** Manual Mont Reid de Cirugía, Capítulo 18; Colin A; 2010.

Exploración ginecológica.

Inspección, examen con espéculo y tacto bimanual.

Exploración general.

No deben olvidarse las causas extraabdominales de dolor abdominal. Explorar, explorar y reexplorar.¹

Es imprescindible valorar la evolución del proceso. Un abdomen agudo en su inicio puede mostrarse como un cuadro banal, y los cambios que se producen tanto en la clínica como en la exploración pueden darnos el diagnóstico.⁴

Pruebas complementarias.

El diagnóstico etiológico del dolor abdominal se basa en el 80% de los casos en la historia clínica y en la exploración.²

Las pruebas complementarias sólo deberían ayudar a confirmar una sospecha diagnóstica.

Sólo se realizarán estudios adicionales si es probable que alteren o mejoren de manera significativa las decisiones terapéuticas, como pruebas de laboratorio de sangre y orina, electrocardiograma y estudios radiológicos: radiografía de tórax y abdomen, ecografía y TAC cuando sea preciso.^{3,5}

5.1.5 TRATAMIENTO DEL DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS.

Si bien lo ideal sería establecer un diagnóstico etiológico definitivo antes de sentar la indicación terapéutica, esto puede resultar imposible en situaciones de urgencia.

Entonces la consideración esencial es determinar si se requiere o no una cirugía urgente. Interesa por tanto encuadrar muy tempranamente al enfermo en uno de los siguientes grupos:

1. Procesos abdominales que requieren tratamiento quirúrgico urgente con repercusión hemodinámica en el paciente.¹

2. Procesos abdominales que requieren tratamiento quirúrgico urgente sin repercusión hemodinámica: Procesos inflamatorios: infecciones (apendicitis aguda, diverticulitis, colecistitis, abscesos, piosálpinx); perforación de víscera hueca (en el estómago, úlcera gástrica, tumores; en el duodeno, úlcera duodenal; en la vesícula, colecistitis perforada; en el intestino, tumores, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, diverticulitis), y hemoperitoneo (rotura de aneurisma de aorta, rotura esplénica, embarazo ectópico, tumores).

– Procesos obstructivos: Neoplasias, hernias, bridas e invaginación, vólvulo.

– Procesos isquémicos: Embolia mesentérica, trombosis mesentérica, infarto epiploico o torsiones.⁵

3. Procesos abdominales que según su evolución y/o características pueden o no requerir tratamiento quirúrgico, tales como colecistitis aguda, pancreatitis aguda, diverticulitis, cuerpos extraños, salpingitis aguda, rotura o quiste ovárico.

4. Procesos abdominales que no requieren tratamiento quirúrgico, tales como gastroenteritis aguda, gastritis, linfangitis mesentérica, hepatitis aguda, parasitosis intestinales, reactivación de una úlcera duodenal, diverticulitis no complicada, enfermedad inflamatoria Intestinal, intoxicaciones alimentarias, íleo paralítico, infección del tracto urinario, absceso renal o perirrenal, retención aguda de orina.²

5. Procesos extraabdominales o enfermedades generalizadas que semejan un abdomen agudo.^{1,2}

(a) Criterios de derivación hospitalaria	(b) Dolor abdominal inespecífico
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todo paciente con shock de probable origen abdominal. ✓ Todo paciente con criterios de gravedad en la exploración: <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria >30 o <10 • Ausencia o asimetría de pulsos periféricos. Disminución del nivel de conciencia. • Signos de hipoperfusión. • Cicatrices de cirugía abdominal previa. • Distensión abdominal. • Hernias no reductibles. • Ruidos de lucha o ausencia de ruidos abdominales. • Defensa local o difusa. • Masa pulsátil. • Irradiación del dolor. • Duración mayor de 6 horas. <p>Todo paciente en el que sospechemos por la clínica y exploración un proceso de los puntos 1–3.</p> <p>Todo paciente que no responde al tratamiento médico habitual.</p> <p>Ausencia de diagnóstico etiológico a pesar de valoración y que necesite pruebas complementarias hospitalarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aproximadamente en un 40% de los casos no es posible llegar a un diagnóstico etiológico inicial. ✓ En el caso de que el paciente esté estable, sin criterios de gravedad y que no haya sospecha de proceso quirúrgico urgente, puede ser de gran utilidad efectuar una revaloración del cuadro pasado un tiempo prudencial (6–12 horas). ✓ Es aconsejable no prescribir tratamiento analgésico para no enmascarar el curso clínico. ^{1, 2, 3}

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** Manual Mont Reíd de Cirugía, Capítulo 18; Colin A; 2010.

5.2 APENDICITIS AGUDA.

5.2.1 INTRODUCCIÓN.

La apendicitis aguda (AA) es una causa común de dolor abdominal agudo, que puede progresar a la perforación y peritonitis, asociada con morbilidad y mortalidad. El riesgo de por vida de la apendicitis es del 8,6% para los hombres y 6,7% para las mujeres; sin embargo, el riesgo de someterse a una apendicetomía es mucho menor para los hombres que para las mujeres (12 vs. 23%) y ocurre con mayor frecuencia entre las edades de 10 y 30 años, con una razón hombre: mujer de aproximadamente 1,4: 1. ⁷

Un adecuado abordaje y evaluación del paciente con sospecha de esta patología es primordial para el oportuno tratamiento de la misma. ⁶

5.2.2 EVALUACIÓN INICIAL.

La Apendicitis Aguda “Es una enfermedad tan antigua como la propia vida del Hombre”. La apendicitis aguda constituye la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, es el diagnóstico que se plantea con mayor frecuencia en los servicios de urgencia ante la consulta realizada por un paciente que ingresa al servicio con dolor abdominal. Por otro lado la Apendicetomía representa la intervención quirúrgica que con mayor frecuencia se realiza en un servicio de urgencias quirúrgicas de cualquier hospital general a nivel mundial, donde puede llegar a representar de un uno a un siete de todas las intervenciones quirúrgicas realizadas. Es una de las entidades clínicas mejor reconocidas, pero muchas veces y en la mayoría de los casos se convierte en todo un reto y dilema para el médico general o cirujano que desea establecer un diagnóstico. Se estima que cerca del 7 al 12% de la población mundial podría llegar a presentar un cuadro de apendicitis aguda en algún momento de su vida, la magnitud de su frecuencia es tan representativa que se puede estimar con cierta certeza que una persona de cada 15, debe esperar un ataque en cualquier momento de su vida, teniendo en cuenta y de manera aclarar que no podemos predecir ni evitar dicho evento. ^{8,10}

5.2.3 FISIOPATOLOGÍA.

El fecalito obstruye la luz y se forma un asa cerrada en la porción distal del apéndice que se distiende rápidamente al aumentar la secreción mucosa. Se eleva la presión hasta 50 o 60 cmH₂O y la distensión estimula las terminaciones nerviosas, con aparición de dolor sordo y difuso; esto incrementa la peristalsis y aparece el cólico característico.⁶

El ensanchamiento de la luz apendicular sigue en aumento por la multiplicación bacteriana, que produce gas, pus, o necrosis. Se excede la presión de las venas y éstas se colapsan e impiden el retorno de la sangre; en tanto, la circulación continúa por las arterias y provoca congestión hemática, edema y estasis. La distensión progresiva del apéndice emite reflejos por vía nerviosa y ocasiona náusea, vómito y aumento del dolor. El proceso inflamatorio involucra pronto a la serosa apendicular y al peritoneo parietal, con lo cual el dolor se traslada a la fosa iliaca derecha; la mucosa apendicular es invadida por bacterias y éstas se extienden a capas más profundas; todo ello desencadena necrosis y absorción de sustancias provenientes de tejidos muertos y de toxinas bacterianas, lo que produce fiebre, taquicardia y leucocitosis.⁷

Al continuar la distensión apendicular se ocluye la circulación de arteriolas, se agrava la necrosis, las paredes no resisten y finalmente el apéndice se perfora. El organismo reacciona rodeando la zona con asas de intestino y epiplón, para limitar la diseminación a un área restringida, pero esto origina absceso apendicular; entonces se presenta el íleo paralítico para focalizar el proceso. Sin embargo, otras veces el proceso infeccioso no se localiza y con la rotura apendicular se diseminan diversos líquidos en la cavidad abdominal, ocasionando peritonitis generalizada.⁸

5.2.4 SINTOMATOLOGÍA.

El principal síntoma de la apendicitis aguda es el dolor abdominal. De manera característica, al inicio el dolor se centra de modo difuso en el epigastrio bajo o el área umbilical, es moderadamente intenso y constante, en ocasiones con cólicos intermitentes superpuestos. Después de un periodo variable desde 1 a 12 horas (por lo general en 4-6 horas) el dolor emigra al cuadrante inferior derecho. Aunque el dolor puede iniciar en dicho cuadrante y permanecer ahí en algunos casos. La variación de

la ubicación del dolor va en relación a la ubicación anatómica del apéndice por ejemplo un apéndice largo e inflamado con la punta en el cuadrante inferior izquierdo puede causar dolor en esta zona, otro ejemplo de variante anatómica es el que corresponde a la apéndice retrocecal que origina dolor en flanco o espalda, una apéndice pélvica refiere dolor suprapúbico, una apéndice retroileal puede causar dolor testicular por irritación de la arteria espermática y el uréter.⁸

La apendicitis se acompaña casi siempre de anorexia, con una frecuencia tan constante que debemos de dudar de apendicitis si el paciente no la presenta. En casi un 75% de los pacientes se presentan vómitos los cuales no son notables ni prolongados y por lo general son uno o dos episodios, secundarios a estimulación neural y presencia de Íleo.⁶ La mayoría de los pacientes refieren un episodio de constipación previo al dolor abdominal, el cual creen que alivia con la defecación, aunque en algunos casos podemos encontrar diarrea principalmente en niños, por lo que el patrón de la función intestinal tiene poco valor predictivo. En alrededor de 95% de los pacientes con apendicitis aguda el primer síntoma en aparecer es la anorexia, seguido de dolor abdominal y pudieran seguir los vómitos si estuvieran presentes. Si los vómitos preceden al dolor es poco probable un cuadro de apendicitis y debemos pensar en otros diagnósticos.^{7,8}

5.2.5 EXAMEN FÍSICO.

Los hallazgos semiológicos dependen en mayor parte de la ubicación anatómica del apéndice. Los signos vitales cambian muy poco en casos de apendicitis aguda no complicada, generalmente las variaciones en temperatura son pequeñas alrededor de un grado centígrado y la frecuencia de pulso apenas elevada o normal. Cambios de mayor magnitud nos orientan más a una complicación.⁶

El paciente con apendicitis aguda prefiere acostarse en posición supina, con los muslos hacia arriba y en especial el derecho ya que es una forma de evitar acentuar el dolor. Los hallazgos clásicos en fosa iliaca derecha los hallamos en apéndices que se encuentran en posición anterior, tal como la hipersensibilidad máxima en el punto de McBurney o cerca de él, frecuentemente asociado a rebote directo, lo que nos debe hacer pensar en irritación peritoneal localizada. Podemos encontrar dolor en el

cuadrante inferior derecho al ejercer presión en el cuadrante inferior izquierdo, conocido como el signo de Rovsing. La apendicitis aguda se acompaña de hiperestesia cutánea en el sector inervado por los nervios raquídeos T10, T11 y T12 del lado derecho. La intensidad del proceso inflamatorio va en relación a la resistencia muscular que presenta la pared abdominal a la palpación, al inicio de la enfermedad predomina la resistencia voluntaria por parte del paciente pero a medida que avanza el cuadro predomina la resistencia muscular involuntaria, reflejando contracción muscular.^{6,7}

Las diferentes posiciones anatómicas del apéndice nos da lugar a los hallazgos inusuales al explorar un paciente, por ejemplo en pacientes con apéndice retrocecal, los hallazgos clínicos que puedo encontrar no son tan referidos en abdomen anterior sino más bien a nivel de los flancos. Una apéndice con inflamación localizada hacia la pelvis, puedo tener pocos o escasos hallazgos abdominales, por el contrario al realizar un tacto rectal, con el dedo explorador se ejerce presión en fondo saco de Douglas y logro provocar irritación del peritoneo lo que me produce dolor suprapúbico y en recto. El tacto rectal dirigido hacia la FID produce dolor, pero hoy en día es un examen que no se practica sino en casos seleccionados. En mujeres es importante el tacto vaginal para excluir diagnósticos diferenciales.⁸

5.2.6 AYUDAS DIAGNÓSTICAS.

Se debe solicitar laboratorio clínico básico como cuadro hemático, que puede ser normal o con leucocitosis y desviación a la izquierda. Examen general de orina, El cual puede ser normal o reflejar leucocituria debido a irritación del uréter en apéndices que se encuentren cerca del mismo. En toda mujer de edad fértil se debe solicitar prueba de embarazo, pueden ser necesarios otros estudios como la radiografía de abdomen y la ecografía abdominal o Ginecológica, los cuales se van a solicitar según las características y necesidad de cada paciente en individual.⁹

5.2.7 RECOMENDACIONES DE MANEJO.

Una vez formulado el diagnóstico se practica apendicectomía a la brevedad posible.⁶ El periodo de preparación debe ser menor de cuatro horas y requiere ayuno,

suministro de soluciones electrolíticas por vía parenteral y corrección de la deshidratación y del desequilibrio electrolítico; en caso de íleo paralítico o distensión abdominal por gases se coloca una sonda nasogástrica.⁸

Se aplica una dosis de antibiótico profiláctico que cubra anaerobios y gramnegativos, 30 a 90 minutos antes de incidir la piel (metronidazol más un aminoglucósido); esto sirve para disminuir el número de infecciones de la pared abdominal en el posoperatorio. Después de la operación puede prescribirse un antibiótico terapéutico en los apéndices perforados, con absceso o en la peritonitis, aunque no son necesarios en apéndices no complicados. La cirugía laparoscópica es útil tanto para la exploración diagnóstica como para el tratamiento; sigue los mismos principios de la técnica quirúrgica tradicional y su empleo es cada vez más frecuente.^{6, 7, 10}

5.3 DOLOR ABDOMINO-PÉLVICO EN GINECOLOGÍA.

5.3.1 INTRODUCCIÓN.

El dolor pelviano es un síntoma muy frecuente que lleva a la enferma a la consulta. Presenta múltiples variedades que sólo la experiencia clínica enseña a diferenciar. Puede manifestarse en diferentes grados de intensidad, que van desde una ligera sensibilidad dolorosa hasta el dolor más intenso y que acompaña la mayor parte de las urgencias en ginecología.¹¹

Siempre que valoremos la posible intensidad del síntoma dolor, no debemos olvidar el factor subjetivo que puede confundirnos en muchos casos, no sólo porque la paciente lo exagera (lo más frecuente), sino porque hay otras mujeres con elevado umbral doloroso o que soportan estoicamente dolores de gran intensidad.¹²

5.3.2 DIAGNÓSTICO DEL DOLOR PÉLVICO AGUDO.

Para un correcto diagnóstico es importante la historia clínica, tipo de dolor, datos clínicos, analíticos y pruebas de diagnóstico completas. Se debe determinar su relación con la menstruación y ovulación o coito.^{11, 12}

5.3.3 CAUSAS DE DOLOR PÉLVICO GINECOLÓGICO.

Complicación del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Embarazo ectópico (EE) roto. ✓ Amenaza de aborto (AA) o aborto Incompleto. ✓ Degeneración de leiomioma
Infecciones agudas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Endometritis. ✓ Enfermedad inflamatoria pélvica. ✓ Absceso tubo ovárico.
Trastornos de los anexos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quiste ovárico funcional hemorrágico. ✓ Torsión de anexo. ✓ Quiste para ovario torsión. ✓ Rotura quiste ovárico (funcional o neoplásico: dermoide/endometrioma).
Dolor pélvico recurrente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor periovulatorio (Mittelschmerz). ✓ Dismenorrea primaria/secundaria.
Causas genitourinarias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cistitis. ✓ Pielonefritis. ✓ Litiasis ureteral.
Ováricas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quiste ovárico complicado. ✓ (Hemorragia, torsión, rotura). ✓ Rotura folicular
Tubáricas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Embarazo ectópico. ✓ Torsión anexial.
Uterinas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Embarazo Ectópico intersticial o en cuerno. ✓ Mioma complicado. ✓ Adenomiosis. ✓ Aborto en curso.

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** enfermedad inflamatoria pélvica, capítulo 13; Román A, Martínez O, 2013.

5.4. EMBARAZO ECTÓPICO.

Es aquella que se produce fuera de la cavidad endometrial. Su frecuencia oscila entre el 1-2% aunque ha ido aumentando en los últimos años; su mortalidad ha descendido.

La coexistencia de una gestación intrauterina y otra extrauterina se denomina gestación heterotópica.¹²

5.4.1 ETIOLOGÍA.

Son factores favorecedores todos aquellos que retrasen el transporte del óvulo hacia la cavidad endometrial ya que la implantación se produce el 5-7 día posfecundación y se produce allí donde se encuentre el blastocisto.¹³

5.4.2 FACTORES DE RIESGO.

Factores de riesgo elevado:	Factores de riesgo moderado:	Factores de riesgo bajo:
Cirugía tubárica previa. Gestación ectópica previa. Enfermedad tubárica documentada. Exposición intrauterina a dietilbestrol.	Infección genital previa (EIP). Esterilidad y técnicas de reproducción asistida. Uso de dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo.	Tabaquismo. Edad del primer coito por debajo de los 18 años. Ducha vaginal.

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** Embarazo Ectópico, vol.67; Céspedes A, 2010.

5.4.3 LOCALIZACIÓN.

Localización del embarazo ectópico
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tubárica 98,3%. ✓ Cérvix: canal cervical 0,15%. ✓ Ampular 70%. ✓ Ístmica 12%. ✓ Fímbrica 11,1%. ✓ Intersticial 1,9%. ✓ Extratubárica 1,7%. ✓ Corteza ovárica 3,2%. ✓ Abdomen: superficie peritoneal 1,3%.

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud, Vol.40; López P, Bergal G, López M. 2013.

5.5 QUISTE OVÁRICO ROTO.

Esta situación es frecuente en edad reproductiva; más frecuente en el anexo derecho. Puede ser asintomático o asociado con el inicio repentino de dolor abdominal unilateral y que comienza durante una actividad física o relación coital. Puede estar acompañado de un ligero sangrado vaginal. Según la naturaleza del quiste, puede permanecer asintomático (seroso o mucinoso) o produce dolor intenso (dermoide: peritonitis química). Lo más importante es excluir el embarazo ectópico roto (hemoperitoneo) por la necesidad de cirugía urgente. Hay que efectuar prueba de embarazo, hemograma, grupo y Rh, análisis de orina; ecografía: (sensibilidad: 85-100%); una masa anexial con líquido en pelvis sugiere rotura, pero no es diagnóstico. Evitar culdocentesis, paracentesis y marcadores tumorales. Si la rotura no es complicada hacer manejo ambulatorio y analgesia oral a demanda.^{12,14}

El líquido se reabsorbe en 24 horas y los síntomas mejoran en unos días (posible cirugía posterior si quiste persistente, o crece, o sospecha de malignidad).¹²

Si se complica con hemoperitoneo es preciso hospitalización con reemplazo de fluido, constantes vitales, hematocrito seriado y repetir ecografía. Una vez que cesa, tarda varias semanas en reabsorberse. Si la paciente está inestable se valorará laparoscopia (laparotomía). Si existe rotura de quiste dermoide (poco frecuente) se producirá peritonitis química, que desarrolla formación de adherencias y dolor pélvico crónico.¹³

5.6 TORSIÓN DE ANEXOS.

La torsión anexial es una urgencia ginecológica causada por la torsión del ovario sobre su pedículo, lo que produce estasis linfática y venosa, más tarde en la evolución isquemia y, si no se trata, necrosis. Es la quinta urgencia ginecológica quirúrgica más frecuente en Estados Unidos. Su incidencia se estima en 3 a 7% de los casos de consulta de urgencia ginecológica. Un diagnóstico oportuno es importante para preservar la función del ovario y prevenir secuelas (necrosis, hemorragia, infarto, peritonitis).^{13,14}

5.7 ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA.

Cada año miles de mujeres experimentan un episodio de enfermedad pélvica inflamatoria aguda (EPI) y estas son sometidas a un creciente riesgo de molestias crónicas en el hemiabdomen inferior, embarazos ectópicos, dolores por adherencias e infertilidad tubarico. En Estados Unidos de Norteamérica se estima que más de un millón de mujeres son tratadas por EPI, siendo la causa de un 5-20% de hospitalización en el servicio de ginecología de los EE.UU. EPI es una infección aguda que afecta útero y/o trompas y/o ovarios, producida por la diseminación ascendente de microorganismos del tracto genital inferior, en la cual frecuentemente los órganos vecinos resultan afectados en la infección. Por definición se trata de una infección adquirida en la comunidad, de transmisión sexual y que debe distinguirse de las infecciones iatrogénicas, infecciones en la gestación y otros procesos abdominales primarios. Los principales agentes involucrados son la *N. gonorrhoeae* (aislado en un 40 -60%) y *C. trachomatis* (10% de los casos).^{15,16}

5.7.1 FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo

- ✓ Promiscuidad sexual: las Enfermedad Transmisión Sexual son el mayor factor de riesgo.
- ✓ Dispositivos Intra Uterinos: las mujeres portadoras de DIU tiene una mayor incidencia de EPI, sus hilos favorecen el ascenso de gérmenes hasta los órganos pélvicos.
- ✓ Enfermedad Inflamatoria Pélvica previa.
- ✓ Manipulación diagnóstica (histerosalpingografía).
- ✓ Edad joven (15-39 años).

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** Pelvic Inflammatory Disease: Current concepts in pathogenesis, diagnosis and Treatment. Vol 27(4); Mitchell C, Prabhu M; 2013.

5.7.2 DIAGNÓSTICO.

Tradicionalmente el diagnóstico se ha basado en una tríada: dolor pélvico, dolor a la movilización del cérvix y palpación anexial y presencia de fiebre, sin embargo hay pacientes que pueden tener síntomas leves que nos pueden confundir en el momento del diagnóstico. El objetivo del diagnóstico de la EPI, es establecer guías de actuación suficientemente sensibles para evitar perder los casos leves, pero suficientemente específicas para evitar administrar antibióticos a mujeres que no estén infectadas.¹⁵

Por lo tanto, el diagnóstico de EPI requiere una cuidadosa consideración de la combinación de los factores de riesgo del paciente, hallazgos del examen físico, los hallazgos de laboratorio y la presentación clínica en general.¹⁶

El diagnóstico se basa en la presencia de todos los criterios mayores y al menos uno de los menores.¹⁴

Criterios mayores	Criterios menores
<ul style="list-style-type: none">• Historia o presencia de dolor en hemiabdomen inferior.• Dolor a la movilización cervical en la exploración.• Dolor anexial en la exploración abdominal.• Historia de actividad sexual en los últimos meses.• Ecografía no sugestiva de otra patología.	<ul style="list-style-type: none">• Temperatura >38° C.• Leucocitos >10500/ul.• VES elevada.• GRAM de exudado intracervical demostrando diplococos intracelulares sugestivos de gonococo, cultivo (+) para N. Gonorrhoeae o cultivo (+) u observación al examen directo por IFD de C. Trachomatis.

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** enfermedad pélvica inflamatoria., Vol. 71; Vargas D; 2014.

Criterios de Gainesville: utilizados para pronóstico y tratamiento.

Estadio I	Endometritis-salpingitis	Tratar infección
Estadio II	Endometritis-salpingitis-peritonitis	Conservar fertilidad
Estadio III	Absceso tuboovárico	Conservar ovario
Estadio IV	Absceso tuboovárico roto	Conservar vida

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** Enfermedad pélvica inflamatoria: generalidades y manejo terapéutico en las mujeres afectadas con este padecimiento., Vol. 61; Larraburo M; 2014.

5.7.3 TRATAMIENTO.

Con el advenimiento de la antibioticoterapia se redujo el número de intervenciones quirúrgicas y las complicaciones propias de la EPI, de aquí la importancia de un diagnóstico temprano y el inicio oportuno del tratamiento. ¹⁶

Los dos objetivos más importantes del tratamiento temprano son la resolución de los síntomas y la preservación de la función tubárica, erradicando los agentes etiológicos, utilizando como mínimo dos antibióticos. Aproximadamente un 12 % de mujeres se convierten en infértiles después de un simple episodio, casi un 25 % después de dos episodios y casi un 50 % después de tres episodios. ¹⁷

Pacientes de manejo hospitalario.

Se ingresa las pacientes con EPI en estadio II, III y IV y en estadio I cuando ocurra alguna de las siguientes circunstancias: falta de respuesta a la antibioterapia después de 48 h, sospecha de incumplimiento terapéutico, temperatura > 38°C, diagnóstico incierto, riesgo quirúrgico, náuseas y/o vómitos, intolerancia oral, embarazo y signos de reacción peritoneal ¹⁸

Régimen A: ✓ Cefepime 2 gr/12 h. ✓ Ceftriaxona 2 gr/24 h. IV + Doxiciclina 100 mg/12 h. IV o VO
Régimen B: ✓ Gentamicina 2mg/kg / 8 h. IV + Clindamicina 900 mg/8 h. IV
Alternativo: ✓ Ampicilina 3g IV/ 6h + Doxiciclina 100mg VO o IV / 12 horas.

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz., Vol. 79; Baquedano M, Lamarca B., Puig F, Ruiz M; 2014.

Estos regímenes se administran hasta mejorar síntomas (48 horas después de mejoría evidente), luego se continua Doxiciclina 100 mg/12 h vía oral o Clindamicina 450 mg/8 h vía oral hasta completar 14 días de tratamiento.¹⁶

En paciente usuaria de DIU, sólo será necesario retirarlo si no existe mejoría clínica en las primeras 72 horas; en esos casos es conveniente solicitar cultivo microbiológico del mismo teniendo en cuenta que existe asociación entre Actinomyces y DIU, germen que suele ocasionar cuadros graves de salpingitis y abscesos tuboováricos.¹⁵

Las parejas sexuales de las pacientes con EPI deben ser estudiadas y tratadas si han mantenido relaciones en los 2 meses previo a la aparición de síntomas de EPI Azitromicina 2 gr. en dosis única VO o Ceftriaxona 250mg IM. En dosis única y Doxiciclina 100mg/12 horas VO por siete días.¹⁶

Pacientes de manejo ambulatorio.

En las pacientes con estadio I sin criterios de ingreso hospitalario se prescribirá tratamiento ambulatorio con:

Régimen A: ✓ Ceftriaxona 250 mg IM (dosis única) o Cefoxitina 2 g IM dosis única + Doxiciclina 100 mg/12 h. VO durante 14 días +/- Metronidazol 500mg /12 h. por 14 días.
Régimen B: ✓ Levofloxacin 500mg/24 h. vía oral +/- Metronidazol 500 mg/12h. VO durante 14 días. (Cuando riesgo individual de gonorrea es bajo).

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz., Vol. 79; Baquedano M, Lamarca B., Puig F, Ruiz M; 2014.

5.8 ABSCESO TUBO-OVÁRICO.

Los abscesos tubo-ováricos son complicaciones agudas de la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). Las EPI son infecciones del tracto genital superior que pueden combinar endometritis, salpingitis, ooforitis, abscesos tubo-ováricos, peritonitis y peri hepatitis. Pueden ser uní o bilaterales. En la mayoría de los casos están causadas por la diseminación ascendente de una infección de transmisión sexual desde la vagina y el cérvix, por lo que son más frecuentes en mujeres entre los 15-24 años. Los gérmenes más aislados son la Neisseria gonorrhoeae (N. gonorrhoeae) y la Chlamydia trachomatis (C. trachomatis), pero en los casos de EPI se han cultivado gran variedad de patógenos que forman parte de la flora vaginal habitual.¹⁴

El dolor abdominal o pélvico es el hallazgo más común en el absceso tubo-ovárico apareciendo en el 90% de los casos; también son frecuentes la fiebre y la leucocitosis. En algunas pacientes, existe un drenaje espontaneo a través de la vagina. Pero todos estos síntomas no están siempre presentes, por lo que la prueba diagnóstica de elección es la ecografía; en algunos casos puede ser necesaria la realización de TC o RM para hacer el diagnóstico diferencial con quistes de ovario, hidrosalpinx, embarazo ectópico, tumores u otros abscesos de origen gastrointestinal.^{15, 18}

El manejo del absceso tubo-ovárico debe realizarse con antibioterapia de amplio espectro y drenaje del absceso. Consideramos que el drenaje quirúrgico debe realizarse siempre que este no ocurra de manera espontánea, ya que el contacto prolongado del absceso con las estructuras abdominales puede crear adherencias, que son la causa más frecuente de infertilidad posterior. Históricamente, el tratamiento quirúrgico se realizaba mediante salpingo-ooforectomia o incluso histerectomía; actualmente, el drenaje mediante laparoscopia es la técnica de elección con un éxito mayor del 90%, que, además, presenta otras ventajas, como son una hospitalización

más corta, menor grado de dolor postoperatorio y un riesgo menor de desarrollo de seromas y adherencias postoperatorias.^{18,19}

Debido a que los hallazgos clínicos y radiológicos para el diagnóstico del absceso tubo-ovárico tienen una baja sensibilidad y especificidad, la laparoscopia tiene otra ventaja en la práctica clínica, ya que nos permite el diagnóstico en casos con sintomatología poco clara. Por tanto, se debe considerar el diagnóstico diferencial de absceso tubo-ovárico en mujeres jóvenes que presentan abdomen agudo, ya que en este grupo es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir secuelas importantes, como son la infertilidad, el dolor pélvico crónico o el embarazo ectópico, siendo la laparoscopia el tratamiento quirúrgico de elección por generar menor morbilidad postoperatoria.²⁰

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO ENDOVENOSO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA Y ABSCESO TUBARICO
PRIMERA ELECCIÓN:
<ul style="list-style-type: none">✓ Ceftriaxona 2 g IV c/24 h o Cefoxitin 2 g IV c/6 h ó Cefotetán 2 g IV c/12 h + Doxiciplina 100 mg c/12 h VO ó IV seguido de Doxiciplina 100 mg c/12 h + Metronidazol 500 mg c/12 h VO, hasta completar 14 días.✓ Clindamicina 900 mg c/8 h IV + Gentamicina (2 mg/kg dosis de carga) y 1,5 mg/kg c/8 h posterior (o dosis diaria de 3-5 mg/kg) seguido de Clindamicina 450 mg c/6 h ó Doxiciplina 100 mg c/12 h + Metronidazol 500 mg c/12 h VO hasta completar 14 días.
ALTERNATIVOS (no de primera elección):
<ul style="list-style-type: none">✓ Ofloxacino 400 mg IV c/12 h + Metronidazol 500 mg IV c/12 h, hasta completar 14 días.✓ Ampicilina/sulbactam 3 g IV c/6 h + Doxiciplina 100 mg c/12 h hasta completar 14 días.

Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz., Vol. 79; Baquedano M, Lamarca B., Puig F, Ruiz M; 2014

6. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Manejo adecuado en el diagnóstico de abdomen agudo	Capacitación continua sobre el manejo y diagnóstico de abdomen agudo	1 semana	Personal médico del Servicio de Ginecología. Y cirugía General	Guías clínicas con respaldo de evidencia médica
Capacitar al personal de salud general y especializada sobre la importancia que tiene realizar una historia clínica completa y detallada.	Charlas de capacitación	2 meses	MSP Comité de docencia intrahospitalaria.	Personal del centro de salud
Diagnóstico y tratamiento inmediato de Abdomen Agudo	Capacitación sobre el tema Abdomen Agudo. Identificación de factores	1 semana	Personal médico de experiencia: Médicos tratantes.	Evaluación posterior al personal que recibió la capacitación

	de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento mediante maniobras o en su defecto quirúrgico.		Médicos Residentes Internos rotativos de medicina	
Prevención y manejo de adecuado de Abdomen Agudo	Aplicación de Guías de Prevención y Tratamiento de Abdomen Agudo	Inmediata	Personal médico del servicio encargado cirugía	Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública. Guías de otros países.
Evaluación adecuada a pacientes que han sufrido abdomen agudo inflamatorio	Control continuo de posible peritonitis de la paciente pensando en posibles complicaciones efecto del abdomen agudo.	Inmediata	Personal médico y de enfermería	Registro de complicaciones en las pacientes que han sufrido abdomen agudo.
Evitar aparición de complicaciones como sepsis	Cumplimiento de guías y protocolos que permitan reducir al mínimo la aparición de estas complicaciones	Inmediata	Personal médico	Seguimiento por parte del personal médico en controles subsecuentes.

7. CONCLUSIONES:

Para llegar a un adecuado diagnóstico es de vital importancia realizar una historia clínica completa y un excelente examen físico, ya que el enfoque del abdomen agudo está basado en un 80 % en la historia clínica y el examen físico y un 20 % en las ayudas diagnósticas.

Las instituciones que hacen salud especialmente los de primer nivel deben realizar una adecuada valoración física al paciente porque es importante hacer un diagnóstico temprano y transferir al paciente para disminuir los riesgos y complicaciones de la enfermedad.

Además no existen protocolos de manejo del abdomen agudo en el hospital existiendo un retraso del diagnóstico y tratamiento.

8. RECOMENDACIONES

A la hora de enfrentarnos a un paciente con un cuadro de dolor abdominal agudo es necesario definir exactamente sus características, de esta manera podremos establecer un diagnóstico sindrómico que nos orientará para conducir su estudio y actitud terapéutica atendiendo los antecedentes, el examen físico y análisis de laboratorio, pero también existen grupos de pacientes en los que el diagnóstico puede ser difícil como mujeres en edad joven, por eso es de importancia hacer un diagnóstico temprano para disminuir los riesgos y complicaciones como es la peritonitis local o difusa.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA.

1. Colin A. Martin, MD. Abdomen Agudo. En: Wolfgang Stehr, MD. Manual Mont Reid De Cirugía. 6a ed. España: Elsevier; 2010. p. 195-206. **(3)**

LINKOGRAFÍA

1. Baquedano L, Lamarca M, Puig F., Ruiz M. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Rev. chil obstet ginecol [Internet]. 2014 [citado 7 Oct. 2016]; 79(2):115-120. **(15)** Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v79n2/art09.pdf>
2. Céspedes A. Embarazo Ectópico. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [internet]. 2010 [citado 6 oct. 2016]; 67(591):65-68. **(12)** Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/591/art11.pdf>
3. Di Saverio S., Birindelli A., Micheal D. Kelly. , Catena F . WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. Wourld journal of emergency surgery [Internet]. 2016 [citado 8 Oct. 2016]; 1 (1):11-34. **(7)** Disponible en: <https://wj.es.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-016-0090-5>
4. Ezcurra R, Lamberto N, Peñas V. Dolor abdomino-pélvico en ginecología. An. Sist. Sanit. Navar. [Internet]. 2010 [citado 7 Oct.2016]; 32(1):49-58. **(13)** Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/ginecologia5.pdf>
5. Gil M, Martínez M, Reyes S, Said Z, Reynoso T. Absceso tuvo ovárico actinomicótico que simula una lesión tumoral. Patología Revista Latinoamericana [Internet]. 2011 [citado 10 Oct. 2016]; 49(4):270-275. **(20)** Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patrevlat/rlp-2011/rlp114h.pdf>

6. Hernández L. Apendicitis aguda en el servicio de urgencias. revista médica de costa rica y Centroamérica [Internet]. 2012 [citado 7 oct. 2016]; 69(602):251-258. **(6)** Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art21.pdf>
7. Jaramillo J, Quispe G. Antibiótico Terapia en el Pre y Post Operatorio de la Apendicitis Aguda Complicada. Revista médica rebagliati [Internet]. 2012 [citado 7 Oct. 2016]; 1(1):26-30. **(10)** Disponible en:
http://revistamedicarebagliati.org/antibiotico_terapia.pdf
8. Korndorffer J., Fellingner E., Reed W. SAGES guideline for laparoscopic appendectomy. Surg Endosc [Internet]. 2010 [citado 7 Oct. 2016]; 24(1):757-761. **(8)** Disponible en:
<http://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-laparoscopic-appendectomy/>
9. Larraburo M. Enfermedad pélvica inflamatoria: generalidades y manejo terapéutico en las mujeres afectadas con este padecimiento. revista médica de costa rica y Centroamérica [Internet]. 2014 [citado 8 Oct. 2016]; 61(609):141-149. **(16)** Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/609/art23.pdf>
10. López P, Bergal G, López M. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. medicina de familia semergen [Internet]. 2016 [citado 7 Oct. 2016]; 40(4):211-217.**(11)** Disponible en:
<http://www.elsevier.es/en-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-el-embarazo-ectopico-su-interes-S1138359314000100?redirectNew=true>
11. Macaluso C., McNamara R.; Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. International Journal of General Medicine [Internet]. 2012 [citado 29 Sep. 2016]; 5(1):789-797. **(4)** Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3468117/>

12. Mateo H, Taboada G, Hernández L, Mateo M, Mateo V. Torsión anexial: tres casos. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2013 [citado 8 Oct. 2016]; 81(1):272-278. **(14)** Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom135g.pdf>
13. Mayo M., Pacheco J., Vázquez J. Abdomen agudo. *Medicine Actualización* [Internet]. 2016 [citado 6 oct. 2016]; 12(7):363-379. **(2)** Disponible en:
<http://www.medicineonline.es/es/abdomenagudo/articulo/S0304541216300038/>
14. Mitchell C, Prabhu M. Pelvic Inflammatory Disease: Current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment. *NIH Public Access* [Internet]. 2013 [citado 8 Oct. 2013]; 27(4):1-21. **(18)** Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3843151/pdf/nihms523477.pdf>
15. Rapún P., Utrillas M., Morales R. Dolor abdominal en urgencias de atención primaria. *urgencias en atención primaria* [Internet]. 2013 [citado 26 sep.2016]; 1(1):4. **(1)** Disponible en:
<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/1/1v63n1452a13039689pdf001.pdf>
16. Reyes N., Zaldívar F., Cruz R., Sandoval M, Gutiérrez C., Athié C. Precisión diagnóstica de la escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo con la escala de Alvarado modificada. *Cirujano General* [Internet]. 2012 [citado 6 Oct. 2016]; 34(2):101-106. **(9)** Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v34n2/v34n2a2.pdf>
17. Siu A, Siu A.L, El Absceso Tubo –Ovárico. Evolución en cuatro décadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loaiza. *Rev Ginecol Obst Perú* [Internet]. 2012 [citado 8 Oct. 2016]; 58(1):123-126. **(19)** Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322012000200009&script=sci_arttext

18. Toshihiko M., Masahiro Y., Susumu T. Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen 2015. Journal of hepato –biliary –biliary science [Internet]. 2015 [citado 16 sep. 2016]; 1(1):1-36. (5) Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.303/epdf>
19. Vargas D. enfermedad pélvica inflamatoria. revista médica de costa rica y Centroamérica [Internet]. 2014 [citado 9 Oct. 2016]; 71(612):719-722. (17) Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc144q.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

BVS: Vintzileos A, Ananth V, Smulian J C. Using ultrasound in the clinical management of placental implantation abnormalities. American Journal of Obstetrics & Gynecology; 213(4 Suppl): S70-7, 2015 Oct. Artículo en Inglés | MEDLINE | ID: mdl-26428505. Citado 2016]. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.05.059>

PROQUEST: Chandler, R. L. (2015). Coexistent arid1a-pik3ca mutations promote ovarian clear-cell tumorigenesis through pro-tumorigenic inflammatory cytokine signalling. Nature communications, 6, 6118.

<http://dx.doi.org/10.1038/ncomms7118>

SCOPUS, Ricardo López-Romero, Efraín Garrido-Guerrero, Angélica Rangel-López, Leticia Manuel-Apolinar, Patricia Piña-Sánchez, The cervical malignant cells display a down regulation of ER- α but retain the ER- β expression,2013, USA, disponible en:

<file:///C:/Users/Gabo/Downloads/hi-2015.pdf>

EBSCO. Quiala, J; Acosta, J; Díaz, L; et al; Morbilidad materna por pérdida masiva de sangre en el Hospital Ginecoobstétrico “Tamara Bunke Bider”. Revista MEDISAN. 2013, Vol. 17 Issue 5, p792-801. 10p.; Santiago de Cuba – 2013. [citado 15 Septiembre 2016]; Disponible en:

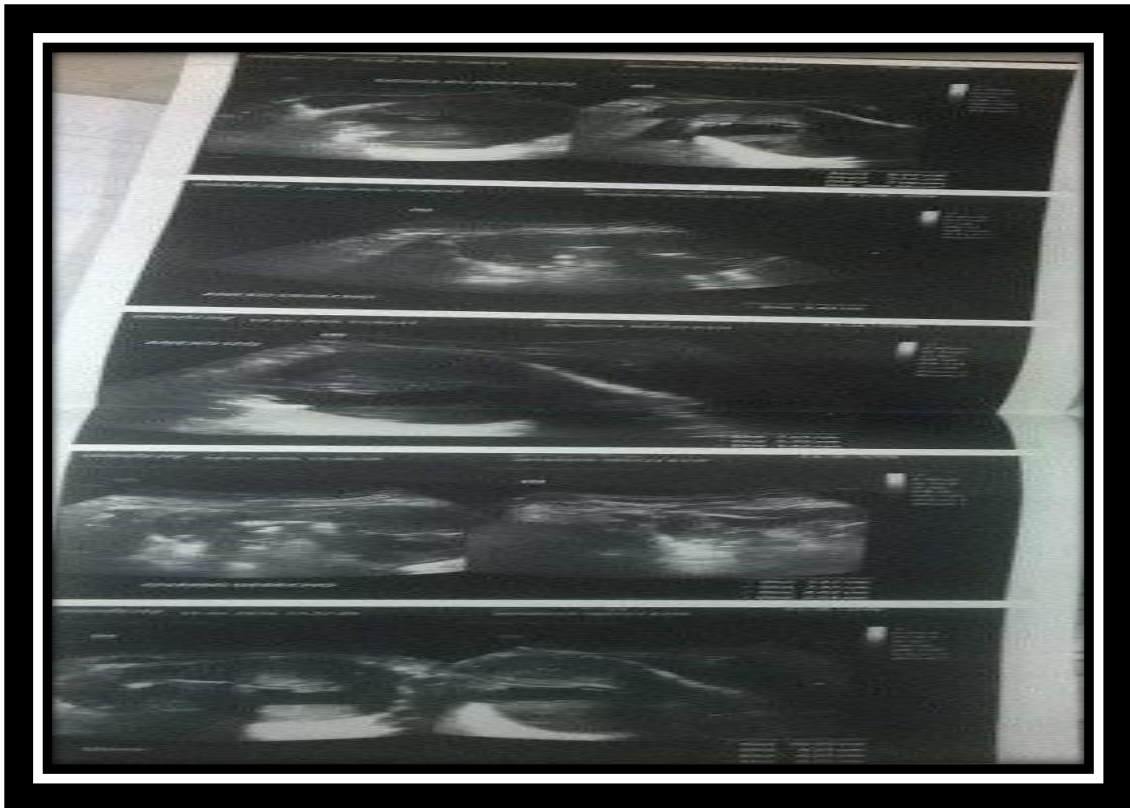
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d67d3000-8cd9-4480-85ee-ac98440dd4ce%40sessionmgr198&vid=1&hid=109>

PROQUEST: Mendoza Claudia. Qué es el embarazo ectópico? ProQuest, 2015. 10 (29). Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/ProQuestDocuments- 2015-10-29.pdf.

10. ANEXOS

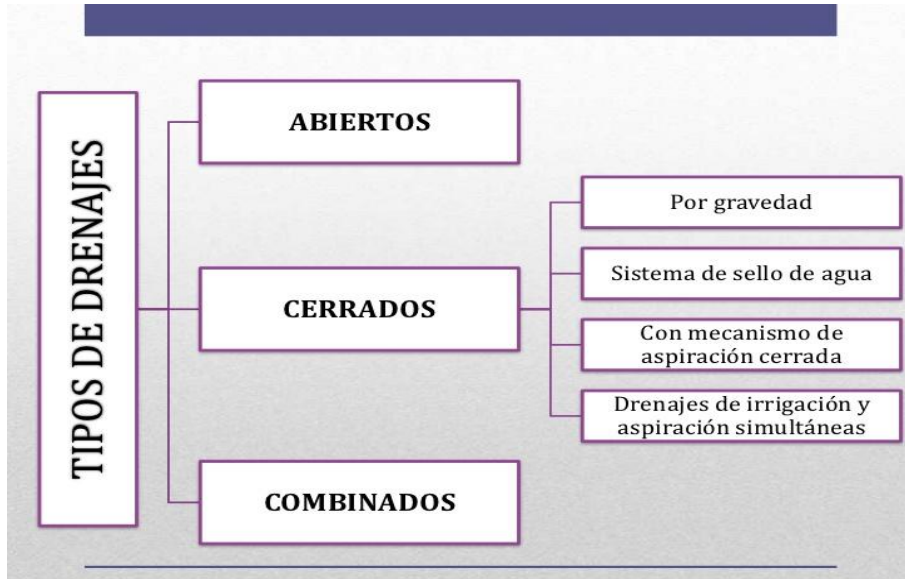
IMÁGENES

Imagen N°1. Eco pélvico



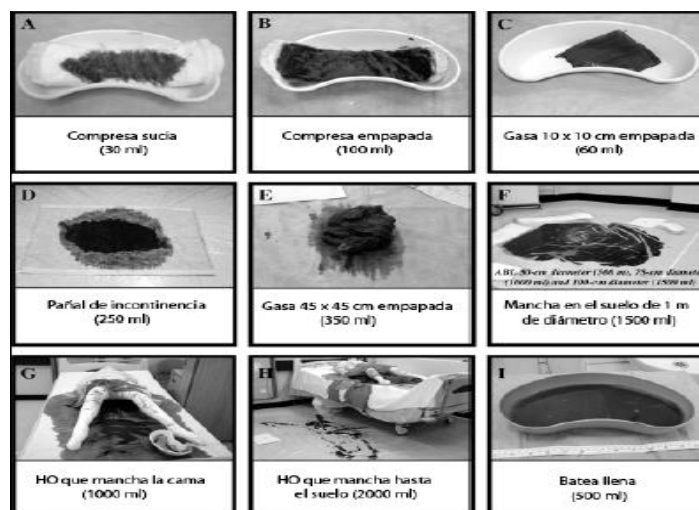
Fuente: Imagenología del Hospital Provincial Docente Ambato

Imagen N° 2 Clasificación de drenajes quirúrgicos.



Elaborado por: Jorge Guamancuri. **Fuente:** Manual Mont Reid de Cirugía, Capítulo 18; Colin A Martin, MD; 2010.

Imagen N° 3: Cuantificación de sangrado por gasas o compresas manchadas



Fuente (Morillas, F. 2014)

TABLAS

Tabla N°1. Exámenes de Laboratorio

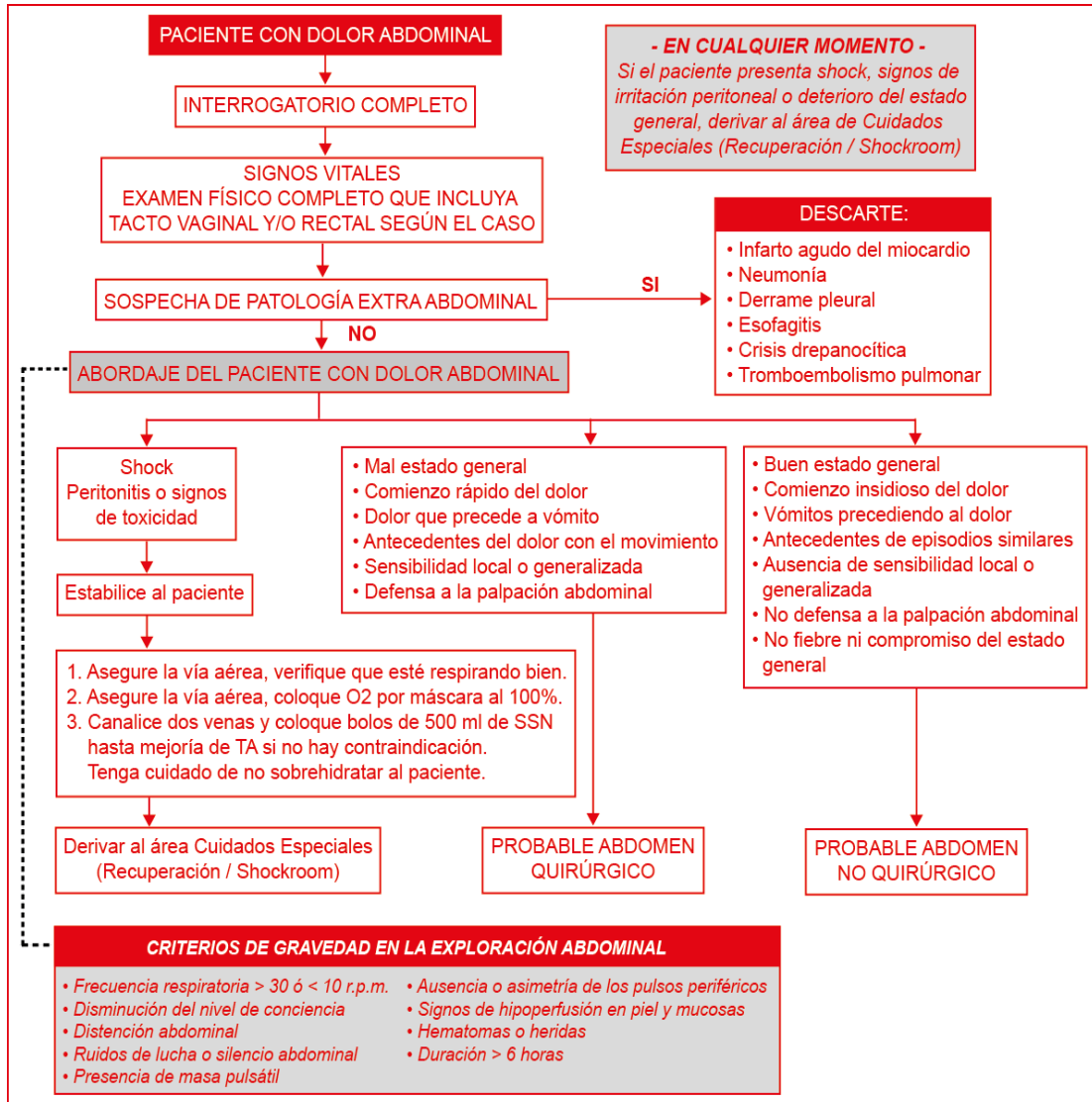
	18/05/16	19/05/16	19/05/15	20/05/16	21/05/16
Recuento Leucocitario (WBC) x10 ³	18,45	15,26	15,6	14,77	
Recuento de glóbulos rojos	4,51	4,33	4,28	4,22	
Hemoglobina (HGB) g/dl	13,2	13,2	12,8	12,7	
Hematocrito (HCT) %	48,9	39,1	37,6	37,9	
Volumen corp. medio (MCV)	87,9	90,2	87,9	89,7	
Hemoglobina Cospus Media (MCH)	29,3	30,5	29,9	30,1	
Concen HB Corp. media (MCHC)	33,4	33,8	34	33,6	
Recuento Plaquetas x10 ³	261	257	301	296	
Neutrofilos %	75,6	73,6	78,8	78,8	
Linfocitos %	11,2	11,9	10,7	10,6	
Monocitos %	9,9	14	9,3	10,1	
Eosinófilos %	2,8	0,5	0,6	0,4	
Basófilos %	0,5	0,0	0,6	0,1	
Glucosa mg/dl	83,2		125,4		82,9
Urea en suero mg/dl	35				31,4
Creatinina mg/dl	0,7				0,65
TGO			34,7		
TGP			50,6		
B-HCG	negativo				
Tiempo de Protrombina (TP)	12,4				11,6
Tiempo de Tromboplastina	31.6				28.6

(TTP)					
EMO					
Color	Amarillo				
Aspecto	Lig. Turbio				
Densidad	1010				
pH	7				
Glucosa en orina	Negativo				
Cetonas	Negativo				
Bilirrubinas	Negativo				
Leucocitos en orina	Negativo				
Nitritos	Negativo				
Hemoglobina	Negativo				
Proteínas	Negativo				
Piocitos	9-11				
Hematíes	4-7				
Bacterias	++				
Células Epiteliales	2				

Elaborado por: Jorge Guamancuri

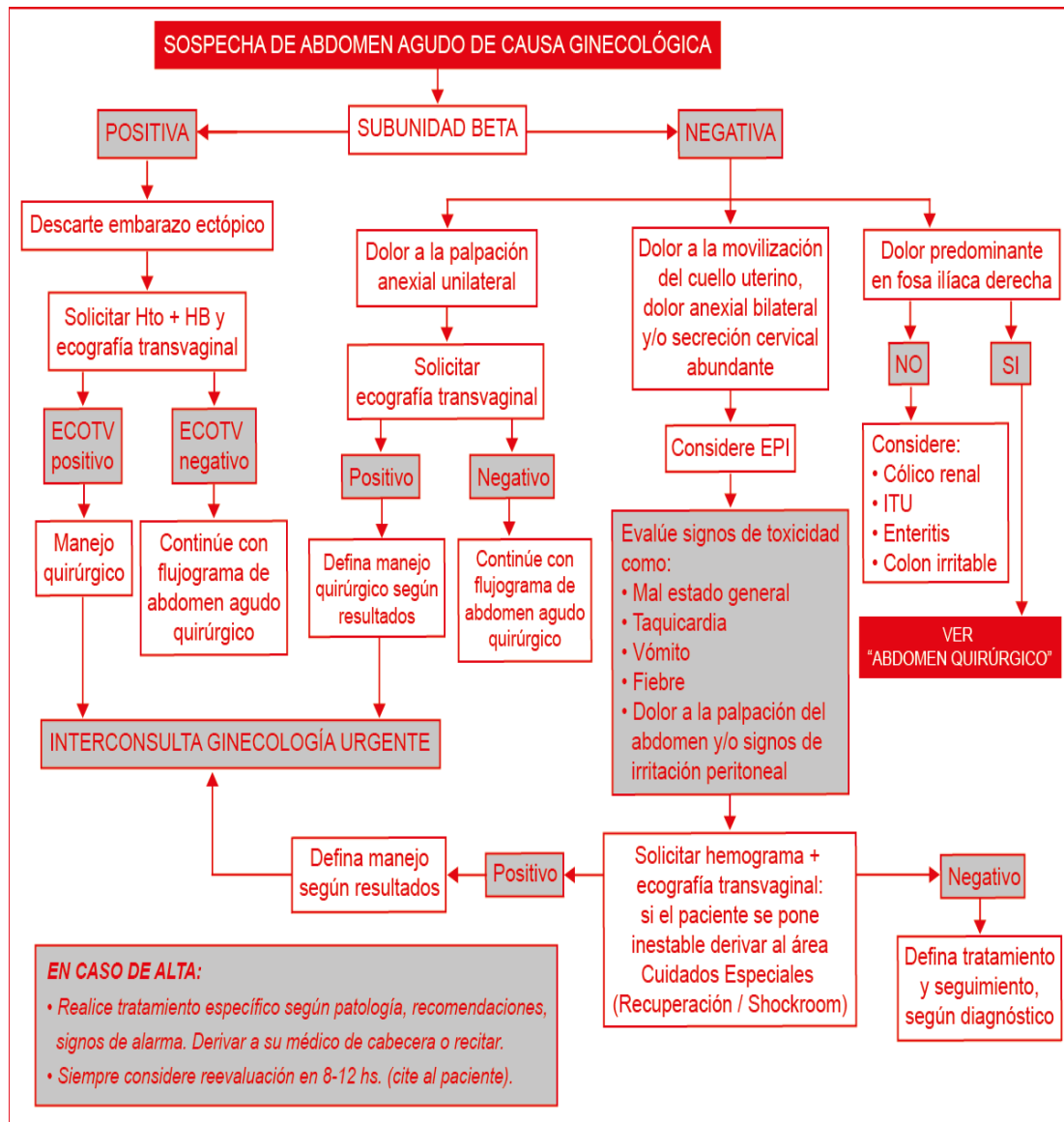
Fuente: Laboratorio Del Hospital Provincial Docente Ambato

Tabla N° 2. Argumentos para el diagnóstico Abdomen Agudo.



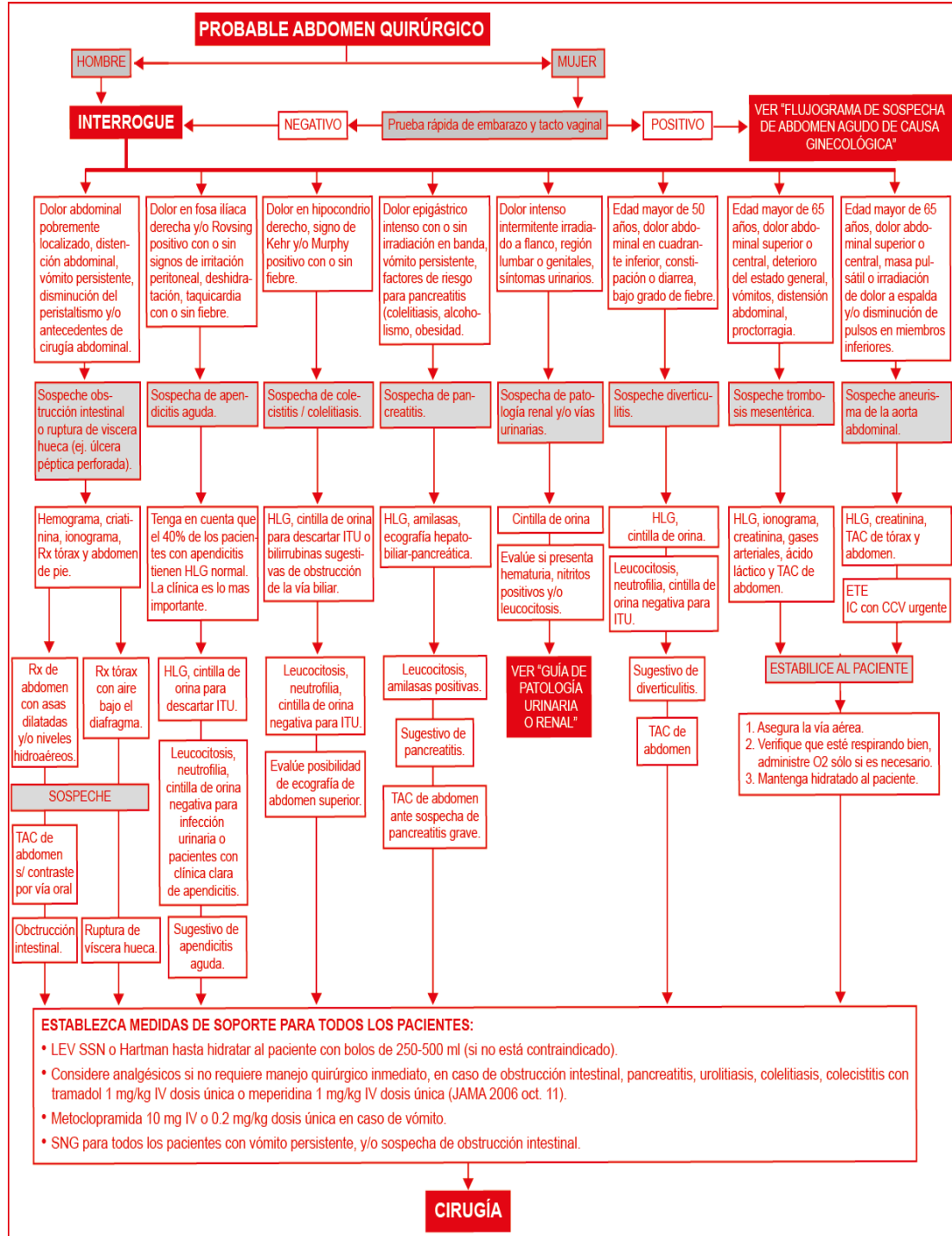
Fuente (Swiss Medical Group, 2013)

Tabla N° 3. Argumentos para el diagnóstico Abdomen Agudo de Causa Ginecológica.



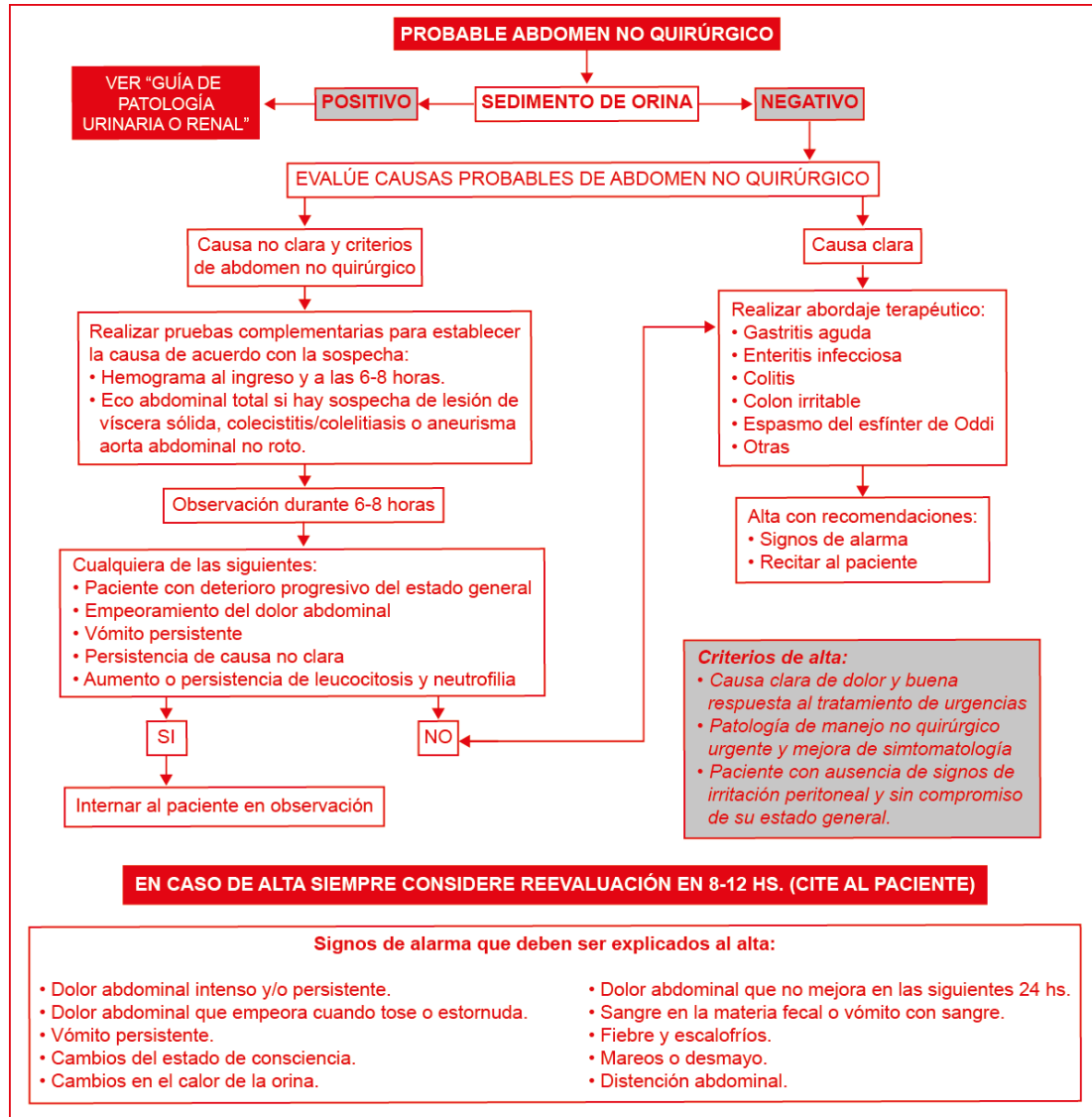
Fuente (Swiss Medical Group, 2013)

Tabla N° 4. Argumentos para el diagnóstico Abdomen Agudo quirúrgico



Fuente (Swiss Medical Group, 2013)

Tabla N° 5. Argumentos para el diagnóstico Abdomen Agudo no quirúrgico



Fuente (Swiss Medical Group, 2013)

Tabla N° 6. Escalas diagnósticas para apendicitis aguda y su especificidad/sensibilidad teórica.

ESCALA DE ALVARADO		
	Variable	Puntos
Síntomas	Migración del dolor	1
	Anorexia / Cetonas en orina	1
	Nausea / vómito	1
Signos	Dolor en FID	2
	Rebote	1
	Temperatura > 37.3° C	1
Laboratorio	Leucocitosis > 10000	2
	Neutrófilos > 75%	1
Punto de corte: ≥ 7 puntos, probabilidad alta		

Sensibilidad: 86-88%
Especificidad: 53-75%

Fuente (guía de práctica clínica, México 2014)

APPENDICITIS INFLAMMATORY RESPONSE SCORE		
	Variable	Puntos
Síntomas	Vómito	1
	Dolor en FID	1
Signos	Rebote / Defensa muscular	Leve 1
		Media 2
		Severa 3
	Temperatura > 38.5° C.	1
Laboratorio	Cuenta de leucocitos	10000 – 14900 1
		≥ 15000 2
Imagen	Porcentaje de PMN	70-84 % 1
		≥ 85 % 2
	Proteína C reactiva	10-49 g/L 1
		≥ 50 g/L 2
Punto de corte: 5-8 puntos, intermedio. 9-12 probabilidad alta		

Sensibilidad: 93%
Especificidad: 85%

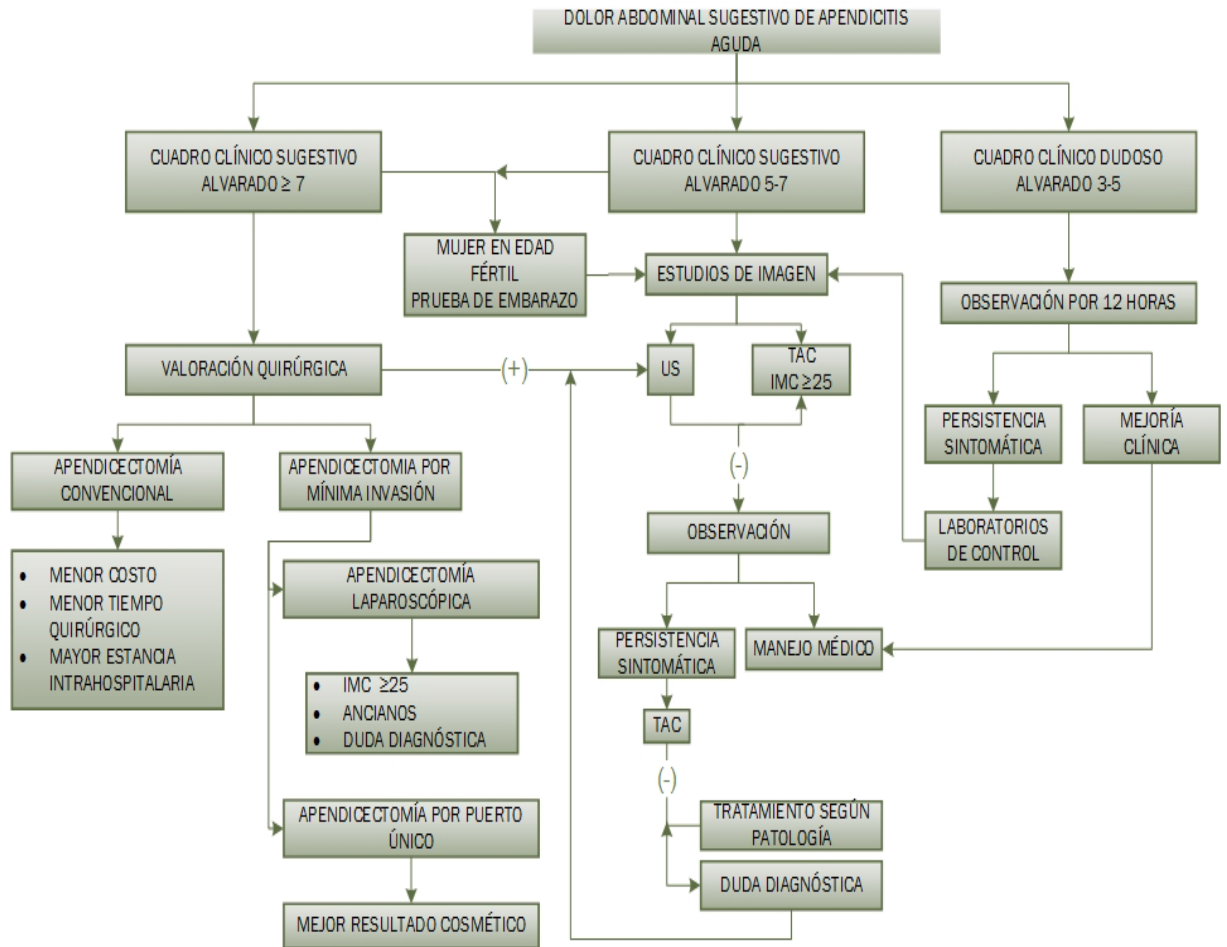
Fuente (guía de práctica clínica, México 2014)

RIPASA SCORE		
	Variable	Puntos
Información demográfica	Sexo	Masculino 1
		Femenino 0.5
	Edad	< 39.9 años 0.5
		> 40 años 1
	Paciente extranjero	1
Síntomas	Dolor en FID	0.5
	Migración del dolor a FID	0.5
	Anorexia	1
	Náusea y vómito	1
	Duración de los síntomas	> 48 horas 0.5
		< 48 horas 1
Signos	Dolor a la palpación en FID	1
	Resistencia muscular	1
	Rebote	1
	Signo de Rovsing	2
	Fiebre > 37 °C y < 39 °C	1
Laboratorio	Leucocitosis	1
	EGO negativo: bact (-) , hem (-)	1
Punto de corte: 5-7 puntos, intermedio, 7.5 – 11 probabilidad alta		

Sensibilidad: 89.5% Especificidad: 69.2%

Fuente (guía de práctica clínica, México 2014)

Tabla N° 7. Algoritmo para el diagnóstico de apendicitis aguda



Fuente (guía de práctica clínica, México 2014)

REPORTES ECOGRAFICOS

PELVICO.

18/05/2016

Se realizó eco pélvico en emergencia en donde se reporta Saco de Douglas y anexo derecho con colección líquida más densa que el agua, con presencia de gas en su interior que mide 9,6 cm x 7,5 cm con un volumen de 268 cc, ovario izquierdo no visible, ovario derecho de 3,6 cm x 2,4cm de aspecto normal, anexo izquierdo engrosado de 2,4cm que se continua con imagen heterogénea irregular. Útero en anterversión mide 10,7 cm x 4,1 cm x 4,2 cm aumentado de tamaño heterogéneo, endometrio 2mm.

Conclusión:

EPI, con colección líquida en el saco de Douglas y anexo izquierdo con presencia de gas en su interior a descartar absceso, volumen 268cc.

ECO TRANSVAGINAL

18/05/2016

Útero de 9,6 cm x 4,6 cm.

Endometrio lineal de 5mm.

Anexo derecho de 19 x 16 cm, con múltiples imágenes foliculares.

A nivel de anexo izquierda, se observa masa heterogénea alargada 10,4 x 3,3 cm, sin flujos vesiculares internos compatibles con hidrosalpinxs.

Fondo de saco de Douglas libre.

DIAGNÓSTICO DE IMAGEN:

- ✓ **HIDROSALPINXS D/C**
- ✓ **MASA ANEXIAL IZQUIERDA**

