UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Salud Humana

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TITULO

"ANALISIS DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO – IESS LOJA, EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2014"

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO GENERAL

AUTOR:

Juan Carlos Herrera Macas

DIRECTOR:

Dr. Washington Erasmo Orellana R, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

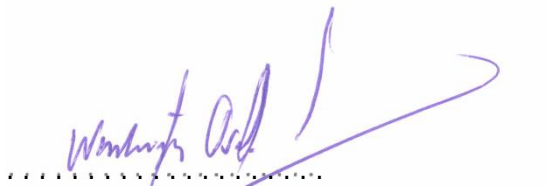
Dr. Washington Orellana R., Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE TITULACION

C E R T I F I C A:

Que la tesis de grado titulada: **"ANALISIS DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO – IESS LOJA, EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2014"** de autoría del Sr. Juan Carlos Herrera Macas, egresado de la Carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de Médico General, ha sido dirigida y revisada en su integridad, cumpliendo con los requerimientos académicos estipulados para su aprobación; por lo que se autoriza su publicación.

Loja, 29 Octubre de 2014



.....
Dr. Washington Orellana R.
CIRUJANO ESPECIALISTA
DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo JUAN CARLOS HERRERA MACAS declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Autor: Juan Carlos Herrera Macas

Firma: _____
Cédula: 1105021594
Fecha: 29/10/2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo Juan Carlos Herrera Macas declaro ser autor de la tesis titulada: "**ANALISIS DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO – IESS LOJA, EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2014".** Como requisito para optar el grado De Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repertorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice el tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veinte y nueve días del mes de octubre del dos mil catorce, firma el autor

Firma: ……..

Autor: Juan Carlos Herrera Macas

Cédula: 1105021594

Dirección: Av. Eugenio Espejo y Adolfo Valarezo.

Correo electrónico: juank_1900hm@hotmail.com

Teléfono: 2575394 Celular: 0988968579

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Washington Orellana R.

Tribunal de Grado:

- Dr. Mgs. Juan Arsenio Cuenca Apolo
- Dra. Verónica Andrea Vélez Mora
- Dr. Jorge Augusto Villavicencio Aguirre

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con mucho amor a Dios, por haberme colmado de bendiciones y fortalezas necesarias para emprender un buen camino en la vida, iluminando mis pasos día a día y por ello he alcanzado cada meta propuesta.

A mis padres, porque confiaron en mí, por brindarme su apoyo incondicional, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera. A ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

Juan Carlos Herrera Macas

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, como prioridad en mi vida, por su infinita bondad, y por haber estado conmigo en los momentos más difíciles y duros de mi vida, por darme salud, fortaleza, responsabilidad y sabiduría, por haberme permitido culminar un peldaño más de mis metas, y porque tengo la certeza y el gozo de que siempre será mi guía espiritual.

A mis padres Luis y Rosa por ser los mejores, por haber estado conmigo apoyándome en los momentos difíciles, por dedicar tiempo y esfuerzo para ser una hombre de bien, y darme excelentes consejos en mi caminar diario.

Mi reconocimiento y gratitud a las Autoridades de la Universidad Nacional de Loja, a todos los Médicos docentes que ahí laboran, y en especial al Dr. Washington Orellana, por su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

Juan Carlos Herrera Macas

1. TITULO:

"ANALISIS DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO – IESS LOJA, EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2014"

2. RESUMEN

Objetivo: Analizar los casos de Laparotomía exploratoria ocurridos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso - IESS Loja, en el periodo Enero – Agosto 2014 y de esta forma generar un conocimiento más cercano acerca de la Laparotomía exploratoria como, para determinar la distribución de dicho procedimiento en los grupos etáreos, establecer los diagnósticos pre quirúrgicos, conocer los hallazgos encontrados en las mismas, además determinar cuáles son las operaciones más comúnmente realizadas dentro de las mismas, contiguo a esto observar cuales han sido las complicaciones más frecuentes asociadas a dicho procedimiento, y finalmente los días totales de hospitalización, todos estos datos ayudan a entender mejor como es la distribución de patologías que necesiten de esta técnica quirúrgica a nivel de nuestra localidad. **Métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las historias clínicas de los pacientes con abdomen agudo sometidos a Laparotomías Exploratorias en el servicio de emergencia del hospital en estudio, mediante revisión de los registros desde 1° de Enero al 31 de Agosto del 2014. Ambiente: Área de Emergencia y Cirugía del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso. **Resultados:** En el periodo de estudio se encontraron 181 casos de pacientes con abdomen agudo y que fueron sometidos a Laparotomía Exploratoria, en donde el grupo de edad en el cual se han realizado más Laparotomías Exploratorias han sido las personas entre 27 – 59 años de edad (43,60%), el principal diagnóstico preoperatorio fue la Apendicitis aguda (75,70%), el hallazgo principal durante la Laparotomía fue Apendicitis Aguda (59,70%). la operación principal realizada ha sido la de Apendicetomía Convencional (63,00%), seguido de la Apendicetomía más Lavado de Cavidad Abdominal (18,20%), en la gran mayoría de los casos los pacientes sometidos a Laparotomía Exploratoria no presentaron ninguna complicación post-operatoria (81,80%), y entre las complicaciones que si se encontraron estuvieron la neumonía, sepsis, íleo paralitico, infección de herida, abscesos intraabdominales, seromas, en la mayoría de los pacientes el tiempo de hospitalización total ha sido de 1 a 3 días (49,70%). **Conclusiones:** La laparotomía Exploratoria es un técnica quirúrgica que aunque está siendo reemplazada por otros menos invasivos aún sigue siendo usada en todas las edades y que es de gran ayuda ante patologías en donde existe duda diagnóstica, o se requiere mayor campo quirúrgico, además de que siguiendo los protocolos correctamente la probabilidad de complicaciones es baja al igual que los días de hospitalización. **Palabras Claves:** Abdomen Agudo, Laparotomía Exploratoria.

2.1 ABSTRACT

Objective: Analyze the cases of exploratory laparotomy occurred in the Hospital Manuel Ygnacio Monteros - IESS Loja, in the period January - August 2014 and thus generate a closer knowledge of the exploratory laparotomy as a procedure performed in cases of acute abdomen, to learn about the distribution of that procedure in different age groups, known as pre-surgical diagnoses vary according to the findings in the same, well knowing what the most common operations performed in the same, adjacent to this have been observed which are the most common complications associated with this procedure, and finally the total days of hospitalization, these data help to better understand how the distribution of pathologies that require this surgical technique at our location.

Methods: A descriptive, retrospective and cross-sectional study of medical records of patients with acute abdomen underwent Exploratory laparotomy in the emergency service of the hospital under study by reviewing records from January 1 to August 31, 2014. Environment : Department of Emergency and Surgery Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso.

Results: During the study period 181 cases of patients with acute abdomen were found and underwent exploratory laparotomy, where the age group in which there have been more Exploratory laparotomy were those between 27-59 years old (43.60%), the main preoperative diagnosis was acute appendicitis (75.70%), the main finding during laparotomy was acute appendicitis (59.70%). the main operation performed has been to Conventional Appendectomy (63.00%), followed by further washing Appendectomy Abdominal Cavity (18.20%), in most cases patients undergoing exploratory laparotomy showed no complication postoperative (81.80%), and among the complications were found when pneumonia, sepsis, paralytic ileus, wound infection, intra-abdominal abscesses, seromas, in most patients the total time of hospitalization was 1 to 3 days (49.70%). **Conclusions**: Exploratory laparotomy is a surgical technique but is being replaced by other less invasive is still used in all ages and is a great help to diseases where there is diagnostic uncertainty or higher surgical field are required, in addition to following the protocols correctly the likelihood of complications is low as inpatient days.

Keywords: acute abdomen, exploratory laparotomy**.**

3. **INTRODUCCION**

En estos días de técnicas diagnósticos preoperatorias sofisticadas, sólo rara vez se efectúa una laparotomía meramente diagnóstica. La radiología, las técnicas de imágenes y la endoscopía modernas por lo general proporcionan un diagnóstico. Se debe considerar una laparoscopía diagnóstica en los pacientes con fiebre de origen desconocido, caquexia de origen desconocido y raramente dolor crónico, cuando hayan fracasado todas las pruebas para revelar una causa.

No obstante, en oportunidad de la cirugía programada debe realizarse una laparotomía exploradora completa, para excluir, documentar o tratar otra patología intraabdominal. La laparotomía en casos de traumatismo abdominal abierto o cerrado debe incluir también una investigación cuidadosa del abdomen, pues no es poco común el compromiso de múltiples órganos.

La elaboración debe ser de extensión limitada sólo cuando se trata una emergencia abdominal aguda causada por perforación, ruptura de una víscera o enfermedad Inflamatoria. Por ejemplo, al tratar una úlcera péptica perforada, una colecistitis aguda o una rotura de apéndice sería desacertado proceder a una exploración abdominal adicional. La laparotomía también puede ser limitada cuando se reexplora el abdomen y existen amplias adherencias. En este caso hay que proceder con discreción y la movilización de las vísceras abdominales debe limitarse a lo que sea necesaria para llevar a cabo la operación quirúrgica y establecer el diagnóstico.

Ya que esta técnica es comúnmente usada sobre todo en casos de abdómenes agudos sin etiología clara o que requieran de amplio campo quirúrgico es importante conocer más acerca de cómo se desempeña esta técnica en nuestro medio, ya que tanto los diagnósticos y los hallazgos quirúrgicos varían de acuerdo a las diferentes localidades, además que es importante determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes que se puede esperar después de este tipo de intervenciones, y de igual manera conocer el tiempo hospitalario total de un paciente tras dichas cirugías.

El presente estudio tiene como objetivo:

- Analizar los casos de Laparotomía exploratoria ocurridos en el Hospital Manuel Ygnacio monteros “IESS” Loja, en el periodo Enero – Agosto 2014.

Como objetivos específicos en cuanto a la laparotomía exploratoria nos propusimos los siguientes:

- Determinar el número de pacientes con Abdomen Agudo quirúrgico intervenidos por Laparotomía Exploratoria.
- Establecer en qué grupo etáreo son más frecuente las Laparotomías Exploratorias.
- Identificar los diagnósticos pre quirúrgicos que llevaron a la Laparotomía Exploratoria.
- Establecer los principales hallazgos quirúrgicos encontrados en estos pacientes.
- Determinar el tipo de operación realizada en los pacientes sometidos a Laparotomía Exploratoria.
- Conocer las complicaciones postquirúrgicas de los pacientes sometidos a Laparotomía Exploratoria.
- Conocer la estancia hospitalaria total.

Es un estudio de corte transversal, retrospectivo y analítico; que emplea procedimientos cuantitativos. El procedimiento general, partió con la recolección de datos mediante técnica de acopio de las historias clínicas de estos pacientes.

Una vez desarrollado esta investigación se ha realizado un estudio analítico de todas aquellas variables antes mencionadas que nos han ayudado a aclarar un poco más sobre lo que ocurre con las laparotomías exploratorias en nuestra localidad mediante la revisión de historial clínico de 181 pacientes en quienes se ha realizado Laparotomías Exploratorias en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso, observándose que es una operación realizada con más frecuencia en la edad adulta y que entre algunos diagnósticos el que tiene un alto índice de frecuencia es la Apendicitis aguda cuyo diagnóstico se confirma durante la cirugía en la gran mayoría de los casos, la laparotomía exploratoria no posee mayores complicaciones postquirúrgicas y el tiempo de hospitalización depende de la complejidad de la cirugía realizada, que para el efecto en este caso ha sido de 3 días.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LAS PAREDES ANTEROLATERALES DEL ABDOMEN

El abdomen, visto exteriormente, está limitado en sentido craneal por el orificio inferior del tórax, mediante una línea curva que partiendo del apéndice xifoides sigue el reborde condrocostal hasta la apófisis transversa de la duodécima vértebra dorsal. En sentido caudal, por una línea que pasa por las crestas ilíacas, los arcos crurales y el pubis.

En un corte horizontal (axial) esquemático, visto por su cara craneal, podemos identificar los siguientes planos de interés quirúrgico, desde la superficie hasta la cavidad peritoneal

4.1.1 Piel (integumento).

La epidermis tiene gran capacidad de regeneración ante una lesión y su nutrición se efectúa por difusión desde los planos vasculares subyacentes. En la capa reticular de la dermis, las fibras colágenas se disponen en forma paralela. La dirección de las fibras varía según las regiones del cuerpo64 y dan lugar a las líneas divisorias de la piel o líneas de Langer, que se disponen más o menos horizontalmente en el tronco y cuello. Las incisiones quirúrgicas que siguen estas líneas producen una cicatriz mínima, mientras que las que las cruzan dan lugar a grandes cicatrices debido a la retracción de las líneas afectadas. Las líneas de Kraissl marcan la dirección que se arruga la piel cuando los músculos se contraen y deben ser tenidas en cuenta al realizar incisiones que se profundizan hasta la aponeurosis o más. Las fibras elásticas amarillas se atrofian con la edad y la piel pierde elasticidad y se arruga. Cuando la piel sufre una gran distensión (embarazo, aumento de la grasa, o tumores de rápido crecimiento) pueden romperse parcialmente formando cicatrices que aparecen como estrías blancas. En algunas regiones forman también líneas de flexión, las que se debe tratar de no seccionar perpendicularmente.

Los vasos arteriales forman un plexo subdérmico de donde salen algunas ramas para el tejido celular subcutáneo y otras se dirigen superficialmente para formar el plexo subpapilar (entre las capas papilar y reticular). De este plexo nacen capilares que transcurren dentro de las papilas dérmicas. En el plexo subdérmico existen anastomosis arteriovenosas, algunas de estas forman glomus sometidos al control de sistema nervioso autónomo. En determinadas condiciones pueden reducir la irrigación de la piel a niveles peligrosos y

producir necrosis. En algunos tipos de incisiones abdominales y en traslado de colgajos cutáneos abdominales puede producirse la necrosis de la piel que ocurre aunque se observe sangrado en la línea de sección debido a denervación y apertura de anastomosis arteriovenosas. La zona menos irrigada es la línea media del abdomen.

La inervación se efectúa en todas las capas de la piel (organosensorial) y los linfáticos subdérmicos se anastomosan en todos los niveles de manera que producen intercambio libre de linfa entre regiones adyacentes.

4.1.2 Tejido subcutáneo (panículo adiposo o hipodermis).

Está constituido por tejido conjuntivo areolar y tejido adiposo blanco o unilocular (grasa blanca) en proporción y disposición variable según las regiones, la constitución individual y estado nutricional del sujeto y factores hereditarios. Existen tabiques conectivos que dividen el tejido adiposo en lobulillos de distinto tamaño. Es pasible de estratificarse, pudiendo aislarse quirúrgicamente una o varias capas, especialmente en la zona infra umbilical del abdomen.

La movilización y depósito de los lípidos se ve influido por factores nerviosos (noradrenalina, que activa la lipasa) y hormonales (insulina, hormonas tiroideas, glucocorticoides y hormonas hipofisarias). En el tejido subcutáneo se encuentran vasos sanguíneos provenientes de los vasos perforantes, de ramos cutáneos directos y de los plexos subdérmcos. Los nervios son ramas perforantes de los nervios intercostales y del primer nervio lumbar.

4.1.3 Plano musculo aponeurótico.

Comprende tres grupos musculares:

A) Músculos posteriores: dispuestos en tres planos.

1- Plano profundo o de los canales vertebrales:

a) Músculo transverso espinoso.

b) Músculo dorsal largo.

c) Músculo sacro lumbar.

d) Músculo espinoso dorsal.

2- Plano medio:

a) Músculo serrato menor posteroinferior.

3- Plano superficial:

a) Músculo dorsal ancho y aponeurosis lumbar.

B) Músculos latero vertebrales:

a) Músculo cuadrado lumbar.

b) Músculo psoas ilíaco.

C) Músculos antero laterales:

a) Músculo transverso del abdomen.

b) Músculo oblicuo interno o menor.

c) Músculo oblicuo externo o mayor.

d) Músculo recto del abdomen.

Los músculos transversos y oblicuos internos y externos hacia delante forman la vaina de los rectos y la línea blanca.

4.1.4 Espacio extra peritoneal o subperitoneal.

Está situado entre la superficie interna de las paredes músculo aponeuróticas del abdomen cubierta por sus fascias de revestimiento y el peritoneo parietal definitivo. Se constituye así una cavidad menor o peritoneal por dentro de una cavidad mayor o cavidad abdominal, términos que no son sinónimos.

Contiene vasos, nervios, órganos extra peritoneales y tejido conjuntivo y adiposo de disposición variable, según las regiones y los sujetos. Excepto a nivel diafragmático podemos identificar las siguientes regiones o espacios extra peritoneales:

1. Espacios latero peritoneales: a nivel de las fosas ilíacas internas, con los vasos ilíacos externos, gonadales y nervio genitocrural.

2. Espacios pre peritoneales: a nivel del ligamento redondo y hacia abajo. Comprende los espacios prevesical (Retzius) y retroinguinocrurales (Bogros).

3. Espacio subperitoneal o pélvico: comprende un mediastino visceral y los espacios laterovisceralesvasculonerviosos.

4. Espacios retroperitoneales (ERP): la fascia subperitoneal se divide en una hoja anterior o prerrenal y otra posterior o retro renal, subdividiendo al retroperitoneal en tres espacios secundarios.

- ERP anterior (Pararrenal anterior): entre el peritoneo parietal definitivo posterior y la fascia prerrenal.

Contiene las zonas extra peritoneales del esófago, estómago, hígado, duodeno, páncreas, colon ascendente y descendente y recto.

- Contiene la vena cava inferior, la aorta, el simpático, riñones, uréteres y vasos genitales.
- ERP posterior (Pararrenal posterior): entre la fascia retrorrenal y las fascias frenolumboilíaca y del cuadrado lumbar. Contiene en una atmósfera adiposa los nervios iliohipogástrico, ilioinguinal, femorocutáneo y genitocrural y la 4ª arteria lumbar o iliolumbar. A nivel de la fosa ilíaca interna los nervios femorocutáneo y crural son subaponeuróticos o retrofasciales.

4.1.5 Peritoneo.

El peritoneo parietal definitivo limita una cavidad cerrada, excepto en la mujer a nivel del orificio peritoneal de las trompas uterinas con posibilidad de infección retrógrada ascendente. Contiene los órganos intraperitoneales y a su vez se subdivide en espacios y regiones, útiles en la exploración y procedimientos quirúrgicos intraperitoneales y en las vías de abordaje transperitoneales de las estructuras extra peritoneales.

Si examinamos el abdomen por medio de cortes sagitales y frontales observamos que la cavidad abdominal es mucho mayor en sentido vertical que sus límites externos, conteniendo en su interior la cavidad peritoneal, extendiéndose desde el diafragma tóraco abdominal hasta el diafragma pelviano principal. Desde esta perspectiva se justifica la denominación de cavidad abdominopelviana, que se subdivide en sentido craneocaudal en:

Región abdominotorácica: entre el diafragma y el plano subcostal.
Región abdominal media: entre el plano subcostal y el bicrestíleo.
Región abdominopelviana: entre el plano bicrestíleo y el estrecho superior de la pelvis.
Región pelviana: corresponde a la pelvis menor. Es de destacar que el plano del estrecho superior pelviano-promonto-suprapúbico forma con el horizontal un ángulo de 60º.[1]

4.2 ÁREAS TOPOGRÁFICAS DEL ABDOMEN

[1] KOCH, E y JIMÉNEZ, JC. (2009). *Anatomía quirúrgica de las paredes antero laterales del abdomen*: Cirugía digestiva, Galindo: McGraw-Hill. pág. 1-28.

Se consideran para el enfoque del paciente traumatizado cuatro áreas topográficas: toracoabdominal, abdomen anterior, abdomen posterior y flancos, pelvis y glúteos.

Areatoracoabdominal: Va desde el quinto espacio intercostal por delante y la punta de las escápulas por detrás, hasta el reborde costal. Abarca los órganos abdominales, que se proyectan al tórax, y el diafragma. También se le llama abdomen intratorácico.

4.2.1 Abdomen anterior.

Sus límites son los rebordes costales hacia arriba, los ligamentos inguinales y las crestas ilíacas hacia abajo y las líneas axilares anteriores lateralmente. La pared está constituida por láminas musculares que permiten la exploración de las heridas traumáticas. En esta área los órganos son completamente intraabdominales, lo cual permite el escape fácil del líquido intestinal, en caso de ocurrir una perforación intestinal.

4.2.2 Abdomen posterior y flancos.

Área limitada hacia arriba por las puntas escapulares (7º espacio intercostal), hacia abajo por las crestas ilíacas y el borde superior del sacro y anteriormente por las líneas axilares anteriores. Las estructuras ubicadas en esta área se encuentran parcial o totalmente extra peritoneales (duodeno, colon ascendente, descendente y recto, riñones, uréteres, páncreas, aorta y cava), por lo que la lesión de alguna de estas estructuras puede ocurrir sin penetración de la cavidad, la contaminación puede operarse lentamente y las manifestaciones aparecer tardíamente. Los músculos que la limitan son fuertes y voluminosos, condiciones que hacen la exploración difícil e innecesaria.

4.2.3 Pelvis y región glútea

Limitadas hacia arriba por las crestas ilíacas, los ligamentos inguinales y el pubis, limitan inferiormente con la tuberosidad isquiática, la pelvis y los repliegues glúteos y la región glútea. Esta última limita lateralmente con los trocánteres mayores.

La pelvis contiene órganos extra e intraperitoneales (asas de intestino grueso y delgado, vejiga, uréteres, recto, vasos sanguíneos y linfáticos, nervios, útero y anexos en la mujer, próstata y vesículas seminales en el hombre). En esta región, al igual que en la posterior, pueden ocurrir lesiones, sin que haya penetración a la cavidad.

La región glútea está constituida principalmente por estructuras musculares (glúteos máximo, medio y mínimo y piriformes) y se divide por una línea horizontal que une los trocánteres mayores. Las heridas de la mitad superior tienen riesgo de producir lesión de las estructuras contenidas en la pelvis, con la que guarda estrecha relación; las de la mitad inferior pueden lesionar el nervio ciático o los vasos glúteos.

4.3 DEFINICIÓN DE ABDOMEN AGUDO

Como abdomen agudo reconocemos una entidad clínica que de acuerdo a la definición proporcionada por la NACIONAL LIBRARY OF MEDICINE corresponde a un síndrome caracterizado por dolor abdominal que por su gravedad y los síntomas y signos asociados, que simulan una peritonitis aguda, puede corresponder a una patología quirúrgica, pero que no necesariamente lo es. Por este motivo, hay causas de abdomen agudo de tratamiento médico.

Otras definiciones lo expresan como:

_ Un síndrome caracterizado por dolor abdominal intenso generalmente asociado a manifestaciones de compromiso peritoneal que hace considerar la posibilidad de una acción terapéutica de emergencia, por existir riesgo inminente para la vida del paciente.

_ El abdomen agudo es la evolución de un proceso patológico intraabdominal caracterizado por tener no más de una semana de iniciado el cuadro, está abocado a graves complicaciones inmediatas con riesgo vital.

Constituye un motivo frecuente de consulta en la práctica médica habitual y su manejo exige mucha experiencia y capacidad de juicio, ya que el más catastrófico de los fenómenos puede ir precedido de unos signos y síntomas muy sutiles

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

Se estima que hasta el 40 % de las consultas médicas de urgencia son motivadas por un cuadro de abdomen agudo y, como se ha expresado, su correcta evaluación es el paso fundamental para instituir un tratamiento adecuado y oportuno. Por cierto que ello es especialmente válido para las condiciones que van a requerir una resolución quirúrgica, Se ha observado que la población mayor de 65 años requiere cada vez con mayor frecuencia procedimientos quirúrgicos y por otro lado se sabe que en ellos las presentaciones clínicas de las diferentes entidades responsables de una abdomen agudo son atípicas, siendo muchas veces el deterioro agudo funcional o cognitivo el primer signo de una cuadro de

este tipo. El diagnostico resulta más difícil, sobre todo en situaciones de urgencia, dado que la sensibilidad del anciano no es tan aguda como la del adulto, y las reacciones fisiopatológicas (p.ej., dolor, hipersensibilidad, respuesta a la inflamación) no son tan eficaces, los cambios anatómicos, la dificultad en la comunicación, otras enfermedades coexistentes y el mayor deterioro físico y mental también contribuyen a esa dificultad.

Desde antaño se considera al anciano un paciente de alto riesgo. Ello se debe, además de al deterioro biológico progresivo que incluye: depresión del sistema inmune, disfunción del sistema neurohormonal y arteriosclerosis generalizada moderada o avanzada, a la mayor prevalencia de enfermedades asociadas: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes mellitus, etc. Todo ello influido por el estilo de vida y, en cierto grado, por trastornos de la nutrición.

El abdomen agudo quirúrgico (AAQ) en el anciano es cualitativamente distinto al del paciente más joven por la mayor frecuencia de oclusión intestinal, de enfermedades: neoplásica, litiásica de la vía biliar, ulcerosa y divertículo complicadas; por la gravedad de las peritonitis y claro está, por la mayor morbilidad y mortalidad que comporta. Contribuye a esto último, la presentación atípica de tales cuadros, el retraso diagnóstico por temor o falta de cooperación personal o familiar y error diagnóstico médico; o aún peor, la posposición infundada de un examen complementario o de una intervención quirúrgica inevitable que empeora la situación clínica y también quizás un conservadurismo quirúrgico extremo que propicie la realización de una operación inapropiada por insuficiente.

Su diagnóstico diferencial incluye gran variedad de procesos intra y extra abdominales y puede corresponder tanto a procesos médico-quirúrgicos graves, como a situaciones menos serias.

Todo lo expuesto nos impulsó a conocer la magnitud actual del problema en nuestro centro hospitalario para, a partir de las conclusiones, optimizar el enfoque terapéutico médico quirúrgico del enfermo geriátrico.

4.3.1 Clasificación General Del Abdomen Agudo

De Causa Hemorrágica

- Intraluminal (Hemorragia digestiva)
- Intraperitoneal
- Retroperitoneal

De Causa Inflamatoria

- Con perforación
- Sin perforación

De Causa Mecánica (Oclusión Intestinal)

- Con compromiso vascular
- Sin compromiso vascular

De Causa Vascular

- Infarto intestinal
- Aneurisma complicado

De Causa Traumática

- Traumatismo cerrado
- Traumatismo abierto

Del Postoperatorio

- Hemorragia
- Dehiscencia de sutura
- Infeccioso[2]

4.4 HISTORIA DE LA LAPARATOMIA

La laparotomía (laparon = flanco = tome = corte) significa, en el sentido exacto del término, "Sección del Flanco ", tiene, sin embargo, el significado de" apertura quirúrgica de la cavidad abdominal "en el concepto de la mayoría Cirujanos.

Laparotomía (celiocelio = abdomen + tome = corte) sería otro término, poco utilizado hoy en día significa precisamente incisión de la pared abdominal en cualquier región. Por lo tanto, podemos considerar sinónimos los términos laparotomía y celiotomia.

La apertura de la cavidad abdominal con fines de diagnóstico y terapéuticos no es reciente, se remonta a la antigüedad. Sin embargo, se ha convertido en un procedimiento rutinario desde mediados del siglo 20, con el advenimiento de nuevas drogas y la intubación oro traqueal, lo que facilitó enormemente las maniobras de apertura y cierre de la pared abdominal. El mejor conocimiento de los aspectos anatómicos y funcionales de la pared abdominal y de mecanismos de proceso de cicatrización de la herida quirúrgica,

[2]BASSY I.; RODRÍGUEZ S. J.; DOMBRIZ, E. y CHAVES, R. LÓPEZ (2010). *Abdomen Agudo:* Situaciones clínicas más relevantes. México: Paraíso.

contribuyeron significativamente para la reducción de complicaciones postoperatorias de la laparotomía.

Desde 1988, los avances tecnológicos en el área médica ha permitido el desarrollo de la video-laparoscopia, que viene gradualmente sustituyendo a la laparotomía convencional en varios procedimientos intracavitários. El método consiste en pequeñas incisiones en pared abdominal y el uso de equipo óptico-electrónico.

4.4.1 Etapas De La Laparotomía

1. Laparotomía, abertura quirúrgica en la cavidad abdominal
2. Exploración de la cavidad abdominal para evaluar la extensión de la enfermedad y para identificar otros posibles trastornos no diagnosticados previamente
3. Realización de la cirugía propiamente dicha.
4. Inventario o revisión de la cavidad abdominal para tener la certeza de que la cirugía está completa y bien realizada y comprobar si no nos hemos olvidado cuerpos extraños en la cavidad (compresas, gasas, agujas, etc.).
5. Cierre de la cavidad

4.4.2 Clasificación De Las Laparotomías

<u>En cuanto a la finalidad:</u>

- Electivos: cuando tienen un objetivo definido y conocido
- Explotación: cuando el objetivo es definir el diagnóstico.
- Vía de drenaje de colecciones líquidas

<u>Con respecto a la cicatriz umbilical:</u>

- Supra umbilical
- Peri umbilical
- Infra umbilical

<u>Con respecto a la línea media del abdomen:</u>

- Medianas – sobre la línea media:
    - Supra umbilical
    - Infra-umbilical
- Paramediana, derecha o izquierda

<u>Con relación a los músculos rectos:</u>

- Transrectal
- Pararrectal:

- Interna (Lennander)
    - Supra umbilical
    - Para-umbilical
    - Infra-umbilical
    - Xypho-púbica
- Externa
    - Supraumbilical
    - Infra-umbilical (Jalaguier)

<u>En cuanto a la dirección:</u>

- Longitudinal
- Transversal
    - Supra-umbilical - parcial (Sprengel), o total.
    - Infra-umbilical - parcial (Pfannenstiel y Cherney) o total (Gurd)
- Oblicua
    - Subcostal - Kocher
    - Epigástrica diagonal
    - Estrellada Supra umbilical
    - Estrellada infra umbilical
    - Mc Burney
    - Lumbar-abdominal
    - Toracolaparotomia y Toracofrenolaparotomia.
- Combinado
    - Río Branco
    - Kebr (bayoneta)
    - Mayo-Robson
    - Alfredo Monteiro

<u>En cuanto a la complejidad:</u>

- Sencillo - una incisión
- Combinado - Asociación de incisiones.
    - Abdominal pura
    - Toracoabdominal

La elección de la incisión, en principio, se resume en elecciones de incisiones transversales, longitudinales, oblicua o en combinación, dependiendo de la preferencia de

la escuela quirúrgica y mayor experiencia personal de cirujano. Sin embargo, deben ser consideradas como requisitos en la elección de la incisión óptima: el fácil acceso el órgano objetivo; proporcionar el espacio suficiente para que las maniobras quirúrgicas puedan ser ejecutadas de forma segura; permitiendo la reconstrucción de la pared de forma perfecta desde el punto de vista anatómico, funcional y estética y permitir una ampliación rápida y poco traumatizante.

4.4.3 Consideraciones Sobre Las Incisiones

Una incisión de línea media se hace en la línea desde proceso xifoides hasta la sínfisis del pubis, a través de la cicatriz umbilical. La apertura se realiza en el cruce las fibras de la vaina de los músculos recto-abdominales, en consecuencia, no hay una sección de planos musculares. Se considera "herida universal", ya que permite acceso a cualquier órgano, tanto en situación intra-abdominal retroperitoneal como, además de proporcionar un acceso más más rápido y menos hemorrágico, permitir ampliaciones y no traumatizar los tejidos blandos. Sin embargo, las incisiones medinaassupraumbilicales son sujetas a mayor incidencia de evisceraciones y eventraciones, porque la región está sometida a tensiones más altas, ofrecen apoyo inseguro en la realización de las suturas y dan lugar a una mala cicatrización.

Las incisiones paramedianas se sitúan entre 1,5 y 2 cm a la derecha o a la izquierda de la línea media, con extensión variable, desde el reborde condal hasta el pubis. Seccionase la capa anterior de la vaina del músculo recto del abdomen, paralela a la línea media, empujándolo hacia los lados exponiendo la lámina posterior del músculo, que se abre junto con el peritoneo en la misma dirección y extensión de la lámina de la incisión anterior (pararectal Interna - incisión de Lennander). El músculo recto abdominal se pueden mover en sentido medial (pararectal externa - incisión Jalaguier) o atravesado por divulsión sus fibras (transrectal).

La incisión paramediana puede ampliar rápidamente; puede ser largo al inicio, extendiéndose hasta el reborde condral o hasta el pubis; el acceso es bueno y amplio como la proporcionada por la incisión mediana. Puede ser derecho o izquierdo de la línea media por encima o por debajo del ombligo.

La incisión paramediana pararectal externa tiene su uso limitado debido al aumento del riesgo de lesiones a los nervios que entran en el músculo a través de su borde lateral. Se

realiza en el segmento infra umbilical cuando existe una mínima posibilidad de daño a los nervios, ya que permite buen acceso hasta el ciego, el apéndice y anexos derechos uterinos, si se hace bien, y el colon sigmoideo o anexos izquierdos uterinos, a la izquierda.

La incisión transrectal se usa rara vez y generalmente es empleado en pequeñas incisiones para la confección de estomas (gastrostomía, yeyunostomía y colostomía).

Las incisiones longitudinales, la paramediana en menor escala, no dejan de estar situado en la posición donde las fuerzas opuestas estén en la dirección perpendicular a la abertura, tendiendo siempre a apartarse de los bordes suturados; este hecho determina el riesgo de dehiscencia postoperatoria; es más doloroso al mínimo esfuerzos, resultando en reflejo de defensa protectora, en disminución de la amplitud respiratoria y en el acto defensivo para prevenir tos; sobrevienen las complicaciones pulmonares conocida (atelectasia postoperatoria, acumulación de secreciones bronquiales, etc.).

Las incisiones transversales son perpendiculares al plano sagital. Las incisiones pueden ser amplias, en general, extendiéndose de flanco a flanco y la línea media puede ser cruzada por encima o abajo del ombligo. El músculo recto abdominal es seccionado transversalmente y los músculos oblicuos externos e interno, oblicuamente.

Las incisiones infra umbilicales (Gurd) ofrecen buen acceso para la realización de colectomíapancreatectomía. Las incisiones transversas en el cuadrante superior derecha (Sprengel) se utilizan en cirugía para la tracto biliar. En las mujeres las incisiones transversales son indicadas para el a cirugías ginecológicas (Pfannenstiel) y tiene la particularidad la abertura músculo-aponeurótica por la línea alba, como las incisiones longitudinales. Babcock lanzó la incisión transversal corta en el cuadrante inferior derecho para la realización de apendicectomías, las incisiones transversales infra-umbilicales ofrecen excelente acceso a la aorta abdominal y arterias iliacas.

Las incisiones oblicuas seccionan el plano el plano sagital o transversal y los planos musculares, puede o no ser seccionados, dependiendo de la extensión de la incisión.

Las incisiones más conocidas son las incisiones subcostal (Kocher) y el estrellado de Mac Burney en la fosa ilíaca derecha. La incisión de cocher sigue paralelamente al reborde costal y se puede extender desde el apéndice xifoideo al flanco. La derecha permite el acceso a la vesícula biliar y la vía biliar y la izquierda se indica en esplenectomía y los

suprarrenalectomías. La incisión de Mac Burney, indicada en las apendicectomías, la apertura se realiza por divulsión de las capas musculares. Hay todavía, las incisiones lumbo-abdominal, indicadas especialmente para el acceso al retroperitoneo (riñón, uréter, la vena cava, la aorta, la cadena simpática y tumores retroperitoneales); la incisión diagonal epigástrico permite una buena exposición de todo el estómago; la incisión estrellado supra umbilical de Arce (la abertura es similar a Mac Burney) da un buen acceso a colon ascendente, ángulo hepático y la mitad del colon transverso; la toracolaparotomia (apertura de la cavidad torácica y la sección abdominal con sección del reborde costochondral y la incisión en el diafragma) y toracofrenolaparotomia (El acceso al abdomen mediante toracotomía y apertura del diafragma) para el acceso simultáneo a la cavidad torácica y abdominal.

Las incisiones oblicuas, que sacrifican músculos y los nervios, son inconvenientes; no respetan la anatomía y la fisiología de la pared abdominal, a menudo no permitir una exposición adecuada. Hay, sin embargo, buenas incisiones oblicuas, principalmente las cortas, con el paso a través de la capa muscular por la divulsión o la sección de las fibras aponeuróticas.

Las incisiones combinados asocian direcciones verticales, oblicuas y transversales en trayectorias rectilíneas y curvilíneas. Actualmente se utilizan raramente, pero tenían su valor en el pasado, época en la que no había relajantes musculares, hoy común mente usados en los actos anestésicos. Estas incisiones son muy trabajosas y no siempre ofrecen un buen campo operatorio. [3]

4.4.4 Indicaciones De Laparotomía Exploratoria

La exploración quirúrgica del abdomen o laparotomía exploratoria se recomienda para diagnosticar una enfermedad abdominal no precisable por otros métodos o cuando hay una lesión en el abdomen causada por una herida con arma de fuego o cortante, lo cual es

[3]TAZIMA, M.; MORAIS, M.; ANDRADE, V. y TAKACHI, M. (2011). *Laparotomía:* Fundamentos En Clínica Quirúrgica - 3ª Parte, México: Revista, pág. 1 - 33

conocido como "trauma contundente". Entre las enfermedades que pueden diagnosticarse con mayor precisión por medio de la laparotomía exploratoria se encuentran las siguientes:

- Inflamación del apéndice (apendicitis aguda)
- Inflamación del páncreas (pancreatitis aguda o crónica)
- Cavidades infectadas (absceso retroperitoneal, absceso abdominal, absceso pélvico)
- Presencia de tejido uterino en el abdomen (endometriosis)
- Inflamación de las trompas de Falopio (salpingitis)
- Tejido cicatricial en el abdomen (adherencias)
- Cáncer (de ovario, colon, páncreas, hígado)
- Inflamación del divertículo intestinal (Diverticulitis)
- Perforación intestinal
- Embarazo en el abdomen fuera del útero (embarazo ectópico)
- Diferentes grados de manifestación de cáncer (como el linfoma de Hodgkin)

4.5 IMPORTANCIA DE DIAGNOSTICO PREOPERATORIO PREVIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA.

El diagnostico preoperatorio se define como la patología primaria con la cual es llevado al quirófano el paciente y la importancia en el presente estudio de esta variable es determinar el porcentaje de certeza de dicho diagnóstico. Así como también en los casos de diagnósticos sindrómicos para determinar las patologías más frecuentes.

El retardo en el diagnóstico oportuno y el inadecuado manejo preoperatorio de los casos quirúrgicos, constituyen al parecer una de las causas principales en la evolución desfavorable de los pacientes que sufren de estas enfermedades, apareciendo con más frecuencia en ellos complicaciones graves, tales como perforación, peritonitis, abscesos intraabdominales, mayor riesgo de sepsis y aumento brusco de la mortalidad, por lo cual un diagnóstico precoz con evaluación precisa del estado del paciente y una resolución terapéutica adecuada serán determinantes en la evolución y pronóstico de su enfermedad.

4.6 IMPORTANCIA DE GRUPO ETAREO EN LAPARATOMIA EXPLORATORIA COMO FACTOR DE RIESGO

La edad como un factor de riesgo en toda intervención quirúrgica influye en la morbi-mortalidad quirúrgica, ya que es conocido que en los extremos de la vida, pero

principalmente en la edad avanzada se incrementa el riesgo operatorio debido a la reducción general en la función orgánica, ya que la respuesta inotrópica, la hemostasia cardiovascular y la capacidad de respuesta al estrés están disminuidas. El paciente anciano padece de más enfermedades, es mucho más vulnerable a todo tipo de agresión, sus mecanismos de defensa son limitados y sus reservas fisiológicas son menores.

Además las patologías se superponen unas sobre otras en mayor medida que en otras edades y se manifiestan, diagnostican y tratan en muchos casos de diferente forma, lo cual ocasiona un aumento de la morbi-mortalidad del paciente anciano. En el sistema cardiovascular del anciano se evidencian tres cambios fundamentales: disminución del gasto cardíaco en reposo, prolongación del tiempo de circulación y aumento progresivo de la circulación sanguínea; los dos primeros ocasionan una disminución en la velocidad de absorción de las drogas.

4.7 COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS.

Se define como toda desviación del proceso de recuperación que se espera, tras una intervención quirúrgica.

La infección del sitio quirúrgico (SSI) es la tercera infección nosocomial más frecuente (14-16%) y la primera entre los pacientes quirúrgicos (38%). Por lo que su incidencia es uno de los indicadores que se utilizan para evaluar la calidad asistencial. Muchos son los factores que influyen en la aparición de una (SSI) lo que dificulta el análisis de sus causas.

Las (SSI) tienen múltiples etiologías, unas son dependientes del estado previo del paciente; otras, de la enfermedad que ha motivado la intervención quirúrgica; otras, del lugar en el que ésta se desarrolla y la recuperación postoperatoria inmediata; otras, de la propia intervención quirúrgica, y otras, del equipo quirúrgico[4]

Existe una larga lista de otras complicaciones que pueden ocurrir después de cada tipo de cirugía. Éstas incluyen: complicaciones de las heridas (hematoma, seroma, dehiscencias), complicaciones cardiacas (IAM, arritmias), complicaciones pulmonares (neumonía aspirativa, atelectasias, derrame pleural, neumotórax), complicaciones peritoneales

[4] CULVER, DH.; HORAN, TC.; GAYNES, RP.; EYKYN, SJ. y LITTLER, WA (1991). *Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure And Patientrisk Index*: National Nosocomial Infections Surveillance System. Am J Med; pág. 152-7.

(obstrucción intestinal, distensión gástrica), complicaciones urinarias (retención urinaria, infección de vías urinarias)**.**

Según datos publicados en algunos estudios, se encontró que las complicaciones más frecuentes en estos pacientes fueron el íleo paralítico, seguido por el desequilibrio hidroelectrolítico y sepsis. El mayor número de complicaciones fue para los pacientes con oclusión intestinal.

Varios autores en la literatura internacional revisada coinciden en que las complicaciones intestinales así como los trastornos hidroelectrolíticos están entre las más frecuentes y todas ellas aumentan la mortalidad postoperatoria**.**

4.7.1 Principales complicaciones postoperatorias.

4.7.1.1 *Dolor.*

La posibilidad que exista dolor antes, durante o después de la intervención quirúrgica, es una de las grandes preocupaciones que aquejan a los pacientes al momento de acudir al médico para que este haga lo posible para resolver su dolencia. Mayor es la incertidumbre si existe la posibilidad de que la solución para el problema del enfermo requiera una intervención quirúrgica.

Antes de abortar las características y peculiaridades referentes al dolor postoperatorio, vamos a definir qué significa el dolor como tal:

Según la International Asociation for Study of Pain (IASP) se define al dolor como: *"… una sensación desagradable y una experiencia emocional asociada con posible o potencial lesión del tejido, o descrito en términos de este tipo de lesión".*[5]

Este concepto tan amplio, y que abarca cuadros variados como los dolores agudos o crónicos, de estirpe somático, visceral, neuropático o psicógeno; ocasionados por diversos mecanismos fisiopatológicos, debe dirigir nuestra atención a que, el carácter del dolor que sufre un paciente es su experiencia propia e intransferible, siendo nuestra tarea evaluarlo y tratarlo en consecuencia, mas no juzgarlo.

[5] BARZALLO, J. (2004). *Anestesia Básica*. 2da. Ed. Publicado en Cuenca. Departamento de Publicaciones de Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. Pág. 275-85.

La presencia de dolor como padecimiento postoperatorio, es una situación ampliamente estudiada; de allí por ejemplo en un estudio español en 2002 por Bermúdez et al, describe que el dolor postoperatorio a las 24 horas de la intervención fue nulo o leve en el 71% de los pacientes, moderado en el 23% e intenso en el 6%.21 Así también Gallego (España) en 2004 es un estudio que incluye 388 pacientes, donde 97,2% refirieron haber experimentado dolor en algún momento durante su estancia en el hospital y 96,9% refirieron haber presentado dolor en las últimas 24 horas. La intensidad del dolor en el momento de la entrevista fue de 3,08 ± 2,35. La mayor intensidad de dolor fue de 6,7 ± 2,78 y la menor de 0,89 ± 1,57. En el momento de la entrevista 40,5% refirieron dolor moderado y 16% dolor severo. [6]

4.7.1.1.1 *Complicaciones postoperatorias relacionadas con dolor.*

Los objetivos fundamentales de la anestesia son protección neurovegetativa y analgesia, por tanto no debería ser concebible que un paciente experimente dolor después de una intervención quirúrgica; pero, como ya se explicó; existen diversos factores que inciden sobre la posibilidad de experimentar dolor por los pacientes, y si esto sucede se produce la activación de un serie de mecanismos neurovegetativos y endocrinológicos que alteran la fisiología normal del paciente, al punto de generar complicaciones que pueden incrementar el tiempo de hospitalización o provocar alteraciones más graves que incidirían en el pronóstico de intervención y la salud del paciente.

El dolor como tal puede desarrollar ciertas complicaciones que se presentarán en función de percepción de esta sensación en los pacientes. Así tenemos:

Complicaciones cardiovasculares: La posibilidad de una alteración cardiovascular está relacionada con el 23% de las muertes en el postoperatorio, especialmente en aquellos pacientes cardiópatas. La hiperreactividad simpática desencadenada por el dolor genera un aumento de la frecuencia cardiaca y de las resistencias vasculares periféricas con el consiguiente incremento de la presión arterial media, del índice cardiaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio. La disminución del flujo sanguíneo puede interferir en la correcta cicatrización postquirúrgica. Se incrementa el riesgo de trombosis venosa profunda y por consiguiente de trombo embolismo. La agregabilidad plaquetaria se encuentra incrementada junto con la coagulación.

[6] BERMÚDEZ, I. (2009). *"Colecistectomía laparoscópica en régimen Ambulatorio".* Rev. Cir. Esp.; 76(3): 159-63. Consultado Noviembre 28, 2009.

Complicaciones respiratorias: aquí, el dolor actúa como factor agravante y coadyuvante para la presencia estas complicaciones. La consecuencia de todas estas circunstancias, modificaciones fisiopatológicas y/o complicaciones respiratorias, es una alteración de la relación ventilación/ perfusión con la producción de una derivación intrapulmonar y determinando la aparición de hipoxemia en el periodo postoperatorio.

Complicaciones digestivas: Las complicaciones más frecuentes incluyen alteraciones como distensión abdominal, náuseas, vómitos, o íleo paralítico, provocando una mala asimilación de la ingesta alimenticia o intolerancia digestiva, todo ello motivado por un aumento del tono de los esfínteres y de las secreciones intestinales, con inhibición y disminución de la motilidad gastrointestinal, en particular a nivel de estómago y colon. Se relacionan también a los opioides (excepto metamizol) con depresión del funcionalismo gastrointestinal (producen nausea y vómito) independientemente de la vía de administración.

Complicaciones psicológicas: luego de la intervención quirúrgica en la mayoría de pacientes se evidencian alteraciones de índole psicológicas y que pueden relacionarse con dolor después de la cirugía. Sin embargo, la misma percepción dolorosa puede presentarse en mayor o menor medida en función de las características propias del paciente. Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la *ansiedad*, el *miedo* y la *depresión*. Se considera que a mayor ansiedad, mayor dolor; pero esta relación ansiedad-dolor no está clara, ya que son muchos los factores susceptibles de modificar para dicha relación, en uno u otro sentido (ansiedad preoperatoria,[7]

4.7.1.2 *Náusea y vómito postoperatorio. (NVPO)*

Son conceptos muy conocidos, sin embargo es necesario definirlos y caracterizarlos para expresar en un mismo lenguaje los conocimientos. Así:

Náusea: sensación subjetiva implacentera de la necesidad de vomitar.

[7] MUÑOZ, I. (2009) *"Complicaciones del dolor postoperatorio"*. Rev. Soc. Esp. del Dolor, Vol. 8, Nº 3, pág.: 194-211, Consultado Noviembre 28, 2009.

Vómito: Expulsión a través de la boca del contenido de la porción superior del tubo digestivo por efecto de la contracción de los músculos que lo forman y de la pared abdominal y torácica.

La NVPO es una complicación alarmante y potencialmente peligrosa que tiene una incidencia de 5 al 42% en pacientes en pacientes sometidos a anestesia general. Se encuentra entre los 5 eventos postoperatorios más desagradables.

En un estudio realizado por JM East y col. en los dos principales hospitales de Jamaica en 2009 se observa que riesgo de NVPO después de la colecistectomía laparoscópica fue 28.7%. Los autores realizan especial énfasis en 81.4% de los casos de NVPO ocurrieron solamente luego que el paciente fuera dado de alta en la sala de recuperación.[8]

4.7.1.3 Fiebre

La fiebre es el aumento térmico corporal de un individuo, el mismo que excede la variación diaria normal de la temperatura y ocurre en relación con un incremento en el punto de ajuste térmico hipotalámico.44 El regulador hipotalámico se localiza en el área pre óptica y actúa como un termostato para marcar un punto de referencia de temperatura normal controlando la producción y pérdida de calor en el organismo.

Etiología de la fiebre.- las causas de la variaciones de la temperatura son muy variadas como inespecíficas, así podemos encontrar factores como infecciones principalmente, traumatismos, quemaduras, neoplasias (hepáticas, renales y linfoides), trombosis, drogas, alergias, necrosis tisulares (por ejemplo, el infarto de miocardio), enfermedades metabólicas (crisis tiroidea, ataque agudo de gota) entre otras causas. Existe también la "fiebre de origen desconocido"; que es cuando la temperatura alcanza por lo menos 38,3ºC durante al menos 2 o 3 semanas sin que se pueda establecer ningún diagnóstico después de una valoración hospitalaria inicial.

Las elevaciones térmicas que ocurren transitoriamente en el período postoperatorio están relacionadas con la reabsorción de materias extrañas, anormalidades metabólicas o endocrinas, prolongada hipotensión con inadecuada perfusión tisular periférica o a

[8] WHIZAR-LUGO, V.; OCHOA-ORTÍZ, G. (2009). *"Conceptos Actuales en Dolor por Cáncer"*. Anestesia en México, Vol.17, Pág.: 53-69. Consultado Diciembre 13,2009.

reacciones transfusión ales, teniendo en cuenta que estas inician su aparición en el periodo postoperatorio inmediato (primeras 12 horas). [9]

4.7.1.4 Infección

Ocurre dentro de los 30 días después de cirugía.

- Compromete únicamente la piel y tejido subcutáneo a la incisión.
- Contener mínimo una de las siguientes condiciones:
  - Drenaje purulento, con o sin confirmación microbio-lógica por la incisión superficial
  - Aislamiento del microorganismo en un fluido o tejido.
  - Mínimo uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor, inflamación, eritema, calor o que el cirujano haya abierto deliberadamente la herida quirúrgica, excepto si el cultivo es negativo.
  - Diagnóstico de Infección por parte del cirujano.

No se reporta como incisión superficial:

• Inflamación o secreción del sitio donde entra el punto.

• Infección en la episiotomía o en la circuncisión de un recién nacido.

• Infección de una quemadura.

• Si la incisión compromete planos más profundos, que se extienda a la fascia o al músculo.

La confirmación de infección de la herida se la realiza por medio del envío de por lo menos 1 gramo de tejido a microbiología y el resultado es $1x10_5$ de unidades formadoras de colonias que justifica el tratamiento inmediato con antibióticos.

Entre los signos que encontramos están el rubor, tumor, calor y dolor. [10]

4.7.1.5 Hernia de la pared anterior del abdomen.

Resultan de defectos en la fascia y de los músculos dl abdomen a través de los cuales puede salir el contenido abdominal.

---

[9] PADILLA, J. (2009). *Fiebre:* Fisiopatología, Patrones y Tratamiento. Universidad de Iberoamérica, UNIBE ISSN 1659 3545. 2009.

[10]FUERTES, L.; SAMALVIDES, F.; CAMACHO, V. *(2009)*. *Infección del sitio quirúrgico*: Comparación de dos técnicas quirúrgicas. *MedHered*, vol.20, no.1, p.22-30. ISSN 1018-130X. 46

Las hernias pueden ser resultado de un defecto congénito o adquirido, en el último caso son resultado del deterioro de las estructuras de las aponeurosis musculares o por el fracaso de una incisión en la pared anterior del abdomen.

Se presenta como una masa en la pared anterior que aumenta con la maniobra de Valsalva. Puede ser asintomática como ser molestosos para el paciente.

Cuando la hernia no se reduce se conoce como hernia incarcerada y necesita tratamiento quirúrgico inmediato.

4.7.1.6 Hernias umbilicales.

Se forman en el anillo umbilical, puede ser congénita o adquirida, la adquirida

Su tratamiento depende si causa molestias o es incarcerada es necesario el tratamiento quirúrgico.

4.7.1.7 Hematoma

Es la acumulación de sangre coagulada proveniente de traumatismos, hemostasia deficiente y trastornos de coagulación.

extravasado es grande, puede por comprensión producir isquemia y subsecuente lesión de los tejidos con necrosis, sobre todo a nivel de piel supra yacente.

Representan un caldo de cultivo para infecciones, motivo por el cual deben ser drenadas a la brevedad posible. Si el sangrado continúa a pesar de la evacuación local, es imperativa la re exploración de la herida.[11]

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

[11] BRUNICARDI, F. (2005), *Principios de Cirugía de Schwartz*. Estados Unidos. Editorial McGraw Hill. Vol. 1, cap. 13, pág.: 379.

Descriptivo, Retrospectivo y Transversal

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros “IESS” Loja, ubicado en las calles: Santo Domingo e Ibarra.

5.3 UNIVERSO

Pacientes atendidos en el área de Cirugía-Emergencia del Hospital Manuel Ygnacio Monteros “IESS” Loja, portadores de Abdomen Agudo durante el periodo de estudio.

5.4 MUESTRA

Pacientes portadores de Abdomen Agudo quirúrgico, y sometidos a Laparotomía exploratoria, durante el periodo de estudio.

Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión son un total de 181.

Criterios de Inclusión:

- Personas de cualquier edad y cualquier género portadores de Abdomen Agudo Quirúrgico.
- Pacientes sometidos a Laparotomía Exploratoria operados en este hospital durante el periodo de estudio.
- Pacientes Ingresados por el Servicio de Emergencias.

Criterios de Exclusión

- Pacientes portadores de abdomen agudo no quirúrgico.
- Paciente que no fueron operados en este hospital
- Pacientes sometidos a Laparotomías Exploratorias previamente programadas por consulta externa

5.5 TÈCNICAS

La recolección de la información se realizó mediante la revisión bibliográfica para el desarrollo del marco teórico. La recolección de todos los datos se realizó mediante técnica de acopio revisando las historias clínicas virtuales constantes en el sistema AS400, tomando datos concernientes a edad de paciente, diagnósticos pre quirúrgicos, hallazgos durante la operación, complicaciones post quirúrgicas y días totales de hospitalización.

5.6 PROCEDIMIENTO

5.6.1 Autorización: Se pidió el permiso correspondiente:

5.6.1.1 Al Director Médico del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" Loja, el Dr. Nelson Samaniego, para el acceso a la unidad de salud y al área de estadística.

5.6.2 Proceso

5.6.2.1 Se obtuvo los datos a partir de la información registrada en las Historias clínicas virtuales y protocolos operatorios que constan en el Sistema AS400.

5.6.3 Análisis estadístico: Se lo realizó mediante la estadística descriptiva con tablas de frecuencia, mediante el programa de Microsoft Excel.

6. RESULTADOS

6.1 DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA.

TABLA N° 1.

LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA SEGÚN GRUPOS ETAREOS.

AÑOS	NÚMERO	PORCENTAJE
< 14	34	18,80%
14 - 26	40	22,10%
27 - 59	79	43,60%
> 60	28	15,50%
Total	181	100,00%

Fuente: Historias clínicas electrónicas constantes en el sistemas AS400 del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" Loja.
Elaboración: El autor (Juan Carlos Herrera)

La información proporcionada en la presente tabla nos permite determinar que dentro de la población de estudio, el grupo de edad en el cual se han realizado más Laparotomías Exploratorias han sido las personas entre 27 – 59 años de edad, representando un (43,60%), siguiéndole e grupo etáreo comprendido entre 14 y 26 años (22,10%), podemos notar que las personas en quienes se ha realizado con menos frecuencia dicho procedimiento han sido los mayores de 60 años de edad, representando un 15,50% dentro de este estudio.

6.2 DIAGNÓSTICOS PREOPERATORIOS DE PACIENTES SOMETIDOS A LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA.

TABLA N°2.

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIOS DE LAPARATOMÍAS EXPLORATORIAS

PATOLOGÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
APENDICITIS AGUDA	137	75,70%
ABDOMEN AGUDO	12	6,60%
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMPLICADA	11	6,10%
COLECISTITIS COMPLICADA	7	3,90%
TRAUMA ABDOMINAL ABIERTO TRAUMA ABDOMINAL ABIERTO	5	2,80%
TRAUMA ABDOMINAL CERRADO	4	2,20%
PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA	3	1,70%
ISQUEMIA INTESTINAL	1	0,60%
PANCREATITIS AGUDA COMPLICADA	1	0,60%
Total	181	100,00%

Fuente: Historias clínicas electrónicas constantes en el sistemas AS400 del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" Loja.
Elaboración: El autor (Juan Carlos Herrera)

En la presente tabla podemos observar que en el estudio realizado, se ha encontrado como principal diagnostico preoperatorios la Apendicitis aguda (75,70%), en un 6,60% de los casos el diagnóstico ha sido poco claro determinándose como Abdomen Agudo, del resto de diagnósticos el que sigue en secuencia es la obstrucción intestinal complicada y la colecistitis complicada con un 6,10% y 3,90% correspondientemente.

6.3 HALLASGOS POST-LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA.

TABLA N°3.

HALLASGOS QUIRÚRGICOS

PATOLOGÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
APENDICITIS AGUDA	108	59,70%
APENDICITIS AGUDA + PERITONITIS	39	21,50%
COLECISTITIS COMPLICADA	8	4,40%
PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA	5	2,80%
ABSCESO RESIDUAL	3	1,70%
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ALGUN TIPO DE HERNIA	3	1,70%
VÓLVULO DE CIEGO	3	1,70%
HEMOPERITONEO	2	1,10%
INTUSUSCEPCION	2	1,10%
SINDROME ADERENCIAL	2	1,10%
ENFERMEDAD DIVERTICVULAR COMPLICADA	1	0,60%
HEMATOMA RETROPERITONEAL	1	0,60%
ISQUEMIA MESENTÉRICA	1	0,60%
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMPLICADA	1	0,60%
PANCREATITIS AGUDA COMPLICADA	1	0,60%
TRAUMATISMO HEPÁTICO	1	0,60%
Total	181	100,00%

Fuente: Historias clínicas electrónicas constantes en el sistemas AS400 del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" Loja.
Elaboración: El autor (Juan Carlos Herrera)

En la presente tabla podemos observar que dentro del estudio realizado, se ha determinado a la Apendicitis Aguda como hallazgo principal encontrándose en 108 de los casos y representando un 59,70%. También se observa que en 39 de los casos correspondientes a un 21,50% el hallazgo ha sido Apendicitis Aguda más Peritonitis. La Colecistitis complicada y la Perforación de víscera hueca también son hallazgos algo relevantes dentro de este estudio representando un 4,40% y 2,80% respectivamente.

6.4 OPERACIÓN REALIZADA TRAS LA LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA.

TABLA N° 4.

OPERACIÓN REALIZADA

PROCEDIMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
APENDICECTOMÍA	114	63,00%
APENDICECTOMÍA + LAVADO DE CAVIDAD	33	18,20%
COLECISTECTOMÍA	8	4,40%
LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS	5	2,80%
RESECCIÓN INTESTINAL + ILEOSTOMÍA	5	2,80%
RESECCIÓN DE COLON + COLOSTOMÍA	4	2,20%
DRENAJE DE ABSCESO	3	1,70%
RESECCION INTESTINAL + ANASTONOSIS	3	1,70%
LIBERACIÓN DE ASAS INTESTINALES + SECCION DE ANILLO HERNIARIO	2	1,10%
RAFIA DE PARED ABDOMINAL	2	1,10%
DESVOLVULACIÓN CECAL	1	0,60%
EMPAQUETAMIENTO HEPÁTICO	1	0,60%
Total	181	100,00%

Fuente: Historias clínicas electrónicas constantes en el sistemas AS400 del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" Loja.
Elaboración: El autor (Juan Carlos Herrera)

La presente tabla nos permite observar que dentro del estudio realizado se ha determinado que en 114 de los casos conformando un 63,00% la operación principal realizada ha sido la de Apendicetomía Convencional, siguiéndole a esta se encuentra la Apendicetomía más Lavado de Cavidad Abdominal en 33 de los casos representando el 18,20%, a la colecistectomía se la encuentra en un 4,40% de los casos.

6.5 COMPLICACIONES POSTERIORES A LA REALIZACIÓN DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA

TABLA N°5.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

COMPLICACIONES	NÚMERO	PORCENTAJE
NINGUNA	148	81,80%
NEUMONÍA	9	5,00%
SEPSIS	8	4,40%
ÍLEO PARALÍTICO	6	3,30%
INFECCIÓN DE HERIDA	5	2,80%
ABSCESO INTRAABDOMINALES	3	1,70%
SEROMA	2	1,10%
Total	181	100,00%

Fuente: Historias clínicas electrónicas constantes en el sistemas AS400 del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" Loja.
Elaboración: El autor (Juan Carlos Herrera)

En la presente tabla se observa que dentro del estudio realizado, en la gran mayoría de los casos los pacientes sometidos a Laparotomía Exploratoria no presentaron ninguna complicación post-operatoria, representando así un 81,80. De entre los pacientes que presentaron alguna complicación post-operatoria tenemos a la Neumonía representando un 5,00%, la Sepsis en un 4,40%, además en forma decreciente se encuentran el Íleo Paralitico, infección de herida quirúrgica, abscesos intraabdominales, y el seroma.

6.6 DÍAS TOTALES DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA.

TABLA N°6.

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
1 – 3	90	49,70%
4 – 10	61	33,70%
11 – 20	17	9,40%
21 – 30	5	2,80%
31 – 60	7	3,90%
>60	1	0,60%
Total	181	100,00%

Fuente: Historias clínicas electrónicas constantes en el sistemas AS400 del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS" Loja.
Elaboración: El autor (Juan Carlos Herrera)

En la presente tabla podemos observar que dentro del estudio realizado se ha podido determinar que en 90 de los casos (49,70%) el tiempo de hospitalización total ha sido de 1 a 3 días, seguido por 61 de los casos (33,70%) en los cuales el tiempo de hospitalización ha sido de 4 a 10 días. Además no ha habido casos a excepción de uno en los cuales la estancia hospitalaria total haya sido mayor a 60 días.

7. DISCUSIÓN

Dado que la laparotomía exploratoria es una técnica antigua que en la actualidad se la sigue utilizando pero que poco a poco está siendo remplazada por nuevas técnicas como la Laparoscopia exploratoria no se han realizado estudios recientes en cuanto a esta temática, se ha podido comparar nuestro estudio con otros realizados en Colombia en el años 2000 y en Perú en el año 2002.

- En comparación con otros estudios como la realizada en Colombia en el año 2000 en 69 pacientes sometidos a Laparotomía Exploratoria se encontraron que la mayor distribución etárea estuvo entre 20 y 49 años, en otro estudio realizado en Perú en el año 2002 en un hospital militar mostro que dicho parámetro fluctuaba entre personas de 16 a 33 años de edad, mientras que en el presente trabajo el grupo etáreo fluctúa entre personas de 27 a 59 años, al analizar estos datos nos damos cuenta de que en todos estos estudios las personas más propensas a padecer patologías que requieran el uso de Laparotomía exploratoria son aquellas que se encuentran en la edad de la adultez.

- En el mismo estudio realizado en Perú los principales reportes de diagnóstico preoperatorio fueron Traumatismo Abdominal Abierto (31.8%) mientras que en nuestro trabajo el que predomino fue Apendicitis Aguda (75,70%), esta notable diferencia entre diagnósticos nos da la pauta de que la localidad influye mucho en el tipo de patologías que se pueden presentar así mismo de que los diagnósticos varían dependiendo del tipo de especialidades médicas y nivel de cobertura de atención que tenga el Hospital. [12]

- Analizando las complicaciones encontradas según los estudios en Colombia y en Perú se encontró a la infección de herida operatoria en un 25% de los casos, y el absceso intraabdominalen un 9.9% como complicaciones más frecuentes correspondientemente, y como complicaciones adicionales se encontraron abscesos intraabdominales, íleos paralíticos, eventraciones, adherencias, sepsis, neumonías, lo que se encontró al realizar nuestro estudio es que en el 81.80% de los casos no se presentaron complicaciones significativas después de la intervención

[12] ARGUELLO, A. (2000). *Laparotomía laparoscópica diagnóstica, laparoscopía operatorio, análisis y costos*. Rev. Colombiana de Ginecología. Vol. 51, N° 01.

quirúrgica, y que se observó a la neumonía como complicación más frecuente (5,00%), aunque también se presentaron casos de sepsis, íleo paralitico, infección de heridas, abscesos intraabdominales y seromas. No existe diferencia significativa en cuanto a las complicaciones postquirúrgicas pero si notamos una diferencia en cuanto a la frecuencia con la cual se presentan, considerando esto podemos mostrar que la técnica de Laparotomía Exploratoria en la actualidad tiene menos probabilidad de presentar complicaciones o éstas se presentan en menor medida.

- El promedio de estancia hospitalaria en el estudio realizado en Colombia fue de 9.60 días, en el estudio de Perú se encontró un promedio de 62.5 días y en nuestro trabajo la estancia promedio fue de 1 -3 días, esta estancia hospitalaria depende de todos los factores antes mencionados como el diagnóstico, los hallazgos, las cirugías realizadas y las complicaciones posquirúrgicas. El que un paciente tenga menor tiempo hospitalario implica menos tiempo de exposición a patógenos hospitalarios al mismo tiempo que significa menos costo para el paciente como para la institución.[13]

- Se debe considerar que de los 137 casos en los cuales se ha determinado como diagnostico pre quirúrgico a la apendicitis aguda no a todas se las podría englobar dentro del contexto correspondiente a Laparotomía exploratoria propiamente dicha ya que en muchos de estos casos ya existió un diagnóstico preestablecido en mayor o menor medida, sin embargo se los ha tomado en cuenta dentro de la población estudiada a razón de que la laparotomía exploratoria ha servido para corroborar el diagnóstico y la extensión de la afección así como dar tratamiento a dicha patología, además argumentando que de los 137 casos antes mencionados, en 108 de los mismos el diagnostico pre quirúrgico concuerda con los hallazgos encontrados en la laparotomía exploratoria, podemos objetar que en estos casos pudo haberse escogido la laparoscopia exploratoria como método de corroboración diagnostica y/o terapéutica. De la misma manera es muy acertado aclarar que pueden existir algunas razones por las que se puede escoger a la laparotomía sobre la laparoscopia como por ejemplo el estado hemodinámico del paciente, la experiencia del cirujano, el equipamiento necesario, etc.

[13] ROJAS, HR. (2002). *"Laparotomía exploratoria en emergencia hospital militar central 1980 – 2001*" Lima – Perú, Nro. 01.

8. CONCLUSIONES

1. **Se encontró 181 casos de pacientes sometidos a laparotomía exploratoria por abdomen agudo en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso – IESS Loja, durante el periodo de Enero a Agosto del 2014.**
2. **El grupo etáreo intervenido con mayor frecuencia por Laparotomía Exploratoria estuvo entre los 27 y 59 años de edad (43,6%), este grupo corresponde a la población adulta.**
3. **La principal causa de elección de la técnica de Laparotomía Exploratoria es la Apendicitis Aguda, mientras que la segunda causa de cirugía en emergencia por abdomen agudo es aquel sin identificación etiológica en particular. En el tercer lugar de elección de esta técnica corresponde al abdomen agudo obstructivo.**
4. **Las cinco lesiones más frecuentes fueron: de origen inflamatorio principalmente apendicitis aguda y la apendicitis aguda con peritonitis, también la colecistitis complicada y algunos casos de perforación de víscera hueca**
5. **La cirugía realizada más frecuentemente es la apendicetomía convencional seguida a esta la apendicetomía más lavado de cavidad abdominal, en tercer lugar se encuentran las colecistectomías.**
6. **La gran mayoría de personas sometidas a laparotomía exploratoria no presentaron complicación alguna, de entre las personas que si lo presentaron la principal patología fue la neumonía, seguida por la sepsis en pacientes cuyas cirugías fueron de mayor complejidad, seguido a esto está el íleo paralitico y las infecciones de herida quirúrgica.**
7. **El tiempo total de hospitalización en los pacientes sometidos a laparotomía exploratoria en este hospital ha sido de entre 1 a 3 días en la mayoría de los casos. Se ha observado que los días de hospitalización han aumentado conforme lo han hecho las complicaciones postquirúrgicas o en su caso el nivel de complejidad de la cirugía realizada.**

9. RECOMENDACIONES

1. **Dado el índice relativamente elevado que se encontró de Laparotomías Exploratorias tanto en niños y en ancianos se recomienda establecer y reconocer el dolor abdominal en los niños y en el adulto mayor como una emergencia que debe recibir la atención médica especializada inmediata para dar el tratamiento oportuno.**
2. **Dado que existe un porcentaje considerable de apendicitis complicadas se recomienda establecer una campaña informativa sobre el peligro de la automedicación pre hospitalario de fármacos que pueden enmascarar y agravar el cuadro de una apendicitis.**
3. **Fomentar una forma más eficaz de seguimiento a los pacientes operados, que incluya una adecuada recolección de datos para obtener una mejor información sobre las complicaciones post operatorias tardías en los pacientes.**
4. **La creación de protocolos de manejo de abdomen agudo en pacientes geriátricos a fin de evitar los retrasos en el diagnóstico y la consiguiente morbi-mortalidad.**
5. **Educación médica continúa a la población.**
6. **Estimulación de estudios e Investigaciones para realización de proyectos de intervención.**

10. BIBLIOGRAFIA

1. KOCH, E y JIMÉNEZ, JC. (2009). *Anatomía quirúrgica de las paredes antero laterales del abdomen*: Cirugía digestiva, Galindo: McGraw-Hill. pág. 1-28. Disponible en: http://www.sacd.org.ar/uuno.pdf

2. BASSY I.; RODRÍGUEZ S. J.; DOMBRIZ, E. y CHAVES, R. LÓPEZ (2010). *Abdomen Agudo:* Situaciones clínicas más relevantes. México: Paraíso. Disponible en: www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35...III

3. TAZIMA, M.; MORAIS, M.; ANDRADE, V. y TAKACHI, M. (2011). *Laparotomía:* Fundamentos En Clínica Quirúrgica - 3ª Parte, México: Revista, pág. 1 - 33. Disponible en: http://www.fmrp.usp.br/revista

4. CULVER, DH.; HORAN, TC.; GAYNES, RP.; EYKYN, SJ. y LITTLER, WA (1991). *Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure And Patientrisk Index*: National Nosocomial Infections Surveillance System. Am J Med; pág. 152-7.

5. BARZALLO, J. (2004). *Anestesia Básica*. 2da. Ed. Publicado en Cuenca. Departamento de Publicaciones de Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. Pág. 275-85.

6. BERMÚDEZ, I. (2009). *"Colecistectomía laparoscópica en régimen Ambulatorio".* Rev. Cir. Esp.; 76(3): 159-63. Consultado Noviembre 28, 2009.

7. MUÑOZ, I. (2009) *"Complicaciones del dolor postoperatorio*". Rev. Soc. Esp. del Dolor, Vol. 8, Nº 3, pág.: 194-211, Consultado Noviembre 28, 2009.

8. WHIZAR-LUGO, V.; OCHOA-ORTÍZ, G. (2009). *"Conceptos Actuales en Dolor por Cáncer"*. Anestesia en México, Vol.17, Pág.: 53-69. Consultado Diciembre 13,2009.

9. PADILLA, J. (2009). *Fiebre:* Fisiopatología, Patrones y Tratamiento. Universidad de Iberoamérica, UNIBE ISSN 1659 3545. 2009.
Disponible en: http://www.unibe.ac.cr/revista/medicina/medicina-evolucionista-un-complemento-en-la-educacion-medica.html>

10. FUERTES, L.; SAMALVIDES, F.; CAMACHO, V. *(2009)*. *Infección del sitio quirúrgico*: Comparación de dos técnicas quirúrgicas. *MedHered*, vol.20, no.1, p.22-30. ISSN 1018-130X. 46

11. BRUNICARDI, F. (2005), *Principios de Cirugía de Schwartz*. Estados Unidos. Editorial McGraw Hill. Vol. 1, cap. 13, pág.: 379.

12. ARGUELLO, A. (2000). *Laparotomía laparoscópica diagnóstica, laparoscopía operatorio, análisis y costos*. Rev. Colombiana de Ginecología. Vol. 51, N° 01.

13. ROJAS, HR. (2002). *"Laparotomía exploratoria en emergencia hospital militar central 1980 – 2001"* Lima – Perú, Nro. 01.

11. ANEXOS

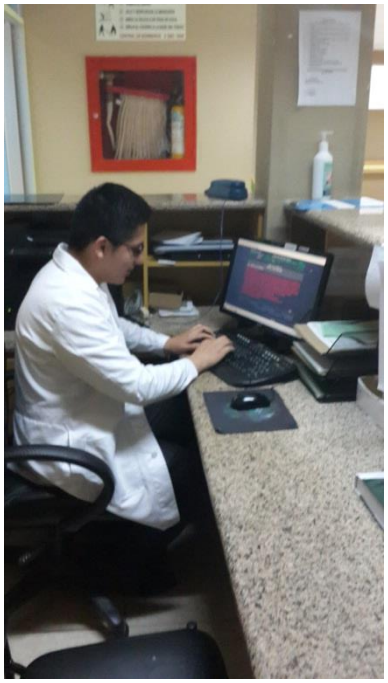
ANEXO1: Instrumento Para La Recolección De Datos

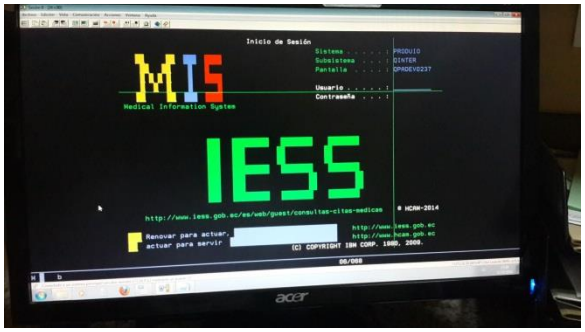
Tema: ““ANALISIS DE LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO – IESS LOJA, EN EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2014”

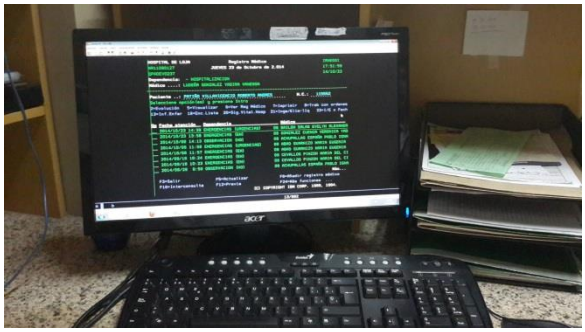
N° de HC	Nombre del Paciente	Edad	Diagnostico Pre quirúrgico	Hallazgos	Operación Realizada	Días de Hospitalización	Complicaciones

ANEXO2: Hospital Manuel Ygnacio Monteros “IESS” Loja

Ubicación: Calles Santo domingo e Ibarra.







12. ÍNDICE

CARÁTULA…… I

CERTIFICACIÓN…….. II

AUTORÍA…….. III

CARTA DE AUTORIZACIÓN…….. VI

DEDICATORÍA…….. V

AGRADECIMIENTO……. IV

1. TÍTULO…….. 1

2. RESUMEN…… 2

2.1 ABSTRACT…….. 3

3. INTRODUCCIÓN……. 4

4. REVISIÓN DE LITERATURA……. 6

4.1. ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LAS PAREDES ANTEROLATERALES DEL ABDOMEN..……..….. 6

4.1.1 Piel (integumento)……..……..……..…….…….…..... 6

4.1.2 Tejido subcutáneo (panículo adiposo o hipodermis)…….. 7

4.1.3 Plano musculo aponeurótico…….…….…….…..... 7

4.1.4 Espacio extra peritoneal o subperitoneal……...……. 8

4.1.5 Peritoneo…….…….……..….. 9

4.2. AREAS TOPOGRÁFICAS DEL ABDOMEN……..……..……... 9

4.2.1 Abdomen anterior…….…….…….. 10

4.2.2 Abdomen posterior y flancos…….……. 10

4.2.3 Pelvis y región glútea……..…….…….. 10

4.3. DEFINICION DE ABDOMEN AGUDO…...…….……. 11

4.3.1 Clasificación general del Abdomen Agudo…….……. 13

4.4. HISTORIA DE LA LAPARATOMIA.…….…… 13

4.4.1 Etapas de la Laparotomía……..…….…….. 14

4.4.2 Clasificación de las Laparotomías……..……..……. 14

4.4.3 Consideraciones Sobre Las Incisiones…….…… 16

4.4 Indicaciones de Laparotomía Exploratoria…….……. 18

4.5. IMPORTANCIA DE DIAGNOSTICO PREOPERATORIO PREVIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA…….…….…… 19

4.6. IMPORTANCIA DE GRUPO ETAREO EN LAPARATOMIA EXPLORATORIA COMO FACTOR DE RIESGO…….. 20

4.7. COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS…….……. 20

4.7.1 Principales complicaciones postoperatorias. …….. 21

4.7.1.1 Dolor…….…….…….. 21

4.7.1.1.1 Complicaciones postoperatorias relacionadas con dolor…….. 22

4.7.1.2 Náusea y vómito postoperatorio. …….…… 23

4.7.1.3 Fiebre…….…….……... 24

4.7.1.4 Infección…….…….…….. 25

4.7.1.5 Hernia de la pared anterior del abdomen. …….…… 25

4.7.1.6 Hernias umbilicales. …….…….…… 26

4.7.1.7 Hematoma…….…….…….. 26

5. MATERIALES Y MÉTODOS…….. 27

6. RESULTADOS…… 29

7. DISCUSIÓN…….. 35

8. CONCLUSIONES…… 37

9. RECOMENDACINES…… 38

10. BIBLIOGRAFÍA…… 39

11. ANEXOS…… 41

12. ÍNDICE……. 43