



REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSÉ ASSEF YARA”
CIEGO DE ÁVILA
UNIDAD DOCENTE DE MORÓN

Estrategia de Capacitación dirigida a la atención
primaria de salud del área norte del municipio
Morón referente al manejo del Abdomen Agudo
Quirúrgico.

(2006-2008)

AUTOR: Dr. Claudio Pablo Cordero Jiménez
Especialista de Segundo Grado en Cirugía General.
Profesor Auxiliar.

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS

Ciudad de Morón, 2009



REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSÉ ASSEF YARA”
CIEGO DE ÁVILA
UNIDAD DOCENTE DE MORÓN

Estrategia de Capacitación dirigida a la atención
primaria de salud del área norte del municipio
Morón referente al manejo del Abdomen Agudo
Quirúrgico.

(2006-2008)

AUTOR: Dr. Claudio Pablo Cordero Jiménez
Especialista de Segundo Grado en Cirugía General.
Profesor Auxiliar

TUTOR: MsC. Dr. Armando Rivero León.
Especialista de Segundo Grado Cirugía General
Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS

Ciudad de Morón, 2009

Declaración Jurada del Autor.

Por medio de la presente declaro ante el Comité Académico de La Maestría Urgencias Médicas que la Tesis presentada es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona al no ser el referenciado debidamente en el texto; parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Morón, 15 de Julio del 2009

(Firma del autor)

Certificación del Tutor.

Por medio de la presente apruebo que la Tesis titulada Estrategia de Capacitación dirigida a la atención primaria de salud del área norte del municipio Morón referente al manejo del Abdomen Agudo Quirúrgico, de la Facultad de Ciencias Médicas de Morón del año 2008, del autor Dr. Claudio Pablo Cordero Jiménez en opción al título de master en urgencias médicas, sea presentada al Acto de Defensa.

Para que así conste firmo la presente en Morón, el 15 de Julio del 2009.

MsC. Dr. Armando Rivero León.

Especialista de Segundo Grado Cirugía General

Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.

Certificación de Defensa.

Por medio de la presente se certifica que la Tesis titulada “Estrategia de Capacitación dirigida a la atención primaria de salud del área norte del municipio Morón referente al manejo del Abdomen Agudo Quirúrgico“...de la facultad de ciencias medicas de Morón, del autor Dr. Claudio Pablo Cordero Jiménez, en opción al título de Master en urgencias médicas... fue defendida exitosamente con evaluación de ____ puntos.

Para que así conste firmamos la presente en Morón, el 15 de noviembre de 2008.

Presidente del Tribunal.

Secretaria

Miembro

Pensamiento.

*“...mejor es evitar la enfermedad que curarla.
La medicina verdadera es la que precave”*

José Martí

Dedicatoria.

*A mis padres, a mi esposa,
a mis hijos,*

*Por el inmenso amor que nos une y por vivir
junto a ellos los más bellos momentos de placer.*

Agradecimientos

Expreso mi profundo agradecimiento a mi familia por su apoyo en la realización de este trabajo.

Al Dr. Armando Rivero León por su incondicional ayuda.

A la Revolución Cubana gestora de la bella idea de poder realizar una estrategia de capacitación a la joven generación de profesionales de la salud, y a todos aquellos que de una forma u otra han contribuido a la realización de este trabajo

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de capacitación para evaluar el conocimiento sobre el Abdomen Agudo quirúrgico para los profesionales de la salud en la atención primaria del área norte del municipio de Morón durante el período de Enero del 2006 hasta Diciembre del 2008.

El universo de trabajo estuvo constituido por 99 profesionales de la salud del área norte del municipio de Morón. A los mismos se les aplicó una encuesta para evaluar dichos conocimientos antes y después de la capacitación demostrando un bajo conocimiento previo sobre el Abdomen Agudo quirúrgico en cuanto a proceder diagnóstico (cuadro clínico, examen físico, exámenes complementarios), diagnósticos más frecuentes, complicaciones post-operatorias y causa de muerte. Con la capacitación se logró aumentar el conocimiento de bajo a alto, demostrando la utilidad del proceder.

PALABRAS CLAVE: Capacitación, Abdomen Agudo Quirúrgico.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN	1
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
OBJETIVOS	39
DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO	40
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor de urgencia en los hospitales generales ha constituido una gran preocupación desde la antigüedad, así por ejemplo desde que Jhon B. Deaver, a fines del siglo XIX, introdujo en la literatura médica el término "abdomen agudo", la expresión ha sido utilizada por todos los médicos del mundo para significar la gravedad de un proceso abdominal y la necesidad urgente de la presencia del cirujano(1,2).

Antes del advenimiento de la cirugía, la mortalidad por abdomen agudo quirúrgico y en particular por un síndrome peritoneal era mayor del 90 %, y después del desarrollo de la terapéutica quirúrgica, la misma ha disminuido paulatinamente oscilando entre un 3-50%, siendo en nuestro país de un 20%.(2,3). En nuestro medio el abdomen agudo es causa frecuente de morbilidad operatoria de urgencia, encontrando la apendicitis aguda, la oclusión intestinal, la colecistitis aguda y la úlcera péptica perforada como los principales procesos abdominales relacionados con esta afección.(2,3,4) Los estudios de morbimortalidad constituyen en algunos casos el único indicador confiable del estado sanitario de una población, y una fuente de datos para satisfacer el criterio de cobertura y continuidad de las acciones de salud mediante el estudio de las causas de muerte y los factores que sobre ellos inciden para poder trazar pautas y realizar programas para su prevención.(5,6).

La elaboración e implantación de guías de buenas prácticas clínicas tiene como uno de sus principales objetivos "pasar de criterios basados en la validez subjetiva de los procedimientos y métodos clínicos utilizados en la práctica médica a otros que se fundamentan en datos objetivos utilizando un método que favorece la toma de decisiones racionales estableciendo criterios de prioridad en la actuación", El

diagnóstico de afectaciones abdominales agudas es a menudo complejo y difícil para el médico práctico, pero más aún si contamos con los recursos diagnósticos limitados de un consultorio médico en el nivel de atención primaria. Es por ello que resulta de utilidad poder disponer de métodos simples y eficaces que permitan mejorar la certeza del diagnóstico y que puedan ser implementados con facilidad en este medio. Tal es el caso de un buen interrogatorio así como un exhaustivo examen físico con una correcta historia clínica avalado por un curso de superación y actualización del abdomen agudo quirúrgico.

Cada día es mayor el servicio que brinda el Médico General Integral (MGI) a la vanguardia del nivel primario de atención médica, en beneficio de la salud de nuestro pueblo. A pesar de que su objetivo principal es la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, en el consultorio médico a menudo se presentan pacientes de difícil diagnóstico, como los portadores de afecciones abdominales agudas. Las afecciones abdominales agudas, de cuyo diagnóstico preciso y precoz depende en gran medida el pronóstico y tratamiento oportuno, requieren del juicio clínico y de la experiencia práctica del médico, sobre todo a la hora de decidir si el paciente ha de ser remitido o no al nivel secundario de atención. Ante estos pacientes el médico se encuentra a menudo limitado en cuanto a recursos diagnósticos, por tanto, resultaría válido en este nivel de atención el uso de cualquier método o medio que permita, sin requerimientos especiales, aumentar la certeza del diagnóstico y la eficacia del servicio que se presta a la población, lo que redundará necesariamente en un perfeccionamiento de nuestro sistema de salud, que ya es uno de los mejores del mundo(7, 8,9,10).

Pregunta investigativa: ¿Cual será el nivel de conocimiento que sobre el manejo de abdomen agudo tendrán los profesionales que laboran en los consultorios del medico de familia del área norte de Morón?

Hipótesis: Si se aplica una estrategia de capacitación se elevarán los conocimientos sobre las enfermedades del Abdomen Agudo Quirúrgico en los profesionales de los consultorios del médico de familia del área norte de Morón y así lograr la disminución de las complicaciones.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 Marco Teórico

Abdomen agudo quirúrgico

Concepto:

Es un proceso de carácter grave y evolución rápida que se desarrolla en la cavidad peritoneal y que exige usualmente la intervención quirúrgica urgente para evitar complicaciones graves o la muerte(11).

Otros conceptos que se invocan son los siguientes:

“Es un síndrome dado por la aparición de violentos dolores abdominales, contractura más o menos evidente de la pared abdominal y trastornos de la peristalsis intestinal acompañados de afectación profunda del estado general como desasosiego, facies hipocrática y fenómenos de colapso”.

“Situación clínica que se presenta como una molestia abdominal aguda, cuyo síntoma principal es el dolor, que sugiere una enfermedad que pone en peligro la vida del enfermo y que, por este motivo, casi siempre debe resolverse mediante una intervención quirúrgica de urgencia”(12,13).

Clasificación:

- síndrome peritonítico:
 - inflamatorio
 - perforativo
- síndrome hemorrágico
- síndrome oclusivo

La clasificación presente es la más utilizada en nuestros servicios de urgencia, pues permite el enfoque rápido del problema real. No por su sencillez, deja de ser profundamente científica(14).

Existen otras como la que se expresa en la próxima diapositiva que tiene validez además por tener en cuenta la evolución del proceso.

Clasificación evolutiva

Clínico patológica.

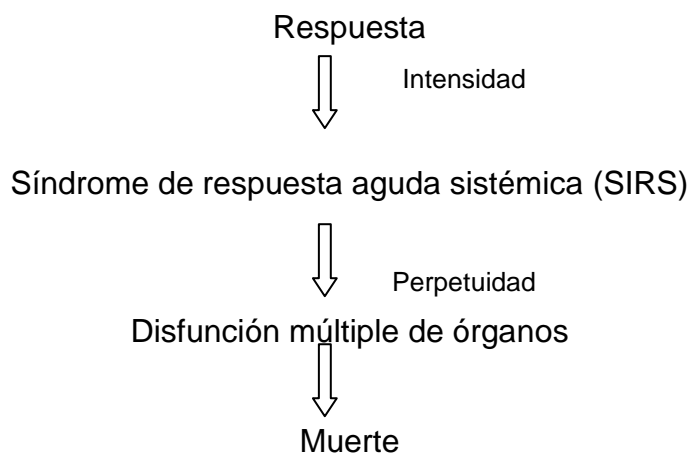
- Periodo inicial
- Periodo de estado
- Periodo final

El periodo inicial se caracteriza por un síndrome simpático-genético dado por anorexia, epigastralgia, náuseas y vómitos. Si aparece shock en este periodo es neurogénico y dura poco tiempo.

El periodo de estado se debe al desarrollo de la patología orgánica que lo motiva, dando especificidad sindrómica, como el inflamatorio visceral, el perforativo, hemorrágico, oclusivo y el mixto.

El periodo final se caracteriza por el síndrome general toxi-infeccioso que puede manifestarse con o sin shock a causa de la peritonitis generalizada.

Fisiopatología:



La agresión producida por el agente causal del abdomen agudo determina una respuesta por parte del organismo donde se ponen en juego los distintos sistemas defensivos que son los de barrera, la inmunidad celular y la inmunidad humoral. Esto se traduce en un cuadro que siempre es el mismo, no importando la causa aunque pueden existir pequeñas diferencias. Es el Síndrome de Respuesta Aguda Sistémica conocido por las siglas del idioma inglés SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome). En el transcurso de este síndrome se liberan mediadores, especies reactivas de oxígeno, eicosanoides y se producen fenómenos de isquemia/reperfusión, que de perpetuarse pueden llevar a daño tisular y Disfunción Múltiple de Órganos (DMO) que de no ser reversible lleva a la muerte.

CUADRO CLÍNICO:

- SINTOMAS
 - ❖ Dolor Abdominal
 - ❖ Manifestaciones Gastrointestinales
 - Anorexia
 - Náuseas
 - Vómitos
 - Constipación

Dolor abdominal.

Es la manifestación más importante y frecuente de este síndrome. Comienza generalmente en el sitio donde aparece el problema y después se hace difuso. De aparición reciente, brusco o insidioso, de intensidad creciente, continuo o intermitente, con o sin irradiación más o menos característica como cuando es hacia el hombro, recto o vejiga.

Manifestaciones gastrointestinales.

Las náuseas y vómitos cuando el cuadro no es oclusivo mecánico, se presentan al inicio y son de carácter reflejo. Puede aparecer anorexia, que junto a la constipación son mecanismos de defensa. La constipación se produce como

consecuencia de instalarse un íleo parálítico reflejo que trata de evitar la diseminación del proceso. También pueden aparecer diarreas, de forma ocasional.

CUADRO CLÍNICO:

➤ SIGNOS

- Generales
- ✓ Taquicardia
- ✓ Fiebre
- ✓ Deshidratación

Los signos generales expresan la gravedad del proceso que puede llegar al shock y son consecuencia de la respuesta defensiva del organismo ante la lesión, significando que en el caso de la deshidratación intervienen otros mecanismos como los vómitos, el atrapamiento de líquido en la luz del tubo digestivo y en general, pérdidas líquidas hacia el “tercer espacio”.

Los signos locales abdominales son muy numerosos y serán motivo de explicación en cada uno de los síndromes específicos. No obstante, los más frecuentes son los que se exponen en la diapositiva.

La distensión abdominal es característica en la oclusión intestinal mecánica baja y en el íleo parálítico. El dolor a la palpación es muy frecuente y está presente en casi todos los pacientes. La contractura es el signo capital de las peritonitis. El dolor a la descompresión brusca o de “rebote”, es conjuntamente con el dolor al toser y el dolor a la percusión, evidencia de irritación peritoneal. La alteración de los movimientos peristálticos puede ser por exageración como ocurre en la oclusión mecánica simple o por disminución como en la oclusión parálítica por irritación peritoneal.

Los exámenes vaginal y rectal permiten el acceso directo al peritoneo pélvico, siendo de gran valor para el diagnóstico.

CUADRO CLÍNICO:

➤ SIGNOS

- ❖ Locales (abdominales)
- ✓ Distensión
- ✓ Dolor a la palpación
- ✓ Contractura
- ✓ Dolor a la descompresión brusca
- ✓ Alteración de los ruidos peristálticos
- ✓ Dolor al tacto vaginal y rectal

La distensión abdominal es característica en la oclusión intestinal mecánica baja y en el íleo paralítico. El dolor a la palpación es muy frecuente y está presente en casi todos los pacientes. La contractura es el signo capital de las peritonitis. El dolor a la descompresión brusca o de “rebote”, es conjuntamente con el dolor al toser y el dolor a la percusión, evidencia de irritación peritoneal. La alteración de los movimientos peristálticos puede ser por exageración como ocurre en la oclusión mecánica simple o por disminución como en la oclusión paralítica por irritación peritoneal(15).

Los exámenes vaginal y rectal permiten el acceso directo al peritoneo pélvico, siendo de gran valor para el diagnóstico.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

- ❖ LABORATORIO CLINICO
- ✓ Hemograma
- ✓ Examen parcial de orina
- ✓ Amilasa sérica
- ❖ ELECTROCARDIOGRAMA
- ❖ IMAGENOLOGICOS
- ✓ Rayos X simple de tórax y abdomen
- ✓ Rayos X contrastados
- ✓ Ultrasonido de abdomen
- ✓ TAC y RMN

Es necesario resaltar que el diagnóstico en el abdomen agudo quirúrgico es fundamentalmente clínico, por lo que de los distintos procedimientos y exámenes complementarios que se exponen en la diapositiva, se debe hacer la selección individualizada para cada afección sospechada.

En los exámenes de Laboratorio Clínico, el hemograma puede mostrarnos cifras de leucocitos aumentadas con desviación a la izquierda que es señal de un proceso infeccioso agudo, o también nos puede mostrar cifras bajas de hemoglobina, lo que puede corresponder a procesos hemorrágicos. La amilasa sérica se indica fundamentalmente en la sospecha de pancreatitis aguda aunque puede estar elevada en otros procesos de abdomen agudo y el parcial de orina es indicado casi siempre para descartar procesos urinarios que simulan un abdomen agudo, igual que sucede con el electrocardiograma que se indica a veces ante la sospecha de un infarto agudo del miocardio simulando un cuadro de abdomen agudo.

Los exámenes imagenológicos son obligados en el diagnóstico del abdomen agudo dependiendo del cuadro que se presente, la elección de uno u otro. Los más usados por su sencillez y alta efectividad son las radiografías de tórax y abdomen, así como el ultrasonido del abdomen.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

- ❖ ENDOSCOPICOS
 - Laparoscopia
 - Endoscopia digestiva
- ❖ PUNCIÓN ABDOMINAL Y LAVADO PERITONEAL
- ❖ LAPAROTOMIA EXPLORADORA

La laparoscopia de urgencia es de gran valor diagnóstico sobre todo para definir procesos inflamatorios del hemiabdomen inferior en las mujeres, donde se puede tratar de definir si se trata de una apendicitis aguda o una inflamación

pélvica aguda, ya que la primera es de tratamiento quirúrgico urgente y la segunda casi siempre es de tratamiento médico. La laparoscopia de urgencia se usa también en casos de abdomen agudo de dudas diagnósticas y Cuba ha sido el País pionero en la práctica de este proceder.

La punción abdominal que se usa mucho en nuestro medio en casos sospechosos de cuadros de inflamación o hemorragia peritoneal para tratar de descubrir pus o sangre que no coagula, con buenos resultados mientras que el lavado peritoneal es señalado por muchos autores con mejores resultados que la punción.

La laparotomía exploradora aunque es un medio terapéutico, en ocasiones se usa como medio diagnóstico en casos sin diagnóstico etiológico, aunque se tiene la certeza de que se encuentra uno ante un abdomen agudo quirúrgico.

DIAGNOSTICO POSITIVO:

❖ ANTECEDENTES

- Enfermedades previas
- ✓ Litiasis biliar
- ✓ Úlcera péptica
- ✓ Enfermedad diverticular del colon
- ✓ Hernias

❖ CUADRO CLINICO

❖ EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Para llegar al diagnóstico positivo debemos basarnos en los antecedentes, el cuadro clínico y los exámenes complementarios apropiados, de acuerdo al síndrome en cuestión.

El diagnóstico etiológico del abdomen agudo está dado por diversas enfermedades abdominales y con frecuencia éste puede ser inseguro. En la práctica, puede ocurrir que se tenga la certidumbre de estar frente a un paciente con un abdomen agudo tributario de exploración quirúrgica urgente, llegándose a realizar ésta, incluso sin conocerse el diagnóstico etiológico preciso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

❖ ENFERMEDADES SISTEMICAS

- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Periarteritis nudosa
- ✓ Sicklemia
- ✓ Herpes Zoster

El primer paso en el diagnóstico diferencial es descartar que se trata de enfermedades sistémicas simulando el síndrome de abdomen agudo quirúrgico.

Entre ellas tenemos:

Periarteritis nudosa.- Se caracteriza por epigastralgia, fiebres prolongadas, artralgias, nefritis y púrpura cutánea morbiliforme.

Precoma diabético.- Caracterizado por vómitos, diarreas o constipación, epigastralgia, astenia, deshidratación, poliuria e hipotermia.

Sicklemia.- Presentan crisis de dolor abdominal intensas que pueden confundir, pero al mismo tiempo se acompañan de anemia crónica.

Herpes Zóster.- Debido a que el virus ataca sobre todo los nervios, es posible en los casos de localización intercostal baja que se presente un dolor a veces muy intenso, irradiado al hemi-abdomen superior. La aparición de las vesículas en la piel confirman el diagnóstico(16).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

❖ ENFERMEDADES EXTRAABDOMINALES

- Cardiovasculares
 - Infarto del miocardio
 - Pericarditis constrictiva
- Respiratorias
 - Neumonía de la base
 - Pleuresía

Otras veces el diagnóstico debe hacerse para descartar enfermedades extrabdominales, entre ellas:

-Cardiovasculares:

Infarto del miocardio.- Los datos para el diagnóstico diferencial son los signos de isquemia y/o lesión que aparecen en el electrocardiograma.

Pericarditis.- Aparece epigastralgia. Alteraciones en el Electrocardiograma:

- ST elevado o T invertida en AVL, AVF, V1, V2, V3, V4, V5 y V6.
- ST elevado en DI, DII y DIII.
- Roce pericárdico.

-Respiratorias:

Neumonías de la base.- Se presentan síntomas de insuficiencia respiratoria aguda, fiebre.

Existe dolor abdominal con distensión abdominal refleja.

Pleuresía o derrame pleural.- Presenta dolor torácico a veces irradiado al abdomen y al examen físico del tórax se puede detectar la proyección de la curva del límite superior del derrame o la presencia de un nivel hidro-aéreo.

Infarto pulmonar.- Hay disnea, dolor torácico. Tos con esputos sanguinolentos. Dolor en el hombro. Febrículas. Distensión abdominal por atonía gastroentérica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

❖ ENFERMEDADES ABDOMINALES:

- Retroperitoneales
 - -Cólico nefrítico
 - -Aneurisma disecante de la aorta
 - -Precoma addisoniano
- Intraperitoneales
 - -Peritonitis primaria
 - -Hepatitis aguda

- -Enterocolitis

Una vez descartadas las afecciones sistémicas y extraabdominales, se debe establecer diagnóstico con afecciones de la región abdominal:

-Retroperitoneales:

Cólicos nefríticos.- Hay dolor lumbo-abdomino-genital con intranquilidad del paciente. Vómitos. Disuria. Micro y macrohematuria. Dolor a la percusión de la fosa renal.

Pielonefritis aguda.- Hay dolor espontáneo y a la palpación en fosa lumbar, fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos.

Aneurisma disecante de la aorta.- Epigastralgia irradiada a piernas y brazos. Además hipertensión arterial.

Precoma addisoniano.- Aparece melanodermia, hipotensión, adinamiae hipotermia.

-Intraperitoneales:

Peritonitis difusa primaria.- Aparece fiebre, lengua seca, taquicardia, aleteo nasal, distensión abdominal, inquietud, silencio abdominal, hipo, fondo de saco de Douglas doloroso al tacto.

Hepatitis aguda.- Astenia, febrícula. Dolor en hipocondrio derecho. Hepatomegalia dolorosa.

Enterocolitis.- Presenta dolor abdominal, diarreas y exageración de los movimientos peristálticos(17).

SINDROME PERITONITICO:

Concepto: Es el conjunto de síntomas y signos que se producen por la inflamación aguda de la serosa peritoneal, debida generalmente a invasión bacteriana, irritación química o necrosis.

Existen otros conceptos parecidos al expuesto como el siguiente:

“Inflamación de la membrana que tapiza la cavidad abdominal y los órganos contenidos en ella. Suele ser una enfermedad aguda, causada por una infección

cuyo origen es una perforación intestinal, como la rotura del apéndice o de un divertículo. También se puede deber a la presencia de sustancias irritantes, como ácido gástrico procedente de una úlcera perforada, o bilis que proviene de la rotura de la vesícula biliar o de la laceración del hígado”.

SINDROME PERITONITICO:

➤ CAUSAS MAS FRECUENTES

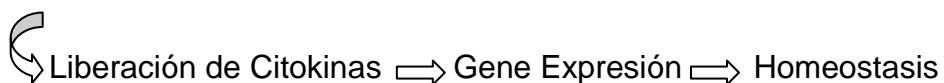
- Apendicitis aguda
- Colecistitis aguda
- Úlceras gástrica y duodenal perforadas
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda
- Diverticulitis aguda
- Pancreatitis aguda

Se muestran las causas más frecuentes aunque no necesariamente deben ser en el orden expuesto. En nuestro medio, la apendicitis aguda y la enfermedad inflamatoria pélvica aguda están en los primeros lugares.

SINDROME PERITONITICO. FISIOPATOLOGIA:

➤ RESPUESTA DE FASE AGUDA

Respuesta Inflamatoria Local (Reclutamiento de células)



Una vez roto el Mecanismo de Barrera, se desencadenan los sistemas antes mencionados y se producen los siguientes fenómenos:

La respuesta general del organismo se inicia con la "Respuesta de Fase Aguda" que es la manifestación sistémica a un daño local caracterizada por alteraciones en el nivel de varias proteínas séricas llamadas reactantes de fase aguda que se sintetizan en el hígado.

Empieza por lesión inflamatoria local con vasodilatación, permeabilidad vascular, formación de coágulos y liberación de componentes celulares como enzimas lisosómicas, aminas vasoactivas, prostaglandinas, etc..

Polimorfonucleares, macrófagos, fibroblastos y células endoteliales son reclutados y liberan citoquinas (Factor de necrosis tumoral, interleuquinas, interferones) que desencadenan la respuesta sistémica con fiebre, leucocitosis, activación de las funciones inmunes, aumento de ACTH y glucocorticoides, activación de la cascada de la coagulación, elevación de la eritrosedimentación y otras. Se produce además cambio en los niveles séricos de los reactantes de fase aguda.

Las citoquinas son mediadores de la Respuesta de Fase Aguda y alteran la gene expresión, lo que provoca a su vez, alteraciones en la homeostasis. Activan el axis hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) elevando la liberación de corticotropina. Se libera fosfolipasa y esto influye con una vía del metabolismo del ácido araquidónico. Se producen eicosanoides (leucotrieno, prostaglandinas, tromboxano, etc) productos del metabolismo del ácido araquidónico.

SINDROME PERITONITICO. FISIOPATOLOGIA:

➤ RESPUESTA NEURO ENDOCRINA

-Hipófisis \rightleftharpoons Corteza Suprarrenal \rightleftharpoons Núcleo celular
(Glucocorticoides) + (recep. citosólicos+heat shock proteins)
Homeostasis \leftarrow Gene Expresión



-S.N.Simpático \rightleftharpoons Catecolaminas \rightleftharpoons Receptores adrenérgicos
Fosforilización de proteínas intracelulares (Respuesta al Stress)



➤ FAGOCITOSIS

Macrófago Linfocitos, Oponinas, Anticuerpos, Citokinas

La "Respuesta Endocrina", dada por la activación del eje HHS es estimulada por la acción del estrés a los baroreceptores del SNC. Se libera hormona corticotrófica que actúa sobre la hipófisis anterior y libera ACTH. Esta actúa sobre la corteza

suprarrenal y se liberan glucocorticoides que se unen a los receptores citosólicos de las células. Dichos receptores funcionan como factores de transcripción para modular la gene expresión y se mantienen inactivos al estar unidos a las llamadas “proteínas intracelulares de choque térmico”. Estas proteínas son el hecho mas importante en la respuesta celular al estrés.

Después que los glucocorticoides se unen a los receptores citosólicos, conforman un complejo que es transportado al núcleo de la célula y se disocian de las proteínas de choque térmico, activándose para unirse al DNA en un sitio específico del gene glucocorticoide, lo que modifica los niveles de productos proteicos codificados. Esta influencia en la ruta metabólica, los niveles de citoquinas y la actividad de otras hormonas, incluyendo catecolaminas, tiene un efecto global en la homeostasis.

La “Respuesta del SNC” evoluciona paralelamente al eje HHS. El sistema simpático segrega catecolaminas que se unen a receptores adrenérgicos que pasando por un complejo proceso donde se modulan los niveles del segundo mensajero, se produce fosforolización de las proteínas intracelulares, que son efectoras de la respuesta al estrés.

Los glucocorticoides, citoquinas y catecolaminas asociadas a la respuesta de fase aguda, pueden por tanto modular la gene expresión y alterar la homeostasis, como parte de la respuesta al estrés.

Fagocitosis.- Es la primera línea de defensa e interactúa con el complemento y sistemas inmunes específicos.

La bacteria o pared bacteriana, la endotoxina o lipopolisacárido (LPS) y la exotoxina, desencadenan respuesta neuroendocrina y factores de defensa no específicos como el complemento, factores hemolíticos y se reclutan células como se ha dicho.

El Macrófago juega el papel de director de orquesta en la respuesta inflamatoria y activa a otras células como polimorfonucleares (PMN) y lífocitos Th, por medio de

mediadores como citoquinas, que son liberadas e interviene en la presentación de antígenos al linfocito Th a través de contacto de superficie (Major histocompatibility complex DR) (MHC-DR). El linfocito Th elabora interleuquina 2 (IL2) que hace diferenciar las células Beta a células plasmáticas con la elaboración de anticuerpos específicos para la bacteria que permite su fagocitosis después de la opsonización de la misma. La opsonización se produce por agentes como la proteína C reactiva y C3b.

El macrófago también estimula los PMN quienes son influidos por la quemoatracción de C3a y C5a de la activación del complemento y se unen a la superficie del endotelio vascular por receptores de superficie (CD11-CD18) (proteínas de adhesión leucocitaria). En la superficie endotelial hay receptores como la molécula1 de adhesión intercelular (ICAM-1) y la molécula1 de adhesión endotelial leucocitaria (ELAM-1). Estas son activadas también por las citoquinas, actuando sobre el endotelio, para favorecer la adhesión de los PMN. Durante esta adhesión se liberan grandes cantidades de Especies Reactivas de Oxígeno (ERO). Después de la diapédesis, los PMN se ponen en contacto con proteínas como la fibronectina que aumentan la mediación del receptor de fagocitosis y regulan la explosión oxidativa de los neutrófilos.

La producción exagerada y permanente de citoquinas, Oxido Nítrico así como la liberación de ERO, daña el endotelio y provoca muerte tisular. Se supone que esto es debido a una exageración en la apoptosis. El cuadro puede ir pasando desde el SIRS hasta la DMO y muerte.

No existe la medida exacta de cuando una Respuesta de Defensa deja de ser Beneficiosa, para convertirse en Dañina(18).

SINDROME PERITONITICO:

❖ Cuadro Clínico

○ SINTOMAS

✓ Dolor abdominal



- ✓ Dolor en el hombro En las de abdomen superior
- ✓ Hipo
- ✓ Anorexia
- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ No expulsión de gases
- ✓ Diarreas, tenesmo rectal, polaquiuria, disuria (pelvianas)

Dolor abdominal.- Al iniciarse el proceso, el dolor se produce por la irritación de la serosa visceral que recubre como su nombre indica, el órgano en cuestión, siguiendo a esto la participación del peritoneo parietal vecino, haciéndose fijo y más intenso. Se explica que el dolor en la mayoría de los casos comienza en el sitio donde se halla la víscera comprometida y se generaliza en la medida que se extiende el proceso. La excepción es en la apendicitis aguda en que el dolor se inicia en el epigastrio, zona distante de la localización de la víscera y esto se produce por la distribución metamérica de la inervación sensitiva del apéndice, que en este caso es “referido”.

En las afecciones de abdomen superior, el dolor puede ser referido al hombro por irritación del nervio frénico y se puede acompañar de hipo.

En las afecciones de abdomen inferior, la irritación del peritoneo pelviano puede causar diarreas, tenesmo rectal, polaquiuria y disuria.

En este síndrome existen otras manifestaciones gastrointestinales reflejas, que se presentan en el periodo inicial, tales como la anorexia, náuseas y vómitos.

Los vómitos pueden faltar en los cuadros perforativos del tracto digestivo superior (“Los pacientes se vomitan en el peritoneo”).

SINDROME PERITONITICO:

- ✓ Cuadro Clínico
- ❖ SIGNOS
 - Dolor a la palpación
 - Contractura muscular

- Dolor al rebote
- Distensión abdominal
- Disminución de los ruidos peristálticos
- Tactos rectal y vaginal dolorosos
- Fiebre
- Taquicardia
- Polipnea

En este cuadro hay dolor a la palpación superficial y profunda en relación con el órgano subyacente inflamado. Se descubre contractura que es el signo capital de este síndrome y reacción peritoneal, que se evidencia por dolor al toser, a la descompresión brusca (dolor al rebote) y al percutir el abdomen.

Así mismo, existe, cuando el proceso lleva varias horas de instalado, distensión y aumento de la sonoridad abdominal con disminución o abolición de los ruidos peristálticos, es decir, la presencia de íleo paralítico como consecuencia de la inflamación peritoneal (Ley de Stokes: “todo músculo cercano a una serosa inflamada se paraliza”).

Los tactos rectal y vaginal, constituyen elementos muy importantes del examen físico. En el tacto rectal puede haber dolor, abombamiento por acumulación de líquido y aumento de la temperatura, en las afecciones con toma de l peritoneo pelviano. En las perforaciones del tubo digestivo hacia el retro peritoneo se puede palpar enfisema retro-rectal. El tacto vaginal sirve para diagnosticar o excluir enfermedades de los genitales internos.

La fiebre, taquicardia y polipnea son manifestaciones que responden a la toma general que provoca este síndrome.

SINDROME PERITONITICO:

- ❖ EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- LABORATORIO CLINICO
 - Hemograma

- Examen parcial de orina
- Amilasa sérica
- ELECTROCARDIOGRAMA
- IMAGENOLOGICOS
- Rayos X simple de tórax y abdomen
- Ultrasonido de abdomen
- TAC y RMN

-Hemograma: Leucocitosis, polinucleosis, desviación a la izquierda y eosinopenia. Pueden aparecer granulaciones tóxicas en el citoplasma de los leucocitos.

-Examen parcial de orina: Para excluir afecciones del aparato urinario.

-Amilasa sérica: Se realiza sólo ante la sospecha de pancreatitis aguda en cuyo caso suele estar aumentada tres veces por encima de su valor máximo normal, esta enzima puede encontrarse aumentada pero en menor escala en otras peritonitis.

-Electrocardiograma: Indicado para excluir afecciones cardíacas, en pacientes cardiopatas, así como en los de alto riesgo quirúrgico.

-Rayos X simple de tórax: Se indica para diagnosticar la existencia de aire libre en cavidad peritoneal (neumoperitoneo). Se debe hacer en posición de pie. De no aparecer el neumoperitoneo y ante un alto índice de sospecha de cuadro perforativo, se puede recurrir a la llamada “neumogastrografía”, que consiste en la inyección de 500 a 1000 ml de aire a través de una sonda nasogástrica, repitiendo la radiografía. Otra finalidad de la radiografía simple de tórax, es descartar afecciones torácicas que simulen un abdomen agudo quirúrgico.

-Rayos X simple de abdomen: Se realizan vistas con el paciente en decúbito supino, de pie y lateral. Si el paciente no puede sostenerse de pie, se utiliza la posición en decúbito lateral izquierdo (Pancoast) para descubrir aire libre en la cavidad. En este síndrome podemos identificar signos radiológicos de íleo paralítico localizado o generalizado; borramiento de la línea del psoas; aumento

de la radioopacidad del abdomen en la zona afectada; mayor separación y densidad entre las asas por edema, congestión y colección líquida libre; imágenes de cálculos en vesícula biliar, en casos de colecistitis aguda; fecalitos en casos de apendicitis aguda.

-La prueba del Ditríazato de sodio por ingestión o por enema, puede emplearse para el diagnóstico de perforaciones del tubo digestivo en cuyos casos se observa, al realizar la radiografía de abdomen, opacificada la vejiga por el contraste absorbido por la serosa peritoneal.

-Para el diagnóstico de perforaciones también puede utilizarse contraste hidrosoluble por ingestión o por enema donde se observa al el contraste libre en cavidad en el rayo X de abdomen.

-Ultrasonido de abdomen: De gran utilidad diagnóstica en este síndrome, especialmente en casos de colecistitis aguda, pancreatitis aguda, apendicitis aguda y en las inflamaciones pélvicas agudas, cobrando más utilidad en este último caso el ultrasonido transvaginal(18).

-TAC y RMN: Estos exámenes son muy eficaces en el diagnóstico de este síndrome pero a la vez muy costosos, por lo que su utilización es limitada.

SINDROME PERITONITICO:

❖ EXAMENES COMPLEMENTARIOS

➤ ENDOSCOPICOS

- Laparoscopia
- Endoscopia digestiva

➤ PUNCION ABDOMINAL Y LAVADO PERITONEAL

➤ LAPAROTOMIA EXPLORADORA

-Laparoscopia y videolaparoscopia: Se hacen sobre todo en casos de duda diagnóstica y con fines terapéuticos con la videolaparoscopia. Debemos significar que la laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo se realizó por primera vez en Cuba por el Profesor Raimundo Llanio Navarro.

-Punción abdominal: Se usa para confirmar presencia de líquido patológico como pus, bilis, contenido intestinal, etc.

-Lavado peritoneal: Con este proceder se realiza conteo leucocitario, que cuando sobrepasa 500 células por mm³, es positivo de peritonitis. También se pueden hacer determinaciones enzimáticas.

-Laparotomía exploradora: Constituye el último proceder de diagnóstico, cuando por el cuadro clínico y los exámenes complementarios no se ha podido precisar la causa del síndrome peritonítico.

SINDROME PERITONITICO:

❖ TRATAMIENTO

➤ Médico:

- Apoyo ventilatorio y hemodinámica.
- Balance hidroelectrolítico , ácido base y calórico.
- Antibioticoterapia.
- Inmunoterapia.
- Evitar translocación bacteriana.

-Tratamiento Médico:

El apoyo ventilatorio y hemodinámica es la primera opción para el tratamiento de los síndromes peritoneales y en general de las afecciones del abdomen agudo quirúrgico. La administración de O₂ es importante para mejorar la hipoxemia que ocurre en las peritonitis a causa del aumento de las necesidades metabólicas que aparecen en la infección, el grado de cortocircuitos pulmonares y la alteración mecánica de la ventilación pulmonar por el abdomen distendido y doloroso. El apoyo ventilatorio debe iniciarse cuando hay incapacidad para mantener una respiración alveolar adecuada que se refleja por una hipoxemia con cifra de presión arterial de O₂ menor de 55 mm de Hg con una FiO₂ de 1.0 o cuando aparece una taquipnea superficial a causa de agotamiento muscular o el empleo de los músculos accesorios de la respiración.

La vigilancia hemodinámica debe ser continua, permitiendo valorar con objetividad si el tratamiento es adecuado, por lo que el registro de los signos vitales debe ser por lo menos cada 1 a 2 horas. La hidratación a base de cristaloides es el pilar fundamental, administrándose coloides en aquellos casos donde la pérdida de plasma o el puntaje de Hb. sea menor de 8 g / l y Ht. menor de 30 vol / l, a causa de la infección grave presente. El asegurar en estos pacientes además de las vías venosas periféricas, una vía venosa central, es fundamental para evaluar el estado hemodinámico y la capacidad de las cavidades cardiacas.

La cuantificación de electrolitos séricos debe realizarse para conocer el balance hidromineral y ácido base previo con vistas a sus posibles correcciones antes de la intervención quirúrgica.

Además otro aspecto a tener en cuenta es la evacuación del estómago y la vejiga, el primero para evitar mayor vómito y el segundo para llevar el registro urinario que es un reflejo de la función hemodinámica.

La antibioticoterapia, debe comenzar desde el momento en que se ha llegado a un diagnóstico positivo de peritonitis y en estos casos el uso de antibióticos de amplio espectro se deben combinar con aquellos que son efectivos contra los gérmenes anaerobios. De hecho en las peritonitis graves una combinación efectiva y muy utilizada es una cefalosporina de tercera generación y un antianaerobio como el Metronidazol o la Clindamicina, si se sospecha de una infección a pseudomona, añadir entonces a esta combinación un aminoglucósido. Hay la posibilidad de utilizar monoterapia con Imipenem.

La administración de analgésicos es fundamental para aliviar el dolor y la mayoría de los autores son de la opinión de que en la analgesia deben usarse narcóticos potentes una vez que se haya establecido el diagnóstico o la decisión de intervenir quirúrgicamente sin diagnóstico preciso.

La inmunoterapia es utilizada en los estadios postoperatorios después de las 48 a 72 horas.

El tratamiento médico preoperatorio teniendo en cuenta todos estos factores señalados anteriormente, logra poner al paciente en mejores condiciones y contribuye a evitar la translocación bacteriana.

SINDROME PERITONITICO:

❖ TRATAMIENTO

➤ Quirúrgico:

- Eliminar la causa
- Descontaminación
- Evitar la recidiva

-Tratamiento Quirúrgico:

Las premisas para el tratamiento quirúrgico son:

Eliminar la causa productora del cuadro sindrómico.- Realizar la exéresis del órgano enfermo de forma completa como en el caso de la apendicitis aguda o realizar maniobras que eviten la continuada contaminación de la cavidad peritoneal como cuando se hace una sutura y epiploplastia de una úlcera duodenal o gástrica perforada(19).

Descontaminación.- Se basa en tratar de reducir la contaminación de la cavidad peritoneal, para lo que se han usado los procedimientos de "Limpieza mecánica", "Debridamiento" y "Lavado peritoneal introperatorio". De éstos, el que se utiliza es el último, ya que los primeros no han demostrado más eficacia y son más agresivos. Debe ser amplio para eliminar los detritus celulares y la toxicidad bacteriana que como se explicó en la fisiopatología, evitaría el SIRS y la DMO. Lo importante después de lavar amplio es aspirar todo el líquido, pues el residuo de líquido, diluye las opsoninas y esto interfiere con la fagocitosis.

Evitar la recidiva.- Para evitar la recidiva se han propuesto tres métodos fundamentales que son:

"Lavado intraperitoneal postoperatorio continuo".- Para esto se requiere dejar drenajes en forma de tubos para administrar soluciones de arrastre por los

superiores y recoger por los inferiores. Tiene la desventaja de que después de 48 horas se establecen túneles alrededor de los tubos intraperitoneales y no se logra el cometido. Además se queda líquido atrapado dentro del abdomen.

“Abdomen abierto”.- Se usó al inicio pero por las complicaciones sobre todo de fístulas intestinales, se usa actualmente con materiales protésicos y protección de las asas intestinales.

“Relaparotomía”.- Puede ser “Programada” en cuyo caso se usan mallas o bolsas con o sin “ziper”. Otras veces se usan puntos totales para cerrar la pared en forma provisional. La otra variedad es hacer la relaparotomía “A Demanda”, quiere esto decir que se realiza la reintervención y se deja la próxima laparotomía a realizar sólo si los signos locales y generales así lo orientan(17).

SINDROME HEMORRAGICO:

Concepto:

Es el conjunto de síntomas y signos que se producen por la presencia de sangre en la cavidad peritoneal, debida a la ruptura de un órgano o vaso sanguíneo.

Existen otras definiciones de este cuadro como la siguiente:

Hemoperitoneo (hemo + peritoneo)

Presencia anormal de sangre en el peritoneo, generalmente de causa traumática por ruptura de una víscera como el bazo, o de un gran vaso sanguíneo.

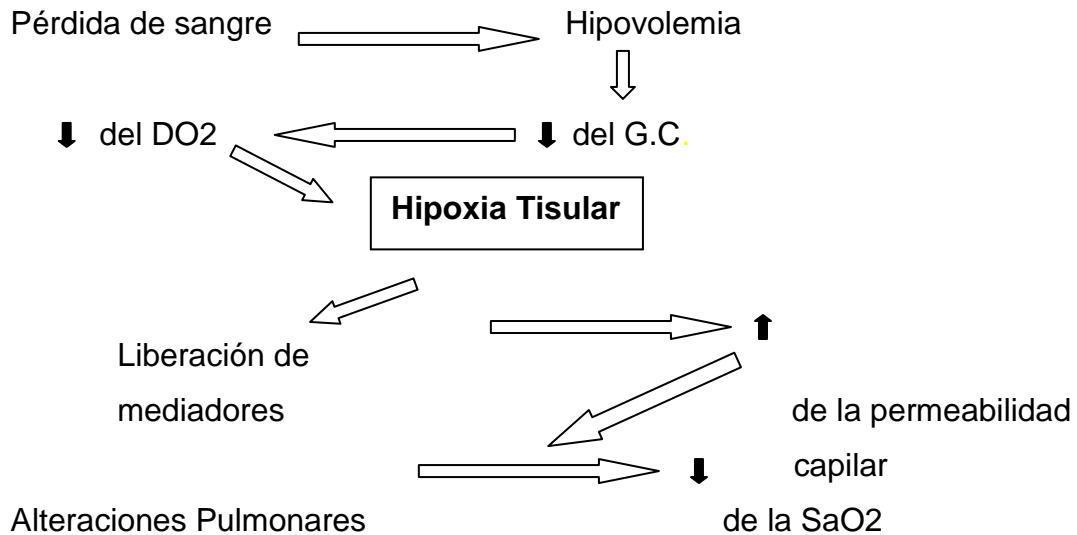
SINDROME HEMORRAGICO:

- CAUSAS MAS FRECUENTES
 - Embarazo extrauterino roto
 - Folículo ovárico roto
 - Ruptura de quiste de ovario
 - Ruptura de aneurisma

Exceptuando las causas traumáticas, las que aparecen en la diapositiva, son las más frecuentes.

Las estadísticas señalan que hace años eran más las mujeres sin hijos y menor el número de embarazos ectópicos pero con los procedimientos actuales para aumentar la fertilidad y el uso de antibióticos, han aumentado las mujeres con hijos y los embarazos ectópicos.

SINDROME HEMORRAGICO. FISIOPATOLOGIA:



En el Síndrome Hemorrágico, existe una pérdida de sangre lo que lleva a una hipovolemia que a su vez determina una disminución de las presiones de llenado cardíaco y disminución del gasto cardíaco y se produce un riego sanguíneo inadecuado a los órganos. Para su compensación se altera la contractilidad del músculo cardíaco que aumenta en su fuerza y frecuencia. Sin embargo a veces no es esto suficiente, por lo que se produce una reducción del DO2 y la consiguiente dificultad en el VO2 que lleva a la hipoxia tisular con aumento de la permeabilidad capilar y permite el paso del líquido extracelular al intravascular en un efecto compensador a razón de 50 a 150 ml a 120 ml/hora. Desde que se inicia el proceso, sobre todo al existir alteraciones de hipoxia se comienzan a liberar mediadores que son sustancias que “median” las acciones defensivas del organismo. Entre ellas están las citoquinas. Este proceso a medida que avanza,

determina lesiones en diferentes órganos, entre ellos el pulmón y se produce una disminución en la saturación de oxígeno que agrava aún más el DO₂, estableciéndose un círculo vicioso, que conduce al shock hipovolémico.

Al unísono, se producen otras alteraciones relacionadas con el Sistema Neurohormonal. Los baroreceptores que se encuentran situados en diversos puntos como el cayado de la aorta y el seno carotídeo, detectan la disminución de la presión arterial inicial como respuesta a la disminución de volumen que desencadena un mecanismo que estimula la actividad simpática y por la liberación de adrenalina y noradrenalina se produce vasoconstricción con aumento de la resistencia vascular periférica para garantizar el aporte sanguíneo disminuí do a órganos vitales como el corazón y cerebro, cuyo objetivo es garantizar el aporte adecuado de oxígeno a los centros vitales que son el corazón y el cerebro pero al lograrlo daña otros órganos que son imprescindibles para la vida.

Se estimula la hipófisis que libera Hormona Antidiurética (ADH) y ésta contribuye a retener sodio para ahorrar líquido extravascular. Se libera ACTH que actuando sobre la corteza suprarrenal produce la liberación de Cortisol y de Aldosterona que produce retención de Na y H₂O. La oliguria con cifras menores de 0,5 ml / Kg / hora puede ser el primer indicador de hipovolemia de grado leve a moderado en pacientes con signos vitales normales. La acción de la propia hemorragia y la disminución de la presión del pulso sobre el riñón desencadena el sistema Renina-Angiotensina. Al liberarse Renina, ésta actúa sobre una proteína de la fracción de globulinas alfa 2 liberando Angiotensina I que se transforma en Angiotensina II (hipertensina o angiotonina) la que a su vez actúa sobre la corteza suprarrenal para liberar más Aldosterona.

SINDROME HEMORRAGICO:

Cuadro Clínico

SINTOMAS

- Dolor intenso, brusco, in situ.

- ✓ Irradiación: Recto-ano (Meyland)
- ✓ Vejiga (Grito vesical de Opie)
- ✓ Fosas lumbares
- ✓ Hombros (Laffont)
 - Tenesmo rectal y vesical
 - Desfallecimiento
 - Disnea

El dolor es intenso, súbito, comenzando en el sitio donde tiene lugar la hemorragia. Se propaga hacia los lugares del abdomen donde se va colectando la sangre, influyendo en la mayor o menor rapidez de la irradiación la cuantía y velocidad del sangrado así como la resistencia que ofrecen los órganos intraabdominales a la extensión de la hemorragia. En los casos de dolor referido fuera de la cavidad abdominal como en el hombro (Signo de Laffont), se debe a irritación de nervios en contacto con la serosa peritoneal.

El tenesmo rectal y vesical se produce al ser ocupado el fondo de saco de Douglas y vesical por sangre. El desfallecimiento se produce por la anemia aguda. La disnea es consecuencia de la disminución brusca de hematíes que determina dificultad en la hematosis.

SINDROME HEMORRAGICO:

- ❖ Cuadro Clínico
 - SIGNOS
 - Cullen
 - Dolor abdominal al rebote
 - Dolor a la percusión
 - Matidez declive
 - Tacto Vaginal
 - ✓ *Dolor y abombamiento en fondo de saco posterior

✓ *Dolor a la movilización del cuello

- Piel fría, sudorosa y pálida
- Taquicardia e hipotensión arterial
- Polipnea

Signo de Cullen: Es la coloración azulosa alrededor del ombligo en este síndrome y debe existir una hernia umbilical, para que se produzca. Es signo inequívoco de la presencia de sangre libre en cavidad peritoneal. Es muy poco frecuente. Dolor abdominal al rebote y a la percusión son indicativos de la reacción peritoneal por la presencia de sangre libre en cavidad. Están presentes en la mayoría de los casos, siendo de gran valor diagnóstico.

Matidez declive: Se debe al acúmulo de sangre en las zonas declives del abdomen.

Tactos vaginal y rectal: Cuando la sangre se colecciona en la excavación pelviana provoca dolor y abombamiento en los fondos de saco. En los casos de embarazo ectópico roto se suelen encontrar signos uterinos de embarazo, masa anexial palpable y dolor a la movilización del cuello.

El resto de los signos expresados en la diapositiva corresponden a la hipovolemia aguda.

SINDROME HEMORRAGICO EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

- LABORATORIO CLINICO
 - *Hemograma
 - *Examen parcial de orina
 - *Coagulograma
 - Grupo sanguíneo y factor Rh
- IMAGENOLOGICOS
 - Ultrasonido de abdomen
- ENDOSCOPICOS

- Laparoscopia
- PUNCIÓN ABDOMINAL Y LAVADO PERITONEAL
- LAPAROTOMIA EXPLORADORA.

Hemograma: La disminución en las cifras de Hemoglobina y Hematocrito, ayudará en el diagnóstico de hemorragia intraperitoneal.

Examen parcial de orina: Para excluir afecciones del Aparato Urinario.

Coagulograma: Indicado en toda hemorragia no traumática.

Grupo sanguíneo y factor Rh: Por tratarse de pacientes tributarios de tratamiento quirúrgico urgente y por la posibilidad real de que requieran hemoderivados.

Ultrasonido abdominal: Capaz de detectar la presencia de líquido libre en cavidad peritoneal.

En casos de embarazo ectópico roto, con más de 6 semanas de gestación, permite diagnosticar la ausencia del huevo dentro de la cavidad uterina y su presencia en otra localización.

El ultrasonido transvaginal resulta un buen método para el diagnóstico de hemorragias intrabdominales de causa ginecológica.

Otros estudios imagenológicos de gran sensibilidad son la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear, que por ser costosos, no son de uso rutinario.

Laparoscopia: Se trae a discusión, más para criticarla que para recomendarla. No debemos hacer descansar el diagnóstico de esta emergencia quirúrgica en esta investigación, porque por lo general nos hace perder tiempo, lo que puede ser muy riesgoso, además de que en ocasiones no disponemos de este recurso o está distante. Ante la sospecha de este síndrome hemorrágico, damos preferencia a la realización de la punción abdominal y de ser factible también punción del saco de Douglas (culdocentesis), procedimientos de gran eficacia, que permiten obtener sangre incoagulable de la cavidad peritoneal, lo cual establece con rapidez la indicación quirúrgica urgente.

A pesar de lo anteriormente expresado y teniendo en cuenta, que el embarazo ectópico al romperse, constituye una de las causas más frecuentes del síndrome que nos ocupa, es justo señalar que la laparoscopia resulta muy útil para el diagnóstico del embarazo ectópico no roto.

SINDROME HEMORRAGICO:

❖ TRATAMIENTO

- Médico:
 - Apoyo ventilatorio
 - Reposición volumétrica (cristaloides, coloides y hemoderivados)
- Quirúrgico

-Tratamiento Médico:

Se basa en el apoyo ventilatorio que requiere cada caso más acentuado en los pacientes con síndrome de shock donde hay que garantizar una vía aérea definitiva para mantener un intercambio gaseoso óptimo y evitar la hipoxia celular.

La reposición volumétrica está dada por las infusiones a administrar a causa del grado de hipovolemia que se presenta en cada paciente. La administración de cristaloides se impone como de primera línea y los coloides del tipo de glóbulos rojos para ayudar a transportar mayor cantidad de O₂ a la célula.

El uso de coloides como los dextrans, el plasma y la albúmina, pueden utilizarse pero sus efectos como sustitutivos de volumen son transitorios.

-Tratamiento Quirúrgico:

Consiste en abordar el órgano sangrante, pinzar la zona del sangrado y realizar la ligadura correspondiente.

De acuerdo a la víscera de que se trate y la zona, se realizarán distintos procedimientos. Ejemplos son, el embarazo tubario roto que es una de las causas más frecuentes de este síndrome, en que se realiza generalmente la exéresis de la trompa de Falopio, aunque a veces es posible abrirla, controlar el sangrado y hacer una plastia, para conservar el órgano. En los casos de aneurisma de la

aorta abdominal roto, el procedimiento es distinto y se requiere realizar la exéresis del segmento de aorta dañado y hacer su sustitución con una prótesis (20).

SINDROME OCLUSIVO

OCLUSIÓN INTESTINAL

Clasificación, Diagnóstico y Tratamiento.

1. Clasificación.

1.1. Clasificación etiológica.

1.1.1. Oclusión mecánica.

1.1.1.1. Estrechamiento del calibre: Se trata de estenosis por engrosamiento de la pared intestinal de origen:

a. Inflamatorio.

b. Traumático.

c. Vascular

d. Tumoral.

1.1.1.2. Obstrucción de la luz intestinal: puede ser causada por:

a. Parásitos.

b. Cálculos biliares

c. Fecalomas y otros cuerpos extraños.

1.1.1.3. Obstrucción intestinal por adherencias y bridas.

a. Congénitas.

b. Inflamatorias

c. Traumáticas

d. Neoplásicas.

1.1.1.4. Hernia Externa o interna

1.1.1.5. Vólvulos

1.1.1.6. Invaginación

1.1.1.7. Anomalías del desarrollo.

1.1.1.8. Compresiones extrínsecas causadas por neoplasias.

1.1.2. Por desequilibrio nervioso. (oclusión neurógena)

1.1.2.1. Íleo por inhibición. (paralítico o adinámico)

1.1.2.2. Íleo espasmódico dinámico.

1.1.3. Por obstrucción vascular.

1.1.3.1. Embolia o trombosis mesentérica

1.2. Clasificación Topográfica. Aplicable fundamentalmente en las Oclusiones mecánicas.

1.2.1 Del intestino Delgado.

1.2.1.1. Alta: desde duodeno hasta la 1ª asa yeyunal

1.2.1.2. Baja: desde la 1ª asa yeyunal hasta la válvula ileocecal.

1.2.2. Del intestino Grueso.

2. Diagnóstico

Se precisará el tipo de oclusión, determinando en caso de ser mecánica, el diagnóstico de localización y la presencia o no de compromiso vascular.

Este diagnóstico se basará en:

2.1. Antecedentes.

2.2. Cuadro clínico

2.3. Síntomas y Signos:

Presencia de dolor abdominal tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y no expulsión de heces ni gases.

Esto puede variar en orden de aparición e intensidad en dependencia del nivel de la oclusión.

Se deberá precisar la presencia de cicatrices quirúrgicas abdominales y examinar los orificios herniarios.

La auscultación abdominal es de gran importancia. Puede encontrarse aumento de los ruidos hidroaéreos en las oclusiones mecánicas, que son susceptibles de estar disminuidos o ausentes en el íleo-paralítico adinámico y en las fases terminales o de adinamia del íleo-mecánico.- El tacto rectal es obligatorio.

2.4. Exámenes de diagnóstico.

2.4.2. Imagenología :

2.4.2.1. Rx de abdomen simple en posición de pie o de decúbito frontal o lateral, con el rayo horizontal (Pancoast).

2.4.2.2. Ultrasonido (Doppler) con gran valor en la trombosis mesentérica).

2.4.2.3 TAC de abdomen (simple o con contraste oral o I.V.).

2.4.2.4. Colon por enema, si se sospecha de oclusión de éste, nunca se debe de practicar si hay signos de peritonitis.

2.4.3. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma y hematocrito.

- Ionograma y Gasometría.

2.4.4. Rectosigmoidoscopia: Tiene valor en pacientes con oclusión causada por afección del rectosigmoides.

2.4.5. Punción abdominal: tiene utilidad para el diagnóstico de compromiso vascular.

3. Tratamiento.

3.1. Oclusión mecánica.

3.1.1. Periodo preoperatorio: terapéutica sustitutiva, descompresión por sonda, antibioticoterapia y oxigenoterapia.

3.1.1.1. Oclusión mecánica sin compromiso vascular:

a. De pocas horas de evolución: se hidratará al enfermo durante aproximadamente 3 h. para lograr una diuresis de 40 – 50 ml /h.

b. De largo tiempo de evolución o si se observa mal estado general: el enfermo requiere de 8-24 h. para poder reponer las pérdidas de acuerdo con el hematocrito, el grado de la deshidratación y la PVC.

c. Antibióticos (ver el presente manual).

d. Oxigenoterapia.

e. Descompresión con sonda nasogástrica, de Miller- Abbot o similar.

f. Mantener una estrecha vigilancia del paciente.

3.1.1.2. Oclusión intestinal con válvula ileocecal competente:

Debe intervenir rápidamente (en un periodo de 2 - 4 h.) para evitar el riesgo de una perforación.

3.1.1.3. Oclusión con compromiso vascular:

Debe abreviarse al máximo la terapia sustitutiva, sin prolongarse más allá de 4 hrs.

a. Descompresión con sonda nasogástrica.

b. Oxigenoterapia.

c. Antibióticoterapia (ver el presente manual).

3.1.1.4. Oclusión con compromiso vascular y shock.

Se tratará como un shock séptico y, si el paciente no se recupera en el término de 2 h., se operará en estas condiciones.

3.1.2. Tratamiento Quirúrgico:

Se suprimirá el obstáculo y se restituirá, de ser posible, el tránsito normal.

3.1.2.1. Oclusión de asas delgadas:

Se resuelven seccionando, en unos pacientes, el o los anillos herniarios o bridas y en otros, realizando resecciones intestinales y anastomosis primarias.

En ocasiones se practicará enterostomías, extracción de cuerpos extraños y enterorragias.

En los tumores irresecables se puede realizar una derivación interna.

3.1.2.2. Oclusión de Intestino Grueso:

a. Sección de los anillos herniarios o bridas.

b. Vólvulos del Sigmoides (ver el presente manual).

c. Oclusión del colon derecho:

Se debe realizar hemicolectomía con ileotrasversostomía término-terminal en 1 o 2 planos; al finalizar la operación y bajo anestesia se hará dilatación anal forzada.

d. Oclusión de la mitad izquierda del colon transversal, el colon descendente o el rectosigmoide: se descomprimirá por una transversostomía distal al ángulo hepático, que constituirá la finalidad de la intervención, y, en algunos casos, colostomía tipo Hartman.

c. En los procesos obstructivos con perforación el ciego se realizará, preferiblemente, colectomía ampliada con sección intestinal ileal y distal a la obstrucción e íleocolostomía término-terminal en 1 ó 2 planos, con dilatación anal forzada al finalizar la operación. En pacientes que presenten mal estado general se realizará cecostomía asegurando la viabilidad del remanente cecal, o excepcionalmente ileostomía derivativa temporal.

3.1.3. Descompresión:

3.1.3.1. En las oclusiones de asas delgadas: sin resección intestinal, la descompresión se efectuará por sonda nasogástrica, haciéndola progresar, en caso de ser posible, hasta el intestino delgado para facilitar su aspiración.

Debe evitarse en lo posible la enterotomía descompresiva.

3.1.3.2. En las oclusiones de colon (resueltas por sección de Las bridas, quelotomías o destorsión de vólvulos): se realizará la descompresión en el acto quirúrgico, mediante una sonda colocada en el recto.

3.1.3.3. En las oclusiones resueltas por resección y anastomosis primaria, se llevará a cabo la descompresión antes de la anastomosis.

3.1.3.4. En las oclusiones descomprimidas por colostomías

3.1.4. Periodo postoperatorio:

3.1.4.1. Se sustituirá, progresivamente el déficit, tanto hidromineral como ácido base, existente, de acuerdo con el hematocrito, el hemograma y la gasometría.

3.1.4.2. Se suprimirá la aspiración por sonda y se reiniciará la alimentación oral una vez establecido el peristaltismo intestinal y desaparecida la distensión abdominal.

3.1.4.3. Antibióticoterapia (ver el presente manual).

3.2. Íleo paralítico.

3.2.1. Profilaxis del íleo postoperatorio:

3.2.1.1. Técnica quirúrgica cuidadosa y depurada.

3.2.1.2. Aspiración gástrica en las operaciones abdominales.

3.2.1.3. Evitar los desequilibrios hidro electrolíticos.

3.2.1.4. Evitar el uso excesivo de sedantes y narcóticos en el postoperatorio.

3.2.1.5. Movilizar precozmente al paciente.

3.2.1.6. Evitar las retenciones urinarias y dilataciones agudas gástricas.

3.2.1.7. En caso de suturas de colon se debe realizar dilatación anal, al terminar el acto quirúrgico.

3.2.1.8. En casos de gran manipulación intestinal, o acto quirúrgicos prolongados, se pueden usar colinérgicos como la prostigmina.

3.2.2. Tratamiento.

3.2.2.1. Tratar la causa.

3.2.2.2. Descompresión con sonda nasogástrica.

3.2.2.3. Hidratación y prevenir los trastornos electrolíticos.

3.2.2.4. Uso de parasimpáticomiméticos (colinérgicos), simpaticolíticos y procinéticos (Metoclopramida).

Justificación del Problema.

Teniendo en cuenta que las enfermedades causadas por el abdomen agudo quirúrgico son vistas y atendidas generalmente en la atención primaria de salud nuestros consultorios del médico de la familia y estas son las principales causas de intervenciones quirúrgica de urgencia, existe aun deficiencias en el manejo adecuado de estos pacientes lo cual trae aparejado que no se pueda brindar un servicio quirúrgico con la mayor calidad en la atención secundaria(21).

OBJETIVOS.

General

_ Proponer una Estrategia de Capacitación en la atención primaria de salud del área norte del Municipio de Morón sobre el Abdomen Agudo Quirúrgico

Objetivos Específicos

_ Distribuir a los encuestados según profesión

_ Explorar el nivel de conocimiento antes y después de la capacitación educativa sobre enfermedad quirúrgica urgente.

- Proceder diagnóstico.
- Diagnósticos más frecuentes.
- Complicaciones postoperatorias
- Causas de muerte.

_ Diseñar una Estrategia de Capacitación en la atención primaria de salud del área norte del Municipio de Morón sobre el Abdomen Agudo Quirúrgico

_ Evaluar el nivel de conocimiento general sobre el abdomen agudo quirúrgico en los profesionales de la salud antes y después de la capacitación.

CAPÍTULO II. DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

2. 1 Tipo de Estudio.

Es un estudio Pre experimental antes y después.

2. 2 Objeto de Estudio.

Todos los profesionales de la atención primaria de salud de los consultorios del médico de la familia.

2.3 Campo de Acción.

Todos los profesionales de la atención primaria de salud de los consultorios del médico de la familia correspondiente al área norte de Morón

2.4 La Metodología de la Investigación empleada.

Se contextualizó en los siguientes métodos y técnicas, en correspondencia con el método materialista dialéctico, la misma se aplicó teniendo en cuenta los objetivos y tareas específicas propuestas.

El universo de estudio quedo constituido por los 99 profesionales de la salud que laboran en los consultorios del médico de familia del área norte de Morón.

.A todos estos profesionales de la salud se les aplico un instrumento en este caso una encuesta (anexo II). El estudio se realizo en tres momentos:

Etapa de diagnostico o momento inicial: Donde se aplico el instrumento para conocer el nivel de conocimientos del grupo de estudio sobre el tema.

Etapa de intervención: En ella fue aplicada la capacitación basada en los temas donde se encontraron lagunas del conocimiento.

Etapa de evaluación o momento final: donde se volvió aplicar el mismo instrumento y se compararon los resultados con los obtenidos en la etapa de diagnostico para determinar si la capacitación cumplió los propósitos esperados.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico

- Análisis-síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separa lo esencial de lo secundario.
- Análisis teórico-lógico: Se utilizó para estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia.
- Inducción-deducción: Se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético-deductivo: Dedujo una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

- La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la investigación.

Técnicas utilizadas:

- La encuesta: Dada sus características de búsqueda de información rápida y económica, se aplicó a los trabajadores antes mencionados para saber los conocimientos que tenían acerca del tema.
- El procesamiento estadístico: se utiliza para comparar los datos obtenidos como resultado de la encuesta aplicada; el procesamiento se realizó en una computadora PENTIUM, utilizando el paquete SPSS para WINDOWS y se hizo la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizó los porcentajes (%)
- Para la identificación de diferencias significativas entre el nivel de conocimientos antes y después de la intervención y valorar la efectividad de la misma se aplicó la prueba de comparación de medias(22) con un nivel de significación de 0.05 :

Planteando las siguientes hipótesis estadísticas:

Ho: $\mu_A = \mu_D$ Las medias son iguales en ambos momentos

H1: $\mu_A \neq \mu_D$ Las medias difieren en ambos momentos

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

Entonces la regla de decisión sería rechazar Ho si la $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$ ($Z_0 > Z_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la Ho si la probabilidad asociada al estadígrafo ($p < \alpha$). Se calcularon también los Intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Conceptualización y operacionalización de las variables:

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de conocimiento: La adquisición a través de su trabajo, tema relacionado con el abdomen agudo quirúrgico.

Conocimiento sobre el abdomen agudo quirúrgico es:

- Tener conocimiento sobre los procedimientos diagnósticos del abdomen Agudo Quirúrgico enfermedades.
- Diagnostico más frecuentes
- Las complicaciones postoperatorias.
- Causas de muerte.

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como la técnica o ítem que evalúa los mismos (Ver anexo III). Todos los incisos correctos se evaluarán con 4 puntos y los resultados se distribuyeron en:

Alto: Entre 80 y 100 puntos

Medio: Entre 60 y 79 puntos

Bajo: Menos de 60 puntos.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: sistema de actividades educativas efectivas para lograr niveles elevados de conocimientos que logre la reducción de las incidencias y complicaciones de la enfermedad quirúrgica urgente en los pacientes.

Variables	Tipo	Operacionalización	
		Escalas	Descripción
Profesión	Cualitativa	Médico	Según certificado de graduado
	Ordinal	Lic. Enfermería	
		Técnico Enfermería	
Nivel de conocimiento	Cualitativa	Alto	80-100 puntos
	Ordinal Politémica	Medio	60 a 79 puntos
		Bajo	Menos de 60 puntos

2.5-Novedad Científica.

Se enmarcó en profundizar el nivel de conocimiento a los profesionales de la salud del área norte de Morón en el manejo adecuado del abdomen agudo quirúrgicos.

2.6-Contribución a la Teoría.

Fomentar el conocimiento del personal profesional de la salud de la atención primaria del área norte de Morón en cuanto al Abdomen Agudo Quirúrgico.

2.7-Aporte Social, Científico y Económico.

Social. Aumentar el nivel de conocimiento del personal de salud de nuestros consultorios del médico de familia para una pronta reincorporación a la sociedad de nuestros enfermos.

Científico. Elevar el conocimiento científico-técnico del personal profesional de los consultorios del médico de familia en cuanto al manejo correcto de los pacientes enfermos de Abdomen Agudo.

Económico. Disminuir las complicaciones que pudieran sufrir los pacientes enfermos con Abdomen Agudo y así disminuir los costos hospitalarios, económicos y sociales.

2.8 Aporte Práctico

Lo constituye la Estrategia de Capacitación en la atención primaria de salud del área norte del Municipio de Morón sobre el Abdomen Agudo Quirúrgico

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

**ESTRATEGIA DE CAPACITACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO
“CAPITAN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ”
MORON.
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
PROGRAMA DE ACTIVIDAD SUPERACION PROFESIONAL**

Titulo: Abdomen Agudo Quirúrgico

Tipo de actividad: Curso de capacitación.

1.-OBJETIVO GENERAL;

1.- Elevar el nivel de conocimientos mediante una capacitación educativa a los profesionales de la salud sobre el abdomen agudo quirúrgico

2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS;

2.1-Brindar información teórica sobre las urgencias quirúrgicas más frecuentes en el Abdomen Agudo.

2.2-Conocer antecedentes, cuadro clínico, exámenes complementarios, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, resultados y seguimiento de los pacientes.

2.3-Conocer la conducta y manejo en el cuerpo de guardia de las urgencias quirúrgicas más frecuentes.

3.-TEMAS A DESARROLLAR;(teóricos, prácticos y contenidos)

<u>Temas</u>	<u>Contenidos</u>	<u>Formas de enseñanza</u>		
1.-	Anatomía y fisiología de la pared abdominal y del tubo digestivo	C	S	
2.-	Abdomen agudo	C	S	C.P
3.-	Apendicitis aguda	C		C.P

4.-	Colecistitis aguda	C	C,P
5.-	Diverticulitis del colon	C	C.P
6.-	Úlcera gastroduodenal perforada	C	C.P
7.-	Oclusión Intestinal	C	C,P
8.-	Pancreatitis Aguda	C	C.P.

4.-DISTRIBUCION DEL TIEMPO

<u>ACTIVIDADES.</u>	<u>FORMA DE ENSEÑANZA</u>			
	C	S	CP	T
1	2	2		4
2	2	2	6	10
3	2		6	8
4	2		6	8
5	2		6	8
6	2		6	8
7	2		6	8
8	2		6	8
TOTAL			62 HORAS	

5.- MEDIOS DE ENSEÑANZA PREVISTOS: Computadora, Pizarra, Retroproyector, Acetatos, Tizas, Papel.

6.- SISTEMA DE EVALUACIÓN; Formativa-----60 puntos
Final-----40 puntos.

Categoría;
100-90 EXCELENTE
89—80 BIEN

79—70 APROBADO

69 SUSPENDID

Alto: Entre 80 y 100 puntos

Medio: Entre 60 y 79 puntos

Bajo: Menos de 60 puntos.

7.- ORGANIZACIÓN Y CALENDARIO DE ACTIVIDADES.

TEMA	FECHA	HORARIO	LOCAL	PROFESOR.
1.-Conferencia	17-2-06	8-10 am	aula de cirugía	Dr. Cordero
1.-Seminario	17-2-06	2-4 pm	aula de cirugía	Dr. Cordero
2.-Conferencia	18-2-06	8-10 am	aula de cirugía	Dr. Cordero
2.-Seminario	18-2-06	2-4 pm	aula de cirugía	Dr. Cordero
2.- Clase practica	19-2-06	9 -3 pm	S. O.	Dr. Cordero
3.- Conferencia	20-2-06	8-10 am	aula de cirugía	Dr. Cordero
3. Clase practica	20-2-06	10-4 pm	aula de cirugía	Dr. Cordero
4.- Conferencia	21-2-06	8-10 am	aula de cirugía	Dr. Cordero
4.- Clase practica	21-2-06	0-4 pm	aula de cirugía	Dr. Cordero
5.- Conferencia	24-2-06	8-10 am	aula de cirugía	Dr. Cordero
5.- Clase practica	24-2-06	10-4 pm	aula de cirugía	Dr. Cordero
6.- Conferencia	25-2-06	8-10 am	aula de cirugía	Dr. Cordero
6.- Clase practica	25-2-06	10-4 pm	aula de cirugía	Dr. Cordero
7.- Conferencia	26-2-06	8-10 am	aula de cirugía	Dr. Cordero
7.- Clase practica	26-2-06	10-4 pm	aula de cirugía	Dr. Cordero
8.- Conferencia	27-2-06	8-10 am	aula de cirugía	Dr. Cordero
9.- Clase practica	27-2-06	10-4 pm	aula de cirugía	Dr. Cordero

EXAMEN FINAL:

Se desarrollará un final teórico - escrito el 28-2-06

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA Y LOCALIZACIÓN:

- 1.-Rodríguez-Loeches Fernández, J. Cirugía del abdomen agudo. Ed Cient.- Tecn.1987.
- 2.- Rodríguez-Loeches Fernández, J. Características clínicas y diagnóstico del abdomen agudo. Ed Cient.- Tecn . 1989.
- 3.- Rodríguez-Loeches Fernández, Peritonitis biliar. Rev. Cub Cir. 1988.
- 4.- Du Plessis, D J. Principles of Surgery. 3a Edition. 1993.
- 5.- Greenberger N, J. Year Book of digestive diseases. 1995.
- 6.- Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica. 12ª edi 1997.
- 7.- Nyhus Ll. Master of Surgery. 2a edi 1997
- 8.-Kirk, R. M. Técnicas Quirúrgica Generales. 1982.
- 9.-Malt, R. A. Técnicas Quirúrgica Ilustrada. 1980.
- 10.- Detrie , P. Postoperatorio en cirugía general. Barcelona. 1994.

9.- INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZARÁ:

Hospital General Docente Capitán Roberto Rodríguez Fernández Morón.
Claustro Dr. Claudio Pablo Cordero Jiménez.

IMPACTO SOCIAL:

Se decide realizar este curso de capacitación debido a la alta incidencia del abdomen agudo quirúrgico en nuestra provincia, queriéndose brindar conocimientos actualizados sobre el manejo del pacientes en los consultorios de los médicos de familia para así disminuir sus complicaciones y su pronta incorporación a la sociedad.

CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla # 1: Distribución de los encuestados en los consultorios del médico de familia del área norte de morón según profesión durante el período de Enero del 2006 a Enero del 2008.

Profesión	Total	
	No	%
Médicos	15	15.16
Lic .en enfermería	42	42.42
Técnicos en enfermería	42	42.42
Total	99	100.00

Fuente: Encuesta.

De un total de 99 personas entrevistadas en el servicio de urgencias del Policlínico Norte durante el período de Enero del 2006 a Enero del 2008 la distribución correspondió el 84.84% son técnicos y licenciados en enfermería, seguidos por los médicos.

Tabla # 2: Conocimiento antes y después sobre el proceder diagnóstico del personal de salud del médico de la familia del área norte de Morón a los pacientes con abdomen agudo quirúrgico que requieren intervención quirúrgica.

Proceder diagnóstico	Total (n=99)			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Apendicitis Aguda	39	39.39	82	82.82
Colecistitis Aguda	26	26.26	73	73.73
Úlcera Perforada	19	19.19	71	71.71
Oclusión intestinal	19	19.19	59	59.59
Embarazo Ectópico	17	17.17	44	44.44
Pancreatitis Aguda	15	15.15	23	23.23
Diverticulitis del Colon	2	2.2	19	19.19
Otras	2	2.2	5	5.9

La tabla No. 2 refleja el conocimiento antes y después sobre el proceder diagnóstico del personal encuestado de los pacientes portadores de abdomen agudo quirúrgico que requerirán cirugía mayor urgente. Del total de trabajadores encuestados antes de la intervención el 35.55 % de los encuestados refieren que el Embarazo Ectópico es la patología que mas conocimientos tienen. Con bajo

conocimiento de las enfermedades de Diverticulitis del Colon así como de la Pancreatitis Aguda, seguida por la Apendicitis Aguda, Ulcera Perforada y Oclusión Intestinal. Después de la capacitación el 93.33 % reconoce la Apendicitis Aguda en primer lugar, y el 88.89 % Colecistitis Aguda como segundo y la ulcera Perforada con un 80%.

Tabla 3. Distribución de los encuestados antes y después de la capacitación según diagnósticos más frecuentes.

Diagnóstico	Total (n=99)			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Apendicitis Aguda	46	46.46	85	85.85
Colecistitis Aguda	43	43.43	78	78.78
Ulcera Perforada	37	37.37	76	76.76
Oclusión intestinal	36	36.36	69	69.69
Embarazo Ectópico	25	25.25	44	44.44
Diverticulitis del Colon	9	9.9	23	23.23
Pancreatitis Aguda	5	5.05	19	19.19
Otros	1	1.01	5	5.5

En los encuestados antes de la acción educativa reconocieron a la Colecistitis Aguda y la ulcera perforada como causas fundamentales y de primer diagnóstico del Abdomen Agudo. Después de la capacitación reconocieron que la Apendicitis Aguda, la colecistitis y la ulcera perforada (enfermedades integrantes del abdomen agudo) eran las más frecuentes, coincidiendo con los reportes de diferentes autores nacionales e internacionales.(23,24,25,26,27,28)

Tabla # 4: Conocimiento antes y después de la capacitación sobre las complicaciones postoperatorias a los pacientes portadores de Abdomen agudo quirúrgico que requieren intervención quirúrgica.

Complicaciones Postoperatorias	Total (n=99)			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Peritonitis	9	9.09	67	67.67
Shock	35	35.35	28	28.28
Hematomas	23	23.23	22	22.22
Neumonías	17	17.17	1	1.01
Sepsis de la herida quirúrgica	16	16.16	1	1.01
Otras	9	9.09	-	-

Antes de la capacitación solo el 8.89 % de los encuestados eran capaces de reconocer como la complicación principal a la peritonitis, luego de esta acción se logró aumentar el conocimiento hasta un 86.67 % de los entrevistados. Esta es la

principal complicación presente en los ancianos cuando se intervienen quirúrgicamente coincidiendo con la literatura consultada(29,30,31,32,33)

Tabla # 5: Conocimiento antes y después de la capacitación sobre las causas de muerte de los pacientes portadores de abdomen agudo que requieren intervención quirúrgica.

Causas de Muerte	Total (n=99)			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Shock Séptico	15	15.15	86	86.86
Shock Hipovolémico	14	14.14	84	84.84
Shock Mixto	11	11.11	72	72.72
Fallo Multiorgánico	28	28.28	23	23.23
Insuficiencia Respiratorias	60	60.60	12	12.12
Otras	9	9.09	2	2.02

El reconocimiento del Shock Séptico como la causa de muerte antes de la capacitación fue de 15.15% de los casos, luego de esta actividad se logró elevar el nivel de conociendo sobre esta entidad como factor desencadenante de la muerte en un 86.86% de los casos. Siendo esta la causa principal de defunción el los pacientes intervenidos de urgencia por Cirugía General. Esto coincide con la bibliografía consultada.(34,35,36.37,38,39,40)

Tabla #6: Evaluación del nivel de conocimiento de los profesionales antes y después de la intervención.

Evaluación del conocimiento	Total (n=99)			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	9	9.09	81	81.82
Medio	15	15.15	10	10.10
Bajo	75	75.76	8	8.08

Cuando analizamos los resultados antes y después de la intervención observamos lo siguiente (Tabla N° 6): el nivel de conocimientos de los encuestados antes de la intervención era bajo con el 75.76%, solo un 9.09% podía catalogarse como alto, en un segundo momento (después de la intervención ya los resultados eran altos con un 81.82 % y solo un 8.08% se mantenía bajo, lo que pudiera explicarse si tenemos en cuenta las inasistencias de los cursitas por el sistema de guardias y dificultades de índole personal.

Al realizar el análisis de la comparación de medias en el análisis estadístico y contrastar ambos momentos buscando comprobar la efectividad de la intervención aplicada encontramos los siguientes resultados:

MOMENTOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA.	INTERVALO CONFIANZA
ANTES	52,51	9,65	[50 ,10 ; 59, 90]
DESPUES	91.25	7,86	[89 ,16 ; 92, 67]

La media para el primer momento (antes de la intervención) fue de 52.51 por lo que clasifica a los encuestados en la categoría de nivel bajo, ya en un segundo momento (después de la intervención) la media es de 91.25 lo que los clasifica en la categoría de alto. Al obtener el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p= 0.002$ como este resultado es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula, que se complementa si observamos los intervalos de confianza calculados donde la media se encuentra dentro del intervalo por lo que podemos afirmar con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos y por consiguiente la intervención educativa aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo propuesto en nuestra investigación por lo determinamos proponer la capacitación .

CONCLUSIONES

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de capacitación educativa para evaluar el conocimiento sobre enfermedad del abdomen Agudo quirúrgico en los profesionales de la salud de los consultorios del médico de familia del área norte del municipio de Morón durante el período de Enero del 2006 hasta Diciembre del 2007. El nivel de conocimientos sobre el tema en el personal de la salud encuestado antes de la actividad era bajo y se logró un incremento a alto y mediano por lo que quedó demostrada la hipótesis propuesta en la investigación donde planteábamos que a través de la capacitación educativa se podía aumentar el grado de conocimiento contribuyendo a un buen manejo de los pacientes para evitar sus complicaciones y así mejorar la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- Hacer extensivo el curso de capacitación sobre el manejo del Abdomen Agudo Quirúrgico al resto de los profesionales de la salud del municipio de Morón y de esta forma mejorar el nivel de conocimiento de la enfermedad y el bienestar de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Catto JA. Apendicitis Aguda. En: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, eds. Medicina de Urgencias. Ciudad México: McGraw Hill Interamericana. 1997:564 - 566.
2. Rodríguez-Loecher J. Características clínicas y diagnóstico del abdomen agudo quirúrgico. Editorial Científico Técnica, La Habana, 1989.
3. Olivera D, Iraola MD, Alvarez F, Nieto PR, Aguila O. Factores pronósticos de mortalidad en las peritonitis. Trabajo de Terminación del Diplomado en Medicina Intensiva. Cienfuegos. 1998.
4. Mc Clean KL, Shejan GD, Harding GKM, Intraabdominal infection: A review. Clinical Infectious Diseases. 1994: 100-111.
5. Alvarez Caperochipi, J: La cirugía del anciano. Aspectos generales y estudio de la mortalidad operatoria. Cir Esp 1990; 34 (5): 337-41.
6. Herrero Pardo de Dorebun M, Macías CA, Salcedo JI, Sánchez AB, Carretero MB, et al. Apendicitis. Panorama Actual Med 2000;24 (231) 156-160.
7. Regalado E. Abdomen Agudo Quirúrgico: Importancia de los signos invariantes. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1993.
8. Ojeda MJ, Rondon J, Garcia J, Abdomen Agudo Quirúrgico. Multimed 1997;1(2).
9. Apendicitis Aguda. Guías de Buenas Prácticas Clínicas. <http://www.gal.sld.cu> [consulta:Marzo 2003]
10. Oclusión Intestinal. Guías de Buenas Prácticas Clínicas. <http://www.gal.sld.cu>[consulta:Marzo 2003.
11. Adams JT. Pared abdominal, epiplón, mesenterio y retroperitoneo en Principios de Cirugía de Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Cowles HW. McGraw-Hill Interamericana. 1991, vol II, Quinta Edición:1331-1360.
12. Avilés Cruz P. y col. : Cuidados intensivos en peritonitis graves. Experiencia en 6 años de trabajo. Rev. Cub. Cir. 26(5) : 115, 1987.

13. Baker C.C., Huynh T; Sepsis in the critically ill patient. Current problem insurgery. 1995 Dic., 32(12), 1013.1092
14. Bockus HL. Abdomen agudo. Gastroenterología. Ediciones Revolucionarias 1980. 4:3.
15. Corona Mancebo S y cols. Úlcera duodenal perforada: presentación de 160 casos. Rev Cubana Cir 1976;15:63.
16. De la Llera G. Infección intraperitoneal. Evolución no satisfactoria. Conferencia. Boletín. 69 Congreso Argentino de Cirugía. Oct. 1998.
17. De la Llera G. Miranda A.Z. y col. Relaparotomías: Revisión de un año. Hospital Universitario "Calixto García". Revista Médica CSS. (Panamá) Dic1998. Vol27. No.3 : 3-10.
18. Diethelm AG. The acute abdomen in Sabiston D.C. Text book of Surgery. Thirteen Th Edition 1986. 1:790 W.B. Saunders and company.
19. Escallón-Mainwaring J. y cols., Infección Intraabdominal. Capítulo 6. Curso Avanzado para Cirujanos Herida e Infección Quirúrgica(HIQ). Federación Latinoamericana de Cirugía(FELAC). Legis SA. Bogotá. Colombia. 1999 Pags. 403-424.
20. García Gutiérrez A. y cols. Apendicitis Aguda. Análisis de las complicaciones postoperatorias y de la mortalidad. Rev. Cub. Cir. 15: 456, 1976.
21. García-Tsao G. Peritonitis bacteriana espontánea. Tratamiento y profilaxis. Rev 22. 18.- Bayarre Vea. H, Hodforf G. Inferencia Estadística. ENSAP, La Habana. 2004.
22. Anuario Estadístico 2005 [serie en Internet]. [citada 2006]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cg>
22. Naciones Unidas. Una nueva era para los envejecientes. Atacar la pobreza, impulsar la solidaridad, crear empleos. Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social. Dinamarca: 1995 mar 6-12.

23. Composortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, DF: CIRSS, OPS, OMS, 1995:13-33.
24. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev. Cubana Salud Pública v.33 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007
25. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Cardona Sansón Y, Inclán Ravelo L. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev. Cubana Med Gen Integr v.21 n.1-2 Ciudad de La Habana ene.-abr. 2005
26. Fuentes E, Jiménez R. Riesgo quirúrgico en pacientes mayores de 60 años. Rev. Cubana Cir. 2000; 39(1): 73-81.
27. Martínez Querol C, Pérez MartínezVT. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida Rev. Cubana Med Gen Integr v.22 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2006
28. Morales González RA .Mortalidad posoperatoria intrahospitalaria de los adultos mayores en Cirugía General. Rev. Cubana Cir v.42 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2003
29. Téllez Frandín K, Mondejo Ortiz O, Montes De Oca Morera G, Zada González M. Pesquisaje de ancianos con riesgo de fragilidad y características socioepidemiológicas en el consultorio No.52 Área Norte. 2007. encontrado en <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/Vol10.Suple1/T19.htm>
30. Díaz Garrido D, Bayarre Vea H, Lazo Álvarez MA , Menéndez Jiménez J, Pérez Piñero JS, Tamargo Barbeito T. Prevalencia de discapacidad física en ancianos de la provincia Granma. Rev. Cubana Med Gen Integr v.23 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2007

31. Gómez Juanola M, Pérez Carvajal A, Moya Rodríguez M, Reyes Llanes M. Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. Rev. Cubana Med Gen Integr v.20 n.3 Ciudad de La Habana Mayoun. 2004
32. Perera Rodríguez L L, Cordero Jiménez C P, de la Paz Granado M E, Fernández Gómez Y. Cirugía mayor urgente en el anciano. Rev. Elect. MediCiego. ISSN: 1029-3035.2004 Vol. 10 No: Supl 2.
33. Pérez Hernández H. EL PRIVILEGIO DE VIVIR MÁS. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2004; 10(2).
34. Gómez Véliz A, López Montaña JL; Cuan Ravinal R, Cuan Corrales R. COMPORTAMIENTO DE LA CIRUGÍA ELECTIVA EN EL ANCIANO. Revista Electrónica "Archivo Médico de Camagüey" 2001;5(3) ISSN 1025-0255
35. Rodríguez Cárdenas AE, Rodríguez Calzadilla OL, Señor García RF. LA RECREACIÓN COMO MODIFICADOR EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2002; 8(2)
36. Revilla V, Mederos N, Barrera C. Toracatomía en el anciano. Rev. Cubana de Cirugía 2003; 42(2): p-p (20-25)
37. Linn B S, Wallen N. Evaluation of result of surgical procedures in the elderly. Ann Surg. 1996; 95 (3): 90-6.
38. Amaral JF, Greenburg AG. The surgical treatment of elderly patients. Probl Gen Surg 1988; 5(7):297-308.
39. Ortiz Martínez N, Molina Medina R, González Cata A , Betancourt Enríquez J. Anestesia en el Paciente Anciano.2006 Encontrado en <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/Vol10No.1/T10.htm>

ANEXOS

Anexo I

Modelo de Consentimiento Informado

Título: Estrategia de Capacitación dirigida a la atención primaria de salud del área norte del municipio Morón referente al manejo del Abdomen Agudo Quirúrgico.

Basado en los principios de la ética médica de respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía se les explica a los pacientes en que consiste el estudio y se recoge su aceptación.

Yo-----Hago fe que durante la entrevista, previa a mi participación en el estudio, se me han explicado las bases del ensayo y la posibilidad de entrar en uno u otro grupo, se me asegura que cualquier alteración será objeto de tratamiento inmediato si es necesario y que no corro peligro extra por estar en uno u otro grupo

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con el Investigador principal: Dr. Claudio Pablo Cordero Jiménez

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Fecha_____

Firma del participante_____

Anexo II.

Encuesta

Con el propósito de mejorar la atención de nuestros pacientes portadores de Abdomen Agudo en la primera línea de defensa de nuestro sistema de salud los consultorios del médico de la familia, necesitamos que realices esta encuesta para elaborar un proyecto que beneficiará el desempeño de tu trabajo.

(Marca con una x)

Profesión.

-----Médico.

-----Licenciado en Enfermería.

-----Técnico Medio en Enfermería.

1. Conoces el proceder diagnóstico (interrogatorio y examen físico y los complementarios) de las siguientes afecciones quirúrgicas.
 - 1.1- ----- Apendicitis Aguda.
 - 1.2- ----- Colecistitis Aguda.
 - 1.3- ----- Oclusión intestinal.
 - 1.4- ----- . Ulcera Péptica perforada
 - 1.5- ----- Pancreatitis Aguda.
 - 1.6- ----- Diverticulitis Aguda.
 - 1.7- ----- Embarazo Ectòpico.

1.8- ----- Otras.

2. Identifique los diagnósticos más frecuentes.

2.1 ----- Diverticulitis Aguda.

2.2 ----- Oclusión Intestinal.

2.3 ----- Colecistitis Aguda.

2.4 ----- Apendicitis.

2.5 ----- Úlcera Perforada.

2.6 ----- Embarazo Ectópico.

2.7 ----- Pancreatitis Aguda

2.8 ----- Otros

3. ¿Cuáles son las complicaciones postoperatorias?.

3.1 ----- Peritonitis.

3.2 ----- Shock.

3.3 ----- Neumonías.

3.4 ----- Hematomas.

3.5 ----- Sepsis de la herida quirúrgica.

3.6 ----- Otras.

4. ¿Cuáles son las causas de muerte de los pacientes con abdomen agudo?

4.1 ----- Shock Séptico.

4.2 ----- Shock Hipovolémico.

4.3 ----- Shock Mixto.

4.4 ----- Fallo Multiorgánico.

4.5 ----- Insuficiencia Respiratorias.

4.6 ----- Otras.

Anexo III.

Dimensiones e indicadores / Variable Dependiente	Indicadores/Dimensiones	Técnica que utilizó e ítem que evaluó.
<p>Nivel de conocimiento de los profesionales de salud de los consultorios del medico de la familia sobre el abdomen agudo quirúrgico.</p>	<p>Alto: Si conoce 6 del proceder diagnóstico, 6 de los diagnósticos más frecuentes, 4 de las complicaciones postoperatorias y sí reconoce la peritonitis como la causa más frecuente y 4 las causa de muerte, mencionando la primera.</p> <p>Medio: Si conoce 4- 5 de los exámenes complementarios, 4-5 diagnósticos más frecuentes, 3 complicaciones, no reconoce la peritonitis como la causa más frecuente de las complicaciones</p>	<p>Encuesta:</p> <p>Pregunta 1: Incisos: 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8.</p> <p>Pregunta 2: Incisos: 2.1; 2.2; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 2.8.</p> <p>Pregunta 3: Incisos: 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; 3.5; 3.6.</p> <p>Pregunta 4: Incisos: 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5;4.6.</p> <p>Todos los incisos correctos se evaluaran con 4 puntos</p> <p>Resultados: Alto: Entre 80 y 100</p>

	<p>postoperatorias o menciona las tres primeras y 3 las causa de muerte con o sin la primera.</p> <p>Bajo: Si conoce hasta 3 de los diagnósticos más frecuentes, menciona dos complicaciones postoperatorias, menos de 4 contraindicaciones y hasta 2 las causa de muerte.</p>	<p>puntos</p> <p>Medio: Entre 60 y 79 puntos</p> <p>Bajo: Menos de 60 puntos</p>
--	--	--