



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA GENERAL**

TEMA:

**“RELACIÓN ENTRE DETECCIÓN TEMPRANA Y EVOLUCIÓN
DEL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO DE ORIGEN
GINECOLÓGICO. HOSPITAL LUIS VERNAZA, 2012”**

AUTOR:

MD. WILSON RONALD AGUILAR MERO

DIRECTOR:

DR. LUIS HERRERA BERMEO

GUAYAQUIL – ECUADOR

2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Dr. Wilson Ronald Aguilar Mero, como requerimiento parcial para la obtención del título de especialista en Cirugía General.

Guayaquil, a los dieciséis días del mes de Febrero año dos mil quince

DIRECTOR DE LA TESIS:

DR. LUIS HERRERA BERMEO

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

DR. MAX CORONEL INTRIAGO

REVISOR:

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, *WILSON RONALD AGUILAR MERO*

DECLARO QUE:

El Borrador del Trabajo de Tesis "*RELACIÓN ENTRE DETECCIÓN TEMPRANA Y EVOLUCIÓN DEL ABDOMEN AGUDO DE ORIGEN GINECOLÓGICO. HOSPITAL LUIS VERNAZA, 2012* " previa a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme a las citas que constaten el texto de trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los dieciséis días del mes de Febrero año dos mil quince

MD. WILSON RONALD AGUILAR MERO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, *WILSON RONALD AGUILAR MERO*

Autorizo a la universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de tesis de la Especialización titulado: *"RELACIÓN ENTRE DETECCIÓN TEMPRANA Y EVOLUCIÓN DEL ABDOMEN AGUDO DE ORIGEN GINECOLÓGICO. HOSPITAL LUIS VERNAZA, 2012"*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los dieciséis días del mes de Febrero año dos mil quince

MD. WILSON RONALD AGUILAR MERO

DEDICATORIA

Este trabajo le dedicó a Dios por guiarme siempre por el camino del bien, a mi esposa que siempre estuvo conmigo en los momentos buenos y malos de mi vida, a mi hija Paula que es la razón de superarme, a mi mami que es el pilar fundamental en mi vida, a mis hermanos que me dieron siempre todo su apoyo. Con todo cariño dedico este esfuerzo a todos ellos.

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me gustaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos difíciles de mi vida, entre ellas a mi primo el Dr.

Marco Toledo por ser mi maestro y amigo en esta dura carrera de la medicina y cirugía, al Dr. Tettamandi por su apoyo y orientación, al Dr. Alfredo Chávez por su amistad y paciencia en la elaboración de esta tesis. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones

INDICE

Dedicatoria.....	I
Agradecimiento.....	I
Índice.....	II
Abreviaturas.....	IV
Resumen.....	V
Abstract.....	VI
Introducción.....	1
Planteamiento del Problema.....	2
Objetivos.....	3
Marco Teórico.....	4
I Generalidades.....	5
<i>Concepto de Abdomen Agudo Ginecológico.....</i>	<i>6</i>
<i>Etiología.....</i>	<i>6</i>
II <i>Abdomen Agudo GinecológicoHemorrágico.....</i>	<i>7</i>
<i>Embarazo ectópico.....</i>	<i>8</i>
<i>Quiste de ovario sangrante.....</i>	<i>9</i>
<i>Endometriosis.....</i>	<i>10</i>
<i>Hemorragia tubárica.....</i>	<i>11</i>
III <i>Abdomen Agudo GinecológicoInfeccioso.....</i>	<i>12</i>
<i>Salpingitis Supurada.....</i>	<i>13</i>
<i>Pelvipерitonitis.....</i>	<i>13</i>
<i>Absceso Tubárico.....</i>	<i>14</i>

IV <i>Abdomen Agudo Ginecológico Mecánico</i>	16
<i>Torsión de Anexos</i>	17
V <i>Abdomen Agudo Ginecológico Traumático</i>	18
<i>Perforación Uterina</i>	19
Formulación de Hipótesis.....	20
Metodología.....	20
Criterios de Inclusión y Exclusión del Estudio.....	21
Operacionalización de Variables del Estudio.....	22
Presentación de Datos y Resultados.....	24
Resultados.....	35
Discusión.....	36
Conclusiones.....	37
Valoración Crítica de a Investigación.....	39
Recomendaciones.....	40
Referencias Bibliográficas.....	41
Anexos.....	45

ABREVIATURAS

FUM: Fecha de última menstruación

B- hCG: Gonadotropina coriónica humana fracción beta

EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria

DIU: Dispositivo intrauterino

RESUMEN

Antecedentes: El abdomen agudo ginecológico ocurre entre 7 y 20%; puede ser hemorrágico, infeccioso, mecánico o traumático. Requiere un tratamiento rápido, precoz para disminuir las complicaciones postoperatorias. Los cuadros de abdomen agudo ginecológico hemorrágico son los más frecuentes, y el embarazo ectópico complicado es el más común con un porcentaje de 90%. **Objetivo:** Demostrar que el diagnóstico oportuno del abdomen agudo quirúrgico de origen ginecológico disminuye las complicaciones y mejora la expectativa de vida. **Metodología:** Estudio de tipo Retrospectivo, Observacional, Transversal, de nivel Descriptivo con 51 pacientes, en un período de 12 meses, entre Enero del 2013 hasta Diciembre del 2013, el universo lo conforman todos los pacientes ingresados en la emergencia del hospital Luis Vernaza con abdomen agudo quirúrgico de origen ginecológico. **Resultados:** Promedio de edad de 28 años, días de evolución de los pacientes es 5 días, con un estancia hospitalaria de 4 días. Se muestra que la palidez (21.57%), vómito (27.45%) y las náuseas (19.61%) tienen mayor porcentaje en la presentación en el cuadro clínico; y no hubo relación en el diagnóstico de ingreso con el diagnóstico postoperatorio de las pacientes del estudio en un 54.9%. **Conclusión:** El abdomen agudo ginecológico se presentó en pacientes de bajo nivel sociocultural en edad fértil y nulíparas. Predominaron cuadros hemorrágicos e infecciosos que requirieron un tratamiento quirúrgico de emergencia y para llegar a un diagnóstico temprano se debe tener presente historia clínica completa y eficaz, los antecedentes patológicos personales, la evolución del cuadro y tener un correcto protocolo de diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: *Abdomen agudo ginecológico, HCG, ecografía abdominal.*

ABSTRACT

Background: The gynecological acute abdomen occurs between 7 and 20%; may be hemorrhagic, infectious, mechanical or traumatic. Requires fast, early treatment to reduce postoperative complications. Tables hemorrhagic gynecologic acute abdomen are the most common, and the complicated ectopic pregnancy is the most common with a percentage of 90%. **Objective:** To demonstrate that the early diagnosis of acute abdomen of gynecological origin reduces complications and improves life expectancy. **Methods:** Retrospective study type, observational, Transversal, Descriptive level of 51 patients in a 12 month period, from January 2013 until December 2013, the universe consists of all patients admitted to hospital emergency Luis Vernaza with acute surgical abdominal gynecologic origin. **Results:** Average age 28, day history of patients is 5 days, with a hospital stay of 4 days. It is shown that the pallor (21.57%), vomiting (27.45%) and nausea (19.61%) have the highest percentage in the clinical presentation; and there was no relationship in the diagnosis of postoperative admission to diagnosis of patients in the study at 54.9%. **Conclusion:** The presented gynecologic acute abdomen in patients of low socio-cultural level of childbearing age and gilts. Predominant hemorrhagic and infectious conditions requiring emergency surgical treatment and to reach an early diagnosis must be present complete and effective clinical history, personal medical history, clinical course and have a proper diagnostic protocol.

KEYWORD: *Gynecological acute abdomen, HCG, abdominal ultrasound.*

INTRODUCCIÓN

Al hablar de abdomen agudo se refiere a un cuadro clínico con aparición brusca de dolor abdominal muy intenso con signos de irritación peritoneal; siendo una emergencia. El abdomen agudo ginecológico se presenta entre un 7 y 20%¹; puede ser clasificado de diversas maneras de acuerdo a su origen como hemorrágico, infeccioso, mecánico o traumático. Para el manejo y tratamiento rápido y oportuno se requiere un diagnóstico adecuado y precoz, siendo fundamental la historia y el examen clínico acuciosos para así disminuir las probabilidades de complicaciones postoperatorias y de morbi-mortalidad. Los cuadros de abdomen agudo ginecológico hemorrágico son los más frecuentes, y dentro de esta clasificación el embarazo ectópico complicado es el más común con un porcentaje de 90%.^{1,2,3}

Existen pocos estudios y la información es aún más escasa si se relaciona con la detección temprana y evolución del abdomen agudo de origen ginecológico en emergencia, se decidió abordar el conocimiento de la misma a través de este estudio.

El objetivo del presente estudio es demostrar que el diagnóstico oportuno del abdomen agudo quirúrgico de origen ginecológico disminuye las complicaciones y mejora la expectativa de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abdomen agudo de origen ginecológico es un cuadro clínico complejo, cuyas urgencias quirúrgicas se producen en su mayor parte en mujeres en edad de procreación, pero a veces se observa en adolescentes y son raras en las postmenopáusicas^{1,2,3}. Los padecimientos más comunes e importantes que se deben considerar son la enfermedad inflamatoria pélvica con absceso, embarazo ectópico, hemorragia en un quiste ovárico funcional y torsión de los anexos o del ovario (la importancia de su diagnóstico precoz radica en una rápida intervención quirúrgica para preservar el ovario y la trompa).^{4, 5,6}

La valoración inicial más importante que se debe realizar es determinar si se trata de un cuadro agudo, si es un abdomen agudo médico o quirúrgico, si es de origen ginecológico y cuál es su etiología; para ello es importante el interrogatorio, el examen físico general, el examen ginecológico, los exámenes complementarios⁷. El pronóstico va a depender del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el tratamiento. No siempre requiere un manejo quirúrgico por lo que el diagnóstico etiológico es de vital importancia.

La realización de este trabajo de investigación científica se justifica porque son pocos los estudios sobre la correlación que existe entre el diagnóstico oportuno del abdomen agudo ginecológico y su evolución para disminuir sus complicaciones, y determinar protocolos de manejo para la toma de decisiones de los cirujanos generales en la emergencia.

OBJETIVOS

Objetivo general.-

Demostrar que el diagnóstico oportuno del abdomen agudo quirúrgico de origen ginecológico disminuye las complicaciones y mejora la expectativa de vida.

Objetivos específicos.-

- ❖ Determinar la forma de presentación del cuadro clínico del abdomen agudo de origen ginecológico quirúrgico.
- ❖ Determinar si hay un correcto protocolo diagnóstico del abdomen agudo ginecológico quirúrgico.
- ❖ Establecer si el diagnóstico de ingreso a la emergencia guarda relación con el diagnóstico postquirúrgico.
- ❖ Determinar la estancia hospitalaria de las pacientes con diagnóstico abdomen agudo quirúrgico de origen ginecológico

MARCO TEÓRICO

I GENERALIDADES

1.1. CONCEPTO DE ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO.-

El abdomen agudo ginecológico, es un cuadro plurisintomático, donde su síntoma principal es el dolor abdominal localizado en hemiabdomen inferior en los órganos genitales femeninos, con aparición brusca, repentina, de más de seis horas de evolución; más frecuente en mujeres en edad fértil, cuyo tratamiento es en su mayoría es quirúrgico. Presenta una incidencia del 7 al 20%.¹

Es de gran importancia una buena anamnesis, donde se debe investigar especialmente sobre el dolor y la hemorragia (cronología- cantidad - duración - características - circunstancias de la aparición), ya que su diagnóstico oportuno determina el tratamiento, sea médico o quirúrgico.^{1,2}

1.2. ETIOLOGÍA.-

Para el manejo del abdomen agudo de origen ginecológico, se divide en: HEMORRAGICO un 40% (*Embarazo ectópico – Quiste de ovario sangrante – Endometriosis - Hemorragia tubárica*), INFECCIOSO un 40% (*Salpingitis supurada – Pelviperitonitis - Absceso Tubárico*), MECANICO un 12% (*Torsión de anexos*) y TRAUMATICO un 8% (*Perforación uterina*)³

II

ABDOMEN GINECOLÓGICO

HEMORRÁGICO

2.1. EMBARAZO ECTÓPICO.-

Se denomina embarazo ectópico cuando el óvulo es fertilizado fuera de la mucosa endometrial. Puede tener varias localizaciones: tubáricas, que es la más frecuente con un porcentaje de 95%; la ovárica, del 1 a 3 %, en el cuello tubárico del 1 al 1,5 % y en el peritoneo abdominal, de menor frecuencia. Mortalidad del 1-2% en casos complicados o de diagnóstico tardío.^{1,2,3,4}

La localización tubárica a su vez se divide de acuerdo a donde se produce la implantación del ovulo fertilizado, pudiendo ser **Intersticial** (porción intramural), **Istmica** (parte media) y **Ampollar** (más frecuente).⁵

La causa frecuente del embarazo ectópico es la salpingitis en un 50%, ya que la inflamación aguda o crónica de una trompa de Falopio disminuye el diámetro luminal y el embrión tienen dificultades para recorrer toda la trompa para llegar al útero. Otras causas pero en menor porcentaje del embarazo ectópico son la alteración de la motilidad ciliar dentro de la trompa por alteraciones hormonales o abuso del tabaco, cambios en la arquitectura tubárica por masas pélvicas, adherencias tubáricas por intervenciones quirúrgicas anteriores y un desarrollo embrionario anómalo.^{6,7}

El cuadro clínico del embarazo ectópico es el dolor abdominal, amenorrea y el sangrado vaginal irregular; en el examen físico se presenta el dolor con la palpación de los anexos del mismo lado, el dolor con la palpación abdominal y una masa anexial.⁸

El diagnóstico del embarazo ectópico se basa en la historia clínica y exploración física, el examen de laboratorio y los datos de la ecografía transvaginal^{7,8,9}. La sospecha clínica en una paciente con inestabilidad hemodinámica justifica el tratamiento quirúrgico; si se encuentra clínicamente estable, se puede ordenar exámenes de laboratorio y exploraciones físicas seriadas hasta confirmar el diagnóstico. La ecografía transvaginal es muy útil para explorar las primeras manifestaciones del embarazo ectópico, incluidos

el sangrado vaginal y el dolor pélvico. Si se combina con una cuantificación de B-hCG, la ecografía permite determinar el correcto diagnóstico y tratamiento¹⁰.

El tratamiento expectante no se aconseja por los riesgos que se asocian a la rotura de la trompa uterina por el embarazo ectópico y hemorragia intraabdominal¹¹; cuando el tratamiento se realiza por la vía laparoscópica se dan menos adherencias pélvicas postoperatorias y disminución de la estancia pero no se encuentra indicada en pacientes con inestabilidad hemodinámica, donde se debe realizar una laparotomía exploradora de urgencia^{11,12,13}.

2.2. QUISTE DE OVARIO SANGRANTE.-

Al quiste ovárico sangrante también se lo conoce como hemorrágico, ocurre cuando la vascularización del ovario aumenta entre 2 y 4 días después de la ovulación, cuando hay la presencia de un quiste ovárico la sangre de la teca vascularizada por la ovulación rellena la cavidad del mismo¹⁴. El quiste reabsorbe la sangre en la mayoría de las veces, pero si hay un gran volumen este se rompe, produciendo un hemoperitoneo. La realización de una buena historia clínica es de suma importancia en el diagnóstico, sin olvidar la fecha de la última menstruación y la cronología del dolor que suele presentarse con la ovulación. Puede haber una triada sintomática que es el retraso de la menstruación, dolor pélvico unilateral y una pequeña masa anexial dolorosa^{14,15,16}.

El diagnóstico del quiste hemorrágico se basa en una anamnesis, examen físico y una ecografía transvaginal donde se muestra casi siempre una masa anexial acompañado de una gran cantidad de líquido pélvico¹⁷. Es necesario realizar una B-hCG que permita descartar el embarazo ectópico.

El tratamiento es la laparotomía exploradora de urgencia, ante la presencia de abundante líquido peritoneal en la ecografía transvaginal, inestabilidad hemodinámica y el dolor intenso¹⁸.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se debe tener en cuenta a la apendicitis aguda, embarazo ectópico, endometrioma roto, torsión de ovario o quiste hemorrágico roto^{16,17,18}.

2.3. ENDOMETRIOSIS.-

La endometriosis es una patología crónica de etiología desconocida que ocurre entre el 5 y el 15%, de las mujeres en edad fértil, consiste en tejido endometrial ectópico, en especial en la cavidad pélvica como ovarios, ligamentos uterinos, vejiga urinaria o tracto intestinal, con menos frecuencia se encuentra en pulmones o en otras partes del cuerpo. En el tracto intestinal presenta un porcentaje de 3 al 37%, siendo más frecuente la localización en el colon sigmoide, luego todo el marco colónico, recto e íleon terminal. Es asintomática en el 50% de las pacientes; el síntoma principal y más frecuente es el dolor abdominal localizado en hemiabdomen inferior irradiado a región lumbar, que varía de leve a severo, pudiendo presentarse como una causa de abdomen agudo quirúrgico^{19,20}.

Como los tumores de la endometriosis está influenciada por el ciclo menstrual, los mismos también sangran, produciendo inflamación y fibrosis, que pueden producir obstrucción intestinal o hemorragia digestiva.

El tratamiento es conservador cuando se presentan cuadros con sintomatología leve, en la cual solo se requiere analgésicos; la cirugía es la mejor alternativa en endometriosis extensa y dolor agudo. La laparoscopia es la mejor opción para el diagnóstico y tratamiento, la laparotomía en la actualidad se lo considera como último recurso de tratamiento, salvo en

casos de focos endometriales profundos que afecten la integridad del órgano vecino, siendo necesario la extirpación del mismo^{20,21}.

2.4. HEMORRAGIA TUBÁRICA.-

Es el sangrado en la trompa uterina que se presenta secundario a un episodio de salpingitis aguda, debido a que es un proceso inflamatorio severo, que conlleva a focos hemorrágicos, al inicio con sangrado escaso en el istmo o en la ampolla, para luego ser de gran cantidad y pasar a la cavidad peritoneal^{19,20,21}.

Para el diagnóstico es importante realizar un examen físico completo, en esta patología es común que al realizar el tacto vaginal y bimanual se palpe un endurecimiento de la pared lateral de la pelvis con gran dolor. Y al realizar una ecografía transvaginal se apreciara el engrosamiento de la trompa uterina afecta²².

El tratamiento quirúrgico es conservador tratando de controlar el sitio de sangrado, salvo que sea una hemorragia incontrolable donde se requiera salpingectomía^{21,22,23}.

III

ABDOMEN GINECOLÓGICO

INFECCIOSO

3.1.SALPINGITIS SUPURADA.-

Es también conocida como piosalpinx, su incidencia es de 10- 15%, con una edad promedio entre 15 y 20 años, ocurre en mujeres sexualmente activas que presentan una infección genital ascendente; presenta una fase aguda, subaguda y crónica²².

Los exudados purulentos pueden llegar a la cavidad peritoneal produciendo una pelviperitonitis, o un absceso tubo-ovárico. El tratamiento en fase aguda es conservador, en fase crónica es necesario un tratamiento quirúrgico para evacuar los abscesos^{21,22}. Están relacionados con enfermedades de transmisión sexual y el 8% son por gonococos o por clamidias no tratadas que se complican. Sin un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado hay un alto porcentaje de secuelas como infertilidad, dolor pélvico crónico, mayor incidencias de embarazo ectópico por lo tanto mayor morbimortalidad de las mujeres en edad fértil²³.

3.2. PELVIPERITONITIS.-

Se define a la inflamación del peritoneo de la cavidad pélvica, afecta al 10% de las mujeres en edad reproductiva entre la 2da y la 3ra décadas de la vida y en nulíparas (25%). Presenta dolor intenso localizado en el abdomen inferior, alza térmica y trastornos urinarios, el tratamiento es médico quirúrgico para la evacuación quirúrgica de los abscesos. Los factores que se relacionan esta patología son el uso de dispositivos intrauterinos, infecciones puerperales y post aborto; además se asocia con algunos procedimientos operatorios como dilatación y curetaje uterino y antecedentes de EPI previa^{23, 24,25}.

La pelviperitonitis equivale al *Estadio II* de la EPI. Sin un buen diagnóstico y tratamiento el 18% evoluciona hacia la forma crónica y dando lugar a un absceso tuboovárico²⁵.

3.3. ABSCESO TUBOOVÁRICO.-

Se define como la formación inflamatoria con colección de pus que compromete ovario y trompa, puede extenderse a otros órganos pelvianos; tiene una incidencia del 20 al 30%, con una edad promedio entre 30 y 40 años^{23,24,25,26}. Puede ser unilateral o bilateral y ocurre de forma secundaria a las EPI recurrentes y el uso prolongado de DIU. El síntoma clínico principal del absceso tuboovárico roto es el dolor pelviano agudo y progresivo.

El absceso no roto tuboovárico con una salpingitis aguda es el *Estadio III* de la EPI y el *Estadio IV* equivale a la rotura de abscesos tubáricos. La ecografía muestra la masa pélvica del absceso tuboovárico que nos ayuda en el diagnóstico; el diámetro frecuente es el inferior a 5 cm, cuando se presenta un diámetro mayor de 8 cm es un cuadro grave que indica que puede producirse la rotura del absceso^{19,20,23}. La ecografía además revela en el fondo del saco de Douglas la presencia de líquido sugestivo de colección purulenta^{25,26}.

Al examen físico se evidencia un abdomen distendido, con disminución o ausencia de los ruidos intestinales, pueden haber signos de peritonitis generalizada, dolor a la palpación directa o a la descompresión y matidez migratoria²⁷. En el 50% de las pacientes se palpa una masa pelviana. Es probable que el recuento leucocitario sea mayor de 15.000, pero también puede ser normal. La culdocentesis es un auxiliar diagnóstico valioso, la radiografía de abdomen revela íleo paralítico.

Cuanto más se retrasa el tratamiento quirúrgico del absceso tuboovárico roto, mayor es la tasa de mortalidad primaria (80%). A medida que pasa el tiempo desde la rotura del absceso tuboovárico, la peritonitis séptica se vuelve más grave y generalizada. El diagnóstico y tratamiento urgentes de la rotura intraperitoneal de un absceso tuboovárico son esenciales para disminuir al mínimo el riesgo de mortalidad secundaria a la peritonitis generalizada^{25,26,27,28}.

El tratamiento quirúrgico de urgencia es una salpingooforectomía unilateral, sobre todo si la paciente es joven. Sin embargo, si se conserva el útero, el riesgo de recurrencia del absceso en la trompa y el ovario contralaterales es elevado²⁷. Si se extirpa el útero junto con el absceso tuboovárico, disminuye el riesgo de recidivas del absceso en el anexo opuesto. El drenaje percutáneo dirigido por ecografía es una opción de tratamiento en abscesos tuboováricos en nulíparas²⁸.

IV
ABDOMEN GINECOLÓGICO
MECÁNICO

4.1. TORSIÓN DE ANEXOS.-

La torsión anexial presenta una incidencia del 3%, casi siempre se asocia a una masa ovárica. Los tumores ováricos constituyen el 50 al 60% de las torsiones en especial los teratomas quísticos maduros; el 80% son menores de 50 años en edad fértil sometidas a fecundación in vitro por hiperestimulación ovárica o embarazo. Es más frecuente la torsión anexial en el lado derecho; y mayor probabilidad de torsión si el tumor presenta una medida entre 8 a 12 cm, si es de mayor tamaño disminuye por su poca movilidad^{26,27,28}.

El diagnóstico se establece, descartando otras causas y con una importante sospecha clínica, debiendo ser rápido. La prueba de embarazo ayuda a descartar un embarazo ectópico, no se va a encontrar aumento de leucocitos o disminución de la hemoglobina, salvo que haya comenzado la necrosis^{27,28}. En la exploración física se presenta una masa anexial unilateral con dolor pélvico agudo, intermitente y unilateral, que se agudiza con los desplazamientos posturales, cuando la torsión persiste o progresa, el flujo sanguíneo arterial no llega al ovario y el tejido empieza a necrosarse. El 70% presenta manifestaciones gastrointestinales (náuseas y vómitos), por lo que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial a la apendicitis, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, absceso anexial, y embarazo ectópico²⁹.

El tratamiento de la torsión anexial tiene como objetivo restaurar el flujo sanguíneo y evitar daños irreversibles, realizando destorsión suave del ovario y ooforopexia en pacientes en edad fértil y embarazadas; y en casos graves de alteración vascular llegando a realizar salpingooforectomía con destorsión inicial porque muchas veces el uréter queda incluido por encima de la torsión y en la exeresis podría producirse lesión del mismo^{27,28}.

V

ABDOMEN GINECOLÓGICO

TRAUMÁTICO

5.1. PERFORACIÓN UTERINA.-

Se presenta como complicación poco frecuente de algún procedimiento intrauterino (*legrado, histerometría, colocación de DIU*). La presentación de esta lesión puede ser puntiforme hasta una gran perforación con pérdida de sustancia uterina, lesión de colon, intestino delgado y mesenterio^{27,28,29}.

La presentación del cuadro clínico varía según el tiempo de evolución de la lesión, es de gran importancia determinar el tipo de lesión, grado de contaminación pélvica y la lesión de otros órganos intraabdominales. El tratamiento es la histerografía si la lesión es pequeña y con poca contaminación³⁰. En casos de que la perforación ocurra posterior a un legrado, aumenta la mortalidad.

FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

"LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO DISMINUYE LAS COMPLICACIONES Y MEJORA LA EXPECTATIVA DE VIDA"

METODOLOGÍA

Realizaremos un estudio de tipo Retrospectivo, Observacional, Transversal, de nivel Descriptivo con 51 pacientes.

El Estudio se realizara en un período de 12 meses, comprendidos entre Enero del 2012 hasta Diciembre del 2012, el universo lo conforman todos los pacientes ingresados en la emergencia del hospital Luis Vernaza con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico de origen ginecológico.

Se reviso las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico de origen ginecológico del Hospital Luis Vernaza, que cumplieron los criterios de inclusión. La información se obtuvo mediante una hoja de recolección de datos diseñada previamente para el estudio y se tomaron de las historias clínicas de cada paciente. Se tabularon los datos y su análisis estadístico se empleó la aplicación de análisis avanzado de Excel de Microsoft Office 2010 y se hicieron los gráficos explicativos correspondientes. Para la descripción de los resultados del estudio se utilizaron frecuencias simples, medidas de tendencia central, porcentajes y promedios.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes mayores o igual a 15 años
- Pacientes con diagnóstico de abdomen agudo de origen ginecológico.
- Consentimiento informado quirúrgico firmado por el paciente y/o familiares.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de embarazo intrauterino y aborto en curso.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

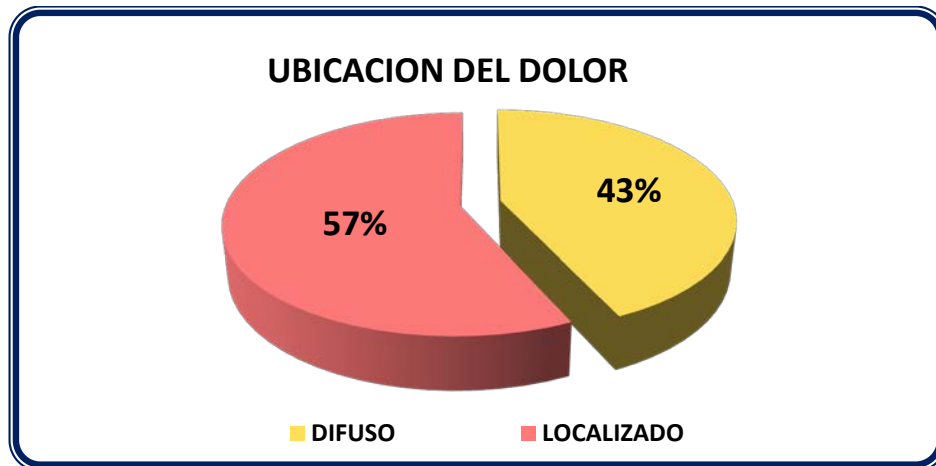
VARIABLE	DEFINICION	MEDIDAS DE ESTUDIO	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	De 14 a 20 años De 21 a 29 años De 30 a 45 años	Cuantitativa continua
Estancia Hospitalaria	Permanencia de ingreso en el hospital	De 1 a 2 días De 2 a 3 días De 3 a 4 días De 4 a 5 días Mayor de 5 días	Cuantitativo continuo
Manifestaciones Clínicas	Signos y síntomas	Dolor abdominal Alza Térmica Vómito Nauseas Diaforesis Sangrado transvaginal palidez Distensión abdominal Polaquiria	Politómico
Tiempo de evolución de la enfermedad previo a diagnóstico	Medida del tiempo que transcurre los primeros síntomas y signos hasta su diagnóstico	De 1 a 2 días De 2 a 3 días De 3 a 4 días De 4 a 5 días Mayor de 5 días	Cuantitativo continuo
Ubicación del dolor	Localización en el abdomen del dolor	Difuso localizado	Cualitativa nominal

Intensidad del dolor	Grado o nivel de dolor	Leve Moderado Severo	Cualitativa ordinal
HGC	Producida durante el embarazo por el embrión en desarrollo después de la fecundación.	Positivo Negativo	Cualitativa nominal
Ecografía	Examen de imagen para visualizar órganos internos de abdomen y pelvis.	Realizada No realizada	Cualitativa nominal

PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Se estudiaron 51 pacientes con el diagnóstico de abdomen agudo de origen ginecológico en el área de emergencia del hospital Luis Vernaza, en el año 2012, cuyos resultados obtenidos según las variables estudiadas son los siguientes:

GRÁFICO 1: UBICACIÓN DEL DOLOR



Fuente: Base de datos del estudio en HLV

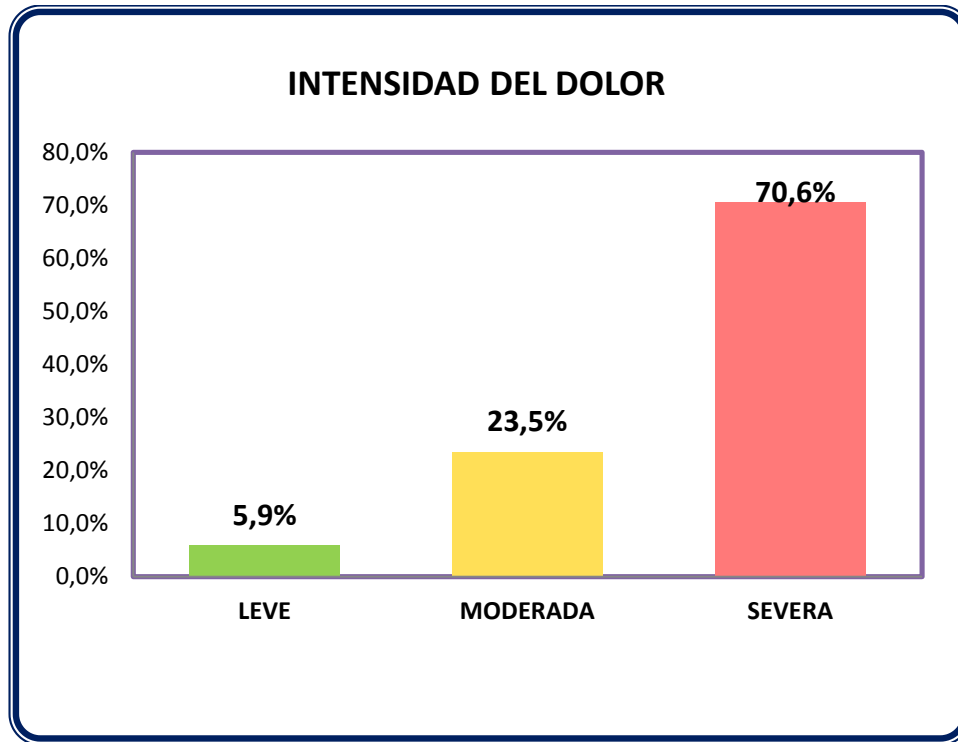
TABLA 1: UBICACIÓN DEL DOLOR

UBICACIÓN DEL DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Difuso (otros)</i>	22	43,1%
<i>Localizado (hemiabdomeninferio)</i>	29	56,9%
Total	51	100%

El gráfico 1 indica la ubicación del dolor abdominal de las pacientes estudiadas, siendo un dolor difuso en el 43.1% y dolor localizado en un área del abdomen es de 56.9%.

Conclusión: El abdomen agudo ginecológico, como se pudo observar presenta una ubicación del dolor localizado en mayor porcentaje en hemiabdomen inferior, en los órganos genitales femeninos, que concuerda con la literatura y con los estudios realizados por diversos autores.

GRÁFICO 2: INTENSIDAD DEL DOLOR



Fuente: Base de datos del estudio en HLV

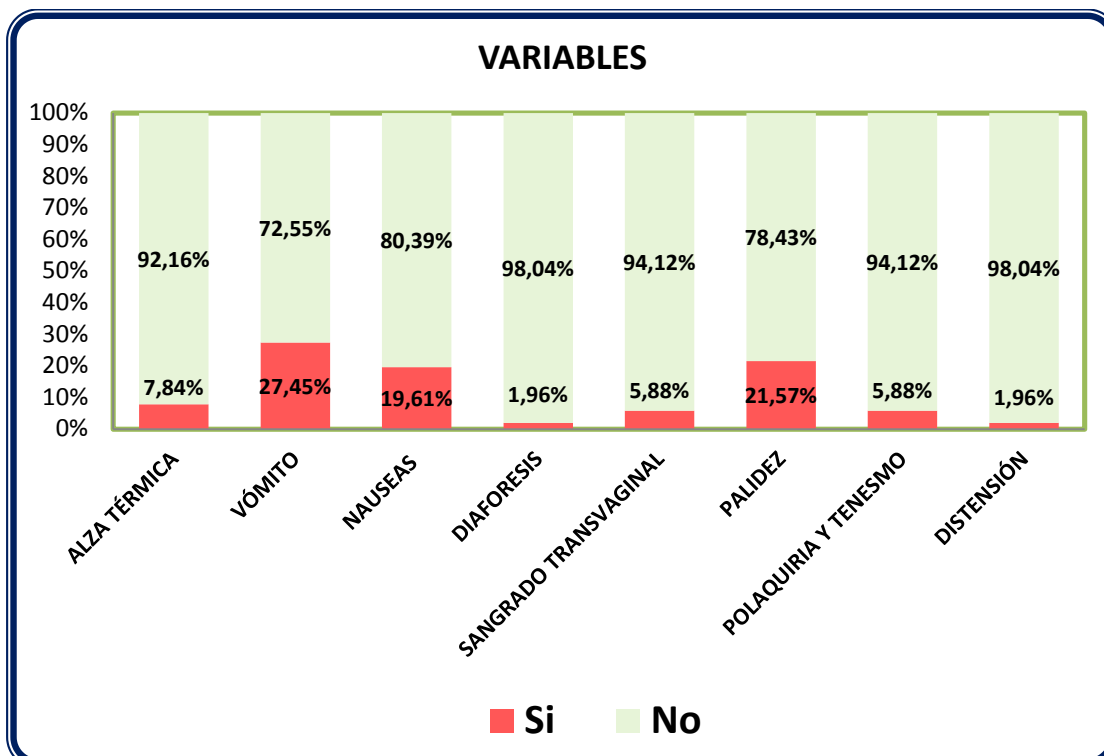
TABLA 2: INTENSIDAD DEL DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Leve</i>	3	5,9%
<i>Moderada</i>	12	23,5%
<i>Severa</i>	36	70,6%
Total	51	100%

El gráfico 2 muestra la intensidad del dolor abdominal de los pacientes estudiados que se clasificó en leve con un 5.9%, moderado en 23.5% y severa un 70.6%.

Conclusión: Se confirma que el abdomen agudo ginecológico que la intensidad del dolor es severa como lo indica la literatura, además de brusco y repentino.

GRÁFICO 3: VARIABLES



Fuente: Base de datos del estudio en HLV

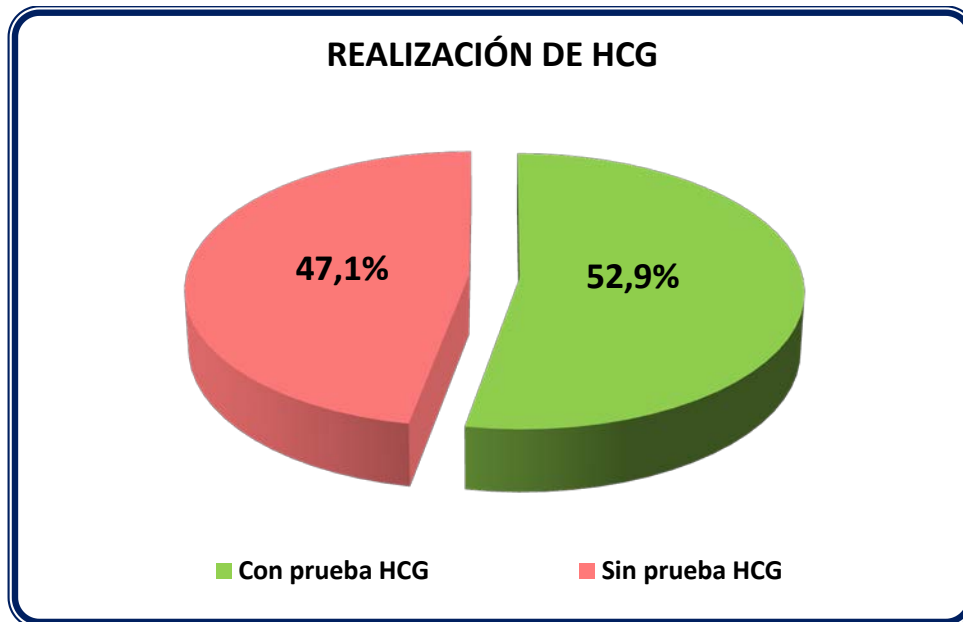
TABLA 3: VARIABLES

Variables	Frecuencia (%)		
	Si	No	Total
Alza térmica	4 (7.84%)	47 (92.16%)	51 (100%)
Vómito	14 (27.45%)	37 (72.55%)	51 (100%)
Nauseas	10 (19.61%)	41 (80.39%)	51 (100%)
Diaforesis	1 (1.96%)	50 (98.04%)	51 (100%)
Sangrado transvaginal	3 (5.88%)	48 (94.12%)	51 (100%)
Palidez	11 (21.57%)	40 (78.43%)	51 (100%)
Polaquiritia y tenesmo	3 (5.88%)	48 (94.12%)	51 (100%)
Distensión	1 (1.96%)	50 (98.04%)	51 (100%)

El gráfico 3 muestra las variables de los pacientes, donde se muestra que el vómito (27.45%), la palidez (21.57%), y las náuseas (19.61%) tienen mayor porcentaje en la presentación en el cuadro clínico.

Conclusión: Se puede observar que presenta un cuadro clínico plurisintomático, donde la palidez es el síntoma de mayor porcentaje luego del dolor abdominal localizado.

GRÁFICO 4: REALIZACIÓN DE HCG



Fuente: Base de datos del estudio en HLV

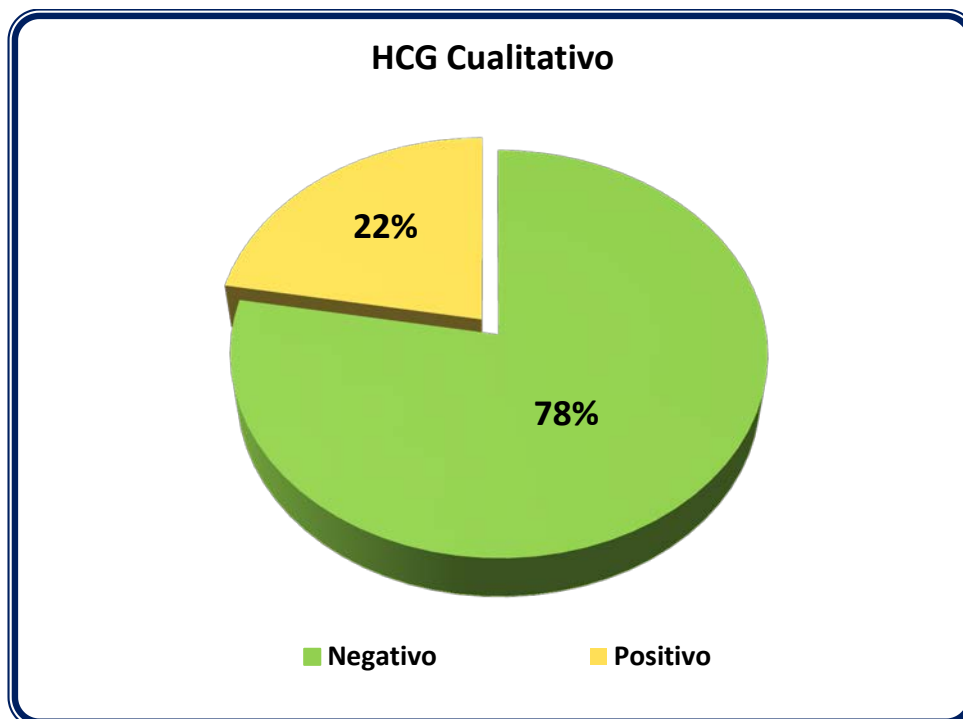
TABLA 4: REALIZACION DE HCG

HCG Cualitativo	Frecuencia	Porcentaje
Con prueba HCG	27	52,9%
Sin prueba HCG	24	47,1%
Total	51	100,0%

El gráfico 4 muestra que del total de pacientes estudiados solo en 27 pacientes se realizó el examen de HCG cualitativa que representa un 52,9%.

Conclusión: Se puede observar que de un total de 51 pacientes estudiadas solo a 27 pacientes se les pide HCG cualitativa dentro del protocolo de diagnóstico, no siguiendo lo establecido en la literatura médica.

GRÁFICO 5: HCG CUALITATIVO



Fuente: Base de datos del estudio en HLV

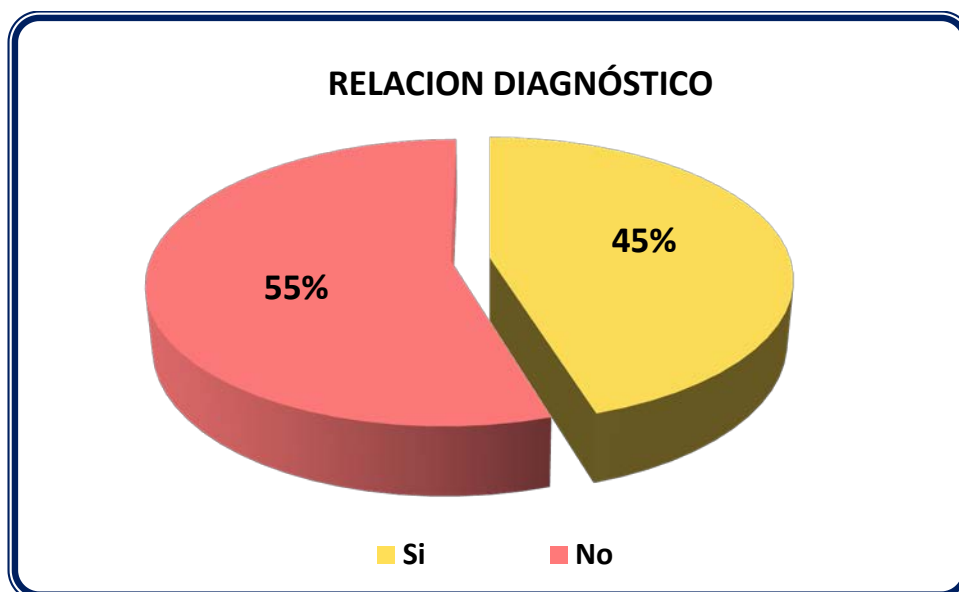
TABLA 5: HCG CUALITATIVO

HCG Cualitativo	Frecuencia	Porcentaje
<i>Negativo</i>	21	77,8%
<i>Positivo</i>	6	22,2%
Total	27	100,0%

El gráfico 5 muestra que del total de pacientes estudiados solo en 27 pacientes se realizó el examen de HCG cualitativa, de las cuales solo un 22.2% resultó positivo y un 77.8% fue negativa.

Conclusión: Se pudo observar que solo en pocas pacientes se presenta positivo el examen de HCG cualitativa.

GRÁFICO 6: RELACIÓN DIAGNÓSTICO



Fuente: Base de datos del estudio en HLV

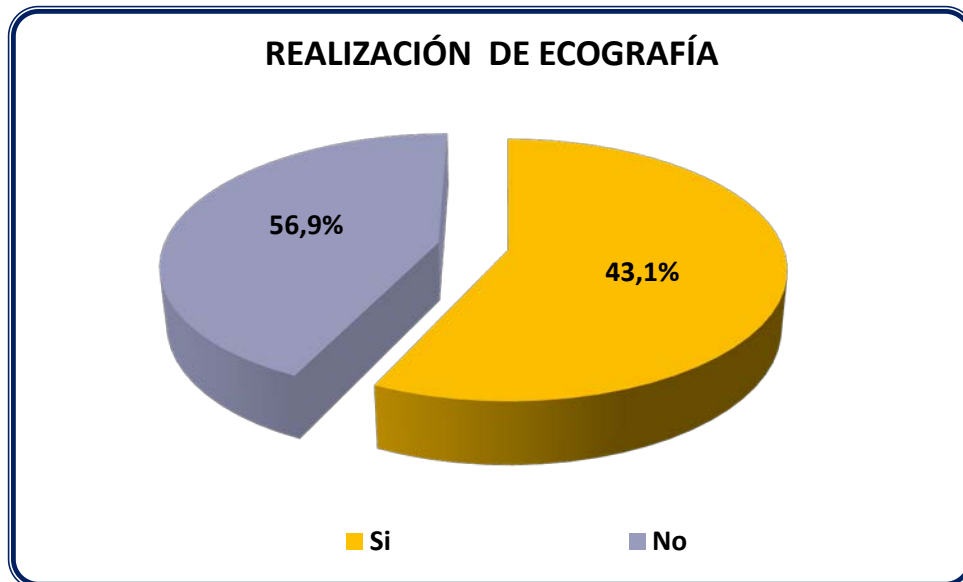
TABLA 6: RELACIÓN DIAGNÓSTICO

Relación Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	45,1%
No	28	54,9%
Total	51	100,0%

El gráfico 6 indica si hubo relación en el diagnóstico de ingreso con el diagnóstico postoperatorio de las pacientes del estudio; obteniendo un 54.9% que no tuvo relación con el diagnóstico de ingreso y apenas un 45.1% un diagnóstico acertado.

Conclusión: En este estudio presenta alto porcentaje de diagnóstico de ingreso que no se relaciona con el diagnóstico postoperatorio lo que indica la necesidad de una buena anamnesis, donde se debe investigar especialmente sobre el dolor y la hemorragia (cronología- cantidad - duración - características - circunstancias de la aparición), permite un diagnóstico oportuno para un correcto tratamiento, sea médico o quirúrgico.

GRÁFICO 7: REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA



Fuente: Base de datos del estudio en HLV

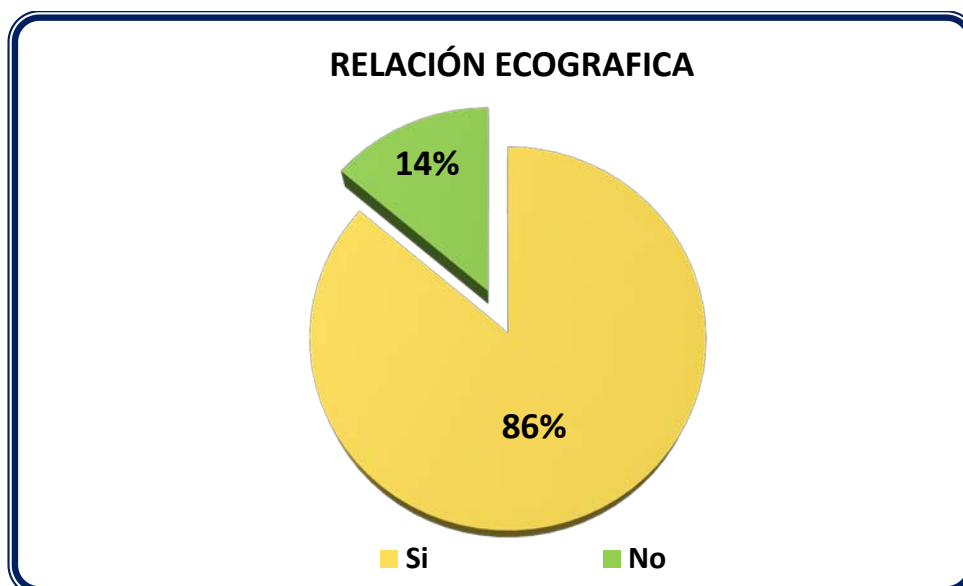
TABLA 7: REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA

Ecografía	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	56,9%
No	22	43,1%
Total	51	100,0%

El gráfico 7 indica que de un total de 51 pacientes, solo a 56,9% se realiza ecografía abdominopélvica o transvaginal y en un 43,1% no se realiza.

Conclusión: Ante la sospecha clínica de abdomen agudo ginecológico se basa en la historia clínica completa, exploración física, el examen de laboratorio y los datos de la ecografía como requisitos principales; demostrando en este estudio que de un total de 51 pacientes solo a 29 pacientes se le realiza ecografía.

GRÁFICO 8: RELACIÓN ECOGRÁFICA CON SU DIGNÓSTICO



Fuente: Base de datos del estudio en HLV

TABLA 8: RELACIÓN ECOGRÁFICA

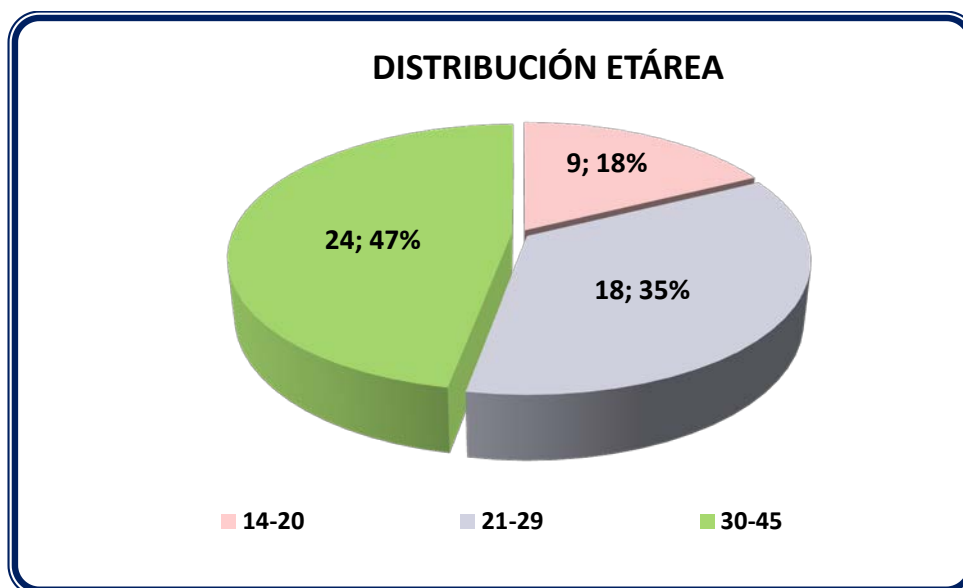
RelaciónEcografía	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	86,2%
No	4	13,8%
Total	29	100,0%

El gráfico 8 indica que el 86.2% de las pacientes que se realizoecografíaabdominopelvica o transvaginal, el diagnóstico guardo relación con el diagnostico postoperatorio, y 13.8% no lo tuvo.

Conclusión: Aquellas pacientes en que se realiza ecografía sea abdominopelvica o transvaginal el diagnostico ecográfico se relaciono con el diagnostico postoperatorio, siendo de gran importancia que la ecografía

est dentro del protocolo de diagnóstico ante la sospecha de un abdomen agudo de tipo ginecológico para tratamiento oportuno y correcto.

GRÁFICO 9: DISTRIBUCIÓN ETÁREA



Fuente: Base de datos del estudio en HLV

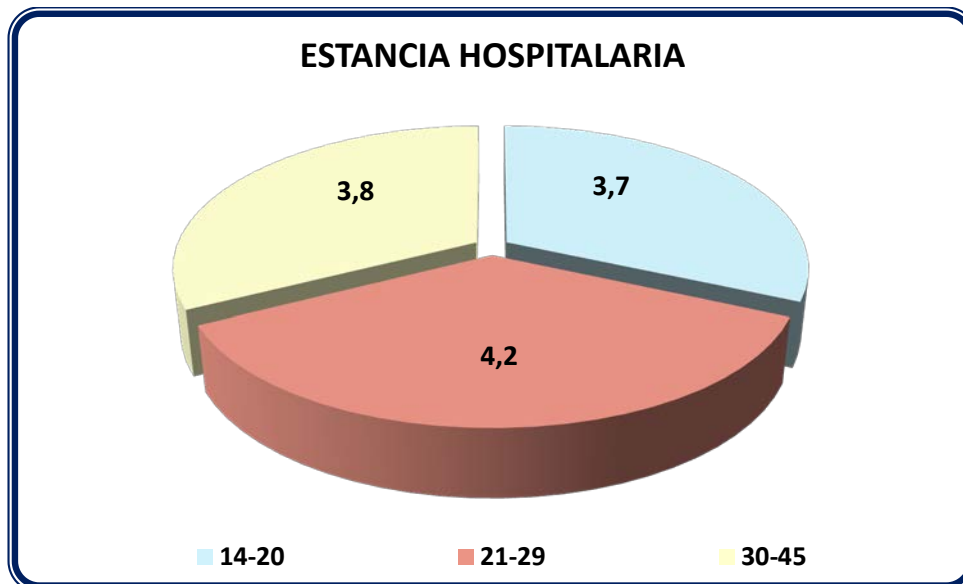
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN ETÁREA

	Frecuencia	Porcentaje
14-20	9	17,65%
21-29	18	35,29%
30-45	24	47,06%
Total	51	100,00%

El gráfico 9 indica que en el rango de 30 a 45 años hay mayor incidencia con un 47,06%, seguido del rango de 21 a 29 años con 35,29%.

Conclusión: La literatura médica indica que el abdomen agudo ginecológico es más frecuente en mujeres en edad fértil (15-49 años), lo que se relaciona con nuestro estudio, ya que es más frecuente entre mujeres de 21 a 45 años.

GRÁFICO 10: ESTANCIA HOSPITALARIA



Fuente: Base de datos del estudio en HLV

TABLA 10: ESTANCIA HOSPITALARIA

	Promedio de días
14-20	3,7
21-29	4,2
30-45	3,8
Total	3,98

El gráfico 10 indica que el promedio de días de ingreso hospitalario es de 4,2 días en el rango de 21 a 29 años.

Conclusión: El promedio de días de estancia hospitalaria es similar en los 3 rangos de edades, lo que indica que la edad en estas pacientes no está relacionada directamente con la estancia hospitalaria.

TABLA 12: VARIABLES

Variables	Promedio	Desviación	Mediana	Moda	Rango	Mínimo	Máximo
<i>Edad</i>	28,71	8,03	28	28	31	14	45
<i>Días Evolución</i>	5,41	14,83	1	1	89	1	90
<i>Estancia</i>	3,98	1,57	4	4	8	1	9

La tabla 1 muestra que la edad promedio es de 28 años, días de evolución de los pacientes es 5 días, con un estancia hospitalaria de 4 días.

Conclusión: Los resultados de la tabla muestran que el promedio de edad está acorde con lo que indica la estadística mundial .

RESULTADOS

Luego de lo presentado en tablas y gráficos los resultados se evidencia que la ubicación del dolor abdominal de las pacientes estudiadas es dolor difuso en el 43.1% y dolor localizado en un área del abdomen es de 56.9%; y su intensidad del dolor abdominales leve con un 5.9%, moderado en 23.5% y severa un 70.6%.

Dentro de la presentación del cuadro clínico se muestra que el vómito es 27.45%, la palidez es 21.57%, y las náuseas es 19.61% tienen mayor porcentaje.

Del total de pacientes estudiados solo en 27 pacientes se realizó el examen de HCG cualitativa que representa un 52.9%, cuales solo un 22.2% resultado positivo y un 77.8% fue negativa.

De 51 pacientes, solo a 56.9% se realiza ecografía abdominopélvica o transvaginal y en un 43.1% no se realiza. El 86.2% de las pacientes que se realizó ecografía abdominopélvica o transvaginal, el diagnóstico guardó relación con el diagnóstico postoperatorio, y 13.8% no lo tuvo.

La relación en el diagnóstico de ingreso con el diagnóstico postoperatorio de las pacientes del estudio; obteniendo un 54.9% que no tuvo relación con el diagnóstico de ingreso y apenas un 45.1% un diagnóstico acertado.

El rango de 30 a 45 años hay mayor frecuencia con un 47.06%, seguido del rango de 21 a 29 años con 35.29%. El promedio de edad es de 28 años, días de evolución de los pacientes es 5 días, con un estancia hospitalaria de 4 días.

DISCUSIÓN

El de abdomen agudo es una emergencia, y el de origen ginecológico representa un 7 y 20% como lo indica Aboud¹; puede ser clasificado de diversas maneras^{2,3,4}. Para disminuir las probabilidades de complicaciones postoperatorias y por lo tanto disminuir la morbi-mortalidad Chang y colaboradores⁸ indica que la valoración inicial y exámenes complementarios son de suma importancia. Estudio muestra al abdomen agudo ginecológico hemorrágico e infeccioso como los de mayor porcentaje que requirieron un tratamiento quirúrgico de emergencia^{1,2,3}

Dentro de la presentación del cuadro clínico según múltiples autores y estudios es plurisintomática^{14,15,16,19,20}. lo que concuerda con nuestro estudio que muestra gran variedad de síntomas, siendo el principal el dolor abdominal difuso y de intensidad severa.

Como lo indica Toth y colaboradores¹⁹ el abdomen agudo ginecológico es de mayor frecuencia en mujeres de edad fértil, lo que concuerda con nuestro estudio donde el rango de 30 a 45 años hay mayor frecuencia, seguido del rango de 21 a 29 años; manteniendo un promedio de 28 años.

El pronóstico de las pacientes con abdomen agudo de origen ginecológico se basa en la edad de la paciente y de que el tratamiento quirúrgico sea realizado de manera oportuna, como se indica en la gran mayoría de estudios realizados.^{2,4,12} como indica Cohen los antecedentes de la paciente son importantes para el diagnóstico de un abdomen agudo ginecológico²⁷, dentro de nuestro estudio ocurre que por falta de protocolo adecuados se omiten datos importantes en las historias clínicas y de laboratorio^{3,4,5,16,19}.

CONCLUSIONES

Luego de realizado nuestro trabajo de investigación concluimos:

1. Se confirma que el abdomen agudo ginecológico que la intensidad del dolor es severa como lo indica la literatura, además de brusco y repentino.
2. Se pudo observar que presenta un cuadro clínico plurisintomático, donde la palidez es el síntoma de mayor porcentaje luego del dolor abdominal localizado.
3. De un total de 51 pacientes estudiadas solo a 27 pacientes se les pide HCG cualitativa dentro del protocolo de diagnóstico, no siguiendo lo establecido en la literatura médica, y solo en pocas pacientes se presenta positivo el examen de HCG cualitativa.
4. En este estudio presenta alto porcentaje de diagnóstico de ingreso que no se relaciona con el diagnóstico postoperatorio lo que indica la necesidad de una buena anamnesis, donde se debe investigar especialmente sobre el dolor y la hemorragia (cronología- cantidad - duración - características - circunstancias de la aparición), permite un diagnóstico oportuno para un correcto tratamiento, sea médico o quirúrgico
5. Ante la sospecha clínica de abdomen agudo ginecológico se basa en la historia clínica completa, exploración física, el examen de laboratorio y los datos de la ecografía como requisitos principales; demostrando en este estudio que de un total de 51 pacientes solo a 29 pacientes se le realiza ecografía.

6. Aquellas pacientes en que se realiza ecografía sea abdominopelvica o transvaginal el diagnostico ecográfico se relaciono con el diagnostico postoperatorio, siendo de gran importancia que la ecografía este dentro del protocolo de diagnostico ante la sospecha de un abdomen agudo de tipo ginecológico para tratamiento oportuno y correcto.
7. La literatura médica indica que el abdomen agudo ginecológico es más frecuente en mujeres en edad fértil (15-49 años), lo que se relaciona con nuestro estudio, ya que es más frecuente entre mujeres de 21 a 45 años.
8. El promedio de días de estancia hospitalaria es similar en los 3 rangos de edades, lo que indica que la edad en estas pacientes no está relacionada directamente con la estancia hospitalaria.
9. Los resultados de la tabla muestran que el promedio de edad está acorde con lo que indica la estadística mundial .

VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación es de gran importancia para la valoración inicial para determinar si se trata de un abdomen agudo ginecológico quirúrgico o no; su diagnóstico oportuno y precoz se basa en una historia clínica y un examen físico minucioso entre el inicio de los síntomas y el tratamiento para así disminuirla morbi-mortalidad y mejorar el pronóstico. Múltiples estudios refieren que el abdomen agudo ginecológico se presentó en pacientes de bajo nivel sociocultural en edad fértil y con mayor porcentaje cuadros hemorrágicos e infecciosos que requirieron un tratamiento quirúrgico de emergencia.

Para llegar a un diagnóstico temprano de abdomen agudo ginecológico se debe tener presente historia clínica completa y eficaz, los antecedentes patológicos personales, la evolución del cuadro y tener un correcto protocolo de diagnóstico. Dentro de los hallazgos intraoperatorios del abdomen agudo ginecológico fue el quiste ovárico roto y de esto se encontró que el ovario más afecto fue el del lado derecho.

Este estudio muestra la realidad de nuestro servicio hospitalario donde la aplicación de los correctos protocolos de diagnóstico y tratamiento del abdomen agudo quirúrgico de origen ginecológico no se realizan de manera adecuada, para así disminuir las complicaciones y mejorar la expectativa de vida. Además pone en evidencia datos incompletos en la historias clínicas, epidemiológicos y de laboratorio, obviando información de gran importancia para un diagnóstico y tratamiento correcto; siendo también imposible un estudio estadístico completo.

RECOMENDACIONES

1. Difundir la importancia de correctos protocolos de diagnóstico y tratamiento del abdomen agudo quirúrgico de origen ginecológico para así disminuir las complicaciones y mejorar la expectativa de vida.
2. Concientizar sobre la óptima utilización de recursos en el diagnóstico del abdomen agudo ginecológico.
3. Fomentar más estudios de investigación sobre este tema para que se fortalezcan los conocimientos y genere datos estadísticos actualizados sobre este problema de salud.
4. Planear y ejecutar la elaboración de protocolos sobre el diagnóstico y manejo del abdomen agudo quirúrgico de origen ginecológico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aboud E: A Five-Year Review Of Ectopic Pregnancy. ClinExpObstetGynecol 1997; 24(3): 127-9.
2. Azoulay F. "Extrauterine Pregnancy". Rev. GynecolObstet 1994. Pág. 547 -542
3. Botero J. "Obstetricia Y Ginecología". 4º Edición. 1989
4. Chang Kh, Hwang Kj, Kwon Hc, Et Al: Conservative Therapy Of Adnexal Torsion Employing Color Doppler Sonography. J Am AssocGynecolLaparosc 5(1):13-17,1998.
5. Cohen S, Weisz B, Seidman D, Mashiach S, Lidor A, Goldenberg M: Accuracy Of The Preoperative Diagnosis In 100 Emergency Laparoscopies Performed Due To Acute Abdomen In Nonpregnant Women. J Am AssocGynecolLaparosc 8(1): 92-94, 2001
6. Destefano F. "Risk Of Ectopic Pregnancy Following Tubal Sterillization.".ObstetGynecol. 1987. Pág. 326 -330.
7. Giambancol, Chianchiano N, Palmeri V "Cervical Pregnancy: An Obstetric Emergency". A Clinical Case. Minerva Gynecol. Jul.-Aug. 1998.
8. HajeniusPj, MolBw, Bossuyt Pm, AnkumWm, Van Der Veen F: Interventions For Tubal Ectopic Pregnancy. Cochrane DatabaseSyst Rev. 2000(2).
9. Hibbard Lt: Adnexal Torsion. Am J ObstetGynecol 152(4):456-461,1985.

10. Hidalgo Rodríguez N, Manilla Fonte F, Vivo Valdes P., Sánchez Suarez E. "La Laparoscopia En El Diagnóstico Del Embarazo Ectópico". Rev. Cubana ObstetGinecol. 1978. Pág. 355 -362
11. Hospital Materno Infantil "Ramón Sarda". "Tratamiento Conservador Del Embarazo Ectópico Cervical". Www.Sarda.Org.Ar/Revista%20sard%C3%A1199a 136-40.
12. Jacobson L: Differential Diagnosis Of Acute Pelvic Inflammatory Disease. Am J Obstet Gynecol.138:1006-1012,1980.
13. LamaroueVoirac A, Salvador García R "El Embarazo Simultáneo Una Realidad Diagnostica". Rev. Cubana ObstetGinecol. 1978. Pág. 283 - 286.
14. Lehner R, Kucera E, Jirecek S, Egarter C, Husslein P: Ectopic Pregnancy. ArchGinecolObstet 2000 Feb; 263(3):87-92
15. Molander P, Cacciatore B Et Al: Laparoscopic Management Of Suspected Acute Pelvic Inflammatory Disease. J Am AssocGynecolLaparosc 7(1):107-110,2000
16. Nichols D, Julián P: Torsión De Los Anexos. 475-482.
17. Botella Llusía, J. Clavero Núñez, J.A: Tratado de Ginecología. 14ª edición. Ed. Díaz de Santos. pág 833-844. Madrid, 1993.
18. Keit, L, G; Berger, G, S: On the causation of pelvic inflammatory disease. Am J ObstetGynecol 149-215, 2002.
19. Toth, A, O'Leary, W, M: Evidence of microbial transfer by spermatozoo. Am J ObstetGynecol 59-556, 2003.

20. Varela,R,etcol:AbcesoTuboovárico,Acta médica Portuguesa ,p:537-542,Vol. 8,2001.
21. Sopper,D,E:Pelvicinflamatorydisease.Infectionsdisease.Clin of North America .831-840,vol 8;n 4.Dec 2003.
22. Jacobson: Objectivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease .Am J Obstet Gynecol;105:1088-1098.2002.
23. Westron,L V :Clinical manifestation and diagnosis f pelvic inflammatory disease.J,.Reprod. Med.235:7035-7115.2003.
24. Nassherg,S;Experience with diagnostic laparoscopy in acute salpingitis.Am J ObstetGynecol 67:130-137.2001.
25. Revista Médica De Clínica Las Condes Abdomen Agudo De OrigenGinecológicoCirugíaEndoscópica En El Abdomen Agudo Ginecológico, Abril 2003 Vol. 14 # 2.
26. Lehner R, Kucera E, Jirecek S, Egarter C, Husslein P: Ectopic Pregnancy. Arch GinecolObstet 2000 Feb; 263(3):87-92
27. Cohen S, Weisz B, Seidman D, Mashiach S, Lidor A, Goldenberg M: Accuracy of the preoperative diagnosis in 100 emergency laparoscopies performed due to acute abdomen in nonpregnant women. J Am AssocGynecolLaparosc 8(1): 92-94, 2001
28. Abdomen Agudo Ginecológico: Epidemiología y Manejo en un Hospital Público. Revista Médica del Nordeste – Nº 7 – Octubre 2005.

29. Adenitis Mesentérica y Problemas Ginecológicos que Causan Dolor Abdominal Agudo. Dra. Carmen Gloria Rostion. Hospital Roberto del río. Medwave. Año 5, No.1, Edición Enero 2005.

30. Urgencias en ginecología y obstetricia. M.L. Cañete Palomo. Pags 507-516.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RESPONSABLE: DR. WILSON AGUILAR MERO

1. Formulario:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Edad:	<input type="text"/>	<input type="text"/> años
4. Tiempo de evolución de la enf previo a dx:	<input type="text"/> Horas	<input type="text"/> Días
5. Tipo de abdomen agudo ginecológico:	<input type="checkbox"/>	_____
Absceso tubo-ovárico	<input type="checkbox"/>	_____
Embarazo ectópico	<input type="checkbox"/>	_____
Quiste de ovario roto	<input type="checkbox"/>	_____
Torsión de trompa	<input type="checkbox"/>	_____
Torsión de ovario	<input type="checkbox"/>	_____
6. Síntomas y signos:	_____ _____	
7. Exámenes de laboratorio:	_____ _____	
8. Duración Cirugía:	<input type="text"/>	<input type="text"/> horas
9. Estancia hospitalaria:	<input type="text"/>	<input type="text"/> días
10. Complicación:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11. Tipo de complicación:	_____ _____	
13. Condición de egreso:	Vivo <input type="checkbox"/>	Muerto <input type="checkbox"/>
14. Comentarios:	_____ _____	