

vigilancia intensivo complicado unido al uso de antibióticos poderosos que permite que los pacientes vivan mayor tiempo con un foco óptico y en consecuencia la presencia del mismo resulta cada vez más fácil de diagnosticar. El descubrimiento temprano y el drenaje de este foco óptico son de importancia fundamental.

En el paciente crítico la fiebre y los signos de reacción peritoneal no se manifiestan de forma evidente, por lo que los medios auxiliares de diagnóstico tales como Ultrasonografía, Laparoscopia y Laparotomía precoz resultan indispensable para detectar sepsis intrabdominal (5) que la clínica no nos sugiere al no ser por el fallo de un órgano a distancia como por ejemplo pulmón o riñón como expresión de un síndrome de respuesta inflamatoria óptica donde ya existe liberación de mediadores de la inflamación causar la muerte de estos pacientes (6.7).

Motivados por la frecuencia de esta afección en nuestro medio y sin conocimiento real del problema nos encaminamos a realizar un estudio observacional descriptivo de la misma con la intención de ahondar en su conocimiento contribuyendo de este modo a disminuir la morbimortalidad de la sepsis intrabdominal en nuestra unidad.

METODO:

Se diseñó una encuesta para la evaluación de las historias clínicas de los pacientes con sepsis intrabdominal, ingresados durante el período comprendido de Enero 1995 a Junio de 1996 en UCI. Se recogió información acerca de variables como la edad, color de la piel, sexo, manifestaciones clínicas al ingreso, tiempo de inicio de los síntomas y el proceder quirúrgico, uso de cultivos de las secreciones y hemocultivos, antimicrobianos utilizados, principales complicaciones, procedimientos diagnósticos, correlación patológica así como los principales diagnósticos al egreso de dicha sala; los datos fueron tomados por un especialista de primer grado en Medicina Interna y procesados por el paquete estadístico MICROSTAT por el método de distribución de frecuencia, para un estudio observacional descriptivo llevando los resultados a tablas para su discusión y análisis.

DISCUSION

En la tabla # 1 se refleja los casos encontrados que ingresaron en UCI con diagnóstico de Sepsis intrabdominal según el sexo, color de la piel y edad. Obsérvese que el sexo femenino y el color de la piel blanca presentan el mayor número de casos, no existiendo una diferencia marcada con los otros grupos, pensamos que esto está dado por las características demográficas y etnográficas de nuestra región; en cuanto a la edad si existe un mayor porcentaje de casos en pacientes menores de 55 años, situación esta que coincide con otros trabajos realizados que explican que la mayor a de los ingresos en UCI por esta causa se deben a diagnósticos de enfermedades que se observan en el paciente relativamente joven (8.9).

Las principales manifestaciones clínicas son expuestas en la tabla # 2 ocupando lugar cimero el dolor abdominal (82.7 %) y la fiebre (51.7 %), aunque es bueno señalar que aparecen otras manifestaciones clínicas menos específicas y que en muchas ocasiones como única expresión de la sepsis, como es el caso del parálisis (39.2 %), la palidez (34.4 %), hipotensión (24.1 %) y diarrea (20.6 %) que demuestran que este tipo de enfermedad puede debutar de forma inaparente con manifestaciones de fallo múltiple de órganos (FMO) en ausencia de los signos clásicos de infección, por lo que la sospecha diagnóstica es de vital importancia para determinar con prontitud el diagnóstico y la etiología de la misma (10.11.12).

La tabla # 3 describe el tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y el tratamiento quirúrgico de los mismos; el 58.6 % de los casos fue operado en las primeras 24 horas, aunque es bueno señalar que prácticamente la otra mitad de los casos fue operada después de las 48 y 72 horas, lo que demuestra que existe demora en el proceder quirúrgico de estos casos. No encontramos referencia bibliográfica de otros trabajos en cuanto el tiempo promedio en otros centros asistenciales; pero pensamos que el tratamiento precoz es fundamental para evitar las

complicaciones de estos casos y lo ideal sería operar antes de las primeras 24 horas de comenzado el inicio del cuadro clínico.

La utilización del cultivo de las secreciones como medio diagnóstico microbiológico es referido en la tabla # 4 , como puede verse solamente en 10 casos (34.4 %) se tomó muestra de cultivo; lo mismo ocurre con la utilización del hemocultivo que solo fue realizado en solo 5 casos (14.4 %) reflejado en la tabla # 5, estos parámetros realmente son muy bajos y reflejan una mala utilización de estos medios diagnósticos comparados con otras trabajos en el cual más del 90 % de los casos estudiados tienen realizados cultivos de las secreciones y más del 70 % hemocultivos, lo cual demuestran ineficiencias de nuestro trabajo y son parámetros que deben incrementarse para el mejor tratamiento y manejo de estos pacientes (8.13.14).

La tabla # 6 muestra los antimicrobianos más usados teniendo el primer lugar el Metronidazol (79.3 %), seguido por Aminoglucósidos (62.0 %) y Cefalosporinas de 3ra generación (51.7 %), esto pensamos que está dado porque generalmente los gérmenes frecuentes en este tipo de sepsis son los Gram negativos y los anaerobios; en otros trabajos revisados coinciden plenamente con nosotros en el uso de estos antimicrobianos.(15.16)

Los parámetros de laboratorio y medios diagnósticos son reflejados en la tabla # 7, obsérvese como un grupo elevado cursa con cifras bajas de Hb (48.2 %) e hiperglicemia (34.4 %) que nos ayudan junto con el conteo de leucocitos a facilitar el diagnóstico de la misma. Está bien demostrada por varios autores que la sepsis grave más que leucocitosis produce anemia e hiperglicemia como parte del FMO que generalmente afecta a estos pacientes ; por otro lado nos llama la atención el poco uso de la Laparoscopia de urgencia como medio diagnóstico en estos casos solo en un 28.5 %, cuando otros autores han reportado su uso en más de un 72 % de los casos.(17.18.19)

La Tabla # 8 muestra las principales complicaciones encontradas;el desequilibrio hidroelectrolítico(82.7 %),los abscesos de la pared (34.4 %) así como la sepsis vascular (27.5 %) y el shock óptico (27.5 %) ocuparon los primeros lugares en orden de frecuencia, comparado con otros estudios en el cual existe coincidencia con relación a nuestros hallazgos, aunque en los últimos tiempos se ha reportado por parte de varios autores un aumento en el número de casos con sepsis vascular.(20.21.25)

Los principales diagnósticos encontrados en nuestro estudio son expuestos en la tabla # 9 , ocupando el lugar cimero las Colecistopancreatitis (27.5 %), Perforación de colon (17.5 %) y las Heridas por armas blancas y de fuego (13.7 %), aunque es bueno señalar que existe equidad en el número de casos y los diagnósticos encontrados en nuestro estudio(22.23).

La tabla # 10 demuestra la evolución de estos pacientes y su correlación clínico-patológica reportándose que el 75.8 % de los casos egresaron vivos de este servicio y la correlación clínico-patológica fue de un 82.7 % de los casos, cifras que se comparan con otras reportadas son buenas aunque pensamos que tienen posibilidades de mejorarse.(24.25).

CONCLUSIONES

1. El sexo femenino, color de la piel blanca y los menores de 55 años fueron los más frecuentes en nuestro estudio.
2. Los síntomas fundamentales de presentación fueron el dolor abdominal y la fiebre.
3. El número mayor de casos se operará antes de las 24 horas de iniciado el cuadro.
- 4.Existe una mala utilización de los medios de cultivos microbiológicos.
5. Los antimicrobianos más utilizados fueron el Metronidazol y los Aminoglucósidos.

6. La anemia y la hiperglicemia se reporto en un grupo grande de pacientes con sepsis intrabdominal.
7. La complicación frecuente fue el desequilibrio hidroelectrolitico. Seguida por el absceso de la pared.
8. Las principales causas encontradas fueron las colecistopancreatitis y la perforación de colon.
9. La mayoría de los casos egresaron vivos y hubo buena correlación clínico-patológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rietz KA, Ahlman B, Lahnborg G. A simple regimen for control of postoperative sepsis in colorectal surgery. *Dis Colon Rectum*1984;27:519-22.
2. Suffredim AF. Current prospects for the treatment of clinical sepsis. *Crit Care Med* 1994;22(7):S12-S18.
3. Circeo by L, Mc Gee W, Brown B. Management of infections in adult intensive care unit patients: part II. *Infect Dis Clin Pract*1994;3(4):254-59.
4. Jacobs JA, Stobberingh EE. Infection due to a contaminated thoracic drainage system. *J Hosp Infect* 1993;24:23-28.
5. Michalkova L, Gerstnerova N, Plenik V, Satinsky Y. V y ber hodnoticich kriterii septick ych stav V. *Epidemiol Mikrobiol Inmunol*1995;44(3):104-6.
6. Gushcha AL, Nekrasov AV, Zakharov IN. The current problems of relaparotomy. *Vestn Khir Im Grek* 1992;148(4):39-43.
7. Christou NV, Barie PS, Dellinger EP, Waymack JP, Stone HH. Surgical Infection Society intra-abdominal infection study.Prospective evaluation of management techniques and outcome. *Arch Surg* 1993;128(2):193-8.
8. Janvier G, Carles J. Efficacy and tolerance of Imipenem/Cilastatin in the abjunt treatment of surgery for peritonitis in patients over theage 70 years. *Ann Chir* 1993;47(4):370-5.
9. Nichols RL, Smith JW. Wound and intrabdominal infections: microbiological considerations and approaches to treatment. *Clin InfectDis* 1993; 16(suppl4):S266-72.
10. Schaffel V, Haring R, Farthmann EH. Diagnosis and treatment strategy of intra-abdominal adscsess. *Zentralbl Chir* 1993;118(5):3038.
11. Lintor VV, Maintrenko NA, Zaikin AM. Specialized medical care in diffuse peritonitis. *Vonen med Zn* 1993;(10):23-4, 80.
12. Vendral J, Antres F, Mares R. Laparostomy as a part of intensive surgical care. *Rozhl Chir* 1993,72(7):334-6.
13. Pantsyrev IM, Gasparian SA, Zarubina TV, Lindenberg AA, Gurtovaiia OV, Oslov SN. Prognosis and daily evaluation of changes inthe condition of patients whith peritonitis. *Khiirurgiia Mosk* 1993,Oct(10):16-9.
14. Krasilnikov DM, Kolomenski SN, Minnegaliev MM. The use of laparostomy in treating diffuse suppurative peritonitis. *Klin Khir*1993;4:27-30.
15. Nisharev OS, Dardymskii AV. postoperative peritonitisin children. *Khirurgica Mosk* 1993, Aug (8);69-73.

16. Han T, Ohmann C, Wolmershauser A, Wacha H, Yang Q. Planned relaparotomy vs relaparotomy on demand in the treatment of intra-abdominal infections. The peritonitis study group of the surgical infection society-Europe. Arch Surg 1995; 130 (11):1193-6.
17. Boom SJ, Ramsay G. Selective decontamination of the digestive tract in intensive care. Epidemiol Infect 1992;109(3):337-47.
18. Engelmann L, Lehmann D. Antimicrobial chemotherapy of infection in intensive care conditions. Z Gesamte Inn Med 1992;47(9):409-16.
19. Kronborg O. Surgical treatment of diffuse peritonitis caused by perforated perisigmoiditis. A prospective, randomized study. Ugeskr Laeger 1994;156(7):970-3.
20. Nathens AB, Rotstiens OD. Therapeutic options in peritonitis. Surg Clin North Am 1994;74(3):677-92.
21. Bartels H, Stadelt J. Causes of organ failure in infection. Zentralbl Chil 1994;119(3):168-74.
22. Domanski BV, Kauvkalov DN, Barannia NN. Evaluation of effectiveness of programmed laparostomy in the treatment of diffuse suppurative peritonitis and peritoneal sepsis. Klin Khir 1993;(9-10):43-5.
23. Reissener KP, Tittel A, Trouhng SN. Value of sonography in routine diagnosis of acute appendicitis. A retrospective analysis. Leibel Magen Darm 1994;24(1):16,19-22.
24. Suovtsov SA. Errors, hazards and complications of treatment of patients with diffuse suppurative peritonitis. Khirurgia Mosk 1992;Apr(4):62-5.
25. New Directions in Surgical Infections. Sao Paulo, Brazil, 1990 ; Sept 10. XXVII World Congress of the International Collage of Surgeons. Sept 8-13, 1990.

ANEXOS

TABLA 1 COMPORTAMIENTO DEL SEXO COLOR DE LA PIEL Y EDAD DE LOS CASOS INGRESADOS EN UCI CON SEPSIS INTRABDOMINAL.

Características	No	%	
Sexo	Hombres	17	41.3
	Mujeres	12	58.6
Piel	Blanca	18	64.0
	negra	11	36.0
Edad	< 55 Años	22	75.8
	> 55 Años	7	24.1

Fuente : encuesta

TABLA 2 PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLINICAS

MAINFESTACIONES CLINICAS	No	%
DOLOR ABDOMINAL	24	82.7
FIEBRE	15	51.7
ILEO PARALITICO	11	39.2
PALIDEZ	10	34.4
HIPOTENSION	7	24.1
ESCALOFRIOS	6	20.6
DIARREAS	6	20.6
OTROS	23	82.1

Fuente: encuesta

TABLA 3 TIEMPO PROMEDIO ENTRE EL INICIO DE LOS SINTOMAS Y LA INTERVENSION QUIRURGICA.

TIEMPO PROMEDIO	No	%
MENOS DE 24 HORAS	17	58.6
DE 24 A 48 HORAS	7	24.1
48 HORAS Y MAS	3	10.3
NO OPERADO	2	6.9

Fuente: encuesta

TABLA 4 UTILIZACION DE LOS CULTIVOS DE LAS SECRESIONES

CULTIVOS DE LAS SECRESIONES	No	%
TOMADOS	10	34.4
NO TOMADOS	19	65.5

Fuente: encuesta

TABLA 5 UTILIZACION DE LOS HEMOCULTIVOS

HEMOCULTIVOS	No	%
TOMADOS	5	17.3
NO TOMADOS	23	82.7

Fuente: encuesta

TABLA 6 PRINCIPALES ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS

ANTIMICROBIANOS	No	%
METRONIDAZOL	23	79.3

AMINOGLUCOSIDOS	18	62.0
CEFALOSPORINAS 3RA	15	51.7
PENICILINAS	13	44.8
QUINOLONAS	8	27.5
QUEMICETINA	6	20.6
FOSFOCINA	2	6.9
IMIPENEM	1	3.4

Fuente: encuesta

TABLA 7 PARAMETROS DE LABORATORIOS Y MEDIOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS.

MEDIOS DIAGNOSTICOS	No	%	
HEMOGLOBINA	NORMAL	15	51.7
	BAJA	14	48.2
LEUCOCITOS	NORMAL	9	31.0
	ALTOS	14	48.2
	BAJOS	6	20.6
GLICEMIA	NORMAL	19	65.5
	ALTA	10	34.4
CREATININA	NORMAL	22	75.8
	ALTA	7	24.1
ULTRASONIDO	REALIZADO	17	60.3
	NO REALIZADO	12	39.3
LAPAROSCOPIA	REALIZADA	8	28.5
	NO REALIZADA	21	71.4

Fuente: encuesta

TABLA 8 PRINCIPALES COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	No	%
DESEQUILIBRIO HIDRICO	24	82.3
ABSCESO DE LA PARED	10	34.4
SHOCK SECTICO	8	27.5
SEPSIS VASCULAR	8	27.5
DESHISENCIA DE SUTURA	3	10.3
OTRAS	5	17.2

Fuente: encuesta

TABLA 9 PRINCIPALES DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS

DIAGNOSTICOS	No	%
COLECISTOPANCREATITIS	8	27.5
PERFORACION DE COLON	5	17.2
HERIDA POR ARMAS	4	13.7
APENDICITIS AGUDAS	4	13.7
POLITRAUMATIZADOS	3	10.3
ABSCESOS PERIPANCREATICOS	2	6.9
TROMBOSIS MESENTERICAS	1	3.4
PELVIS-PERITONITIS	1	3.4

Fuente: encuesta

TABLA 10 RESULTADOS AL EGRESO Y CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA.

RESULTADOS	No	%
VIVOS	22	75.8
MUERTOS	7	21.4
SÍ	24	82.7
NO	5	17.2

Fuente: encuesta