

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE  
“DR. ANTONIO LUACES IRAOLA”  
CIEGO DE AVILA**

**El paciente quirúrgico en la unidad de cuidados intensivos  
The surgical patient in the intensive care unit**

Idalmis Prieto González (1), Nuria Iglesias Almanza (2), Berta Martínez Muñoz (3).

**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en el Hospital Provincial Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila en un periodo de un año para determinar el comportamiento de algunas características clínico–epidemiológicas y del tratamiento del paciente quirúrgico en la U.C.I.; se determinó que los pacientes en las edades entre 46 a 55 años y de 66 a 79 años fueron los más afectados, el sexo femenino presentó una mayor mortalidad, relacionado directamente con la intervención quirúrgica tardía, el síndrome peritoneal fue el diagnóstico operatorio más frecuente con una mortalidad del 57,2%.

**Palabras clave:** PACIENTE QUIRÚRGICO

1. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Verticalizada en Cuidados Intensivos.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna.
3. Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias.
4. Especialista de Primer Grado en Neumología. Verticalizada en Terapia Intensiva

**INTRODUCCION**

A pesar de la implementación y perfeccionamiento de nuevas técnicas quirúrgicas, de la creación de las unidades de Cuidados Intensivos y el desarrollo de nuevos y potentes antimicrobianos, la mortalidad por sepsis abdominal grave (peritonitis secundaria) no se ha modificado sustancialmente ya que continúa entre un 8 y un 30% de los pacientes según diferentes series. Esto se debe a que la sepsis abdominal es un problema médico quirúrgico complejo donde se interrelacionan una serie de factores que determinarán el pronóstico del paciente entre los cuales se encuentran el diagnóstico de la enfermedad, tipo de cirugía, tiempo o momento de la enfermedad así como los antecedentes patológicos del enfermo(1-5). La peritonitis constituye una causa de ingreso frecuente en las unidades de atención al grave en nuestro centro y una de las que presenta mayor mortalidad por lo cual nos sentimos motivados a la realización de este trabajo con el que pretendemos conocer el comportamiento de esta entidad en nuestro servicio.

**METODO**

Se realizó un trabajo descriptivo, longitudinal y prospectivo en el Hospital Provincial Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila en el período comprendido de marzo del 2003 a marzo del 2004. El universo de estudio lo constituyó 34 pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos y cuyos expedientes clínicos contenían los datos de objeto de estudio. Los pacientes fueron evaluados por los autores, la muestra quedó conformada por igual número de pacientes y se le realizó llene de modelo confeccionado para la recolección de dichos datos y que tenían como criterios de inclusión pacientes procedentes del servicio de

cirugía general, procedentes del salón de operaciones o no, que requirieran cuidados intensivos.

Se consideraron en el estudio las siguientes variables:

- 1) Sexo
- 2) Edad
- 3) Diagnostico Operatorio.
- 4) Tipo de Intervención.
- 5) Tipo de Reintervención.
- 6) Complicaciones.
- 7) Antibióticoterapia utilizada.
- 8) Mortalidad.

En el estudio se cumplió con todos los preceptos bioéticos de la atención e investigación médica en los pacientes con estas afecciones. Para la recolección de los datos se utilizó un registro diseñado a propósito de esta investigación lo cual fue llenado por el autor de este trabajo. Los datos primarios fueron computados manualmente auxiliándose de calculadoras y se presentaron en tablas estadísticas. Se utilizó el por ciento como medida de resumen de la información.

## **DESARROLLO**

Durante el periodo en estudio ingresaron un total de 34 pacientes quirúrgicos en la U.C.I de nuestro hospital. En la distribución de los mismos según los grupos de edades predominaron los de 46 a 55 años con 10 pacientes para el 29,4% seguido por el grupo de 66 a 79 años con 9 pacientes para el 26,4% siendo este grupo el de mayor mortalidad con un total de 7 fallecidos para el 43,7%. Esto corresponde con la bibliografía revisada.(5-10).

En la distribución de los casos según sexo se aprecia un predominio del sexo femenino con 23 enfermos y 12 fallecidos para el 52,2% del total. No encontramos en la bibliografía estudios donde se haga referencia a este aspecto.

La distribución de los pacientes según el tiempo entre inicio de los síntomas y el diagnóstico relacionado con la mortalidad, el mayor número de fallecidos estuvo en los intervalos de 0-6 horas y de 7-12 horas con un 66,6% y un 100% respectivamente, esta explicación puede estar dada en que posiblemente los enfermos mas graves acudieron tempranamente al médico. La distribución de los pacientes según el tiempo de diagnóstico, realización de la intervención relacionada con la mortalidad, la mayor mortalidad correspondió a aquellos que se intervinieron de forma tardía (más de 72 horas) con un 52,9% de fallecidos lo cual se corresponde con la bibliografía revisada. Según la distribución de los pacientes según el tipo de antibióticoterapia correspondió el mayor número al metronidazol usado en el 64,7% de los casos seguidos por las cefalosporinas de tercera generación (58.8%) lo cual se corresponde con la bibliografía revisada.

La distribución de los pacientes según tipo de intervención: electiva y de urgencia, relacionado con la mortalidad, el mayor número de fallecidos estuvo en los que se intervinieron de forma urgente (53,9%). La distribución de los pacientes según tipo de reintervención. La demanda y programada, relacionado con la mortalidad, el mayor número de fallecidos ocurrió en las reintervenciones programadas (44,5%).

La distribución de los pacientes según diagnóstico operatorio relacionado con la mortalidad, se aprecia una mayor incidencia del síndrome peritoneal con 14 pacientes y una mortalidad por esta causa del 57.2% lo cual se corresponde con la bibliografía

La distribución de los pacientes según letalidad correspondió al 47,1% de fallecidos lo cual está ligeramente por encima de algunos estudios revisados.

## CONCLUSIONES

- 1 Los grupos de edades de 46 a 55 y 66 a 79 años fueron los más afectados.
- 2 La mayor mortalidad se presentó en el grupo de 66 a 79 años.
- 3 Predominó el sexo femenino con una mortalidad de un 52,2%.
- 4 Mayor mortalidad en los pacientes con intervalo de tiempo de 7 a 12 horas entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico.
- 5 Mortalidad elevada en relación con la intervención quirúrgica tardía.
- 6 El metronidazol y las cefalosporinas de tercera generación fueron los antibióticos más usados.
- 7 La mayor mortalidad ocurrió en los intervenidos de forma urgente y reintervenidos de manera programada.
- 8 El síndrome peritoneal fue el diagnóstico operatorio más frecuente con una mortalidad de 57.2%.
- 9 La letalidad general del paciente quirúrgico fue de 47.1%.

## ABSTRACT

A descriptive and prospective study was done in the Provincial Hospital Antonio Luaces Iraola in Ciego de Avila in a one year period to determine the behaviour of some clinical and epidemiological characteristics and treatment of the surgical patient in the ICU. It was shown that patients in ages among 46 to 55 years and from 66 to 79 years were the most affected female sex presented a greater mortality related directly with late surgery. Peritoneal symptom was the more frequent surgical diagnosis with a mortality of 57.2%

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Levison MA, Bush LM. Peritonitis and other intraabdominal infections. En: Mandell GL, Douglas A, Bennett JE. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5 ed. Churchill Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000.p.821-856.
2. Johnson CC, Baldessarre J, Levison ME. Peritonitis: update on pathophysiology, clinical manifestations and management. Clin Infect Dis 1997; 24:1035-47.
3. Laroche M, Harding G. Primary and secondary peritonitis: an update. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1998; 17:542-550.
4. Gorbach SL. Intra-abdominal infections. Clin Infect Dis 1993;17: 961-65.
5. Mc Lean KI, Sheehan GH, Harding GK. Intraabdominal infection: a review. Clin Infect Dis 1994; 19: 100-116.
6. Nathens AB, Rotstein OP. Antimicrobial therapy for intraabdominal infection. Am J Surg 1996; 172 (6A):1S-6S.
7. Anonimo. Profilaxis antimicrobiana en cirugía. Setter 1999; 21:89-93.
8. Alvarez L, Azanza JR, Balibrea JL, Cainzos M, Garcia-Rodriguez JA, Gomis M, et al. Pautas de tratamiento antibiotico empirico de las infecciones intraabdominales. Rev Esp Quimiot 2000; 13: 1-8.
9. Lauwers PR, Van Hee RH. Intraperitoneal gossypibomas: the need to count sponges. World J Surg 2000; 24: 521-7.
10. May AK, Gleason TG, Sawyer RG, Pruett TL. Contribution of Escherichia coli alpha-hemolysin to bacterial virulence and to intraperitoneal alterations in peritonitis. Infect Immun 2000;68: 176-83.