

Comportamiento de la sepsis intraabdominal en las unidades de cuidados intensivos e intermedios

Intra-abdominal sepsis behaviour in intensive and intermediate care units

Jorge Pérez Parrado(1), José Aquiles Camejo Pérez(1), Fernando Trujillo Sánchez(1).

Resumen

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo prospectivo a 44 Historias Clínicas de pacientes ingresados en UCI y UCIM de nuestro Hospital desde septiembre del 2001 hasta septiembre del 2002 para conocer el comportamiento de la Sepsis Intraabdominal. El sexo femenino, así como los menores de 55 años fueron los casos más frecuentes, la edad avanzada, la intervención y reintervención quirúrgica tardía se observó con mayor frecuencia en los fallecidos. El dolor abdominal y la fiebre constituyeron los parámetros clínicos más frecuentes antes de la intervención quirúrgica, la anemia y la leucocitosis correspondieron a los humorales. Hubo poca utilización de los medios de cultivo microbiológicos y la Laparoscopia como medio auxiliar para el diagnóstico. La fiebre, la anemia, el SDRA, los trastornos hemodinámicos, las alteraciones de las pruebas de la función renal, así como las alteraciones del equilibrio Acido-Básico e Hidroelectrolítico constituyeron los parámetros clínicos y humorales que llevaron a la reintervención quirúrgica. La mayoría de los pacientes egresaron vivos y hubo una adecuada asociación entre el diagnóstico clínico y Anatomopatológico en los casos fallecidos.

Palabras Claves: SEPSIS INTRAABDOMINAL.

1. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna Verticalizado en Cuidados Intensivos.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los nuevos conocimientos y el desarrollo de nuevas técnicas que han permitido la prevención y el control de algunas infecciones quirúrgicas, la Sepsis quirúrgica sigue planteando un gran problema. Muchos de nuestros pacientes son sometidos a intervenciones quirúrgicas de urgencia realizadas en la cavidad abdominal, siendo ésta en ocasiones complicación de otro proceso patológico o primariamente enfermedad per sé y el riesgo de morir por un cuadro peritoneal oscila para algunos autores en un rango de 31 a 44%. Generalmente los microorganismos que participan en estos procesos forman parte de una flora mixta y motivo de discusión de Antibioticoterapia de amplio espectro usados previamente, dado a que la mortalidad tiene su mayor pico en las primeras 48 horas de sucedido el fenómeno.

En nuestras unidades de atención al grave se reciben un gran número de pacientes procedentes de los servicios quirúrgicos, el espectro del problema va desde la simple infección hasta la Sepsis graves con la consecuente insuficiencia múltiple de órganos que presupone una atención intensiva individualizada para el seguimiento y control de los desórdenes orgánicos que en el se efectúan. Motivados por la frecuencia de estas afecciones en nuestro medio nos encaminamos a realizar un estudio con el objetivo de conocer el comportamiento de la Sepsis Intraabdominales en cuanto a distribución por edad y sexo, principales parámetros clínicos y humorales de intervención y reintervención quirúrgica, así como medios auxiliares de diagnóstico, principales diagnósticos etiológicos y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo prospectivo para determinar el comportamiento de la Sepsis Intraabdominal en UCI y UCIM de nuestro hospital desde septiembre del 2001 a septiembre del 2002.

Se diseñaron cuestionarios para la evaluación de las Historias Clínicas de los pacientes ingresados en el servicio con este diagnóstico. La información fue recogida por tres especialistas de primer grado en Medicina Interna y procesados con la ayuda de una computadora por el método de distribución de frecuencias llevando los resultados a tablas para su discusión y análisis en porcentos.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En la tabla # 1 se observa la distribución de los casos vivos y fallecidos con Sepsis Intraabdominal según sexo y grupo de edad donde podemos apreciar que el sexo femenino predominó (61.4%), en cuanto al número de fallecidos se comportó de forma similar en ambos sexos. En relación a la edad el mayor número de casos correspondió a los menores de 55 años con un 70.5% pero el número de fallecidos predominó en los mayores de 55 años con un 75% lo que se corresponde con otros estudios realizados.

Las principales manifestaciones clínicas antes de la intervención quirúrgica se reflejan en la tabla # 2 ocupando el dolor abdominal con 97.7% y la fiebre con un 59% los síntomas de presentación más frecuentes, aunque aparecen otras manifestaciones clínicas menos específicas como única expresión de la Sepsis como vómito, palidez, trastornos hemodinámicos, diarreas e íleo paralítico, hecho que demuestra el debut inaparente con manifestaciones de FMO en ausencia de signos clásicos de infección.

En la tabla # 3 se observa el comportamiento de los parámetros humorales antes de la intervención quirúrgica donde apreciamos que la anemia (59.1%) y la leucocitosis (40.9%) fueron los hallazgos más frecuentes seguido de los trastornos hidroelectrolíticos y Acido-Básico y las alteraciones de las pruebas funcionales renales. La hiperglicemia se observó con baja frecuencia sin embargo algunos autores plantean que las Sepsis graves más que leucocitosis produce anemia e hiperglicemia como parte del FMO que generalmente afecta a estos pacientes.

El tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica entre pacientes vivos y fallecidos se refleja en la tabla 4. Como podemos observar el mayor número de pacientes vivos se operaron en su primera intervención antes de las 24 horas (62.5%) y en el caso de los fallecidos el 75% se intervino quirúrgicamente después de las 72 horas, estos datos también se reflejan en la segunda y tercera reintervenciones.

Los parámetros clínicos y humorales que llevaron a la reintervención quirúrgica se reflejan en la tabla # 5. El íleo paralítico con un 90.5%, la fiebre (76.2%), la palidez (71.4%), el ARDS (57.1%) y los trastornos hemodinámicos con un 42.9% fueron los más frecuentes. En cuanto a los parámetros humorales la anemia (85.7%), los trastornos hidroelectrolíticos y Acido-Básico(71.4%) y las alteraciones de las pruebas funcionales renales con un 66.7 % fueron los más frecuentes, datos que se corresponden con la bibliografía consultada.

En la tabla # 6 se reflejan los medios auxiliares de diagnóstico utilizados donde se aprecia que la Ultrasonografía fue la más usada con un 54.5%. Llama la atención el poco uso de la Laparoscopia de urgencia solo en un 11.4% cuando otros autores han reportado su uso en más de un 72% de los casos. La utilización del cultivo de secreciones y Hemocultivos como medios diagnósticos microbiológicos están expresados en la tabla # 7 donde apreciamos que fueron tomados los cultivos de secreciones en un 59.1 % y los Hemocultivos solo en un 27.3%, parámetros bajos que reflejan aún una mala utilización de estos medios diagnósticos comparados con otros trabajos en los cuales más del 90% de los casos tienen cultivos de secreciones y más del 70 % Hemocultivos.

Los principales diagnósticos etiológicos se observan en la tabla # 8 donde la pelviperitonitis ocupó el primer lugar para un 31.8% seguido de la peritonitis postquirúrgica (25%) y la perforación de colon e intestino delgado (20.5%). Estos resultados no corresponden con otros trabajos realizados donde la Colecistopancreatitis constituyó la principal causa de Sepsis Intraabdominal sin embargo en nuestro estudio tuvo una incidencia solo de un 4.5%.

Las principales complicaciones se reflejan en la tabla # 10. La peritonitis generalizada fue la causa más frecuente con un 45.5% seguido del desequilibrio Hidroelectrolítico y Acido-Básico (41%) y el shock séptico se presentó en un 36.4%.

Estos resultados se corresponden con otros estudios, aunque en los últimos tiempos se ha reportado un aumento del número de casos con Sepsis vascular.

En la tabla # 10 se muestra el resultado al egreso de los pacientes con Sepsis Intraabdominal y la asociación entre el diagnóstico clínico y Anatomopatológico. El mayor número de casos fue egresado vivo (72.7%) y en cuanto a la asociación entre el diagnóstico clínico y Anatomopatológico fue del 100%.

CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestros resultados pudimos llegar a las siguientes conclusiones:

El sexo femenino y los pacientes menores de 55 años fueron los más frecuentes. La edad avanzada mayor de 55 años constituyó un factor determinante para la mortalidad. Los síntomas fundamentales de presentación fueron el dolor abdominal y la fiebre; la anemia, la leucocitosis, así como las alteraciones hidroelectrolíticas y Acido- Base fueron los parámetros humorales más frecuentes antes de la intervención quirúrgica. El mayor número de casos fallecidos fueron intervenidos y reintervenidos tardíamente. La fiebre, la palidez, el ARDS y los trastornos hemodinámicos fueron los parámetros clínicos más frecuentes para la reintervención. La Anemia, los trastornos hidroelectrolíticos y Acido-Base, así como las alteraciones de las pruebas funcionales renales representaron a los parámetros humorales. Existe una mala utilización de los medios de cultivos microbiológicos y de la Laparoscopia como medio auxiliar diagnóstico de las Sepsis Intraabdominales. La pelviperitonitis y la peritonitis postquirúrgica constituyeron los principales diagnósticos etiológicos. Las complicaciones más frecuentes fueron la peritonitis generalizada, el desequilibrio Hidroelectrolítico y Acido-Básico y el Shock Séptico. La mayoría de los casos egresaron vivos y hubo buena asociación entre el diagnóstico clínico y Anatomopatológico.

ABSTRACT

A descriptive observational study prospective type was developed with 44 charts of patients admitted in the ICU and IMCU in our hospital from september, 2001 to september, 2002 to know the behaviour of intra-abdominal sepsis. Female sex as well as patients less than 55 years old where the more frequent cases. Old age late surgical intervention and reintervention was observed more frequently in the diseased. Abdominal pain and fever were the more frequent clinical parameters before surgery; anemia and leucocytosis corresponded to humeral ones there were few utilization of the microbiological cultures and the laparoscopy as an auxiliary means for the diagnosis. Fever, anemia and ARDS, hemodynamic disorders, alteration in renal function test as well as alternative in acid-basic balance and electrolyte balance cosstituted the clinical and humeral parameters that lead to surgical reintervention. Most patients were alive at the discharge and there was an adequate association between clinicopathological diagnosis in the decease cases.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ojeda Ojeda Ma, Suarez Pérez C. Mortalidad quirúrgica en el Hospital "Carlos Manuel de Céspedes". Rev Cubana Cir 1998;37(1):47-52.
2. Rietz KA, Ahlman B. A simple regimen for control of posoperative sepsis in colorectal surgery. Dis Colon rectum 1984; 27:519-22.
3. Suffredin AF. Current prospects for the treatment of clinical sepsis. Crit Care Med 1999; 22(7): 512-518.
4. Circeo I, McGre W, Brown B. Management of infections in adult intensive care unit patients: parts II. Infect Dis Clin Pract 1994; 3(4): 254-259.
5. Jacobs J, Stobderming EE. Infection due to a contaminated thoracic drainage system. J. Hosp Infect 1993; 24: 23-28.
6. Gonzalez Pinilla R, Gómez Pardo G. Antibioticoterapia preoperatoria. Rev Cubana Cir 1998; 37(2): 126-133.
7. Gómez Alonso A, Losano I, Abdel-Lah BA, García J, Rodríguez JM. Profilaxis antibiótica en cirugía abdominal. Cir Esp 1987; 42(2):268-272.
8. Pranchev N. Subfastsialen abstes isled tsezarevo sechenic Acuch Ginecol 1995; 34(1):34- 35.
9. Bembibre Tobaoda R, Jorge Jiménez C. Paciente quirúrgico séptico en UCI. Rev Cubana Cir 1997; 36 (2):116-120.

ANEXO

Tabla # 1: Distribución de los casos vivos y fallecidos según sexo y grupo de edad.

Características		No vivos	%	No Muertos	%	Total	%
Sexo	Hombres	11	34.4	6	50	17	38.6
	Mujeres	21	65.6	6	50	27	61.4
	Total	32	100	12	100	44	100
Edad	< 55 años	28	87.5	3	25	31	70.5
	> 55 años	4	12.5	9	75	13	29.5
	Total	32	100	12	100	44	100

Tabla # 2 Principales manifestaciones clínicas antes de la intervención quirúrgica.

Manifestaciones clínicas	No	%
Dolor abdominal	43	97.7
Fiebre	26	59
Vómitos	21	47.7
Palidez cutánea	17	38.6
Trast. Hemodinámicos	14	31.8
Diarreas	10	22.7
Íleo paralítico	10	22.7
Polipnea	3	6.8
Otros	21	47.7

Tabla # 3 Comportamiento de los parámetros humorales antes de la intervención quirúrgica.

Parámetros humorales	No	%
Anemia	26	59.1
Leucocitosis	18	40.9
Trast. HE y AB	17	38.6
Alt. PFR	11	25
Hiperglicemia	10	22.7
Leucopenia	5	11.4
Trombocitopenia	2	4.5

Tabla # 4: Tiempo promedio entre inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica en pacientes vivos y fallecidos.

Tiempo promedio	Primera intervención			
Síntomas/ Operación	Vivo	%	Fallecido	%
Menos 24h	20	62.5	3	25
24-48h	7	21.9		
48-72h	1	3.1		
Mas 72h	4	12.5	9	75
Total	32	100	12	100
Segunda intervención				
Síntomas/ Operación	Vivo	%	Fallecido	%
Menos 24h	2	16.7		
24-48h	4	33.3	2	22.2
48-72h	3	25	1	11.1
Mas 72h	3	25	6	66.7
Total	12	100	9	100
Tercera intervención				
Síntomas/ Operación	Vivo	%	Fallecido	%
Menos 24h				
24-48h				
48-72h	3	75		
Mas 72h	1	25	3	100
Total	4	100	3	100

Tabla # 5: Parámetros clínicos y humorales que llevaron a la reintervención quirúrgica (21 casos).

Parámetros clínicos y humorales	No	%
Ileo paralítico	19	90.5
Fiebre	16	76.2
Palidez cutánea	15	71.4
ARDS	12	57.1
Trast. Hemodinámicos	9	42.9
Diarreas	4	19
Ictero	4	19
Trast. Hemorrágicos	1	4.8
Anemia	18	85.7
Trast. HE y AB	15	71.4
Alt. de las PFR	14	66.7
Hiperglicemia	9	42.9
Leucocitosis	7	33.3
Leucopenia	5	23.8
Trombocitopenia	2	9.5

Tabla # 6. Medios diagnósticos utilizados en los pacientes con sepsis intraabdominal.

Medio diagnóstico	No	%
Ultrasonografía	24	54.5
Rx de Tórax	17	38.6
Laparoscopia	5	11.4
Exámenes contrastados	4	9.1
Rx Abdomen simple	2	4.5

Tabla # 7: Utilización de los cultivos de secreciones y hemocultivos como medios diagnósticos microbiológicos.

Cultivo de secreciones	No	%
Tomados	26	59.1
No tomados	18	40.9
Total	44	100
Hemocultivo		
Tomados	12	27.3
No tomados	32	72.7
Total	44	100

Tabla # 8: Principales diagnósticos etiológicos de las sepsis intraabdominal en los pacientes estudiados.

Diagnóstico Etiológico	No	%
Pelvipерitonitis	14	31.8
Peritonitis postquirúrgica	11	25
Perforación de C6lon e Intestino delgado	9	20.5
Úlcera perforada	6	13.6
Apendicitis aguda complicada	3	6.8
Colecistitis	3	6.8
Colecistopancreatitis	2	4.5
Pseudoquiste pancreático	1	2.3
Enteritis necrotizante	1	2.3
Absceso Hepático roto	1	2.3

Tabla # 9: Principales complicaciones de los casos con sepsis intraabdominal estudiados.

Complicaciones	No	%
Peritonotís generalizada	20	45.5
Desequilibrio HE y AB	18	41
Shock Séptico	16	36.4
Absceso de la herida	9	20.5
FMO	8	18.2
Dehiscencia de sutura	7	16
Abscesos intraabdominales	5	11.4
Sepsis vascular	3	6.8
Hematoma de la herida	2	4.5

Tabla # 10: Resultados al egreso de los pacientes con sepsis intraabdominal y asociación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico.

Resultados		No	%
Evolución	Vivos	32	72.7
	Fallecidos	12	27.3
Asociación Clínico-Anatomopatológica	Si	12	100
	No	0	0