

11209

92
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

VIGILANCIA POSQUIRURGICA INMEDIATA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES
DE CIRUGIA ELECTIVA DEL TRACTO DIGESTIVO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DR. ALEJANDRO SAN MARTIN HERNANDEZ

ASESOR

DR. ALBERTO BRISEÑO JUAREZ



IMSS

Puebla, Pue.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN PUEBLA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. M.A.C.
DEPARTAMENTO CIRUGIA GENERAL

VIGILANCIA POSQUIRURGICA INMEDIATA EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES DE CIRUGIA
ELECTIVA DEL TRACTO DIGESTIVO".

INVESTIGADOR: DR. ALEJANDRO SAN MARTIN HERNANDEZ
RESIDENTE 3 DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. M.A.C.
MATRICULA: 7844301

ASESOR: DR. ALBERTO BRISEÑO JUAREZ
MEDICO INTENSIVISTA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. M.A.C.
MATRICULA: 6819303

DEPARTAMENTO: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. M.A.C.
2 NORTE 2005
TEL. 42-45-20

DOMICILIO: ANDADOR EJIDO No. 6
COL. SAN BALTAZAR CAMPECHE, PUEBLA, PUE.
TEL. 44 79 44

AGRADECIMIENTO:

DR. JESUS GUZMAN CARRERA

JEFE DEL DEPARTAMENTO CLINICO DE CIRUGIA GENERAL

DR. ARTURO GALICIA R.

DR. PEDRO REYES PARAMO.

Por el apoyo que nos brindaron para nuestra formación, como médico especialista en Cirugía General. Así como la enseñanza que nos ofrecieron durante nuestro curso.

GRACIAS.

A MI ESPOSA:

DRA. LUZ AURORA LEON LEGARIA

Quien me ha apoyado en las buenas
y las malas. Me ha dado alegría a
mi espíritu, enseñándome el camino
a la comprensión y me ha hecho sen-
tir lo más hermoso y preciado de -
la vida.

"EL AMOR".

A MI ESPOSA:

DRA. LUZ AURORA LEON LEGARIA

Quien me ha apoyado en las buenas
y las malas. Me ha dado alegría a
mi espíritu, enseñándome el camino
a la comprensión y me ha hecho sen
tir lo más hermoso y preciado de -
la vida.

"EL AMOR".

A LA MEMORIA DE MI PADRE

JOSE SAN MARTIN TOLEDO (Q.P.D.)

Quien emprendió el largo viaje en
la flor de la vida y quien con su
rectitud y honradez me ha guiado
para la formación de mi vida,
habiendo logrado conducirme a la
realización de mi meta.

A MI MADRE:

JOSEFINA HERNANDEZ VDA. DE SAN MARTIN

Por el apoyo y cariño que siempre me ha
brindado, y que es un estímulo para se-
guir adelante.

A MIS HERMANOS:

Por su ayuda moral y entusiasmo
que me brindaron.

FELIPE SAN MARTIN HERNANDEZ

RICARDO SAN MARTIN HERNANDEZ

JOSE SAN MARTIN HERNANDEZ. (Q.P.D.)

AL SR. DR. ALBERTO BRISEÑO JUAREZ
Médico Intensivista, en agradecimiento
por su colaboración y ayuda que me brindó
para poder realizar este trabajo.

A las instituciones que me formaron:

ESC. PRIMARIA Y SEC. DEL CENTRO ESCOLAR

"NIÑOS HEROES DE CHAPULTEPEC"

ESC. PREPARATORIA DIURNA "LIC. BENITO JUAREZ G"

DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD

AUTONOMA DE PUEBLA.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA

CENTRO MEDICO NACIONAL

"GENERAL DE DIVISION MANUEL AVILA CAMACHO"

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
FISIOPATOLOGIA	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
MATERIAL	11
METODO	12
RESULTADOS	13
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	22

INTRODUCCION

Las Unidades de Cuidados Intensivos, constituyen una parte primordial de la atención que ofrecen los hospitales de segundo y tercer nivel. La Unidad de Cuidados Intensivos es el área hospitalaria donde personal médico y de enfermería, entrenados en el diagnóstico y tratamiento de alteraciones orgánicas agudas, apoyados por medios avanzados de soporte cardiopulmonar y dispositivos electrónicos de vigilancia de las funciones vitales, se ocupa de la atención integral de enfermos graves, con posibilidad de recuperación. (1)

Antecedentes Históricos de la Unidad de Cuidados Intensivos se remontan a las salas de recuperación posoperatoria, -- donde los anestesiólogos se ocupaban de manejo de enfermos de alto riesgo. Después, la vigilancia del ritmo cardiaco y el cuidado respiratorio condujo al ingreso en estas áreas de enfermos con insuficiencia respiratoria, falla cardiaca o alteraciones metabólicas graves. La primera Unidad de Cuidados Intensivos en Estados Unidos fue desarrollada en el Hospital de Baltimore en 1958 por el Dr. Peter Safar. (2). El objetivo de la Unidad de Cuidados Intensivos es prevenir la muerte y la morbilidad de los pacientes de alto riesgo. Los recursos materiales y humanos mínimos de una Unidad de Cuidados Intensivos incluyen los necesarios para proporcionar: Reanimación cardiopulmonar; manejo de la vía aérea, incluyendo intubación endotraqueal y ventilación mecánica; sistema de aporte de oxígeno; sistema de estimulación cardiaca temporal; servicio de laboratorio de urgencias; soporte nutricional; bombas de infusión, además, se utiliza hoja de recolección de datos, base para la vigilancia de los signos vitales horarios, mediciones seriadas de variables hemodinámicas y el balance de líquidos y electrólitos. (1,3,4,5).

El ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos quirúrgicos lo podemos clasificar en dos categorías, los que ingresan en el servicio de urgencias y los que lo hacen en forma electiva. El primer grupo de pacientes tiene un riesgo de mortalidad más alto y los determinantes inmediatos de su sobrevivencia casi siempre se relacionan con la integración de la función cardiopulmonar y con la capacidad del paciente de responder al estrés al que se enfrenta. Por el contrario, los pacientes que ingresan en forma electiva se encuentran en una situación estable, aún cuando sufran algún padecimiento crónico y que por lo tanto, predisponen el ingreso a la unidad de cuidados intensivos. (6,7).

Asimismo, los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos pueden distribuirse, en forma cualitativa, en tres categorías. Los pacientes clase I, se consideran candidatos para vigilancia/observación si están estables desde el punto de vista hemodinámico, pero tienen riesgos conocidos de complicaciones en especial si existe la posibilidad de detectar y tratar con éxito a éstas. Los pacientes de la clase II ingresan para recibir cuidados intensivos si la complejidad y frecuencia de los cuidados que deben recibir excede a lo que puede existir en una sala general. Estos pacientes pueden estar estables desde el punto de vista hemodinámico. Los pacientes clasificados como de clase III: están inestables desde el punto de vista hemodinámico y requiere y/o tienen la posibilidad de recibir tratamiento ante cualquier cambio que se presente y aplicar, reevaluar y adecuar este último tratamiento. (8-10).

La mayoría de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos para vigilancia/observación, no deberían desarrollar complicaciones, por lo que su ingreso es inmediato. Sin embargo, en algunos pacientes se presentan problemas

lo que les hace requerir de mayores cuidados médicos, así como una estancia más prolongada. Los pacientes con los grados más graves de alteraciones cardíacas, respiratoria y de la función de transporte de oxígeno, no sólo tienen una mortalidad muy alta, sino también un tiempo de estancia prolongada. (10,11).

En la actualidad no existe ningún sistema único de evaluación para determinar los criterios de ingreso y alta de la Unidad de cuidados intensivos. Muchos de los sistemas de uso actual para la evaluación de la gravedad de la enfermedad y del riesgo de mortalidad derivan sólo de las alteraciones fisiológicas que existen en el momento de ingreso a la unidad de cuidados intensivos. La predicción de la mortalidad con base en alteraciones físicas y bioquímicas presentes en el momento de ingreso o durante las primeras 24 horas, presupone que la enfermedad quirúrgica alcanzará su clímax durante ese período. Además, los criterios de ingreso y alta deben tomar en cuenta el hecho de que cuando un paciente quirúrgico ingresa a la unidad de cuidados intensivos, su estabilidad pudiese haberse normalizado gracias al tratamiento administrado en el servicio de quirófano y sala de recuperación, pero debido a las características de que se trata de un posoperatorio de alto riesgo requieren de su ingreso. (6,12).

Se han utilizado diferentes métodos para evaluar la gravedad de una enfermedad con el propósito de determinar el pronóstico o estadificar a los pacientes. La Calificación de la Fisiología Aguda y Evaluación de la Salud Crónica, (APACHE), comenzó a usarse en 1981, fue descrito por Knaus y col en la Universidad George Washington, Estados Unidos. Los investigadores se basaron en la hipótesis de que la severidad de la enfermedad aguda puede ser medida por cuantificar el grado de anomalía de múltiples variables fisiológicas. Este sistema

mide 34 variables con un porcentaje para cada variable de 0 a 4 puntos, dependiendo del grado de normalidad. Porque el estado de salud previo reduce la probabilidad de sobrevivencia durante la enfermedad aguda, el sistema incorporó 4 letras (A, B, C y D) dependiendo si el estado de salud era excelente (A) o había enfermedad crónica severa (D). Porque este sistema -- era complejo y requería manejo multiinstitucional, Knaus y -- Cols, simplificaron su sistema original a sólo 12 variables fisiológicas, publicado en 1985, además de dar un puntaje dependiendo de la edad del paciente y estado de salud previa. El grupo Cullen diseñó una escala que describe las principales intervenciones que se realizan en el campo crítico, asignando una puntuación del 1 al 4, siendo ésta mayor cuando la complejidad del procedimiento es más elevada. Esta escala es conocida como TISS (Sistema de Calificación de Intervención Terapéutica), y ha probado ser un instrumento eficaz para clasificar a los enfermos críticos, la mayor puntuación de los enfermos se correlaciona con evolución desfavorable y mortalidad elevada. El grupo MEDICUS al igual que el APACHE II utilizan como parámetros para definir la gravedad de la enfermedad las alteraciones fisiológicas, bioquímicas y metabólicas, medibles, que se presentan durante la evolución del padecimiento. Sistema de Puntuación de Resultados (SPR), este sistema - incluye cinco componentes objetivos en una suma ponderada que refleja la probabilidad de muerte durante el ingreso. (13-18).

FISIOPATOLOGIA:

La fisiopatología centra su atención en las alteraciones producidas por la enfermedad. Trata de integrar y relacionar los mecanismos de la enfermedad y sus consecuencias funcionales. La integridad estructural y la función de las células de todo el organismo dependen de la entrega de oxígeno y otros sustratos para el metabolismo. De tal manera, el objetivo final de la circulación es la perfusión de los tejidos. En ciertas condiciones la necesidad de perfusión de un órgano o una región puede exceder considerable las necesidades en otras áreas. En consecuencia, la circulación debe ser capaz de distribuir el aumento de perfusión a algunas áreas, manteniendo una perfusión constante o reducida a otras. Para asegurar que esto ocurra, la circulación dispone de un elaborado sistema de control. Este sistema parece estar preparado para asegurar una adecuada entrega de oxígeno a las células. Aún cuando la extracción de oxígeno y de otros sustratos de la sangre arterial puede aumentar en respuesta a un aumento de la actividad metabólica del tejido en cuestión, la mayoría de los estudios indican que el transporte de oxígeno está limitado por el flujo. Debido a que el flujo hacia cualquier órgano depende de la presión arterial y la resistencia vascular de ese órgano, los factores que influyen en la presión sistémica y en las resistencias vasculares local constituyen la base de la comprensión del control circulatorio general. La presión arterial es un determinante principal de la perfusión de los órganos. Con todo, la presión arterial en sí está determinada por el volumen minuto cardíaco y la impedancia al flujo, que es debida, en gran parte a la resistencia vascular total o neta.

Varios mecanismos, sobre todo nerviosos y humorales, tienen la capacidad de regular la resistencia vascular, independiente del control local, y de influir en los mecanismos me-

diante los cuales se adapta el volumen minuto cardíaco para hacer frente a las demandas metabólicas periféricas. La evidencia indica que el volumen minuto cardíaco está determinado por factores periféricos. Uno de ellos es la resistencia vascular periférica. El segundo determinante es el retorno venoso. De tal modo, el volumen minuto cardíaco puede estar limitado por una volemia inadecuada, por ejemplo, luego de una hemorragia, o por la adopción de la posición de pie después de recibir agentes que reducen el tono venoso y aumentan la capacidad del lecho venoso sistémico.

Un componente importante es el sistema renal-líquido corporal para la regulación de la volemia. Este mecanismo de control actúa por retroalimentación negativa y está adaptado para mantener la presión arterial normal. Cuando está aumentada la presión de perfusión arterial aumenta la excreción urinaria, y cuando la presión arterial disminuye se reduce la excreción urinaria. El volumen sanguíneo está determinado por el balance de líquido corporal el cual, a su vez, está relacionado con la suma de velocidades de ingesta, pérdida extrarenal y excreción urinaria de sodio y agua.

Volumen minuto cardíaco es el volumen de sangre expulsado por el ventrículo derecho o el izquierdo por minuto. Está determinado por el número de latidos por minuto (frecuencia cardíaca) y el volumen término medio expulsado con cada latido (volumen sistólico). En un adulto normal en reposo una frecuencia cardíaca de 70 latidos por minuto y un volumen sistólico de 70 ml/latido dará un volumen minuto cardíaco normal de 5000 ml. por minuto.

Un aumento de la frecuencia cardíaca a una presión venosa constante aumentará el volumen minuto cardíaco, y la reducción de la resistencia vascular a una presión venosa y una --

frecuencia cardíaca constante aumentará el volumen minuto cardíaco. (19,20).

Las alteraciones hemodinámicas se caracterizan por la incapacidad del corazón y/o de la circulación periférica de mantener la perfusión adecuada de órganos vitales. Si no se trata, presenta un estado de choque, hay daño irreversible a los órganos y tejidos del organismo y sobreviene la muerte.

Mecanismos fisiopatológicos básicos del choque son un defecto de la perfusión hística y de la liberación de oxígeno a los tejidos. Esta liberación depende de cuatro factores gasto cardíaco, concentración y saturación de la hemoglobina y microcirculación periférica. La cantidad de oxígeno consumida no sólo depende de la cantidad liberada a los tejidos, sino --también de la cantidad de oxígeno extraída por los mismos. --Cuando la liberación de oxígeno desciende o aumenta el consumo de oxígeno los mecanismos compensadores iniciales incluyen el aumento del gasto cardíaco y una mayor extracción de oxígeno. Algunos tejidos (miocardio) extraen normalmente casi todo el oxígeno disponible y pueden aumentar la liberación de éste a la célula por el aumento de la perfusión miocárdica. La disponibilidad de oxígeno en los tejidos depende de la capacidad -de transporte de oxígeno de la hemoglobina. La curva asocia--ción-disociación de oxígeno de la hemoglobina tiene forma sigmoidea. Esta curva se desvía a la derecha por los aumentos de temperatura y disminuciones del pH, facilitando la liberación de oxígeno en la periferia. La microcirculación periférica es importante en la regulación de la liberación de oxígeno. Hay una vasoconstricción selectiva, con huida de la sangre de determinados lechos vasculares para mantener la perfusión cerebral y cardíaca. Cualquier proceso patológico que causa pérdida de volumen intravascular puede terminar en choque. Las - -etiologías más frecuentes son la hemorragia gastrointestinal,

diuresis excesiva, la pérdida de líquido por la luz intestinal tras una obstrucción del intestino y el "paso al tercer espacio" en la pancreatitis o tras una intervención quirúrgica extensa. La forma clásica del choque hipovolémico es el choque hemorrágico que sigue a un traumatismo. Tras la hemorragia, la disminución de la precarga del ventrículo izquierdo y de la masa de hemáties circulantes produce un descenso del gasto cardíaco y una alteración de la liberación de oxígeno. Los mecanismos compensadores del organismo dependen de la gravedad de la pérdida hemática. Al aumentar la pérdida de sangre, se produce una elevación del tono simpático, que da lugar a taquicardia, vasoconstricción periférica y desviación de la sangre de los lechos vasculares cutáneo, mesentérico y del músculo esquelético para mantener la perfusión cerebral y cardíaca. Otro mecanismo compensador es la secreción de una serie de hormonas, como cortisol, aldosterona y vasopresina y otros mediadores. Se producen desviaciones de los líquidos desde el espacio intersticial e intracelular para restablecer el volumen intravascular. La presión arterial no es un buen indicador de la gravedad, ya que puede mantenerse en cifras normales por la vasoconstricción. Los signos indicadores de la función orgánica final, como la perfusión de la piel (llenado de los capilares), el estado mental y la excreción urinaria, ofrecen valoración más fiable de la gravedad del estado de choque.

Este es reversible en las fases precoces mediante el control de la pérdida hemática y el restablecimiento del volumen intravascular. Sin embargo, si la perfusión hística y la liberación de oxígeno permanecen reducidas, se puede producir una lesión irreversible. (20,21).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Habr  alteraciones hemodinámicas durante la recuperación posquirúrgica inmediata, que repercutan en los pacientes de cirugía electiva de alto riesgo del tracto digestivo, con un tiempo quirúrgico extenso, y que por lo tanto necesitarán de un apoyo de cuidados intensivos.

O B J E T I V O S:

GENERAL: Valorar la evolución de los pacientes durante su recuperación posquirúrgica inmediata en la unidad de cuidados intensivos.

ESPECIFICO: Determinar los parámetros de evolución hemodinámica, durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos, en el período posquirúrgico inmediato.

MATERIAL:

Se estudiarán pacientes hospitalizados programados para cirugía electiva de alto riesgo del tracto digestivo, que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos para su vigilancia hemodinámica.

- DURACION DEL ESTUDIO:

Del 1° de Agosto de 1991 al 31 de Agosto de 1993.

- RECURSOS HUMANOS:

- a) Personal Médico y de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del HEP CMN MAC.
- b) Asesoría bibliográfica del IMSS.
- c) Archivo clínico de la UCI

- CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes de un sexo u otro, con un rango de edad de 20 a 50 años, que hallan sido sometidos a cirugía electiva de alto riesgo del tracto digestivo, sin alteraciones agudas, que ingresan a la unidad de cuidados intensivos.

- CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- a) Pacientes posoperados de neurocirugía, cirugía cardiovascular y de tórax.
- b) Pacientes con sepsis abdominal
- c) Pacientes con enfermedades crónicas o enfermedades fisiológicas agudas.

- CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes que son intervenidos urgente por poner en peligro su vida, así como pacientes sometidos a cirugía electiva de alto riesgo del tracto digestivo y que no ingresaron a la unidad de cuidados intensivos.

M E T O D O:

Se realizará un estudio retrospectivo de pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos, para vigilancia posquirúrgica inmediata, de pacientes de cirugía electiva de alto riesgo del tracto digestivo, tratando de detectar la inestabilidad hemodinámica y/o cardiovascular para lo cual se utilizarán los siguientes criterios:

- Clínicos: manifestaciones tales como palidez y diaforesis, oliguria (menor de 20ml/hr), hipotensión (presión sistólica menor de 90 mmHg), taquicardia, hipoperfusión tisular.
- Laboratorio: anemia aguda, desequilibrio hidroelectrolítico y alteraciones ácido-base.
- Radiológico: HAP, HVCP, derrame pulmonar y datos de edema agudo pulmonar.
- Electrocardiográficamente con trastornos del ritmo y/o conducción.
- Utilización de drogas tanto inotrópicas digitálicas y no digitálicas.
- Así como buscar otras alteraciones agregadas, no directamente que pudiesen estar en relación con la falla hemodinámica, por ejemplo, neumonía, edema pulmonar agudo no cardiogénico.

RESULTADOS:

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital de Especialidades Puebla, Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho, del 1º de Agosto de 1991 al 31 de Agosto de 1993.

Durante el periodo de estudio ingresaron a la unidad de cuidados intensivos para vigilancia posquirúrgica inmediata, de cirugía electiva del tracto digestivo, 47 pacientes. De este grupo, se excluyeron 19 pacientes, por no contar con los expedientes en el archivo del hospital, así como, en terapia intensiva, se estudiaron 28 (69.57%) pacientes (Fig. 1). De esta población, 18 pacientes correspondieron al sexo femenino y 10 al masculino (Fig. 2). Con edad de 30 a 50 años. El promedio de días-estancia fue de 5 días, con rango de 2 a 8 días (Fig. 3). La mortalidad fue del 0.96%, con una sola defunción, por haber presentado paro cardiorespiratorio durante el transoperatorio.

Dentro de las alteraciones hemodinámicas clínicas se observó palidez en 28 pacientes; taquicardia en 24, diaforesis en 20, hipoperfusión tisular en 18; hipotensión arterial en 9 y oliguria en 5 (Fig. 4). Por laboratorio los 28 pacientes presentaron desequilibrio ácido-base; 5 con anemia y 3 con desequilibrio hidroelectrolítico (Fig. 5). Radiología muestra un paciente con edema agudo pulmonar. No hubo trastornos del ritmo o conducción por electrocardiograma. Se utilizó en 4 pacientes inotrópicos; en 2 de estos pacientes se utilizaron tanto inotrópicos digitálicos como no digitálicos. Entre otras alteraciones agregadas un paciente presentó edema agudo pulmonar no cardiogénico y otro ascitis.

La figura 6 muestra el tipo de cirugía que se realizó en la población estudiada.

POBLACION EN ESTUDIO

PACIENTES	47
EXPEDIENTES REVISADOS	28
PORCENTJAE	69.57%

FIG. 1.

DISTRIBUCION POR SEXO

FEMENINO	18
MASCULINO	10
TOTAL	28

FIG. 2.

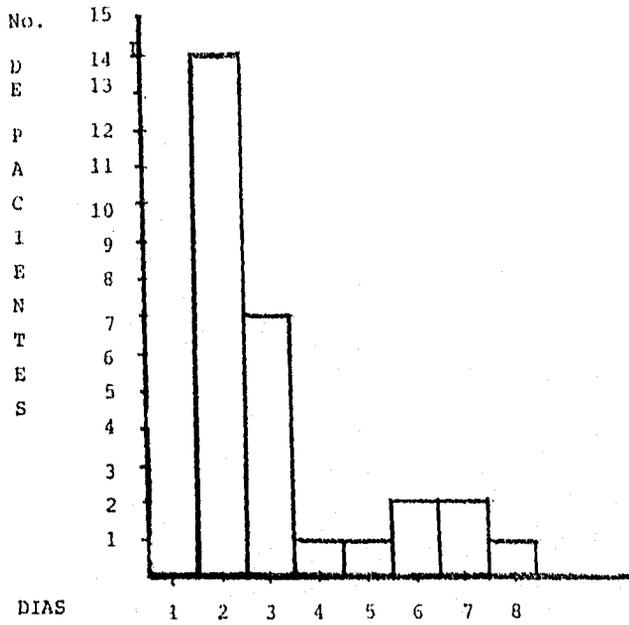
DIAS - ESTANCIA EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS

FIG. 3.

PARAMETROS CLINICOS

PALIDEZ	28
TAQUICARDIA	24
DIAFORESIS	20
HIPOPERFUSION TISULAR	18
HIPOTENSION ARTERIAL	9
OLIGURIA	5

FIG. 4.

EXAMENES DE LABORATORIO

DESEQUILIBRIO A-B	28
ANEMIA	5
DHE	3

FIG. 5.

CIRUGIA ELECTIVA REALIZADA

OPERACION EFECTUADA	NUMERO
WHIPPLE	6
ASCENSO GASTRICO	4
NISSEN	4
SUGIURA ABDOMINAL	3
YEYUNOANASTOMOSIS TT.	2
PANCREATECTOMIA DISTAL	1
PROCTOCOLECTOMIA	1
INTERPOSICION DE COLON	1
DERIVACION ESPLÉNORRENAL	1
DERIVACION MESOCAVA	1
VAGOTOMIA TRANSTORACICA	1
HEPATECTOMIA IZQUIERDA	1
DERIVACION BIBLIODIGESTIVA	1
COLECISTECTOMIA	1
T O T A L	28

ESTA COPIA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES:

No todos los pacientes quirúrgicos precisan o reciben cuidados intensivos, la evaluación al ingreso requiere de ciertas consideraciones generales como diagnóstico e intervención; tipo de anestesia; evolución hemodinámica intraoperatoria; pérdida de sangre; sustitución de sangre y líquidos; excreción de orina; análisis intraoperatorios; afecciones anteriores o crónicas. En la cirugía electiva la razón de ingreso es por una intervención compleja o un episodio traumático; asistencia intensiva necesaria; necesidad de control y observación; por lo general, fisiológicamente estable, aun cuando haya una enfermedad crónica; la mortalidad refleja una reserva fisiológica. La probabilidad de supervivencia de pacientes se puede calcular sobre la base de varios factores clínicos o bioquímicos. Ello permite disponer de una expectativa más realista de los resultados para el paciente, así como exponer a la familia, con más conocimiento la gravedad de su estado. Si se pudiese implementar los siguientes sistemas de puntuación: APACHE II; TISS y SPR, se podría medir la importancia de la enfermedad y predecir el resultado sobre la base de variables del paciente que se obtienen con facilidad. No obstante, a pesar de que estos sistemas tienen limitaciones, dan lugar a índices de clasificación falsa. (13,20).

En el estudio observamos que en todos nuestros pacien--

tes sometidos a cirugía de alto riesgo del tracto digestivo, aún en forma electiva y sin alteraciones fisiológicas agudas o crónicas, presentaron inestabilidad hemodinámica, con parámetros clínicos de palidez, taquicardia, diaforesis, hipoperfusión tisular, hipotensión arterial y oliguria, así como, -desequilibrio ácido-base, y en algunos desequilibrios hidroelectrolítico y anemia corroborada por laboratorio, sin presentar alteraciones electrocardiográficas y radiológicas, -que resulten de la administración de anestésicos y el procedimiento quirúrgico efectuado, ya que hay pérdidas de líquido y sangre, que conlleva a una inestabilidad fisiológica, -aunque durante el transoperatorio se restauró estas pérdidas ameritaron el ingreso a la unidad de cuidados intensivos, ya que requerían de una asistencia intensiva inmediata, para estabilizar las alteraciones hemodinámicas presentadas durante el posoperatorio inmediato, mejorando la perfusión histica y la liberación de oxígeno, corregir el estado acidobásico y las alteraciones electrolíticas, monitorización hemodinámica, control y vigilancia, además de uso de inotrópicos -digitálicos y no digitálicos en algunos pacientes, logrando la estabilidad en forma satisfactoria, sin desarrollar complicaciones durante su recuperación, por lo que su egreso -fue inmediato en la mayoría de los pacientes. El índice de mortalidad fue muy bajo, como se refiere en la literatura --mundial, Cullen en 1976, que es del 0.96% (1), semejante a -la que obtuvimos en nuestro estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Dr. Miguel Benítez Cortázar. "Mito y realidad de cuidados intensivos". Rev. Iberoamericana de cuidados intensivos. 1992; 2:75-88.
- 2.- Stephen M. Ayres, Arthur H. Combs. "A tale of Two intensive care units? All intensive care units are not the same!" Crit Care Med. 1992;20:727-728.
- 3.- Andrew W. Holt, FFaracs; L. Kim Burry, BN. "Prospective evaluation of residents and nurses as severity score data collectors" Crit Care Med. 1992; 20:1688-1691.
- 4.- Jeremy J. Brown and Glendon Sullivan. "Effect on ICU mortality of a Full-time critical care specialist" - - Chest 1989;96:127-129.
- 5.- Basim A Dubaybo; Michael K. Samson. "The role of physician-assistance in critical care units" CHEST. 1991;99: 89-91.
- 6.- Nicholas G. Smedira; Bradley H. Evans. "Withholding and withdrawal of life support from the critically ill" - - N Engl J Med. 1990;322:309-314.
- 7.- Dr. Horacio Santos Vidal. "Prioridades de Ingreso en la UCI de tipo general" Rev Iberoamericana de cuidados intensivos. 1992;2:75-88.
- 8.- Jeffrey S. Groeger; Martin A. Strosberg. "Descriptive - analysis of critical care units in the United States" Crit Care Med. 1992;20:846-862.

- 9.- Lis Dragsted; Jorgen Jorgensen. "Intrahospital comparisons of lead-time bias" Crit Care Med. 1989; 17:418-422.
- 10.- Joseph M Civetta; Robert H. Demling. "Atención del paciente quirúrgico" Scientific American. 1991: Tomo I-11.
- 11.- Mali Mathru, Robert R Kirby. "Cuidados intensivos perioperatorios" Temas actuales. 1991. Ed. Interamericana.
- 12.- Rene W. S. Chang; Sydney Jacobs. "Predicting deaths - - among intensive care unit patients" Crit Care Med. 1988 16:34-42.
- 13.- Dr. Francisco Manfrini Madrid. "Evaluación pronóstica de un grupo de pacientes en estado crítico mediante el sistema APACHE II" Rev. Iberoamericana de cuidados intensivos. 1992;1:11-14.
- 14.- S. Jacobs; R.W.S. Chang and B. Lee. "One Year's experience with the APACHE II severity of disease classification system in a general intensive care unit" - - - Anaesthesia. 1987;42:738-744.
- 15.- James A. Kruse; Mary C. Thil-Baharozian. "Comparison of clinical assessment with APACHE II for predicting mortality risk in patients admitted to a medical intensive care unit" JAMA. 1988;260:1739-1742.
- 16.- Frank B. Cerra; Francesco Negro. "APACHE II score does not predict multiple organ failure or mortality in post operative surgical patients" Arch Surg. 1990;125:519- - 522.
- 17.- William A. Knaus; Douglas P. Wagner. "The APACHE III - Prognostic System" CHEST. 1991;100;1619-1636.

- 18.- Mette M. Berger; Alfio Marazzi. "Evaluation of the consistency of APACHE II scoring in a surgical intensive care unit" Crit Care Med. 1992;20:1681-1687,
- 19.- Lloyd H. Smith and Samuel O. Thier. "Fisiopatología, - - principios biológicos de la enfermedad" 2a. Edición - - 1988. Ed. Panamericana.
- 20.- H. Lysterly and Gaynor. "Cuidados intensivos en cirugía" 3a. Edición. 1992. Ed. Mosby Year Book.
- 21.- Paul L. Marino "The ICU Book" 1991 Lea & Febiger. Ed. - Panamericana, S.A.