

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
DIVISION DE CIRUGIA

31

**"SINDROME DE ABDOMEN AGUDO Y COMPLICACIONES
POSQUIRURGICAS EN PACIENTES CON LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO "**

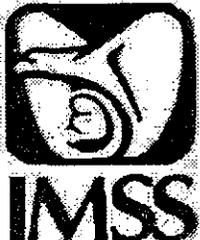
TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. JOSE FRANCISCO BARRERA HUERTAS



MEXICO, D.F.

2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



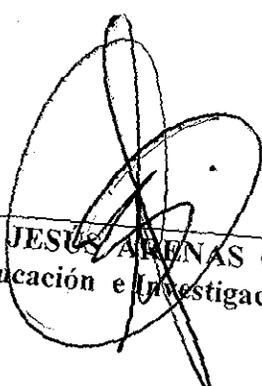
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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).

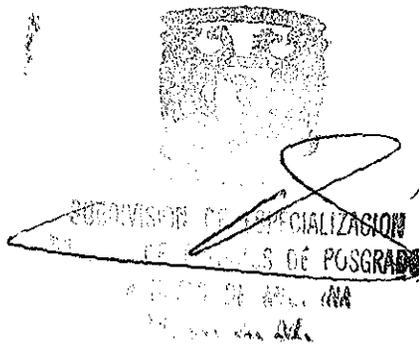
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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




DR. JESUS ARENAS OSUNA.
Jefe de Educación e Investigaciones Médicas.


DR. JOSE FRANCISCO BARRERA HUERTAS.
Residente cuarto año de la especialidad de Cirugía General.

Número de protocolo:
2002 - 690 - 0614



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS.

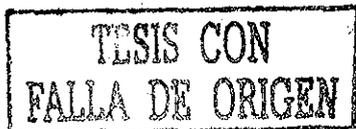
A Dios, por darme la bendición de la vida y de realizar mis metas, así como permitirme gozar de esos logros a lado de mis seres queridos.

A mi abuelito Pepe, por ser mi ángel protector y aunque ya no estás con nosotros te llevo conmigo en todo momento.

A Mamá Tere, gracias por ser como eres por tu cariño, tus cuidados, tu apoyo, aliento, comprensión, por esos regaños, corajes y desagradables momentos que te hice pasar, por darme la bendición más grande de esta vida que es mi madre, gracias por todo. Esto es tuyo con todo mi amor.

A ti mami, por todo el cariño brindado, apoyo, comprensión, desvelos, apuraciones, por esos momentos amargos que hemos vivido, por darme la bendición de la vida, por ser ejemplo de coraje, rectitud, humildad y sencillez, por estar siempre a mi lado, por ser la mujer más maravillosa de este mundo y por hacer posible este momento.

Mami, este trabajo es tuyo con todo mi amor.



A mi padre por darme la bendición de la vida.

A Hugo, Luis y Juan por ser mis confidentes, cómplices y amigos incondicionales, por todo su apoyo y cariño en todo momento y mas aún en los momentos más difíciles de mi vida, por su sencillez, coraje y fortaleza para salir adelante y por ser los mejores hermanos del mundo; este trabajo también es suyo.

A Liliana, novia y futura esposa, por ser mi inspiración y el aliciente para seguir adelante, por tu gran amor, apoyo incondicional y comprensión, por tu paciencia y fé en mi.

Al Dr. Jesús Arenas Osuna, por su paciencia, orientación y todo el tiempo invertido en este trabajo y por sus conocimientos compartidos con todos y cada uno de nosotros residentes de cirugía. Gracias Doctor.

A todos mis profesores por su tiempo empleado para la enseñanza de nosotros residentes de cirugía, fomentando el amor hacia nuestra carrera, al paciente y por enseñarnos a esforzarnos cada día más y compartir todos sus conocimientos y experiencia.

Al Dr. Jorge Cervantes Cruz por su amistad, confianza y por su apoyo en uno de los momentos más difíciles de mi carrera. Gracias por ser mi amigo y mi Maestro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

A ustedes amigos, por brindarme su amistad y apoyo; por todos y cada uno de los momentos buenos y malos que hemos pasado juntos.

A ti paciente, por ser fuente inagotable de conocimientos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

Resumen	2
Abstract	4
Introducción	6
Material y métodos.	11
Resultados	12
Discusión	14
Conclusiones	16
Bibliografía	17
Anexos	19

RESUMEN.

SÍNDROME DE ABDOMEN AGUDO Y COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Objetivo: Determinar las causas más frecuentes de abdomen agudo en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico y complicaciones más frecuentes en pacientes con dicha patología en el HECMR.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal, abierto en pacientes con L.E.S. con síndrome de abdomen agudo de enero del 2000 a enero del 2002. Del expediente clínico se analizó la causa del síndrome abdominal agudo, metodología de estudio y morbimortalidad. Se analizó con estadística descriptiva.

Resultados: Se estudió a 12 pacientes con diagnóstico confirmado de L.E.S. sometidos a laparotomía exploradora por síndrome de abdomen agudo. La edad promedio fue de 40 años, con rango de 35 a 50 años. El sexo femenino predominó con 7 casos, el sexo masculino 5. La laparotomía exploradora reveló en 4(33%) trombosis mesentérica y necrosis intestinal, en 5(41%) vasculitis, 1(8%) con colecistitis aguda, 1(8%) con pancreatitis aguda y otro (8%) con absceso abdominal secundario a perforación en ileon.

La morbilidad se observó en seis pacientes (50%) con sepsis abdominal secundario a isquemia intestinal, dos (16%) con agudización de LES desarrollando insuficiencia renal aguda, infección de vías respiratorias altas secundarias en un caso (12.5%), debido a intubación anestésica y en un caso absceso abdominal. Siete pacientes (58%) fallecieron y el resto aún continúan en tratamiento de su patología de base.

Conclusiones: La morbimortalidad en este tipo de pacientes es elevada debido a la inmunosupresión que presentan, por lo que

es imperativo realizar una adecuada valoración integral, evitando una laparotomía exploradora innecesaria disminuyendo así la morbilidad secundaria a laparotomía exploradora.

Palabras clave: Abdomen agudo. Complicaciones postoperatorias. Lupus eritematoso sistémico.

SUMMARY.

SYNDROME OF ACUTE ABDOMEN And COMPLICATIONS POSTSURGERY IN PATIENTS WITH ERYTHEMATOUS LUPUS SISTÉMICO.

Objective: To determine the most frequent causes of acute abdomen in patients with Erythematosus Lupus Sistémic and more frequent complications in patients with this pathology in the HECMR.

Material and Methods: A study, opened was made observational, retrospective, descriptive, cross-sectional in patients with L.E.S. and syndrome of acute abdomen submissive exploratory laparotomy in the H.E.C.M.R. of January of the 2000 to January of the 2002.

Results: A total of 12 patients with the Dx. of L.E.S. submissive exploratory laparotomy by syndrome of acute abdomen was reviewed. The age average was between 25 and 65 years, with predominance of 35 to 50 years. Feminine sex predominated with 7 cases, masculine sex 5. All the patients were put under exploratory laparotomy being in 4(33%) mesentéric trombosis and intestinal necrosis, in 5(41%) vasculitis, 1(8%) with acute cholecistitis, 1(8%) with acute pancreatitis and other (8%) with secondary abdominal abscess to perforation in ileon. The found postoperating complications: in six patients (50%) intestinal secondary abdominal sepsis to ischemy, two patients (16%) with agudization of developing acute renal insufficiency, infection to THEM of secondary high respiratory routes in a case (12.5%), due to anesthetic and in a case abdominal abscess. Seven patients (58%) passed away and the rest still continue in treatment of their pathology of base.

Conclusions: The morbimortalidad in this type of patients is elevated due to the inmunosupresión who present/display, reason why is imperative to make a suitable integral valuation, avoiding

unnecessary an exploratory laparotomy diminishing therefore the secondary morbimortalidad to exploratory laparotomy.

Key words: Acute abdomen. Postoperating complications. Sistémic erythematosus lupus.

INTRODUCCIÓN.

El dolor abdominal agudo es una situación clínica que desafía el conocimiento y juicio de cualquier médico que lo enfrenta; exige un diagnóstico diferencial amplio que por su misma naturaleza aguda tiene que hacerse en un lapso corto ya que es imperativo establecer un tratamiento, no necesariamente quirúrgico. Los casos en los que el tratamiento es tan sólo médico se consideran como cuadros de pseudoabdomen agudo. (1)

Debe considerarse al pseudoabdomen agudo como un síndrome cuya manifestación clínica sobresaliente es la presencia de dolor abdominal, que se acompaña de otros signos y síntomas que dependen de la enfermedad causal, pero lo más importante es que el tratamiento no es la laparotomía de urgencia. (1, 2)

Por otra parte el Lupus Eritematoso Sistémico es el clásico prototipo de enfermedad multisistémica de origen autoinmune y caracterizada por un conjunto sorprendente de autoanticuerpos especialmente antinucleares; sin embargo puede haber participación de casi todos los órganos del cuerpo.(2)

La causa de L.E.S. sigue siendo desconocida, pero la existencia en estos pacientes de un número ilimitado de anticuerpos contra componentes propios indica que el defecto fundamental en el L.E.S. es un fallo en los mecanismos reguladores que mantienen la autotolerancia. (3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existen diferentes manifestaciones de esta enfermedad por lo que en este estudio nos ocuparemos de aquellas que ocasionan el síndrome de abdomen agudo en pacientes con L.E.S.; el síntoma relevante y siempre presente es el dolor abdominal, que se acompaña de otros signos y síntomas extraabdominales, en la historia clínica es de mucha importancia la edad, antecedentes de episodios de dolor abdominal agudo, antecedentes o coexistencia de signos y síntomas extraabdominales.(1, 2, 3)

En el pseudoabdomen agudo no existe relación entre la intensidad del dolor abdominal y los hallazgos de la exploración física, los mecanismos o estímulos que dan origen al dolor abdominal son (4,5,6,7)

- a) Por incremento en la tensión de las paredes de alguna víscera hueca.
- b) Por distensión de las cápsulas de alguna víscera sólida.
- c) Inflamación de las superficies peritoneales.
- d) Isquemia de cualquiera de las estructuras contenidas en la cavidad o en el retroperitoneo.

En los primeros dos mecanismos la estimulación de los receptores nerviosos es directa; no así en la inflamación y en la isquemia en donde el estímulo a las terminaciones nerviosas se hace a través de mediadores químicos del tipo de la serotonina, histamina, prostaglandinas, etc., que se liberan como respuesta aguda e inespecífica por los tejidos afectados.(8, 9)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12

Se han empleado diversos métodos diagnósticos en esta patología, uno de ellos ha sido la tomografía (TAC), en donde los principales hallazgos tomográficos han sido la presencia de doble halo en la pared del intestino delgado, (signo del "blanco"), prominencia de vasos mesentéricos, engrosamiento de los vasos con pérdida del patrón normal de adelgazamiento y aumento en el número de vasos visibles, con un patrón en forma de "peine" (yeyunización vascular del ileon, indicador tomográfico de Enfermedad De Crohn activa, descrito por Meyers y McGuire). El Dx de Vasculitis Mesentérica Lúpica (VML) se ha basado en una historia documentada de LES, dolor abdominal severo con o sin hipersensibilidad de rebote, presencia de los hallazgos tomográficos mencionados, datos de laboratorio, y exclusión de otra causa de dolor abdominal.(9)

En la evaluación del tracto gastrointestinal (TGI), una unidad moderna de TC puede mostrar las ramas mesentéricas de segundo orden y las arcadas arteriales y vasos rectos del intestino.(14) Los vasos mesentéricos prominentes mostrados en la TAC de pacientes con VML, pueden representar la infiltración inflamatoria celular en la pared intestinal y el edema perivascular. La ascitis, engrosamiento peritoneal y el dolor, puede deberse a serositis peritoneal. LES puede afectar cualquier parte del TGI desde esófago hasta colon. La TAC temprana en pacientes con LES y dolor abdominal severo, puede evitar una cirugía innecesaria y permitir la instauración oportuna del tratamiento. Un retraso en el manejo de este problema puede resultar en infarto y perforación intestinal potencialmente fatales.(8,9,10).

Aunque las manifestaciones gastrointestinales son comunes en pacientes con lupus eritematoso sistémico, sus incidencias varían con el interés y métodos del observador que está estudiando la enfermedad, la evaluación de laboratorio no son suficientes ya

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13

que generalmente presentan alteraciones durante la fase aguda de la enfermedad como por ejemplo la paracentesis puede ser usada en casos de pancreatitis o infección.(5,7,8) También los estudios radiográficos son de ayuda en donde se pueden observar imágenes sugestivas de obstrucción intestinal, presencia de liquido libre en cavidad en especial la tomografía que nos puede mostrar absceso intraabdominales, linfadenopatías, serositis, edema de las paredes intestinales y de vesícula biliar, pseudoquistes pancreáticos, e hipertrofia de hígado y bazo principalmente.(11,12)

Sin embargo el dolor abdominal y datos de abdomen agudo se presenta en 8% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico, reportándose en la literatura mundial que la mayoría de los pacientes presentan fiebre y signos de abdomen agudo en un 83% que acuden a la sala de urgencias por dolor abdominal, siendo las principales causas de su sintomatología ulcera duodenal o gástrica, , gastritis o pancreatitis, vasculitis mesentérica, colecistitis aguda con isquemia de las paredes vesiculares. De todas estas patologías la más importante y delicada es la vasculitis mesentérica teniendo como complicaciones principales la necrosis de paredes vesiculares, necrosis intestinal y perforación secundaria, provocando sepsis abdominal con pronóstico fatal.(13)

En resumen los pacientes con cuadro de síndrome de abdomen agudo, deben tener una agresiva y comprensiva evaluación incluyendo biometría hemática completa, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, amilasa, radiografías abdominales, estudios baritados, TAC, resonancia magnética, ultrasonido angiografía visceral, etc. Así como administración de soluciones intravenosas , antibióticos de amplio espectro y esteroides aunque pueden enmascarar estos últimos datos de isquemia intestinal y perforación visceral, se debe además instalar sonda para monitorización de uresis, catéter central para medir PVC y tener un mejor control de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14

líquidos, y finalmente la laparoscopia diagnóstica es un recurso diagnóstico agresivo en pacientes con hallazgos clínicos confusos sin embargo puede evitar una laparotomía innecesaria y disminuir importantemente la morbimortalidad de estos pacientes.(7,8,13)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

85

MATERIAL Y METODOS.

Diseño: observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal, abierto, en pacientes con L.E.S. y síndrome de abdomen agudo, sometidos a laparotomía exploradora , en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social de enero del 2001 a enero del 2002.

Del expediente clínico se analizó la edad, sexo, metodología de estudio, hallazgos quirúrgicos transoperatorios y morbimortalidad.

El análisis estadístico se realizó con análisis univariado.

RESULTADOS.

Se revisaron 12 expedientes clínicos de pacientes con rango de edad de 25 a 65 años , con promedio de 40 años de edad, 7 pacientes del sexo femenino y 5 del sexo masculino con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico y síndrome de abdomen agudo, todos ellos sometidos a laparotomía exploradora de urgencia, en todos los pacientes se practicó la toma de muestras sanguínea para biometría hemática completa, química, electrolitos , amilasa y PFH , placa simple de abdomen de pié y decúbito, en 3 pacientes se realizó TAC de abdomen y en 2 USG abdominal. En ningún caso se realizó laparoscopia diagnóstica

En 4 (33%) sujetos se encontró durante el transoperatorio trombosis mesentérica y necrosis intestinal de predominio yeyuno e ileon (trombosis de la arteria mesentérica superior) presentando sepsis abdominal secundaria y muerte, falleciendo todos dentro de la primera semana posterior a la intervención quirúrgica.

5 (41%) con vasculitis intestinal, en uno de ellos se realizó apendicectomía profiláctica complicándose con sepsis abdominal , insuficiencia renal aguda y muerte.

Colecistitis aguda en un paciente (8%) a quien se le realizó Colecistectomía abierta evolucionando favorablemente sin presentar ninguna complicación.

En un caso (8%) pancreatitis aguda edematosa se le realizó lavado y drenaje de cavidad presentándose absceso en cavidad siendo reintervenido desarrollando sepsis abdominal y falla orgánica múltiple con desenlace fatal..

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17

En un paciente (8%) se encontró absceso abdominal secundario a perforación de ileon distal, en este paciente se realizó lavado y drenaje de cavidad, resección intestinal de segmento afectado y anastomosis termino-terminal presentando posteriormente sepsis abdominal e insuficiencia renal aguda ingresando al programa de diálisis peritoneal y posteriormente presentó falla orgánica múltiple y muerte.

No se observó sangrado postoperatorio en ningún caso (12), fallecieron 7 (58%) de éstos debido a complicaciones posquirúrgicas en donde la principal fue sepsis abdominal seguido de insuficiencia renal aguda.

DISCUSIÓN.

En el presente estudio se observaron las principales causas de abdomen agudo y las principales complicaciones posteriores a laparotomía exploradora en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Hubo una relación de 1.8 : 1, de mujeres sobre hombres, debido al predominio de afección de esta patología por el sexo femenino.(1)

Se encontró que la principal causa de síndrome de abdomen agudo en nuestro estudio lo ocupó la vasculitis (41%) seguida de la trombosis de la arteria mesentérica (33%) en comparación con las series revisadas en donde la principal causa fue diverticulitis, presencia de adherencias y colecistitis aguda. Respectivamente. (6, 7)

Por lo que se refiere a la presencia de vasculitis y necrosis intestinal se encontró que el principal sitio de necrosis y perforación en las series estudiadas es ileon distal en comparación con los casos de este estudio de ileon distal y yeyuno.(5, 6)

La complicación principal en las series revisadas así como en este estudio, fue la necrosis y perforación intestinal con desarrollo de sepsis abdominal con una mortalidad cercana al 100% (4, 6, 7,12).

Las complicaciones posquirúrgicas están en proporción directa al grado de inmunosupresión la que forma parte del tratamiento de base para el control del LES en virtud de que esta patología se caracteriza por alteraciones de la colágena y enfermedad inflamatoria inmunológica sistémica tal y como lo ha comunicado

(O'NEIL PB, (1) HALLEGUA DS, WALLACE DJ. (6)) lo que explica el incremento del riesgo de desarrollar sepsis abdominal como lo observamos en nuestra casuística., En los casos en que el diagnóstico fué de vasculitis ésta se debe a la presencia de Ac. antifosfolípidos en las arterias que irrigan el intestino delgado y colon lo que condiciona hipoperfusión, isquemia y necrosis.

Es frecuente en este tipo de patología la agudización de del cuadro clínico al que se agrega la participación de órganos blanco como lo es el riñón que se manifiesta por insuficiencia renal aguda como se demostró en ésta revisión en donde se observó con una frecuencia del 16% son frecuentes además abscesos abdominales en 1 paciente (8%) e infección de vías respiratorias en 1 (8%). (10)

La mortalidad fue del 58% cifra significativamente mayor a lo comunicado por HALLEGUA DS, WALLACE DJ. (6) quienes la encontraron en el 36%. Secundaria a respuesta inflamatoria sistémica, sepsis abdominal, e insuficiencia orgánica múltiple. (1,3,5,6,14)

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.

Los pacientes con LES requieren de un protocolo de estudio integral que incluya además de los exámenes de laboratorio básicos la realización de TAC, arteriografía de arteria mesentérica superior y cuando se tenga el recurso la realización de laparoscopia diagnóstica.

Es conveniente el tratamiento antibióticos de amplio espectro, mejorar las condiciones generales: soluciones parenterales, instalación de catéter venoso central y sonda de foley.

Continuar la administración de esteroides durante el transoperatorio una vez identificado la etiología del síndrome de abdomen agudo.

Solicitar el apoyo de la unidad de cuidados intensivos para el tratamiento integral de las fallas orgánicas múltiples.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.-O'Neill PB: Gastrointestinal abnormalities in the collagen diseases. Am J Dig. Dis. 1961; 6: 1069 – 1083.**
- 2.-Zizic TM, Stevens MB, Classen JN: abdominal syndromes in systemic lupus (SLE) and polyarteritis (PA): predisposing factors. Arthritis Rheum 1978; 21: 606.**
- 3.- Hoffman BI, Katz WA: The gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus: a review of the literature. Semin Arthritis Rheum 1980; 237-247.**
- 4.-Zizic TM, Shulman LE, Stevens MB: Colonic perforations in systemic lupus erythematosus. Medicine 1975; 54: 411 – 426.**
- 5.-Stoddard CJ, Kay PH, Simms JM, Kennedy A, Hughes P: Acute abdominal complications of systemic lupus erythematosus. Br. J Surg. 1978; 65: 625 – 628.**
- 6.- Wallase DJ, Hannahs BH: Dubois' Lupus Erythematosus. Lippincot Williams and Wilkins: Sixth edition. 2002; 843-855.**
- 7.- Zizic TM, Classen JN, Stevens MB: Acute Abdominal complications of systemic lupus erythematosus and**



**polyarteritis nodosa: The Am. J. of Medicine 1982;
Volumen 73: 525-531 .**

8.-Hoffman BI, Katz WA: The gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus: a review of the literature. Semin Arthritis Rheum 1980; 237 – 247.

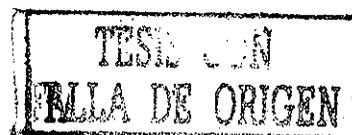
9.-Pollack VE, Grove WJ, Kark RM, Muehrcke RC, Pirani CL, Steck IE,: Systemic lupus erythematosus simulating acute surgical condition of the abdomen. N Engl j Med 1958; 259: 258 – 266.

10.-Zizic TM, Stevens MB, Classen JN: Abdominal syndromes in systemic lupus and polyarteritis: predisposing factors. Arthritis Rheum 1978; 21: 606.

11.- Lipsky PE, Hardin JA, Scoor L, Plotz P: Spontaneous peritonitis and systemic lupus erythematosus. Importance of accurate diagnosis of gram-positive bacterial infections. JAMA 1975; 232: 929 – 931.

12.- Matolo NM, Albo D Jr: Gastrointestinal complications of collagen vascular diseases : surgical implications. Am J Surg. 1971; 122; 678 – 682.

13.- Nyhus LM. Mastery of Surgery, Little Brown, 1997.



ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1.

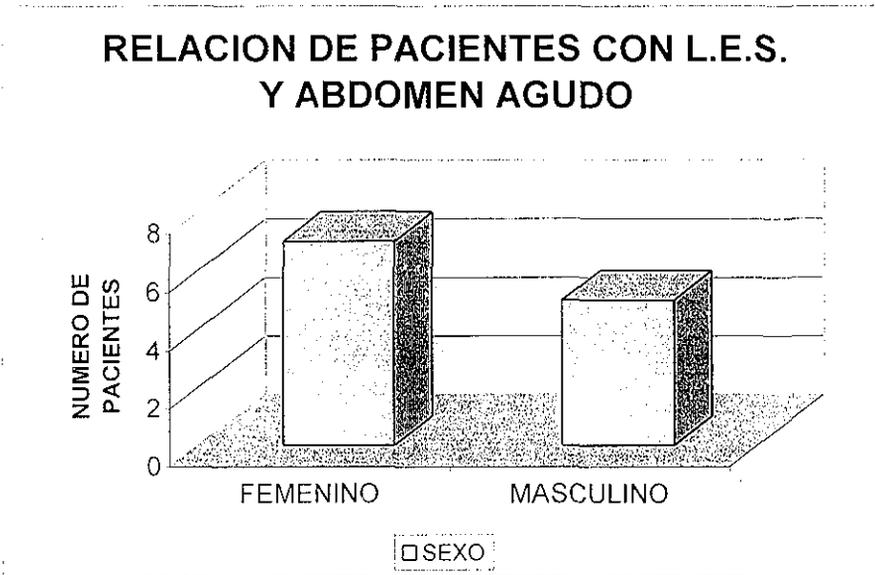
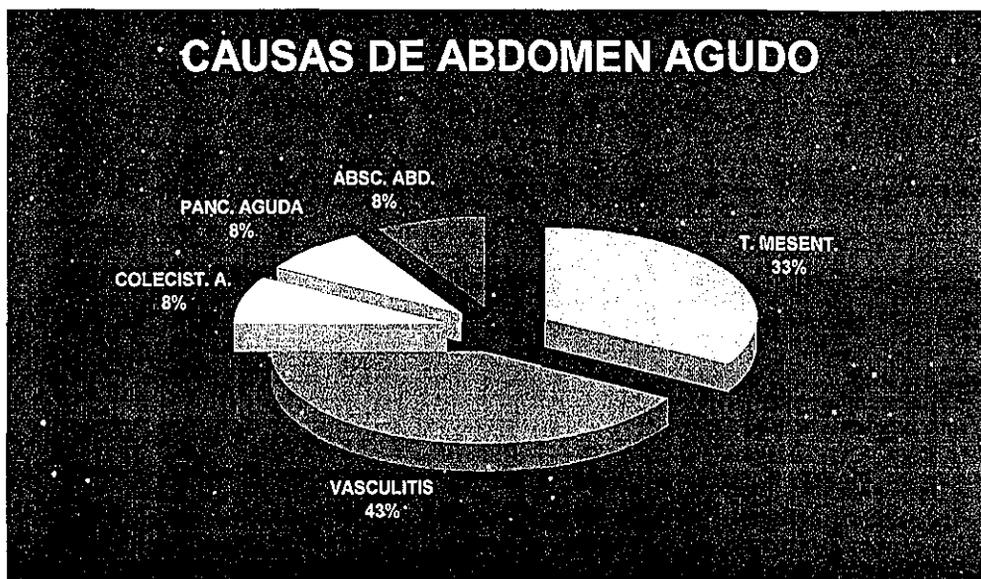


Grafico en donde se muestra el predominio de pacientes del sexo femenino en relación con el sexo masculino con el diagnóstico de lupus eritmeatos sistémico y síndrome de abdomen agudo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 2.



Principales causas de abdomen agudo, con predominio de vasculitis, seguida de trombosis mesentérica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3.

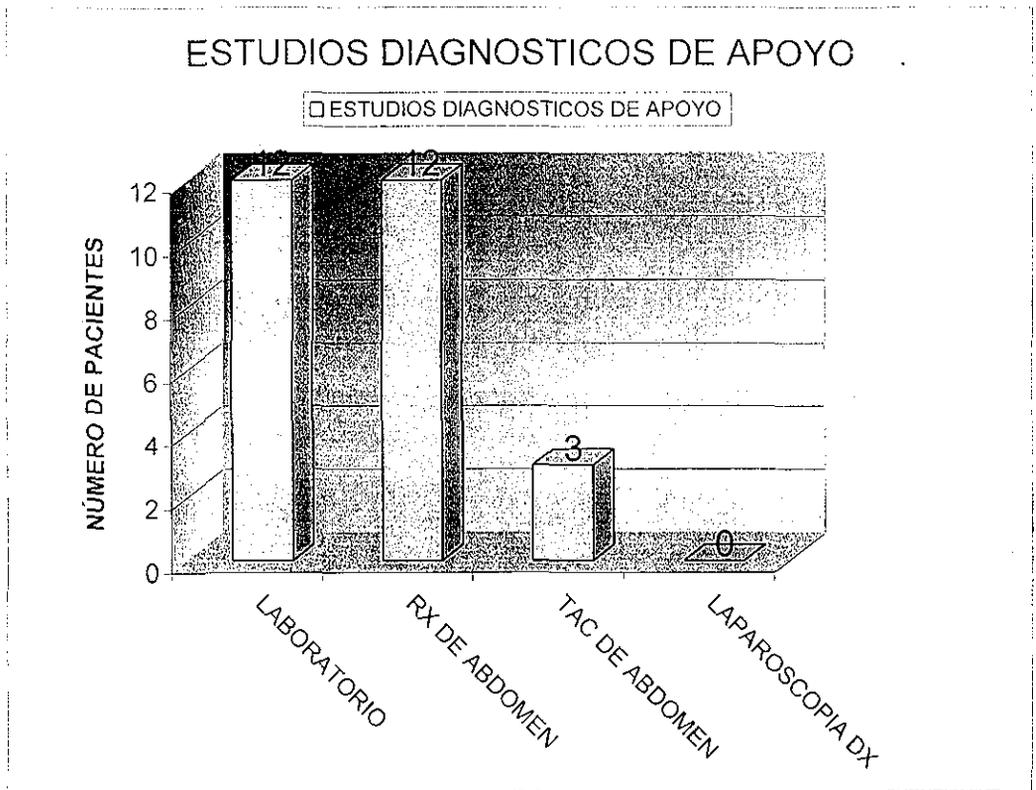
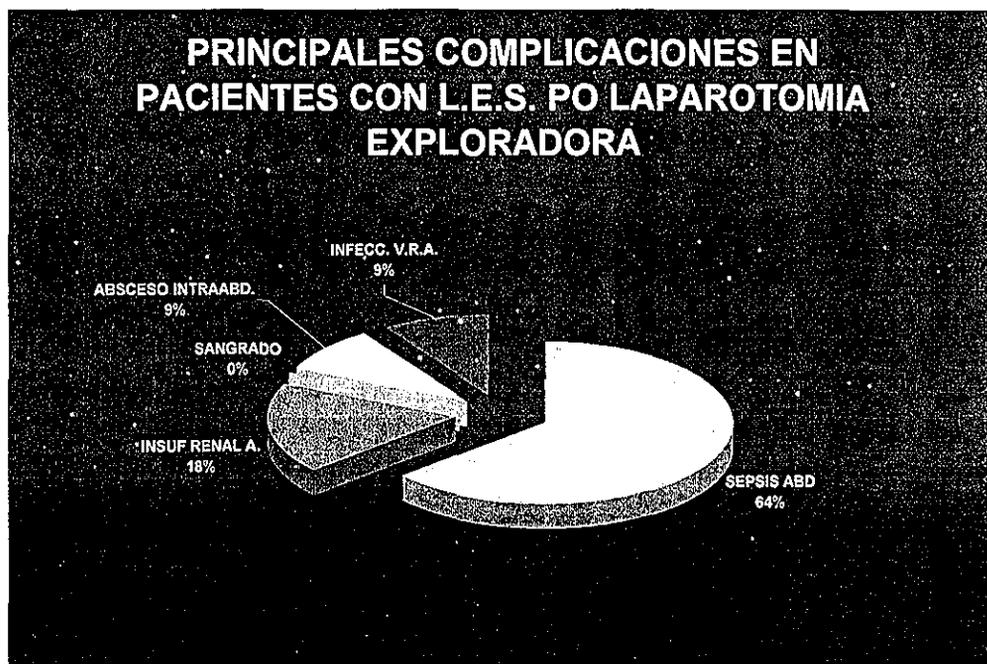


Gráfico en donde se muestran los estudios realizados a pacientes con síndrome de abdomen agudo antes de decidir su intervención quirúrgica de urgencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4.



Principales complicaciones postoperatorios en pacientes con lupus eritematoso sistémico sometidos a laparotomía exploradora de urgencia por cuadro de abdomen agudo, siendo la principal causa de morbimortalidad la sepsis abdominal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2. HOJA DE REGISTRO DE PACIENTES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
PROTOCOLO DE ESTUDIO DE SÍNDROME DE ABDOMEN AGUDO Y
COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS EN PACIENTES CON LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO.
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

NUMERO DE AFILIACIÓN: _____ NUMERO EN EL ESTUDIO _____
SEXO: [M] [F]
FECHA DE CIRUGÍA: _____
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: _____

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS: _____

DIAGNOSTICOPOSTOPERATORIO: _____

COMPLICACIONES:

HEMORRAGIA: _____

INFECCIÓN: _____

ALTERACIONES METABÓLICAS: _____

PERITONITIS (SEPSIS ABDOMINAL): _____

EVOLUCION DEL PACIENTE: _____

