



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA



**CARACTERIZACIÓN DEL MANEJO QUIRURGICO EN PACIENTES CON
ABDOMEN AGUDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN LA RAZA.**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DR. OCTAVIO AVILA MERCADO

ASESOR DE TESIS:

DR. JESUS ARENAS OSUNA

MEXICO DF.

2011



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. JESÚS ARENAS OSUNA

Jefe de División de Educación en Salud
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional de “La Raza”
Instituto Mexicano del Seguro Social

DR. JOSE ARTURO VELAZQUEZ GARCIA

Profesor Titular del Curso Universitario de Cirugía General (UNAM)
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional de “La Raza”
Instituto Mexicano del Seguro Social

DR. OCTAVIO AVILA MERCADO

Residente de Cuarto Año en la Especialidad de Cirugía General
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional de “La Raza”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Número de Registro: 2010-3501-105

INDICE

| Contenido | Página |
|-----------------------------------|---------------|
| 1.- Caratula | 1 |
| 2.- Hoja de Autorización de Tesis | 2 |
| 3.- Índice | 3 |
| 4.- Resumen | 4 |
| 5.- Abstract | 5 |
| 6.- Antecedentes Científicos | 6 |
| 7.- Material y Métodos | 9 |
| 8.- Resultados | 13 |
| 9.- Discusión | 15 |
| 10.- Conclusión | 18 |
| 11.- Anexos | 19 |
| 12.- Bibliografía | 23 |

RESUMEN CLINICO.

“Caracterización del manejo quirúrgico en pacientes con abdomen agudo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades CMN La Raza”.

OBJETIVO: Determinar la caracterización del manejo quirúrgico en pacientes con abdomen agudo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, realizado en la unidad de cuidados intensivos, UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, de enero 2006 a diciembre 2010, en pacientes con abdomen agudo críticamente enfermos.

ANALISIS: Se realizó obteniendo frecuencias y porcentajes, mostrado en tablas el número de pacientes sometidos a intervención quirúrgica, la edad, género, el diagnóstico que condicionó la alteración a nivel abdominal, el tratamiento quirúrgico, y la evolución posquirúrgica.

RESULTADOS. Se incluyeron 86 pacientes críticamente enfermos. Predominó el género masculino con 61 casos. La causa más frecuente de alteración a nivel abdominal fue la sepsis abdominal y las colecciones intrabdominales en 21 casos (24.42%). El lavado y drenaje de cavidad fue el procedimiento más frecuente (33 casos, 38.37%). En este estudio, el 37% de los casos presentó choque séptico durante su evolución.

CONCLUSIONES. El abdomen agudo en el paciente críticamente enfermo es una entidad de presentación atípica por las condiciones generales y la respuesta inflamatoria sistémica que conlleva a la disfunción orgánica. Se puede considerar como un reto, el tiempo en el que se debe llevar a cabo la intervención quirúrgica del paciente crítico.

PALABRAS CLAVE. Abdomen agudo, paciente crítico, sepsis abdominal.

ABSTRACT.

“Characterization of surgical management in patients with acute abdomen in the intensive care unit of Hospital de Especialidades CMN La Raza”.

OBJECTIVE: Determine the characterization of surgical management in patients with acute abdomen in the intensive care unit of Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective, observational and descriptive study conducted in the intensive care unit, UMAE Hospital de Especialidades, Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social from January 2006 to December 2010, in patients critically ill with acute abdomen.

ANALYSIS: The analysis was performed to obtain frequencies and percentages shown in tables: Number of patients undergoing surgery, age, gender, cause of abdominal alteration, procedure and postoperative outcome.

OUTCOMES. Were 86 critically ill patients who met the inclusion criteria. Male gender predominated with 61 cases; the most frequent cause of abdominal alteration was abdominal sepsis and abdominal collections in 21 cases (24.42%). The most frequent procedure was wash and drainage cavity (33 cases, 38.37%). In this study, 37% of cases had septic shock during their evolution.

CONCLUSIONS. The acute abdomen in the critically ill patient is an entity of atypical presentation for the general and systemic inflammatory response leading to organ dysfunction. It can be seen as a challenge, to perform surgery in critically ill patients.

KEYWORD. Acute abdomen, critically ill patient, abdominal sepsis.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El paciente que amerita manejo en una unidad de cuidados intensivos, es decir, que se encuentra críticamente enfermo; se caracteriza por presentar disfunción orgánica de uno o varios órganos que incide directamente en una mayor morbimortalidad con respecto a su patología de base. El abdomen agudo en el paciente crítico presenta un reto por su presentación atípica y la manifestación de los signos y síntomas con respecto al paciente convencional. Este se presenta bajo un amplio espectro, considerando varios factores como: la estabilidad o inestabilidad fisiológica, condiciones médicas coexistentes (como infarto agudo del miocardio, EPOC) o una enfermedad crítica prolongada (1,2). El abdomen agudo puede ser indicativo de una alteración a nivel abdominal, principalmente de un proceso infeccioso, inflamatorio, isquémico o una alteración estructural (perforación); la cual puede ser intraperitoneal, retroperitoneal o pélvica. La fisiopatología se fundamenta en una respuesta inflamatoria sistémica secundaria a la liberación de factores, que inicialmente se regulan con elementos contrarreguladores. Cuando la respuesta inflamatoria sistémica rebasa los elementos antagonistas, concluye en una disfunción orgánica y posteriormente la muerte (1,3). En el paciente crítico, se exagera esta respuesta secundaria a la hipoperfusión a nivel de órganos y tejidos, con el consecuente déficit de oxígeno a las células y el deterioro de sus funciones metabólicas. A nivel gastrointestinal se presenta la translocación bacteriana por las alteraciones en la motilidad, con la subsecuente absorción de bacterias, endotoxinas y la pérdida masiva de líquidos, lo cual conlleva a la detonación de otros complejos en la cascada séptica como la coagulación intravascular, falla circulatoria, hipoperfusión y falla orgánica múltiple (3).

En un paciente con disfunción orgánica persistente o progresiva, al cual se le ha descartado una infección nosocomial, un problema médico relacionado (como falla cardiaca o embolia pulmonar) y/o un efecto adverso de medicamentos, se debe considerar el abdomen como causa de dicho estado. Lo anterior se puede predecir, a pesar de la ausencia de signos peritoneales, de la ventilación mecánica, uso de esteroides, terapia antibiótica y analgesia con opiodes (1). Los trastornos en la motilidad gastrointestinal son una complicación común de los pacientes que sufren de inestabilidad hemodinámica severa, falla orgánica múltiple, hipertensión intra-abdominal (HIA) o síndrome compartamental abdominal

(SCA) y se asocian a un incremento de complicaciones como neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva, infecciones intrahospitalarias, riesgo de translocación bacteriana y a la incapacidad del inicio de dieta enteral (4,5).

Se considera el síndrome compartimental abdominal como parte del abdomen agudo en pacientes críticos, ya que la presión de perfusión abdominal es un predictor de la perfusión visceral y una meta de reanimación en el estado crítico, debiendo mantener esta presión igual o mayor a 60 mmHg (5). El síndrome compartimental abdominal se presenta al registrar una presión intraabdominal igual o mayor a 25 mmHg, lo cual suele ameritar laparotomía descompresiva, al igual que la hipertensión abdominal > 20 mmHg con presión de perfusión abdominal menor a 60 o falla orgánica múltiple que no remita con médico (4).

Las complicaciones abdominales agudas limitan la predicción de los resultados tras el manejo médico e influyen en el pronóstico del paciente crítico (3); de ahí la importancia de la intervención quirúrgica oportuna del abdomen agudo, la cual es mermada o retardada por la ausencia de signos clínicos típicos. Dentro de las series revisadas, solamente en alrededor del 35% de los casos se suele demostrar un signo peritoneal sugerente de un cuadro de abdomen agudo (6).

Existen escalas objetivas como APACHE II o SOFA que pueden servir como predictores del proceso abdominal en un paciente crítico con abdomen agudo (7). La acidosis metabólica inexplicable, el íleo prolongado y la hipovolemia persistente, son factores a considerar para decidir la intervención quirúrgica temprana (8). Se deberá realizar un estudio de imagen abdominal cuando la evaluación clínica sea incierta; el ultrasonido abdominal y la tomografía contrastada revelan evidencia de anormalidad en alrededor de 50% de los casos; contribuyendo en algunas ocasiones con el control de la sepsis abdominal mediante el drenaje de colecciones en un paciente crítico (8,9).

Actualmente la laparoscopia es considerada como una herramienta diagnóstico terapéutica mínimamente invasiva, con una sensibilidad alta para la detección de patología a nivel abdominal y con un índice de complicaciones menor a la laparotomía; sin embargo, no hay evidencia clínica que avale por completo estos hechos (6, 10).

Es crucial la intervención quirúrgica oportuna ante el abdomen agudo del paciente crítico, evaluando el riesgo beneficio de una laparotomía como manejo quirúrgico definitivo (2). Simplemente la laparotomía descompresiva en el caso del síndrome compartamental abdominal, contribuye a un incremento de la presión de perfusión abdominal y a una mejoría en la variables de la función renal, circulatoria, respiratoria y hemodinámica (11-14). Sin embargo, una intervención quirúrgica en el paciente crítico también puede elevar la mortalidad, como es en el caso de la pancreatitis, teniendo indicaciones expresas y precisas para una intervención retardada siempre y cuando no curse el paciente con una evolución tórpida, o se haya demostrado necrosis infectada o de más del 50% así como la presencia de síndrome compartamental, lo cual sería una excepción para actuar con premura mediante una laparotomía (12).

MATERIAL Y MÉTODOS:

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la caracterización del manejo quirúrgico en pacientes con abdomen agudo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a. Cuantificar el número de pacientes sometidos a intervención quirúrgica con abdomen agudo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.
- b. Reportar la edad de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica con abdomen agudo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.
- c. Identificar el género de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica con abdomen agudo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.
- d. Detallar los diagnósticos de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica con abdomen agudo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.
- e. Determinar el tratamiento quirúrgico que se realizó a los pacientes sometidos a intervención quirúrgica con abdomen agudo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.
- f. Reportar la evolución que tuvo el paciente con abdomen agudo sometidos a intervención quirúrgica en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades CMN “La Raza”.

LUGAR DE ESTUDIO:

Estudio a realizarse en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este es un centro de referencia con atención especializada de tercer nivel, con un área de influencia que abarca la zona norte del Distrito Federal, así como estados aledaños, como son Querétaro, Hidalgo y Estado de México, y ocasionalmente pacientes referidos de otras partes del país.

Ubicación espacio – temporal

El estudio abarca los pacientes sometidos a laparotomía desde el 1 de enero del 2006 hasta el 30 de diciembre del 2010.

Población a estudiar.

Pacientes con abdomen agudo críticamente enfermos.

Tipo de diseño

a) Tipo de estudio: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes críticamente enfermos sometidos a laparotomía en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”.
- Pacientes de ambos géneros (masculino y femenino).
- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Paciente por lo menos con una falla orgánica.

Criterios de Exclusión.

- Pacientes sin falla orgánica.
- Pacientes de corta estancia hospitalaria (menor a 24 hrs).

Criterios de Eliminación.

- Pacientes cuyo expediente no sea posible localizarlo en el archivo clínico del Hospital de Especialidades.
- Pacientes en cuyo expediente no sea posible recolectar toda la información requerida.

Tamaño de la muestra: Se presenta una serie de casos así como sus características. El tamaño de la muestra son todos aquellos pacientes que reúnan los criterios de inclusión y no tengan los criterios de eliminación, intervenidos en los periodos de tiempo señalados.

Descripción general del estudio

Una vez aprobado el estudio por el Comité de Investigación Local, se recabará el nombre y los datos generales de los pacientes críticamente enfermos en un periodo de 5 años, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”, y que cumplan con los criterios de inclusión. Dichos pacientes se pueden ubicar en el respaldo de record quirúrgicos del servicio de cirugía general de esta unidad.

Una vez localizados los datos generales de los pacientes a investigar, se acudirá al archivo clínico del Hospital de Especialidades donde se ubicarán los expedientes clínicos correspondientes. Previa autorización se analizarán minuciosamente cada uno de ellos. Para la obtención de los datos solo nos basaremos en el expediente escrito.

Se revisarán detalladamente los expedientes, desde el momento de la valoración inicial del paciente y el momento de la intervención quirúrgica por nuestro servicio. También se estudiará el seguimiento en las notas de evolución postoperatorias.

Tomando en cuenta éstos detalles se llenará la hoja de recolección de datos en base a lo mencionado en los expedientes y de acuerdo al instructivo de llenado. Una vez completada la recolección de los datos, se analizarán y se obtendrán los resultados. El análisis estadístico se menciona en el apartado correspondiente.

Análisis de datos

Los datos se capturarán directamente del expediente clínico mediante una hoja de recolección de datos, y posteriormente se pasa al formato electrónico en la computadora utilizando el Software Excel y Word.

Se analizarán los datos obtenidos a fin de determinar frecuencias y porcentajes.

Los resultados se mostrarán como tablas a través de las cuales se reportarán: número de pacientes sometidos a intervención quirúrgica, edad, género, diagnóstico de ingreso a UCI que condicionaron la alteración a nivel abdominal, tratamiento quirúrgico, y la evolución posquirúrgica.

Facultad y aspectos éticos

El estudio se basa en los principios éticos de la Declaración de Helsinki adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1964 en Helsinki, Finlandia. Dicha Declaración ha sufrido cinco enmiendas: Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996) y Edimburgo (2000). Además oficialmente ha recibido dos notas de clarificación: del párrafo 29, Washington (2002) y del párrafo 30 en Tokio (2004).

Es posible realizar éste estudio, pues se trata de pacientes ya intervenidos quirúrgicamente y en los que no se compromete la seguridad o se altera el manejo habitualmente establecido.

Éticamente es factible realizar éste estudio, pues no hay intervención por parte de los investigadores en el manejo de los pacientes o en alguna situación que pudiera afectar su evolución.

RESULTADOS

En nuestro estudio se revisaron las hojas quirúrgicas de todos los pacientes de la unidad de cuidados intensivos en un plazo de 5 años intervenidos por nuestro servicio de cirugía general, de los cuales solo 86 casos cumplían con los criterios, teniendo por lo menos una falla orgánica y/o de estando críticamente enfermos.

De los 86 pacientes, 61 pacientes (71%) resultaron ser del género masculino y 25 (29%) del género femenino. (Grafico 1) Presentan un rango de edad de 18 a 87 años con una edad promedio de 52.75.

El principal diagnóstico como causa de abdomen agudo en un paciente críticamente enfermo es a la sepsis abdominal y la presencia de colecciones intraabdominales en 21 casos (24.42%), subsecuentemente en orden decreciente: la pancreatitis aguda grave y sus complicaciones como necrosis o absceso pancreático, 13 (15.12%); hemoperitoneo, 12 (13.95%); isquemia o trombosis intestinal, 11 (12.79%); complicación de estomas, 7 (8.14%); fistula enterocutanea o dehiscencia de anastomosis, 6 (6.98%); síndrome compartamental, 6 (6.98%); piocolecisto / colelitiasis aguda, 3 (3.49%), dentro de este rubro se establece como común denominador pacientes con falla cardiaca o cardiopatía isquémica; úlcera gástrica o duodenal perforada, 3 (3.49%); fístula biliar o bilioperitoneo, 2 (2.33%); absceso retroperitoneal, 1 (1.16%); y apendicitis en 1 caso (1.16%).

El principal procedimiento realizado tras la laparotomía en caso de abdomen agudo en paciente críticamente enfermo es el lavado y drenaje de cavidad (33 pacientes, 38.37%). Subsecuentemente, se realiza empaquetamiento en 12 casos (13.95%); resección intestinal + anastomosis en 8 casos (9.3%); estoma o remodelación en 7 casos (8.14%); laparotomía descompresiva y/o abdomen abierto en 7 casos (8.14%); necrosectomía pancreática en 6 casos (6.98%); colecistectomía total o parcial en 3 casos (3.49%); cierre primario y parche de Graham en 3 casos (3.49%); laparotomía exploradora en 3 casos (3.49%); hemicolectomía izquierda en 2 casos (2.33%); apendicectomía en 1 caso (1.16%) y esplenectomía en 1 caso (1.16%).

Con respecto a la evolución, la principal falla o situación en la cual evolucionan estos pacientes es el choque séptico en 32 casos (37.21%), seguido de falla respiratoria en 23 casos (26.74%), falla renal en 14 casos (16.28%), choque hipovolémico en 13 casos (15.12%) y falla cardiaca en 4 casos (4.65%)

Por lo anterior, concluimos que el paciente críticamente enfermo con alguna falla persistente y al haber descartado alguna otra alteración sistémica, suele tener algún proceso intrabdominal como causante de dicho estado. En nuestra población estudiada, las colecciones intraabdominales y la sepsis abdominal es la principal causa de deterioro sistémico, presentando usualmente choque séptico y / o falla respiratoria persistente.

De aquí parte la importancia de descartar alguna de estas entidades nosológicas por medio de un método diagnóstico o decidir la realización de laparoscopia o laparotomía exploradora en forma temprana.

DISCUSION

El abdomen agudo en el paciente críticamente enfermo es una entidad atípica que puede ser causa o consecuencia de la disfunción orgánica persistente que sufre el individuo, debido a la cascada de factores que se desencadenan tras la respuesta inflamatoria sistémica (1,2).

Se reporta en la literatura un corte de edad de > de 60 años, como un corte de aumento en la mortalidad con respecto los menores de 60, siendo el promedio de edad de 52.7 años el reportado en nuestro estudio (2).

De los estudios revisados, con respecto al género, Gajic et al y Chávez – Sánchez en nuestro país, reportan una mayor incidencia (56 y 60% respectivamente) en el género femenino. En nuestro estudio reportamos una mayor incidencia en el género masculino del 71% vs 29% en género femenino. Lo anterior se puede justificar por las características de la población tratada en nuestro instituto (2,3).

El paciente critico se encuentra bajo el uso de la ventilación mecánica asistida, antibióticos de amplio espectro, fármacos con efectos adversos, al igual que con alteraciones hemodinámicas y sistémicas coexistentes que enmascaran la presentación del abdomen agudo (2).

Existe discrepancia dentro de la caracterización del abdomen agudo con respecto a la etiología, según la literatura, la isquemia intestinal y los procesos inflamatorios de vísceras huecas (como la colelitiasis, apendicitis, y ulcera duodenal o gástrica) ocupan los primeros lugares de incidencia (46%). En nuestro estudio, la sepsis abdominal, las colecciones intraabdominales y las complicaciones post procedimiento ocupan un lugar primordial dentro de las causas (33%) (2,3). La isquemia intestinal, ya sea de índole arterial o venoso, se reporta en la serie de Gajic et al con un 32% y reportándose en nuestro estudio una incidencia de 12.79% (2).

La pancreatitis aguda grave y sus complicaciones se reportan en nuestro estudio con una incidencia similar a la literatura, 15.12% vs 10-20%. (4,5).

Investigaciones previas han buscado identificar mediante escalas objetivas como APACHE y SOFA, los factores determinantes del estado del paciente crítico. La persistencia de un índice de APACHE elevado ha servido como parámetro para considerar la severidad y la persistencia del estado crítico en nuestros pacientes (3).

La presión intrabdominal es otra herramienta para evaluar clínicamente la presencia de hipertensión intrabdominal asociado a una falla o síndrome compartamental, como explicación al deterioro sistémico o a la persistencia de alguna falla principalmente renal o hemodinámica (5).

Se deben emplear herramientas de diagnóstico paraclínico para poder decidir en una forma oportuna el manejo quirúrgico, ya que la laparotomía en el paciente crítico puede tener varias vertientes; ya sea mejorando las condiciones generales del paciente y/o elevando la morbi-mortalidad (6,7).

En nuestro estudio, la tomografía computada ha servido como parte de la toma de decisión para la intervención quirúrgica. En el 39.53% de los casos, se ha evidenciado la presencia de colecciones, líquido o abscesos intrabdominales explicando la alteración sistémica y justificando la intervención a nivel abdominal. El ultrasonido se considera una herramienta secundaria por su baja sensibilidad en pacientes críticos. (8,9).

La laparoscopia es una herramienta diagnóstico terapéutica empleada en la actualidad en pacientes críticamente enfermos. A pesar de la mínima invasión, no se ha demostrado con medicina basada en evidencia, su ventaja sobre la laparotomía (10). En nuestro centro no se cuenta con la experiencia en este rubro por lo que no hay objeto de comparación los casos estudiados.

Es importante el diagnóstico temprano de una alteración intrabdominal en el paciente críticamente enfermo. La intervención quirúrgica oportuna ha mostrado el decremento en los índices de mortalidad. La laparotomía es el procedimiento terapéutico empleado en nuestro estudio, realizado en el 38% de los casos, la exploración de la cavidad aunado el lavado el drenaje en caso de proceso sépticos intrabdominales (9,11,12).

El choque séptico (37.21%) y la falla respiratoria (26.74%) ocuparon las principales alteraciones en pacientes con abdomen agudo críticamente enfermos, pese al haber realizado algún procedimiento quirúrgico (3,9).

La intervención seguida de un diagnóstico oportuno se puede llevar a cabo, tratando de explicar fenómenos o alteraciones sistémicas como: Acidosis metabólica persistente, falla orgánica múltiple, íleo paralítico prolongado, dolor abdominal o distensión persistente (9).

CONCLUSIONES

El abdomen agudo en el paciente críticamente enfermo es una entidad de presentación atípica por las condiciones generales y la respuesta inflamatoria sistémica que conlleva a la disfunción orgánica. Se puede considerar como un reto el tiempo en el que se debe llevar a cabo la intervención quirúrgica del paciente crítico.

Por medio de este estudio se plantea la etiología del abdomen agudo en el paciente críticamente enfermo, lo cual tiene como finalidad el predecir el manejo quirúrgico en forma oportuna.

ANEXO

GRAFICO 1. DISTRIBUCION POR GENERO.

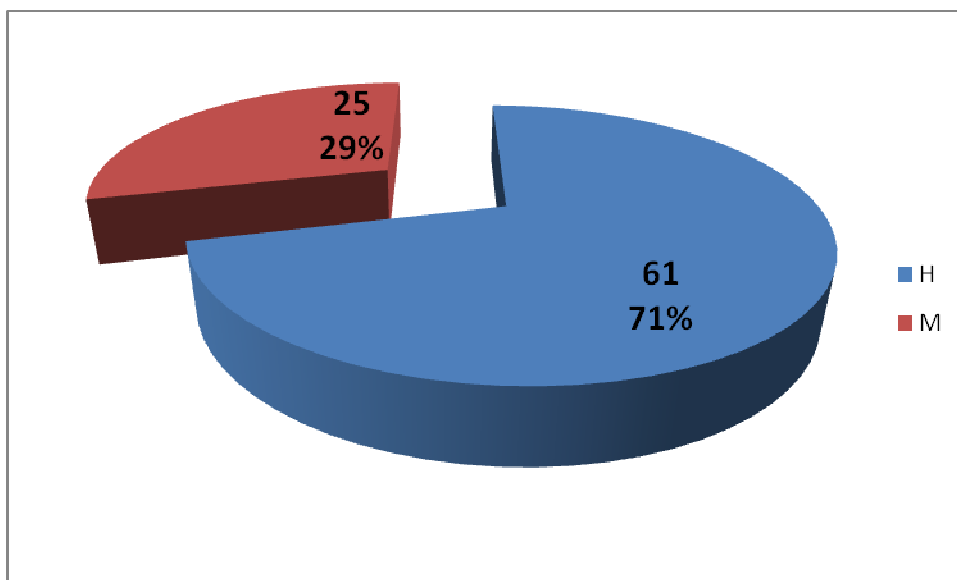


TABLA Y GRAFICA 2. DIAGNOSTICOS DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE CRÍTICO.

| | | |
|---------------------------------------|----|-------|
| COLECCION / SEPSIS ABDOMINAL | 21 | 24.42 |
| PANCREATITIS AGUDA GRAVE / NECROSIS | 13 | 15.12 |
| HEMOPERITONEO | 12 | 13.95 |
| ISQUEMIA INTESTINAL | 11 | 12.79 |
| COMPLICACION ESTOMA | 7 | 8.14 |
| FISTULA / DEHISCENCIA ANASTOMOSIS | 6 | 6.98 |
| SINDROME COMPARTAMENTAL | 6 | 6.98 |
| PIOCOLECISTO / COLECISTITIS | 3 | 3.49 |
| ULCERA GASTRICA / DUODENAL COMPLICADA | 3 | 3.49 |
| FISTULA BILIAR / BILIOPERITONEO | 2 | 2.33 |
| ABSCESO RETROPERITONEO | 1 | 1.16 |
| APENDICITIS | 1 | 1.16 |

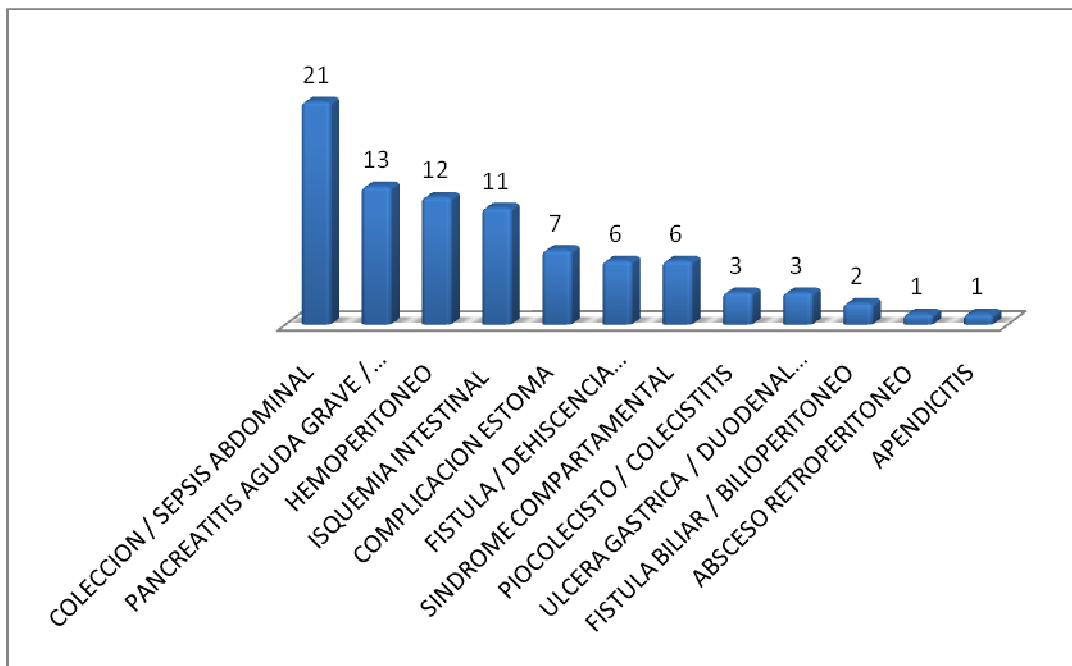


TABLA Y GRAFICA 3. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN PACIENTES CRITICOS CON ABDOMEN AGUDO EN HE CMN LA RAZA.

| PROCEDIMIENTO REALIZADO | Columna1 |
|--------------------------------------|----------|
| LAVADO Y DRENAJE DE CAVIDAD | 33 |
| EMPAQUETAMIENTO | 12 |
| RESECCION INTEST + ANASTOMOSIS | 8 |
| ESTOMA O REMODELACION | 7 |
| LAPE DESCOMPRESIVA / ABDOMEN ABIERTO | 7 |
| NECROSECTOMIA | 6 |
| COLECISTECTOMIA | 3 |
| HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA | 2 |
| CIERRE PRIMARIO / PARCHE DE GRAHAM | 3 |
| LAPAROTOMIA EXPLORADORA | 3 |
| APENDICECTOMIA | 1 |
| ESPLENECTOMIA | 1 |

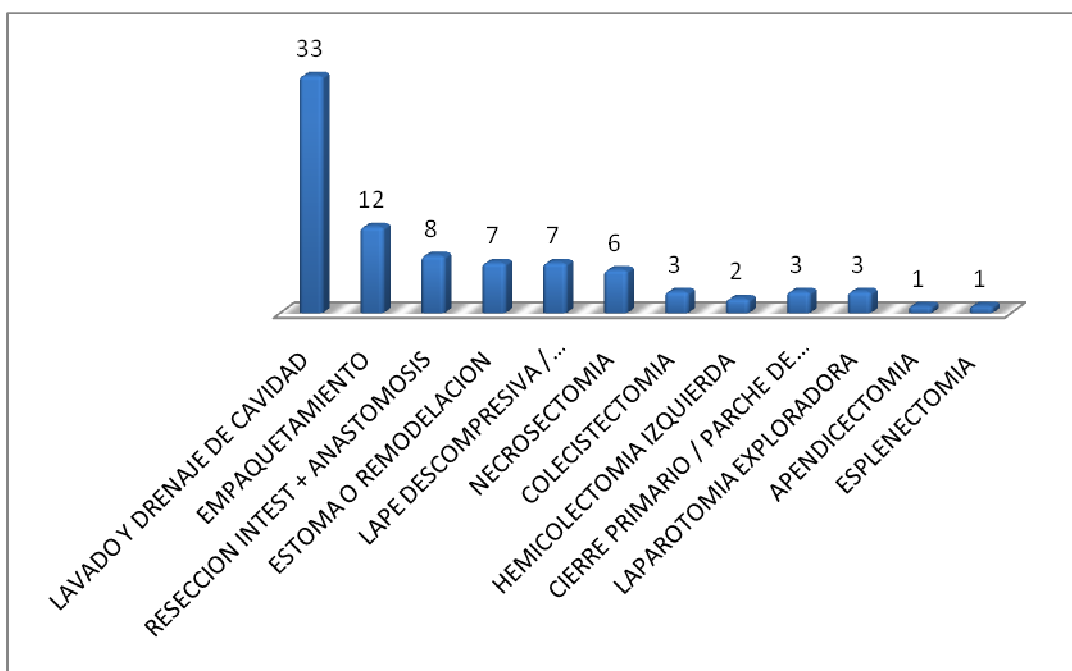
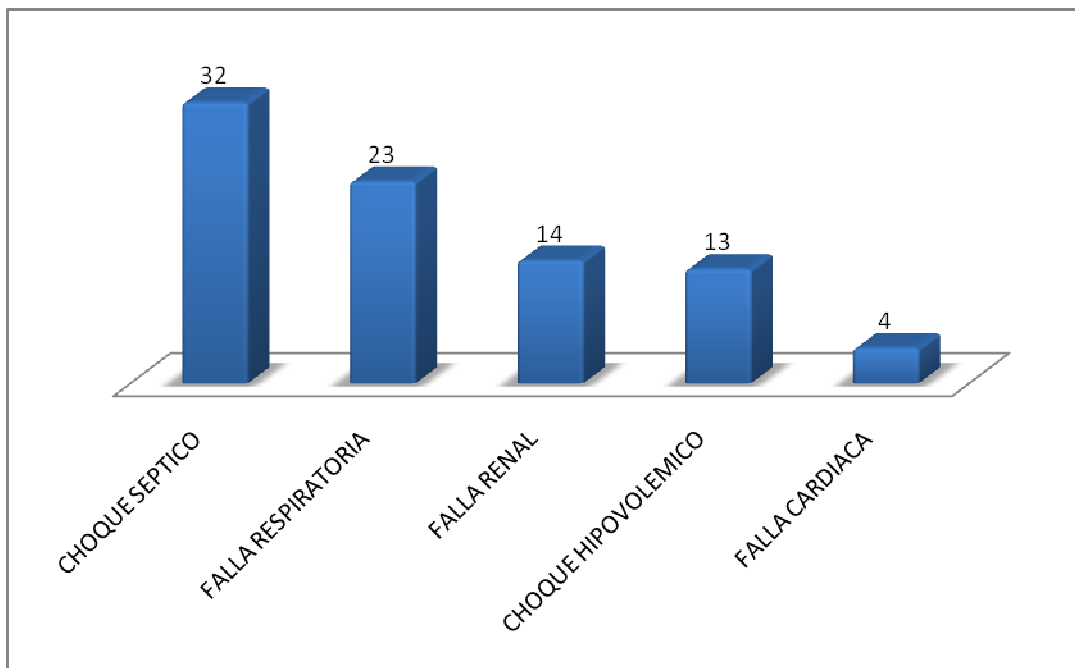


TABLA Y GRAFICA 4. EVOLUCION DEL PACIENTE CRITICO CON ABDOMEN AGUDO.

| EVOLUCION / FALLA PRINCIPAL | # CASOS |
|------------------------------------|----------------|
| CHOQUE SEPTICO | 32 |
| FALLA RESPIRATORIA | 23 |
| FALLA RENAL | 14 |
| CHOQUE HIPOVOLEMICO | 13 |
| FALLA CARDIACA | 4 |



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kapadia, F., Role of ICU in the management of the acute abdomen, *Indian journal of surgery*. 2004, 66(4): 203-208
2. Gajic, et al., Acute abdomen in the medical intensive care unit, *Critical Care Medicine*. 2002, 30(6): 1187-1190.
3. Chávez-Pérez, et al., Mortalidad y consecuencias en la reintervención quirúrgica en paciente en estado crítico, *Revista Médica Hospital General de México*. 2008, 71(4): 182-186.
4. An, G., West, M.A., Abdominal compartment syndrome: a concise clinical review, *Critical Care Medicine*. 2008, 36(4): 1304-1311.
5. Lui et al., Abdominal compartment syndrome, *Critical Care Clinics*. 2007, 23: 415-433.
6. Eachempati, S.R., Barie, P.S., Minimally Invasive and Noninvasive Diagnosis and Therapy in Critically Ill and Injured Patients, *Arch Surg*. 1999, 134: 1189-1196.
7. Paugam-Burtz et al., Daily organ-system failure for diagnosis of persistent intra-abdominal sepsis after postoperative peritonitis, *Intensive care medicine*. 2002, 28: 594-598.
8. Kollef, M.H., Allen, B.T., Determinants of outcome for patients in the medical intensive care unit requiring abdominal surgery, *Chest*. 1994, 106: 1822-1828.
9. Hutchins et al., Relaparotomy for suspected intraperitoneal sepsis after abdominal surgery, *World Journal of Surgery*. 2004, 28: 137-141.

10. Hackert et al., Accuracy of diagnostic laparoscopy for early diagnosis of abdominal complications after cardiac surgery, *Surgical Endoscopy*. 2003, 17: 1671-1674.
11. Waele et al., Decompressive laparotomy for abdominal compartment syndrome, *Critical Care*. 2006, 10 (2): 1-9.
12. Amano et al., Therapeutic intervention and surgery of acute pancreatitis, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2010, 17: 53–59
13. Carrillo, R., Presión intraabdominal: su importancia en la práctica clínica, *Medicina Interna de México*. 2010, 26 (1): 48-62.
14. Medrano et al., La reintervención quirúrgica como tratamiento de la hipertensión intraabdominal, *Revista cubana de cirugía*. 2007, 46(1): 1-7.