



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL ABDOMEN HOSTIL EN EL
HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA

TRABAJO DE TESIS QUE PRESENTA:

DRA. MAYA TORRES AIDA BERENICE

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA
GENERAL

TUTOR DE LA TESIS MARIA DE JESUS RUPIT SERRANO

CIUDAD UNIVERSITARIA CDMX 2017



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.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL ABDOMEN HOSTIL EN EL
HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA

INDICE

INTRODUCCION

MARCO TEORICO.....

HIPÓTESIS

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS.....

TAMAÑO DE LA
MUESTRA.....

MATERIAL Y
MÉTODOS.....

RESULTADOS.....

ANÁLISIS DE
RESULTADOS.....

DISCUSIÓN.....

CONCLUSIONES.....

ANEXOS.....

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS.....

INTRODUCCION

La literatura médica no es basta en cuanto al diagnóstico temprano, manejo, ni a la prevención del abdomen hostil, el presente trabajo busca ampliar el panorama general que se tiene dentro de la cirugía general en cuanto a la recolección epidemiológica de un problema cada día más común en nuestro medio que está causando graves complicaciones y tasas de mortalidad elevadas.

En un inicio enfocándonos en lo que la literatura médica ya ha establecido en las guías de práctica clínica y tomando como base las estadísticas que se manejan en artículos que se enfocan al manejo del abdomen abierto y la sepsis de origen abdominal, se argumenta la relevancia de la investigación y se formulan suposiciones, dando paso a describir el propósito global de nuestro estudio, se delimita nuestra población estudio marcando sus características que lo incluyen y las que los excluirán. o se describirá el procedimiento y la recolección de la información para posteriormente ser incluida en registros de variables de cada uno de nuestros pacientes a estudiar para el posterior procesamiento de datos y la elaboración de cuadros y gráficas y la aplicación de medidas de frecuencia.

Considerando este trabajo una investigación exploratoria, descriptiva, correlacional y analítica así como tomando en cuenta con esta sus limitantes.

MARCO TEORICO

En el ámbito quirúrgico se define al abdomen hostil como la pérdida persistente de los espacios naturales libres entre los órganos intrabdominales y las estructuras compartimentales (pared abdominal anterior, espacio retroperitoneal, cavidad pélvica etc.), con cambios patológicos fuera de su proporción anatómica normal causados por un síndrome adherencial severo con tejido fibrótico y cicatrizal, es consecuencia de múltiples intervenciones quirúrgicas (>2), peritonitis secundaria, pancreatitis aguda severa, fuga anastomótica, ostomías, manejo por etapas del trauma abdominal, laparoscopia descompresora, enfermedad de Crohn, carcinomatosis peritoneal o radioterapia extensa¹

Las características de un abdomen hostil son: intestino edematoso y friable; mesenterio acortado y pared abdominal inflamada, no distensible, adherencias firmes y pérdida de los planos de disección.

La reacción inflamatoria persistente causada por traumatismo de las superficies peritoneales (visceral y/o parietal) o al contacto con objetos extraños (suturas, talco, drenajes, material intestinal, etc.) produce una cascada de eventos moleculares que derivan en la generación de tejido fibrótico y cicatrizal entre estas estructuras adhiriéndose entre sí (abdomen congelado) y dificultando la separación de los planos de disección.

El paciente frecuentemente presenta tránsito intestinal alterado (oclusión intestinal), dolor abdominal, datos de sepsis abdominal, fugas anastomóticas por lo que frecuentemente se indica una intervención quirúrgica.

-
- ¹ Asociación Mexicana De Cirugía General A.C. Guías De Práctica Clínica Abdomen Hostil México D.F. Octubre Del 2014.
 - ² Idem.

Una vez hecho el diagnóstico es importante tener en cuenta que estamos ante una patología complicada con diversos escenarios; que habitualmente responde o es consecuencia de múltiples alteraciones patológicas y que requiere de una óptima toma de decisiones evitando los sesgos y razonamientos cortos de parte del cirujano.²

Dentro de la literatura médica no contamos con datos epidemiológicos dada la omisión de reportes de pacientes con abdomen hostil, pese a que se ha convertido un problema cada vez más común en el ámbito quirúrgico.

La sepsis abdominal continua acompañándose de un alto índice de morbimortalidad, de ahí la importancia de la terapia quirúrgica de esta; en la cual es prioritario controlar la fuentes de infección, remoción, drenaje de foco séptico, desbridamiento de tejido necrótico, y la prevención de su acumulación aliado a la antibioticoterapia y vigilancia hemodinámica.

El manejo en ocasiones requiere laparotomías repetidas asociadas con el control de la fuente de infección y a remover la contaminación con lavados peritoneales.

Las causas de ingreso hospitalario son variadas las mas frecuentes mencionadas en la literatura apendicitis, perforación, peritonitis primarias, ocasionando sepsis abdominal postquirúrgica en el 2%, y el 23% de los pacientes operados por sepsis intraabdominal, mismos que ocasionan reintervenciones cuando hay signos de irritación peritoneal, progresión de falla orgánica múltiple, dehiscencia de suturas con eliminación de líquidos purulento y aire libre en las radiografías.

Las complicaciones postquirúrgicas más relevantes son fistulas intestinales (22.2%), evisceración (18.5%), fallecimiento (40.7%), siendo las lesiones colonicas y la edad mayor de 40 años factores predictores de mortalidad.

Dentro de las estrategias quirúrgicas disponibles para el manejo de un abdomen hostil está el manejo del abdomen abierto, múltiples dispositivos utilizados para el cierre temporal de la pared abdominal donde el objetivo primario es proteger el intestino y prevenir la formación de la fistula enteroatmosferica permitiendo el acceso al abdomen (cierre asistido al vacío VAC, parche de Wittmann, bolsa de Bogotá, aproximación solo de la piel con sutura continua), los mejores resultados se han encontrado con el uso del VAC, sin embargo el riesgo de la fistula esfinteratmosferica.

El Hospital Regional Ignacio Zaragoza del ISSSTE tiene 400 camas y da atención medica quirúrgica a cerca de 1,500,000 derechohabientes de la zona oriente de la Ciudad de México y parte del Estado de México cuenta con 35 años de experiencia formando especialistas en Cirugía General, la productividad anual del servicio llega a más de 10,000 atenciones médicas en las áreas de consulta externa, urgencias, pisos de hospitalización y quirófano; en el año 2015 se realizaron más de 2,000 intervenciones de cirugía mayor de las cuales 51.1% correspondieron a cirugía de urgencias y 40.9% a cirugía programada con una mortalidad de 5.9% por operación realizada.

HIPOTESIS

Conocer las características de los pacientes que desarrollan abdomen hostil nos ayudara a identificar grupos de mayor riesgo y factores determinantes de la presencia de abdomen hostil y así establecer criterios diagnósticos tempranos para su manejo ideal.

JUSTIFICACION

En la literatura médica no se han descrito predictores ni determinantes especiales que nos hagan diagnosticar el abdomen hostil de una forma temprana, misma que nos orientara al tratamiento oportuno y a la prevención de las principales complicaciones en este tipo de padecimientos.

Dar a conocer la problemática en el manejo del paciente con abdomen hostil, así como las principales causas de morbimortalidad nos ayudaran a establecer criterios en el manejo óptimo y multidisciplinario que disminuyan sus complicaciones.

Hoy en día el abdomen hostil en un padecimiento cada vez más común en el ámbito quirúrgico que genera altos costos en salud mismos que puede ser prevenibles.

Tendrá una utilidad diagnóstica y terapéutica en proyectos futuros.

OBJETIVOS

Recolección de datos epidemiológico, identificar factores de riesgo que nos ayuden al diagnóstico oportuno y la toma de decisiones pre quirúrgica y transoperatoria adecuada en el manejo que se da a los pacientes en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

Conocer las principales características de dichos pacientes tales como rango etario, género, comorbilidades asociadas, estado nutricional, estado inmunológico, causas de hospitalización de los pacientes con abdomen hostil en el Hospital general Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

Identificar las causas de morbimortalidad en pacientes con abdomen hostil en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

Mencionar las complicaciones propias del abdomen hostil en la población del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

Correlacionar predictores diagnósticos en el abdomen hostil.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó una revisión de 15 pacientes diagnosticados con abdomen hostil en un periodo comprendido entre junio de 2015 a julio de 2016 en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE. (Se anexa hoja de cotejo de 15 pacientes que se incluirán en la revisión).

Incluyendo en el estudio pacientes que ingresaron al Hospital Regional General Ignacio Zaragoza y fueron tratados en el servicio de cirugía general con múltiples cirugías (más de 2), peritonitis secundaria, carcinomatosis peritoneal o manejados con abdomen abierto que hayan desarrollado abdomen hostil a lo largo de su internamiento.

Excluyendo del mismo a pacientes que no cumplen con criterio de abdomen hostil, no derechohabientes del ISSSTE, no atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza o diagnosticados fuera del periodo de junio 2015 a julio 2016.

Eliminando a los pacientes con datos incompletos en el expediente clínico.

Todos los pacientes cuentan con protección de su información personal.

MATERIAL Y METODOS

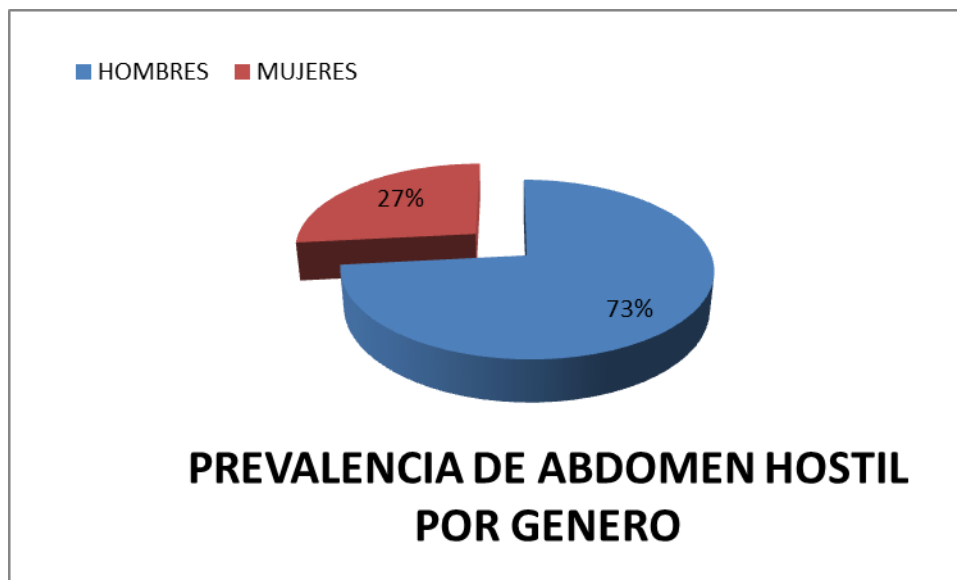
Previa autorización del comité de investigación y ética, con recursos materiales no mayores a los contados en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza se realizó una investigación exploratoria, retrospectiva, descriptiva y analítica, consultando el expediente clínico de pacientes con diagnóstico de abdomen hostil del servicio de Cirugía General durante un periodo de 13 meses que comprende del 01 junio 2015 al 01 julio 2016.

Obteniendo de estos pacientes, edad, sexo, comorbilidades asociadas, número de cirugías previas, complicaciones, presencia de cáncer, estado inmunológico, estado nutricional y causas de mortalidad.

Recolección de datos del expediente clínico, realización de hojas de datos abarcando las variables a estudiar.

Se utilizarán tablas de Excel recopilando las principales variables que se estudiarán, así como medidas de frecuencia (promedio, moda, porcentaje, índice) mismas que nos permitirán analizar resultados posteriormente.

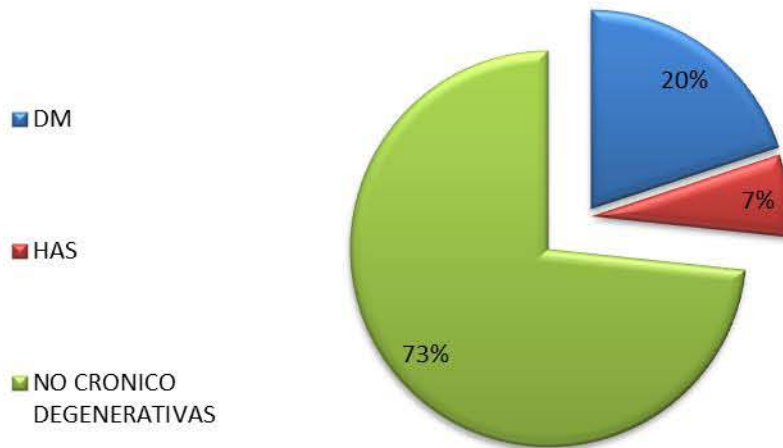
RESULTADOS



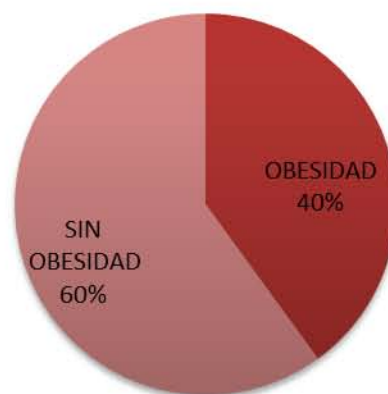
RANGO DE EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
30 a 40 años	2	13%
41 a 50 años	3	20%
51 a 60 años	5	33%
60 a 70	4	26%
Más de 71	1	6.5%

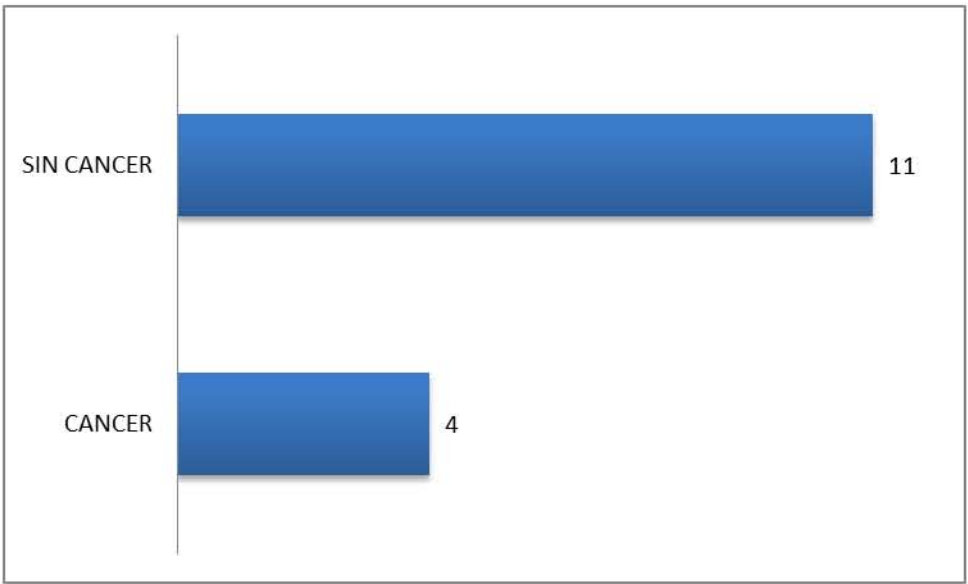
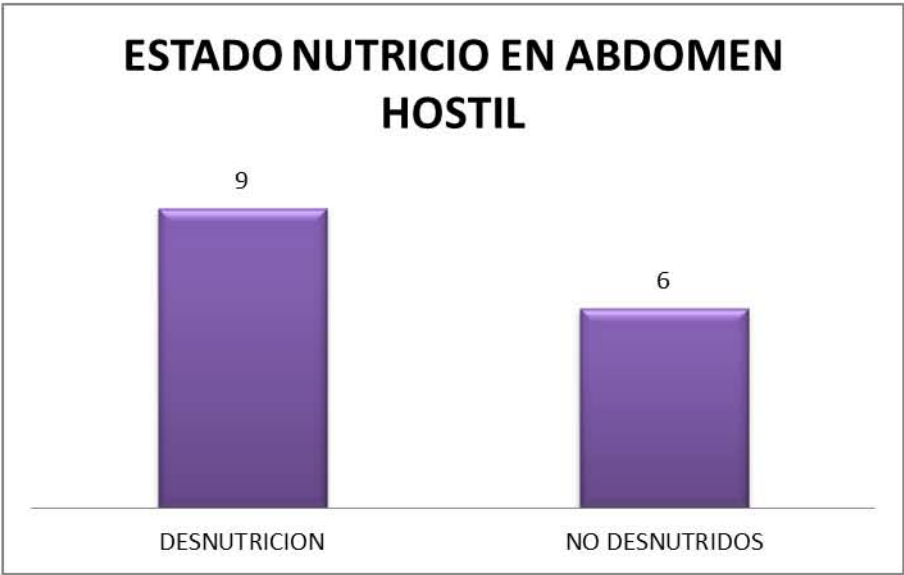
} 65%

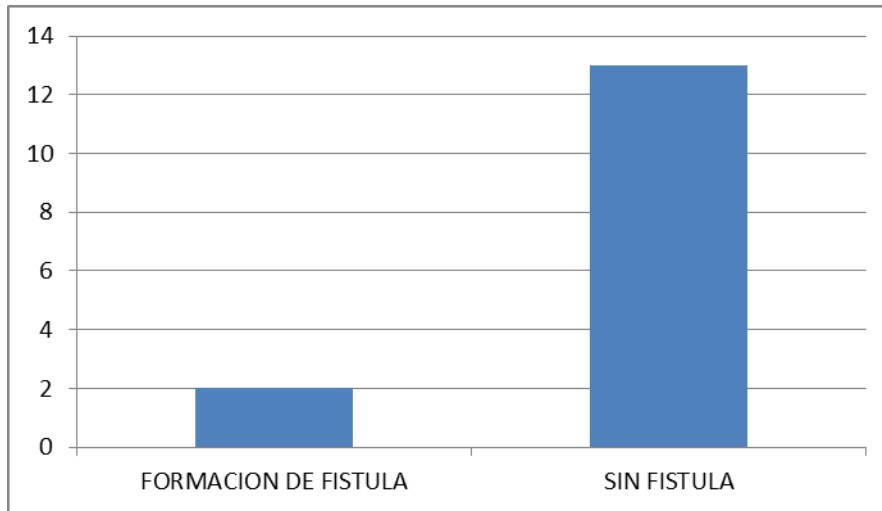
COMORBILIDADES ASOCIADAS



OBESIDAD EN ABDOMEN HOSTIL

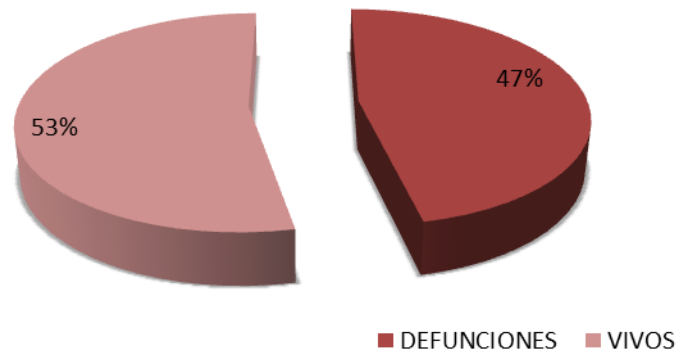






CAUSAS DE INGRESO HOSPITALARIO	PORCENTAJE
ABDOMEN AGUDO (10) PERFORACION VISCERA HUECA (3) HERNIA PARED INCARCERADA (2) APENDICITIS (2) ABSCESO PELVICO (1) OBSTRUCCION INTESTINAL (2)	66.6%
CIRUGIA PROGRAMADA (3) RESTITUCION INTESTINAL	20%
SANGRADO CHOQUE HIPOVOLEMICO	6.5%
DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO	6.5%

MORTALIDAD EN PACIENTES CON ABDOMEN HOSTIL



CAUSAS DE MUERTE	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL	3	20%
SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR	1	6.5%
CANCER TERMINAL	2	13%
EVC	1	6.5%

ANALISIS DE RESULTADOS

Se analizaron 15 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, en la distribución de género el 73% (11) fueron masculinos y el 27% (4) femeninos con una edad promedio de 54.5 años, con una moda de 57, Los rangos etarios en los cuales se presentaron el mayor número de casos fue en mayores de 51 años (65%).

En los 15 pacientes identificados solo el 26% tenía comorbilidades asociadas (DM e HAS) (4), 40% de los pacientes presentaban obesidad (6), y 60% presentaban desnutrición (9); 26% presentaban cáncer, desarrollando complicaciones tales como fistula intestinal el 13% (2), el 40% fue tratado con sistema VAC.

El promedio de cirugías a las que fueron sometidos cada paciente fue de 5.4 y la moda fue de 4.

El 47% (7) de los pacientes fallecieron y las causas de mortalidad fueron Sepsis de origen abdominal (3), sepsis de origen pulmonar (neumonía nosocomial) (1) cáncer estadio terminal (2), EVC (1).

Las principales causas de ingreso hospitalario en el servicio de urgencias por datos de abdomen agudo quirúrgico (10) 66.6% de los cuales apendicitis (2) hernia de pared encarcerada estrangulada (2) perforación de víscera hueca (3); sangrado por pancreatitis necrótica hemorrágica (1); absceso pélvico (1); obstrucción intestinal por adherencias no resuelta con manejo médico, y tres por la consulta externa como cirugía programada para restitución del tránsito intestinal (3) 20% y desequilibrio hidroelectrolítico (1) 6.5% y sangrado y choque hipovolémico (1).

DISCUSION

Siendo el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza una unidad de alta concentración de pacientes y dado el número de casos encontrados en un año podríamos agregar que en nuestra muestra representativa, algunos de los riesgos detectados serian ser hombre, edad mayor a 50 años, se obeso, con desnutrición, dentro de estos el número promedio de cirugías fue de 5.4 con una moda de 4, la mayor parte de nuestros pacientes estudiados llegaron al servicio de urgencias con datos de abdomen agudo secundario a peritonitis mismas que en sus casos más graves se perpetúa el estado de sepsis de origen abdominal hasta ocasionar la muerte del paciente.

Es importante mencionar que en muchas ocasiones el diagnóstico y tratamiento del abdomen hostil deberá ser multidisciplinario involucrando también, médicos internistas, radiólogos intervencionistas y terapia intensiva.

Podríamos citar predictores diagnósticos aplicables a nuestros recursos y que nos ayuden a identificar pacientes con riesgo o probabilidad mayor de desarrollar abdomen hostil, en estos pacientes tendríamos que ser cautelosos en la toma de decisiones a nivel pre quirúrgico, transoperatorio y postquirúrgico; ya que de estas dependerán la evolución y pronóstico del paciente.

El abdomen hostil debe ser considerado un problema de salud pública muy importante en el ámbito quirúrgico, subestimar su presencia solo nos hará perpetuar las causas de morbimortalidad de nuestra población.

CONCLUSIONES

El abdomen hostil puede ser prevenido, entre más rápidamente lo identifiquemos tendrá un mejor pronóstico, para evitar complicaciones y mortalidad, de la toma de decisiones que el cirujano haga desde la llegada del paciente a la institución dependerá su evolución.

La importancia y aumento de prevalencia de casos de abdomen hostil en la actualidad se puede enfocar en buscar predictores clínicos que nos ayuden al diagnóstico temprano y tratamiento ideal en dichos pacientes.

Unificar criterios es fundamental para mejorar la calidad en cirugía y medir resultados.

ANEXOS

Nombre	Edad	Sexo	DM	HAS	Obesidad	Desnutrición	Cáncer	Fístula	Sepsis	Cirugías			Albumina	Fallecido
										realizadas	Manheim	Bjork		
Chirino Martínez María Araceli	57	M	N	N	N	N	S	N	S	7	20	2b	3.7	
Acevedo Vargas Marco Antonio	32	H	N	N	S	N	N	S	S	3	10	3	4.5	
Ramírez Raymundo Luis	73	H	S	N	S	N	N	N	N	10	5	2b	3.7	
Vázquez Chávez José Eduardo	57	H	N	N	S	S	N	N	N	9	19	2b	2.4	
Villagómez Cruz María del Refugio	65	M	N	N	N	S	S	S	N	4	18	2b	3.2	FALLECE
Navarro Baños Sergio Heriberto	49	H	N	N	N	N	N	N	N	4	10	2a	3.2	
López Arce José Luis	54	H	N	N	N	S	N	N	N	4	20	2b	2.2	
Ramírez Ramírez Paula	53	M	N	S	S	S	N	N	S	5	15	2a	1.7	FALLECE
García Reyes José	47	H	N	N	N	S	S	N	S	4	14	2a	2.6	FALLECE
Ibáñez Román Hermilo	64	H	S	N	N	N	S	N	N	4	9		3.8	01/03/2016
Reyes Morales Vicente	70	H	N	N	S	S	N	N	N	3	9	2a	no	FALLECE
Díaz Magdalena Arturo	66	H	N	N	N	S	N	N	S	4	13	2b	1.46	06/04/2016
Espinoza Gutiérrez Víctor Oscar	52	H	N	N	N	S	N	N	S	10	19	2b	2.7	31/12/2015
Ensastida Álvarez María	42	M	S	N	N	N	N	N	N	4	10	2a	3.5	
Duarte Vega Omar	33	H	N	N	S	S	N	N	S	7	6	4	1.7	

1.1 HOJA PARA REGISTRO DE PACIENTES ESTUDIO.

NOMBRE:

NUM EXP:

EDAD:

FECHA DE HOSPITALIZACION:

ANTECEDENTES:

APNP

CRONICODEGENERATIVOS:

ALERGIAS:

ESTADO DE INMUNIDAD:

QUIRURGICOS PREVIOS:

OBSTRUCCION INTESTINAL PREVIA:

MOTIVO DE INGRESO

INDICE DE PERITONITIS DE MANHEIM

EDAD (MAYOR A 50ª)	5
SEXO FEMENINO	5
FALLA ORGANICA	7
MALIGNIDAD	4
PERITONITIS MAYOR A 24HORAS	4
SEPSIS NO COLONICA	4
PERITONITIS GENERALIZADA	6
EXUDADO CLARO	0
EXUDADO TURBIO/PURULENTO	6
EXUDADO FECAL	12

TOTAL

ESCALA DE BJORK

1A	ABDOMEN ABIERTO LIMPIO SIN ADHERENCIAS ENTRE INTESTINO Y LA PARED ABDOMINAL O FIJACION
1B	ABDOMEN ABIERTO SIN ADHERENCIAS Y/O FIJACION
2A	LIMPIO DESARROLLANDO ADHERENCIAS Y/O FIJACION
2B	CONTAMINADO DESARROLLANDO ADHERENCIAS Y/O FIJACION
3	COMPLICADO CON FORMACION DE FISTULA
4	CONGELADO CON INTESTINO ADHERIDO /FIJO IMPOSIBLE DE CERRAR CON O SIN FISTULA

APACHE CALCULADO:

CONCLUSIONES:

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Asociación Mexicana De Cirugía General A.C. Guías De Práctica Clínica Abdomen Hostil México D.F. Octubre Del 2014
- Gerych I. Hostile Abdomen: Definition, predictors and classification. WJES & WSES Meeting; 2013.
- Leppäniemi AK.: The hostile abdomen-A systematic approach to a complex problema. Scand J Surg 2008; 97: 218-219.
- Björk M et al; Classification-Important Step to Improve Management of Patient with an Open Abomen. World J Surg. (2009) 33:1154-1157
- Ross H; Operative Surgery for Enterocutaneous Fistula; Clin Colon Rectal Surg. 2010 Sep;23(3):190-4.
- Sartelli: A focus on intra-abdominal infections. World Journal of Emergency Surgery 2010 5:9
- Arung W, Meurisse M, Detry O.: Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions. World J Gastroenterol 2011; 17(41): 4545-4553.
- Catena F, et al.: Bologna Guidelines for diagnosis and Management of Adhesive Smal Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence Based Guidelines of te World Society of Emergency Surgery.
- Ahuja A, Pal R; Prognostic Scoring Indicator in Evaluation of Clinical Outcome in intestinal perforations; J Clin Diagn Res. 2013