

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
Instituto Mexicano del Seguro Social

CIRUGIA ABDOMINAL EN PACIENTES CON
DIALISIS PERITONEAL

FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :

DR. JOSE DIAZ TELLEZ

ASESOR: DR. JESUS ARENAS OSUNA

MEXICO, D. F.



Handwritten signatures and initials

1991



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 está 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.

I N D I C E

	Hoja
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODO	5
RESULTADOS	6
DISCUSION	9
CONCLUSION	11
TABLAS	12
BIBLIOGRAFIA	24

INTRODUCCION:

El número de pacientes portadores de insuficiencia renal crónica manejados con diálisis peritoneal aumenta día a día, reportándose incrementos de más del 200% en lapsos de 3 años, los cuales pueden requerir de cirugía abdominal, ya sea electiva, urgente, diagnóstica o terapéutica.

Este tipo de pacientes quirúrgicos representan un grupo de mayor riesgo que el promedio de la población por las múltiples alteraciones que presentan en toda la economía.

La sintomatología de los enfermos con insuficiencia renal crónica es múltiple y variada, pero inespecífica, para lo cual es frecuente encontrar enfermos que han iniciado insuficiencia renal crónica, y que por no presentar una manifestación característica de éste padecimiento pueden no ser diagnosticados con oportunidad.

Los síntomas que experimentan estos enfermos son: malestar general, pérdida de peso, adelgazamiento, fatiga, --astenia y adinamia. Entre los síntomas digestivos: anorexia, náusea, vómito y diarrea. Puede haber trastornos de la coagulación. La prolongación del tiempo de sangrado se correlaciona con trombocitopenia y con defectos en la agregación plaquetaria, consumo de protrombina y --retracción del coágulo. La patogenia del defecto de la plaqueta urémica es probablemente triple, ésto es, trom-

bocitopenia, efecto nocivo de ciertos metabolitos acumulados y una anomalía cualitativa de la plaqueta provocada por fármacos.

Existen alteraciones en el aparato cardiovascular. Los pacientes manifiestan hipertensión arterial que en general es secundaria a dos factores: retención de líquidos y sal, y excesiva producción de renina. El enfermo con hipertensión arterial puede tener crisis hipertensivas, insuficiencia cardíaca de diversos tipos, edema agudo -- pulmonar y otras repercusiones cardiovasculares, como -- pericarditis y derrames pericárdicos. Presentan trastornos en el metabolismo del calcio y del fósforo, manifestados por osteodistrofia renal, caracterizada por prurito, dolor óseo, inmovilidad muscular, osteomalacia, - - osteitis fibrosa quística y en ocasiones fracturas espon táneas, calcificaciones metastásicas de tejidos blandos y desprendimientos tendinosos.

Pueden presentar signos de desnutrición, como pérdida de peso a expensas de tejido magro, caída de pelo, despulimiento de mucosas y otros síntomas carenciales. En etapas finales hay atrofia muscular, neuropatía periférica urémica y manifestaciones dermatológicas variadas llegan do a la escarcha urémica.

En la esfera neurológica hay otros trastornos como falta

del poder de concentración, irritabilidad, somnolencia, temblores finos, fasciculaciones, asterixis, convulsiones tónico-clónicas generalizadas, sopor, coma y muerte.

A medida que se ha definido la fisiopatogenia de la insuficiencia renal crónica, se ha podido precisar que existen trastornos hormonales como elevación de la hormona paratiroidea, hipotiroidismo, aumento de la resistencia y a la acción periférica de la insulina, trastornos de la hormona del melanocito y en las hormonas gonadales.

La insuficiencia renal crónica da origen a trastornos -- hidroelectrolíticos como la acidosis metabólica, la hipo o hipernatremia, la hipercaliemia, la hipo o hipercalcemia y la hipocloremia.

Como se puede ver, éstos enfermos tienen complicaciones atribuibles tanto al padecimiento en sí y a la uremia -- crónica, que es la magnitud progresiva de la elevación de la urea que difunde a todos los tejidos como a trastornos de índole hormonal, enzimática y molecular, lo que ocasiona que tengan un variado cuadro clínico. Las causas más frecuentes de muerte son: coma urémico, hipercaliemia, insuficiencia cardíaca, acidosis metabólica, hemorragias, hipercalcemia e infecciones agregadas.

De aquí que cuando se presenta uno o más de estos trastornos, esté indicado iniciar un tratamiento con diálisis.

sis para aliviarlos temporalmente y el tipo más accesible es la diálisis peritoneal.

El enfermo con insuficiencia renal crónica manejado con diálisis peritoneal puede requerir cirugía abdominal, ya sea urgente, por trastornos viscerales agudos que requieren de una rápida intervención, o bien cirugía electiva.

Debido a todas las alteraciones antes mencionadas, estos enfermos significan un grupo de mayor riesgo que deben ser manejados cuidadosamente, tanto en el pre como en el postoperatorio, haciéndolos llegar al acto quirúrgico en las mejores condiciones posibles y reiniciar el programa de diálisis peritoneal en forma temprana si no existen contraindicaciones formales para ello.

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico - - - La Raza, la décima parte del total de los ingresos de - - estos pacientes corresponde a patología quirúrgica y es el segundo lugar en las causas de internamiento por padecimiento.

MATERIAL Y METODO:

Con el objeto de conocer la patología quirúrgica más frecuente que requiere de cirugía en éste tipo de pacientes, se efectuó un estudio retrospectivo observacional durante un año. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes ingresados al servicio de nefrología del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza y del Hospital Tlatelolco durante el periodo comprendido entre el primero de noviembre de 1987 al 30 de noviembre de 1988. Todos ellos se encontraban en el programa de diálisis peritoneal; se estadificaron la edad, sexo, causas de insuficiencia renal crónica y antecedentes de peritonitis previas.

Los exámenes de laboratorio se practicaron en el pre y postoperatorio, y comprendieron biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático grupo y Rh, pruebas de coagulación y electrocardiograma. Además se documentó la cirugía efectuada, complicaciones postoperatorias, la práctica de diálisis peritoneal en el pre y postoperatorio. Sólo se incluyeron pacientes sometidos a cirugía abdominal, exceptuando las colocaciones o retiros de cateteres blandos.

RESULTADOS:

Se revisaron 367 expedientes clínicos de pacientes que se dializaron en nuestro hospital y en el hospital de Tlatelolco. De ellos, 29 (8%) requirieron de cirugía abdominal mayor; 20 (69%) correspondieron al sexo masculino y 9 (31%) al sexo femenino (tabla 1). La edad promedio fue de 33 años con un máximo de 70 y un mínimo de 20, la máxima frecuencia se observó entre la tercera y cuarta década de la vida.

La causa más frecuente de insuficiencia renal crónica se debió a glomerulonefritis crónica en 48% de los casos (Tabla 2), seguida de la nefropatía gotosa y nefritis intersticial crónica.

En pacientes 20 (87%) que necesitaron cirugía abdominal programada (Figura 1) se documentó el antecedente de -- peritonitis previas al acto quirúrgico, el último cuadro se presentó dos meses antes del acto quirúrgico.

Los exámenes de laboratorio efectuados en el preoperatorio (Tabla 3) mostraron urea elevada en el 83%, síndrome anémico grado II en 62%, potasio elevado en 45%, alteraciones de la coagulación en el 17%; 22 pacientes -- presentaron proteínas totales por arriba de 5 gr/dl y albúmina mayor de 3 gr/dl en 20. El trazo electrocardiográfico mostró en cinco pacientes (17%) datos de -- hipercalemia, la cual se manejó médicamente en el preo

peratorio. Ocho (27%) cursaron con patología sistemática agregada consistente en hipertensión arterial en 7 (24%) y uno con diabetes mellitus del adulto (3%).

En total se efectuaron 34 procedimientos quirúrgicos (Tabla 4), en 23 pacientes la cirugía se efectuó en forma electiva y en 6 pacientes se realizaron 11 procedimientos urgentes (32%). En todos los pacientes sometidos a cirugía urgente, fue necesario retirar el cateter blando y colocar fístula arteriovenosa o bien cateter subclavio de Sherlez con el propósito de incluirse en el programa de hemodiálisis temporal. En 5 pacientes (15%), la cirugía fue secundaria a perforación de víscera hueca, la cual pasó desapercibida en el momento de instalar el cateter rígido o blando; 3 (9%) a colocación INTRALUMINAL, 2 (7%) a isquemia intestinal que ameritó resección intestinal y 1 (3%) a oclusión intestinal secundaria a adherencias (Tabla 5). Tres pacientes ameritaron reintervención quirúrgica, uno hasta en cuatro ocasiones (Tabla 6). La mortalidad observada fue del 7% (3) y se debió a sepsis abdominal.

En los pacientes programados en forma electiva (Tabla 7), se practicó diálisis peritoneal 12 hs antes de la cirugía en el 43% (10) y en el postoperatorio ésta se reinició en todos los pacientes a las 24 hs de terminado el acto quirúrgico, empleándose para ello 1000 cc de solu-

ción dializante. En ningún caso fue necesario retirar el cateter de Tenckoff por no existir indicación para ello.

Los defectos de la pared abdominal fueron la causa más frecuente de cirugía en el 45% (Tabla 8) y en 8% a litiasis vesicular. Las complicaciones postoperatorias correspondieron a infección de la herida quirúrgica en 7% (2), arritmia cardíaca y sangrado de tubo digestivo en 3% respectivamente (Tabla 9). Los exámenes de laboratorio de control se practicaron 24 hs después de la cirugía y mostraron síndrome anémico grado II en 48% (14), potasio mayor de 5.5 mEq/l en 48%, urea elevada en 14%, la albúmina, proteínas totales y pruebas de coagulación no presentaron variación significativa (Tabla 10). La mortalidad fue del 3% debida a sepsis abdominal.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION:

Todos los pacientes con falla renal crónica en control - en diálisis peritoneal se encuentran expuestos a reque-- rir de cirugía abdominal mayor. Debido a las condicio-- nes clínicas que presentan habitualmente y la afección - en toda la economía, los hacen de alto riesgo, por lo -- cual es conveniente que ésta se realice en forma electi-- va y en las mejores condiciones clínicas posibles.

Existen pocos reportes a nivel mundial sobre éste parti-- cular, sobre todo a lo referente a cirugía en el pacien-- te con diálisis peritoneal. Nuestra casuística es pequeña en comparación a lo reportado por Shuman, quien reco-- mienda efectuar diálisis peritoneal 48 hs antes de la ci-- rugía, lo que difiere con nuestro trabajo, ya que ésta - se efectuó en el 43% de los casos 12 hs previas a la ci-- rugía, observando mejoría en los parámetros clínicos de-- nuestros pacientes. Pinson y Brenovitz han reportado un elevado porcentaje de complicaciones postoperatorias -- (50%). Nosotros sólo encontramos 7%. El síndrome anémi-- co fué estadísticamente mayor (64%) a lo reportado por - Lauson, quien lo refiere a 3%.

En ningún caso de nuestra serie existió evidencia de - - muerte por hipercaliemia en el postoperatorio inmediato; por lo que se refiere a las alteraciones de la coagula-- ción, éstas se encuentran bien definidas por diversos -- autores sobre todo en los casos de sepsis e insuficien--

cia renal crónica. En nuestra serie, sólo en los pacientes que requirieron de cirugía de urgencia, fue necesario administrar plasma fresco (3 unidades en promedio) y en ningún caso se administró crioprecipitados como lo -- sugieren Pinson y Brenovitz.

La mortalidad del 7% para los casos de cirugía de urgencia no difiere a lo reportado por otros autores y es explicable por la presencia y desarrollo de sepsis abdominal y falla orgánica múltiple. En los casos de cirugía-electiva, ésta fue del 3% y se debió a sangrado de tubo-digestivo alto.

CONCLUSION:

La diálisis peritoneal en el postoperatorio temprano permite mantener y mejorar las condiciones clínicas y la evolución postoperatoria en éste tipo de pacientes; no es contraindicación para efectuar cirugía abdominal, permite planear el acto quirúrgico disminuye la estancia hospitalaria del paciente y los costos dia/cama.

**CIRUGIA MAYOR ABDOMINAL
EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL**

Edad	No. Pacientes	Porcentaje
20 - 30	7	24 %
30 - 40	11	37 %
40 - 50	6	21 %
50 - 60	3	11 %
60 - 70	2	7 %

CIRUGIA ABDOMINAL MAYOR
EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL

CAUSAS DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Diagnóstico	No. Pacientes	%
NEFROPATIA DIABETICA	1	3
GLOMERULONEFRITIS CRONICA	14	48
NEFRITIS GOTOSA	5	17
NEFRITIS INTERSTICIAL CRONICA	4	14
NEFROANGIOESCLEROSIS	3	10
RINON POLIQUISTICO	2	7
Total	29	99

EXAMENES DE LABORATORIO

PREOPERATORIO

Parámetro		N. Pacientes	%
UREA	(> 150 mg/dl)	24	83
HEMOGLOBINA	(< 10 gr/dl)	18	62
HEMATOCRITO	(< 29 ml/dl)	18	62
ALBUMINA	(> 3 gr/dl)	20	69
PROTEINAS TOTALES	(> 5 gr/dl)	22	76
POTASIO	(> 5.5 mEq/l)	13	45
T.P. PROLONGADO		5	17

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

ELECTIVO	23	68 %
URGENTE	11	32 %
Total	34	100 %

CIRUGIA DE URGENCIA

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

PERFORACION VISCERA HUECA	5	17
DRENAJE ABSCESO INTRABDOMINAL	3	10
RESECCION INTESTINAL	2	7
LISIS ADHERENCIAS	1	3
Total	11/29	37/100

CIRUGIA DE URGENCIA**REINTERVENCION**

No. Pacientes	No. Reintervenciones
1	4
1	3
1	2

CIRUGIA ELECTIVA**DIALISIS PREOPERATORIA**

Tiempo	Nº. Pacientes	%
12 hrs.	10	43
48 hrs.	9	31
24 hrs.	4	14
Total	23	88

CIRUGIA ELECTIVA

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

	Nº. Pacientes	%
RECONSTRUCCION PARED ABDOMINAL	11	34
HERNIOPLASTIA INGUINAL	7	21
COLECISTECTOMIA SIMPLE	4	10
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	1	3
Total	23/ 29	68/100

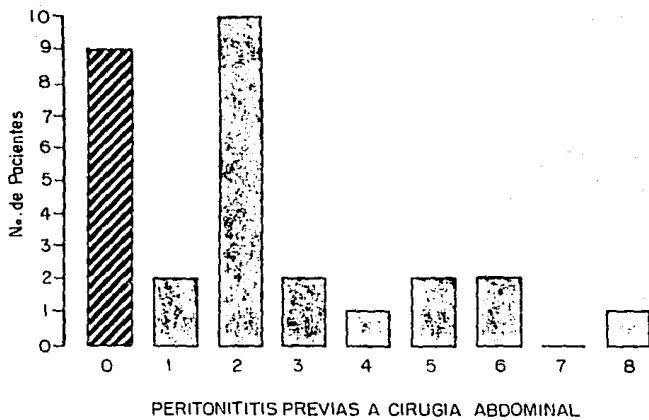
CIRUGIA ELECTIVA**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**

	No. Pacientes	%
INFECCION	2	7
ARRITMIA CARDIACA	1	3
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO	1	3

EXAMENES DE LABORATORIO
CONTROL POSTOPERATORIO

Parámetros	N. Pacientes	%
HEMOGLOBINA (< 10 gr/dl)	14	48
HEMATOCRITO (< 29 ml/dl)	14	48
POTASIO (> 5.5 mEq/l)	14	48
UREA (>150 mg/dl)	4	14

**CIRUGIA ABDOMINAL MAYOR
EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL**



B I B L I O G R A F I A

1. TENCKOFF H. PERITONEAL DIALYSIS TODAY: A NEW LOOK. NEPHRON 1974 12: 420-36
2. PINSON C.W.SCHUMAN E.S., GROSS G.G. SURGERY IN LONG TERM DYALISIS PATIENTS. AM. J. SURG, 1986; 151:567-71
3. KAUFFMAN H.M., ADAMS M.B. INDIRECT INGUINAL HERNIA in PATIENTS UNDERGOING PERITONEAL DYALISIS. SURGERY 1986; 99: 253-256
4. FRANCIS D.M.A., DONNELLY P.S., VEITCH G.P., TAYLOR J.M., SURGICAL ASPECTS OF CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DYALISIS. 3 YEARS OF EXPERIENCE. BRITH J. SURGERY, 1984; 71:225-229
5. LISSOOS I., GOLDBERG P.J., SURGICAL PROCEDURES ON PATIENTS IN END-STAGE RENAL FAILURE. BRITH J. OF UROLOGY., 1973; 45:359-365
6. BRENOWITZ J., WILLIAMS C., STERLING W. MAYOR SURGERY IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE. THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY., 1977; 134: 765-769
7. SCHREINER G., MAHER F., THE PATIENT WITH CHRONIC RENAL FAILURE AND SURGERY. THE AMERICAN JOURNAL OF CARDIOLOGY., 1963:317-323.
8. FLEISHER A.G., KIMMELSTIEL F.M., LATTES C.G., MILLER E., SURGICAL COMPLICATIONS OF PERITONEAL DYALISIS CATHETERS. THE AMERICAN JOURNAL SURG., 1985; 143:776-729

IMPRESOS
MUÑOZ

DONCELES 56-A ESQ. REP. DE CHILE
COL. CENTRO C.P. 06010
MEXICO, D.F.

(A UNA CUADRA ESTACION METRO ALLENDE)