

112402  
/

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**

**" MANEJO QUIRURGICO DE LA SEPSIS ABDOMINAL  
EN EL PACIENTE ONCOLOGICO "**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA**

**P R E S E N T A :  
DR. JUAN MANUEL AGUILAR MELCHOR**

**ASESOR:  
DR. JUAN MANUEL RUIZ MOLINA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MÉXICO, D.F. A 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2002.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

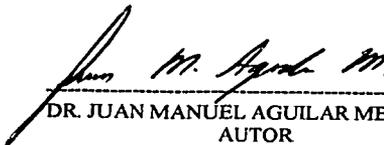
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.

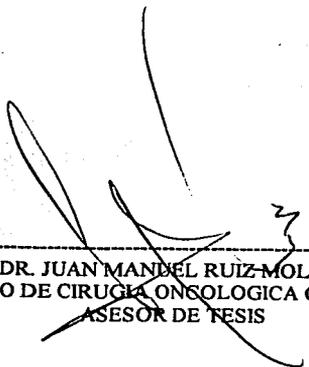
**PAGINACION**

**DISCONTINUA**

  
DR. JUAN MANUEL AGUILAR MELCHOR  
AUTOR



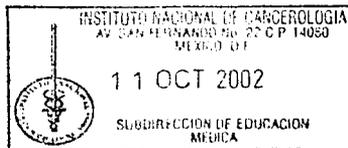
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

  
DR. JUAN MANUEL RUIZ-MOLINA  
JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA ONCOLOGICA GASTROINTESTINAL  
ASESOR DE TESIS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Juan Manuel Aguilar Melchor  
FECHA: 11 de 10  
FIRMA: Juan Manuel Aguilar Melchor

  
DR. JOSÉ LUIS AGUILAR PONCE  
SUBDIRECTOR DE EDUCACION MÉDICA  
JEFATURA DE ENSEÑANZA



## ÍNDICE

<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Justificación</b>	<b>14</b>
<b>Objetivos</b>	<b>15</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>16</b>
<b>Material y Métodos</b>	<b>17</b>
<b>Resultados</b>	<b>18</b>
<b>Discusión</b>	<b>20</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>21</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>22</b>
<b>Anexos</b>	<b>24</b>

## **RESUMEN.**

**Objetivo:** Analizaremos los factores de supervivencia en pacientes oncológicos con un evento de sepsis abdominal grave.

**Material y Metodos:** Se realizó un estudio retrospectivo comparativo longitudinal, de enero del 95 a diciembre del 00. la revisión incluyo 716 expedientes clínicos de los cuales se seleccionaron 153 pacientes con el diagnostico transoperatorio de sepsis abdominal. Los criterios de inclusión fueron: Diagnostico oncológico con histología, diagnostico de sepsis abdominal secundaria. Los criterios de exclusión fueron: Peritonitis primaria, trombosis mesentérica, apendicitis aguda no complicada, empaquetamientos por sangrado y sepsis y obstrucción intestinal sin perforación.

**Resultados.** De los 153 pacientes analizados, 46 pacientes (33%) correspondió al sexo masculino y 104 (67%), la mediana de edad para el grupo estudiado fue de 51.8 años con un rango de 16 a 87 años. Los servicios con mayor índice de sepsis fue Ginecología 49% y Castro con un 32%.

El manejo del abdomen fue abierto en 39 pacientes (25.5%) y cerrado en 114 pacientes (74.5%), el numero de reintervenciones fue de 170 con un rango de 0 a 13 con promedio de 1.11 para los pacientes manejados con el abdomen abierto. Las condiciones del egreso fue de 71 pacientes vivos (46.4%) y para los que fallecieron fue de 82 pacientes (53.6%).

**Discusión:** La mortalidad en sepsis abdominal en los pacientes oncológicos es similar a lo reportado en series de población en general.

El tratamiento oncológico recibido no influye en la diferencia de mortalidad y supervivencia.

La sepsis abdominal es un problema grave en pacientes postoperados de cirugía radical.

Se debe de utilizar alguna escala pronostica para identificar los pacientes que se beneficiarían de cuidados en terapia intensiva con el propósito de optimizar los recursos.

**Conclusiones.**

El paciente con sepsis abdominal requiere de un manejo multidisciplinario: Cirugía, Medicina Crítica, Nutrición, Insectología y Terapia Respiratoria.

Debe de existir un servicio de urgencias para disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento en los enfermos que presentan dolor abdominal

## INTRODUCCIÓN

El cáncer ocupa en México el segundo lugar en mortalidad general y se considera que cuatro de cada diez mexicanos lo presentarán en algún momento de su vida, muriendo uno de cada cinco por esta causa <sup>(1)</sup>. En urgencias, el diagnóstico y tratamiento del abdomen agudo en el paciente oncológico sigue siendo un desafío para el Cirujano <sup>(2)</sup>. La infección intraabdominal grave constituye un serio problema clínico, tanto por la dificultad diagnóstica que conlleva, requiriendo procedimientos radiodiagnósticos especiales, como por las graves complicaciones de que puede acompañarse. Dichas complicaciones son de tipo abdominal y sistémico, razón por la cual la infección abdominal grave es una entidad con una elevada incidencia de mortalidad y morbilidad, en el paciente oncológico que los somete a prolongados periodos de hospitalización <sup>(3)</sup>. La infección intraabdominal posquirúrgica ocupa el tercer lugar de incidencia, tras la infección urinaria y la respiratoria <sup>(4)</sup>. Se considera que la naturaleza de estas infecciones como su frecuencia y los microorganismos responsables dependen de diversos factores, como el tipo de paciente, (con enfermedad activa o no), tratamientos oncológicos recibidos, estado nutricional, la intervención quirúrgica, la edad, el tiempo de evolución del evento agudo al tratamiento, la profilaxis antibiótica y los posibles problemas estructurales <sup>(5)</sup>.

Durante las primeras décadas del siglo XX, la práctica de la medicina avanzó de tal forma que permitió el tratamiento quirúrgico de todos los pacientes afectados de peritonitis. Se desarrollaron principios quirúrgicos y el éxito terapéutico fue espectacular. El tratamiento quirúrgico redujo la mortalidad del 95% a menos de un 50% <sup>(6)</sup>.

Los dos principios quirúrgicos establecidos durante este periodo fueron creados por Kirschner en 1926 y consistían en 1) "taponar" la fuente de la infección (generalmente una filtración intestinal) y 2) eliminar las bacterias, toxinas y adyuvantes. Estos principios quirúrgicos se transformaron en la regla de oro del tratamiento quirúrgico de las infecciones intraabdominales en el curso de las

décadas siguientes, durante las cuales sin embargo no se obtuvo una mejoría sustancial en las tasas de mortalidad <sup>(7)</sup>.

La nueva era de los conceptos quirúrgicos comenzó en 1975 con la conferencia de Pujol, de la Universidad de París. Este autor concluyó que las infecciones intraabdominales deberían de ser tratadas de la misma forma que cualquier infección quirúrgica aplicando los principios clásicos de tratamiento dejando el abdomen abierto <sup>(8)</sup>.

En los últimos años se han publicado muchos trabajos que describen una variedad de enfoques quirúrgicos nuevos para el tratamiento de la sepsis abdominal. La mayoría de los trabajos son anecdóticos, lo que hace difícil determinar hasta que punto los nuevos métodos representan un perfeccionamiento terapéutico. En unos pocos estudios, los pacientes han sido clasificados para permitir la comparación. Pero la comparación es difícil debido a que los métodos varían de un centro a otro y de una estrategia a otra. Con estos fines, la Internacional Society of Surgery en 1993 sugieren cuatro métodos básicamente diferentes:

- 1.-Abdomen abierto/laparostomía (OPA)
- 2.-Laparostomía cubierta (COLA)
- 3.-Relaparotomía programada (PR)
- 4.-Reparación abdominal en etapas (STAR)

Además de los principios quirúrgicos clásicos, las técnicas abdominales abiertas (OPA y COLA) evitan los efectos deléneos del aumento de la presión intraabdominal. Las relaparotomías programadas (PR) permiten el control de la reparación y la limpieza quirúrgicas, así como el diagnóstico y el tratamiento precoces de las complicaciones intraabdominales. La técnica STAR combina las ventajas de las técnicas abdominales abiertas de la relaparotomía programada y reduce el riesgo de algunos de los efectos adversos asociados a la OPA, COLA y PR, como la hernia de la herida y la formación de fístulas <sup>(9)</sup>.

Existen otros métodos como el cierre temporal de la pared abdominal con polietileno descrita en algunos autores el cual en la actualidad no es aceptado en la literatura Mundial <sup>(10)</sup>.

La sepsis abdominal constituye una causa frecuente de muerte en un gran número de enfermos, a pesar de la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas, potentes agentes antimicrobianos y el desarrollo de las unidades de cuidados intensivos <sup>(11)</sup>. En la actualidad la mortalidad, por esta causa oscila entre el 35 y 50 % en los pacientes no Oncológicos y hasta el 45 al 80% en los pacientes Oncológicos <sup>(12)</sup>.

Esta problemática no puede modificarse sin el conocimiento de los factores que inciden en el pronóstico. Su evaluación oportuna es realmente deseable para reducir estas cifras, programar un plan terapéutico correcto, seleccionar a los pacientes de más alto riesgo para procedimientos más agresivos, y utilizar índices para definir la gravedad de la enfermedad <sup>(5)</sup>.

Existe una gran variedad de escalas pronosticas para los pacientes graves en la unidades de cuidados Intensivos, en particular para los pacientes con sepsis abdominal las cuales se aplican en la mayoría, pero ninguna en particular para pacientes oncológicos con sepsis abdominal<sup>(13)</sup>.

A continuación mencionamos algunas de ellas:

#### **Índice Pronostico de Manheim <sup>(14)</sup>.**

Índice de Manheim	Valor en puntos
Edad mayor 50 años	5
Género femenino	5
Deficiencias orgánicas*	7
Enfermedad cancerosa	4
Periodo preoperatorio mayor 24 hrs.	4
Origen no colonico	4
Peritonitis Generalizada	6
Líquido cetrino	0
Líquido turbio o purulento	6
Peritonitis estercolacea	12

**\*Deficiencias Orgánicas:**

- Renal            Creatinina mayor de 177 mmol/l  
                    Urea sanguínea mayor de 16.7 mmol/l  
                    Oliguria menor de 20 ml/h
- Pulmón        P<sub>a</sub>O<sub>2</sub> menor de 50 mmHg  
                    P<sub>a</sub> CO<sub>2</sub> mayor de 50 mmHg
- Choque hipo o hiperdinámico según la definición de Shoemaker
- Oclusión intestinal parálisis mayor de 24 horas o íleo completo

Esta escala es útil cuando el puntaje es mayor de 26, con mortalidades entre 55 y 69% y según algunos estudios su sensibilidad para predecir la muerte es superior a 80% y la especificidad de 70% <sup>(15)</sup>.

Se han utilizado diferentes métodos para evaluar la gravedad de una enfermedad con el propósito de determinar el pronóstico o de estatificar a los pacientes. La clasificación de la Fisiología Aguda y Evaluación de la salud crónica, (APACHE), comenzó a usarse en 1981. Al principio, utilizaba 34 datos fisiológicos obtenidos del expediente clínico del paciente y se designaba una de cuatro categorías de estado de salud previo a la admisión <sup>(16)</sup>. En 1985 se creó APACHE II, que disminuía el número de datos fisiológicos de rutina a 12 más la edad y el estado previo de salud. Apartir de una puntuación de 20 la mortalidad aumenta por arriba del 50% <sup>(17)</sup>.

**Definiciones:**

*Peritonitis. (Anexo 1)*

Inflamación del peritoneo o parte de él sin importar la causa <sup>(18)</sup>.

*Peritonitis bacteriana primaria.*

Es la inflamación del peritoneo por una posible fuente extraperitoneal, con frecuencia por diseminación hematogéna. Ocurre en niños y adultos y pueden ser una enfermedad que pone en peligro la vida, particularmente en pacientes con cirrosis.

### *Peritonitis Bacteriana secundaria.*

Es la presencia de exudado purulento en la cavidad abdominal derivado de una fuente enterica. Este tipo de peritonitis es la forma mas común de la infección Intraabdominal aguda y el 20 al 30% son postoperatorias.

### *Peritonitis Terciaria.*

Es la manifestación de síndrome de sepsis no bacteriana o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica posterior al control quirúrgico y con antibioticoterapia de la sepsis abdominal.

### *Infección Intraabdominal.*

Se define como la respuesta inflamatoria del peritoneo ante microorganismos y/o sus toxinas que dan como resultado el exudado purulento dentro de la cavidad abdominal. Esta puede ser localizada (absceso intraabdominal) o generalizada (Infección intraabdominal grave).

### *Bacteriemia.*

Es la presencia de bacterias en hemocultivos sin signos sistémicos de infección.

### *Septicemia.*

Se refiere a la existencia de bacterias en hemocultivos que se originan de un foco infeccioso con una respuesta sistémica del huésped, (signos de infección sistémica).

### *Sepsis.*

Es la infección sistémica que se origina de un foco, con la imposibilidad para obtener cultivos positivos.

### *Choque séptico.*

Sepsis con gasto cardiaco alto y resistencia vascular sistémica baja (fase hiperdinamica) o gasto cardiaco bajo (fase hipodinamica).

### *Síndrome de Sepsis.*

Es la presencia de signos y síntomas clínicos de sepsis sin un foco séptico ni aislamiento de bacterias del torrente sanguíneo. Este término es sinónimo de peritonitis terciaria.

### *Insuficiencia de Órganos.*

Es la disfunción secuencial de diversos órganos, que suele iniciarse en pulmones, riñones, corazón o tubo digestivo.

### *Síndrome de compartimiento abdominal.*

Se denomina síndrome de compartimiento abdominal a la disfunción renal, cerebral, pulmonar, cardiovascular y esplácnica, secundaria al incremento en la presión intraabdominal y se manifiesta por hipoperfusión generalizada, incremento en las presiones pico de la vía aérea, hipoxemia e hipercapnea, oliguria, translocación bacteriana y aumento de la presión intracraneala. Entre mayor sea el grado de hipertensión intraabdominal, será más grave la disfunción asociada <sup>(20)</sup>.

### *Aumento de la presión intraabdominal.*

Se define como el incremento de la presión dentro de la cavidad abdominal por arriba de 10 mmHg; se clasifica en cuatro grados: de 10-15 mmHg grado I, de 15 -25mmHg grado II; de 25-35mmHg grado III y mayor de 35 mmHg grado IV <sup>(20)</sup>.

Los factores de riesgo para la sepsis abdominal son: <sup>(21)</sup>

- a) Edad superior a 65 años
- b) Tratamientos con Inmunosupresores
- c) Diabetes
- d) Shock
- e) Transfusiones
- f) Sustancias residuales en el abdomen: sangre, bilis, fibrina, cuerpos extraños.
- g) Contaminación microbiana.

## **METODOS DIAGNOSTICOS.**

El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, toxicidad general, aumento de la sensibilidad abdominal, rigidez, distensión y ausencia de peristaltismo. Los auxiliares de Diagnostico más utilizados son:

*Radiografías simples del Abdomen.* Suelen mostrar íleo adinámico, colecciones, edema de asas, pérdida de las sombras del psoas o de las líneas peritoneales y en ocasiones, neumoperitoneo.

*Ecografía y TAC.* Son métodos útiles para detectar colecciones en diferentes sitios, como abscesos intraperitoneales, subfrenicos, en el hueco pélvico o a nivel hepático. Cuando hay drenes, fístulas, estomas, gas o en pacientes obesos, la ecografía se hace difícil y es mejor emplear la TAC<sup>(23)</sup>.

*Punción abdominal.* Confirma la presencia de pus en algún sitio del abdomen y a la vez sirve para hacer cultivos y antibiogramas<sup>(24)</sup>.

*Cultivo y antibiograma.* En la peritonitis primaria el germen mas frecuente es la Escherichia coli, que se encuentra en 40-60% de los casos, seguido de Streptococcus pneumonie en un 15%. En la peritonitis secundaria la flora es muy variable y depende de la víscera afectada<sup>(25)</sup>.

## **PRINCIPIOS DEL MANEJO DE LA SEPSIS ABDOMINAL.**

### 1.-Medidas de soporte

- a) Combatir la hipovolemia y el estado de shock y mantener adecuada oxigenación tisular
- b) Administración de antibióticos.
- c) Soporte de los sistemas con falla orgánica
- d) Proveer adecuada nutrición

## 2.-Tratamiento Quirúrgico <sup>(26)</sup> (Anexo 3 y 4)

### Principio No. 1 Reparar

Control de la fuente de infección.

### Principio No. 2 Limpiar

Evacuar Inóculos de bacterias, pus (lavado y drenaje peritoneal)

### Principio No. 3 Descompresión

Tratar el síndrome de compartimiento abdominal.

### Principio No. 4 Control

Prevenir o tratar la persistencia o recurrencia de la infección.

Manejo del abdomen abierto ó cerrado.

## **MOVIMIENTO DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. (Anexo 2)**

Origen de los ingresos.

Podemos clasificar a los pacientes en dos categorías, los que ingresan por el servicio de urgencias y los que lo hacen en forma electiva. El primer grupo de pacientes tiene un riesgo de mortalidad mas alto y los determinantes inmediatos de su supervivencia casi siempre se relacionan con la Integración de la función cardiorrespiratoria y con la capacidad del paciente de responder al estrés al que se enfrenta. Por lo contrario, los pacientes que ingresan en forma electiva se encuentran en una situación estable, a un cuando sufran algún padecimiento crónico. En estos pacientes los determinantes de la mortalidad reflejan la reserva fisiológica, esto es, la capacidad del paciente de tolerar futuras situaciones de estrés fisiológico <sup>(27)</sup>.

Meta de los cuidados intensivos.

Los pacientes de la UCI pueden distribuirse, en forma cualitativa. En tres categorías dependiendo de las metas a su ingreso: clase I, vigilancia/observación; clase II. Cuidados intensivos y clase III, atención medica constante. Los pacientes en vigilancia/observación, tienen, por definición

una función cardiorrespiratoria estable en el momento de su ingreso y por lógica, su probabilidad de supervivencia es alta. Los pacientes que ingresan para proporcionarles cuidados intensivos de enfermería permanecen con frecuencia en la UCI durante largos periodos de tiempo. Este grupo de pacientes (clase II), no incluye a aquellos con alteraciones cardiorrespiratorias graves, pero sí los que presentan anomalías en la función de otros sistemas, incluyendo el sistema inmunológico. Para estos pacientes, como grupo, el riesgo de mortalidad puede extrapolarse a los resultados de la evaluación de la función inmunológica y del estado nutricional. Los pacientes que necesitan de cuidados médicos constantes, de nuevo por definición, tienen alteraciones fisiológicas más graves y las posibilidades más bajas de sobrevivir si se usan los índices predictivos.

Aunque el promedio de estancia en la UCI es de alrededor de cinco días, pocos pacientes se encuentran dentro de este promedio. Los pacientes de estancia prolongada permanecen un Promedio de más de trece días, en estos pacientes el porcentaje de supervivencia es alrededor del 50%.

#### Limitaciones de los Índices de Predicción.

En general, y sin que sea sorprendente, los factores de predicción a corto plazo contienen parámetros que se relacionan con la función cardíaca y respiratoria, y con el transporte de oxígeno, que mide lo adecuado de estas funciones. Cuando se determinan estos índices de predicción a corto plazo se encuentran pocas, si es que alguna, en los pacientes de ingreso electivo con padecimientos de gravedad moderada. La función de los principales órganos y sistemas, en especial cuando no existen medidas terapéuticas específicas, y la función de las vías metabólicas fundamentales, son mejores factores de discriminación entre los pacientes que sobrevivirán y los que fallecerán, pero en la actualidad, algunas de estas mediciones no están disponibles para uso clínico, y sus valores no son útiles para dirigir el tratamiento. Todos los factores de predicción tienen un rango de error entre supervivencia y fallecimiento de alrededor de 15%.

## **JUSTIFICACION**

En el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) ingresan a la UCI un promedio de tres pacientes por mes con diagnóstico de sepsis abdominal grave de los cuales se desconoce los resultados del manejo del abdomen séptico, seguimiento, pronóstico y repercusión en recursos.

No existe ningún reporte en la literatura mundial del manejo de la sepsis abdominal en pacientes oncológicos, todos los estudios revisados es en población en general y solamente mencionan un pequeño grupo de pacientes con cáncer reportando una tasa de alta mortalidad y morbilidad.

## **OBJETIVOS**

En esta revisión trataremos de analizar los factores de supervivencia en particular en este grupo de pacientes que por el hecho de tener una neoplasia eleva la mortalidad en todas las escalas pronosticas descritas, nuestra intención es establecer criterios para el manejo del abdomen séptico en los pacientes oncológicos y de selección para los pacientes que deben de ingresar a la UCI y en los que este servicio no los beneficia, teniendo un impacto económico para la preservación de recursos de la atención para la salud.

## **HIPOTESIS**

Los factores pronósticos entre la población abierta y los enfermos oncológicos para la sepsis abdominal son diferentes con una mayor tasa de mortalidad en estos últimos.

## **MATERIAL Y METODOS**

### ***DISEÑO DEL ESTUDIO***

Se realizó un estudio retrospectivo comparativo longitudinal, de enero de 1995 a diciembre del 2000. La revisión incluyó 716 expedientes clínicos de los cuales se incluyeron un total de 153 pacientes con diagnóstico de sepsis abdominal.

En todos los pacientes se documentó un diagnóstico Oncológico histológicamente, se evaluó su estado oncológico, con actividad tumoral (CAT) o sin actividad tumoral (SAT), que fueron llevados a cirugía de urgencia por cirugía previa o no con diagnóstico de cuadro abdominal agudo. Las variables analizadas fueron edad, sexo, diagnóstico oncológico, tratamiento oncológico recibido, estado de la enfermedad, diagnóstico del evento agudo, manejo del abdomen (abierto o cerrado), número de reintervenciones, días de estancia, ingreso a la UCI, tipo de egreso (vivo o muerto), estado de la enfermedad al egreso (CAT ó SAT), tiempo del diagnóstico al tratamiento, germen aislado, manejo de antibióticos, otras enfermedades asociadas, si recibieron analgesia previa o no, niveles de HB, Albúmina y Leucocitos, obesidad, tipo de apoyo Nutricional.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

Diagnóstico Oncológico con histología.

Diagnóstico de sepsis abdominal secundaria

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Peritonitis Primaria

Sepsis abdominal sin diagnóstico Oncológico documentado

Trombosis mesentérica

Apendicitis aguda no complicada

Obstrucción intestinal sin perforación intestinal

Empaquetamientos por sangrado

## RESULTADOS

De los 16078 procedimientos quirúrgicos de Cirugía mayor (15362 procedimientos electivos) realizados del 1º enero de 1995 al 31 de diciembre del 2000 en el Instituto Nacional de Cancerología se documentaron 716 procedimientos de Urgencia de los cuales, se tomaron como elegibles 153 pacientes con sepsis abdominal<sup>(Anexo 5)</sup>. La mediana de edad para el grupo estudiado(n=153) fue de 51.8 años con un rango que oscilo de los 16 a los 87 años, los cuales se agruparon en tres categorías de acuerdo a rangos de edad; menores de 40 años 35 pacientes (23%), de 40 a 60 años 74 pacientes (48%) y mayores de 60 años; 44 pacientes (29%) <sup>Anexo 7</sup>. La distribución por sexos fue de cuarenta y nueve (33%) para el sexo masculino y ciento cuatro pacientes (67%) para el sexo femenino<sup>anexo 6</sup>.

En todos los pacientes se documento su servicio tratante, al igual que su diagnostico y su tratamiento oncológico previo como se puede ver en el anexo 8 correspondiendo en una mayor proporción al servicio de Ginecología con un 49% y al servicio de gastro con un 32%.

No existió ninguna diferencia significativa en cuanto al tipo de tratamiento oncológico recibido y la mortalidad como se puede observar en el anexo 9 y 10.

La distribución geográfica de acuerdo a su sitio de origen fue en mayor proporción para el D.F. y el Estado de México como se muestra en el anexo 11. De acuerdo al diagnostico oncológico se documento el mismo de acuerdo a cada servicio como se muestra en los anexos 12, 13 y 14.

El diagnostico del evento agudo predomino la perforación intestinal y la dehiscencia de las anastomosis en pacientes con cirugía previa como se muestra en el anexo 15 y la distribución por el sitio de sepsis fue mayor para la generalizada 117 pacientes (76.5%) y menor para la localizada 36 pacientes (23.5%) como se observa en el anexo 16. Por lo que fueron tratados con abdomen abierto 39 pacientes (25.5%) y cerrados 114 (74.5%) como se muestra en al anexo 17 y 18.

El número de intervenciones en los pacientes con abdomen abierto fue de 170 en total con rango de 0 a 13 y un promedio de 1.11 reintervenciones. (anexo 20)

En cuanto a las condiciones de egreso, 71 pacientes se egresaron vivos (46%). Y fallecieron 82 pacientes (53.6%) de nuestro universo de pacientes  $n=153$ .

## **DISCUSION.**

La mortalidad en sepsis abdominal en los pacientes oncológicos es mayor a lo reportado en series de población en general (trauma o patología inflamatoria).

El tratamiento oncológico recibido no influye en la diferencia de mortalidad y supervivencia pero a mayor numero de tratamientos oncológicos radicales recibidos mayor morbi-mortalidad.

La sepsis abdominal es un problema grave en pacientes postoperados de cirugía radical.

Se debe de utilizar alguna escala pronóstica para identificar los pacientes que se beneficiarían de cuidados en terapia intensiva con el propósito de optimizar los recursos.

La combinación de enfermedades graves, recursos finitos, Técnicas cruentas de vigilancia y tratamiento, y altos costos, hace necesario contar con datos adecuados que sirvan de base para tomar decisiones en relación con prioridades. Esto debe de incluir procedimientos de "clasificación" de pacientes para no negar el ingreso a pacientes que puedan beneficiarse de la atención de la UCI y para excluir a los enfermos que no tienen una posibilidad razonable de beneficiarse con este tipo de atención. Para el paciente que va a morir, debemos atender sólo las necesidades importantes y que le ayuden a tolerar la transición con frecuencia solitaria, atemorizante y dolorosa, hacia la muerte. Para la sociedad en general, preservaremos los recursos de atención de la salud. Para nosotros mismos, como profesionistas, debemos aprender los fundamentos del arte de la medicina. Podemos afrontar el futuro con más confianza, seguros en el conocimiento de que nuestras cualidades humanas son el principal recurso médico para la sociedad. Las mejores decisiones para la atención medica dependen todavía de un medico cuidadoso y con conocimientos.

## **CONCLUSION.**

El paciente con sepsis abdominal requiere de un manejo multidisciplinario: Cirugía, Medicina Crítica, Nutrición, Infectología y Terapia Respiratoria.

Debe de existir un servicio de urgencias para disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento en los enfermos que presentan dolor abdominal.

La mortalidad en el paciente oncológico por sepsis abdominal es mayor que en otro tipo de pacientes de acuerdo a lo reportado en la literatura.

Se debe de realizar una escala pronostica en combinación de las ya existentes que se aplique a los pacientes oncológicos para mejorar los recursos.

Se observa disminución año con año de la mortalidad gracias a la disminución de los tiempos quirúrgicos y la mejoría de las técnicas quirúrgicas oncológicas.

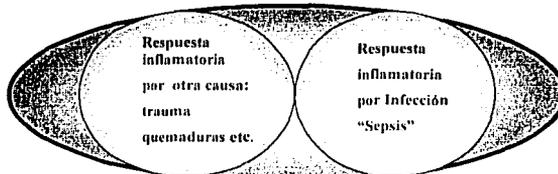
## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Secretaría de salud. Morbilidad y Mortalidad General. México. Dirección General de Epidemiología; 1999.
- 2.-Ronald FM, Rossi RL. Abdomen agudo, generalidades. Generalidades y algoritmos. Clin Quir 1997;6:1193-1208.
- 3.-Weidner N. Prognostics indicators for cancer. Preface. Surg Oncol Clin NA, 1997;6:463-494.
- 4.-Daschner FD, Frey P, Wolff G, Baumann PC. Nosocomial infections in Intensive Care Wards: a multicenter prospective study. Intensive Care Med 1982;8:5-9.
- 5.-Bosscha K, Reijnders K, Hulstaaert PF, Algra A, Vander Werken C. Prognostic scoring systems to predict outcome in peritonitis and intra-abdominal sepsis. Br J Surg, 1997;84:11. 1532-1534.
- 6.- Dietmar H, Wittman, Alonzo P. Walker, Robert E. Condon. Peritonitis e infección intraabdominal. Principios de Cirugia 6a ed. McGraw Hill; 1994:1493-1528.
- 7.-Kirschner M. Die Behandlung der akuten eitrigen freien Bauchfellentzündung. Langenbecks Arch Chir 142:52,1926.
- 8.-Pujol JP. La non fermeture des incisions abdominals d'urgence. Techniques et résultats. Thesis, Paris, U.E.R. X Bichat, 1975.
- 9.-Wittmann DH, et al. Laparostomy, open abdomen, etappenlavage, planned relaparotomy, and staged abdominal repair (STAR): Too many names for a new operative method. In TS Ruedi (ed.), The State of the Art of Surgery 1993-1994. Pratteln, Switzerland: International Society of Surg 9:201, 1994.
- 10.-De la Fuente LM, Mendoza MV, Robledo OF, Mier DJ, Martinez OJL, Blanco BR. Cierre temporal de la pared abdominal con polietileno. Cir Ciruj 2002;70:157-163.  
management of the abdomen and planned reoperations in severe bacterial peritonitis. Eur J Surg 2000;166(1):44-49.

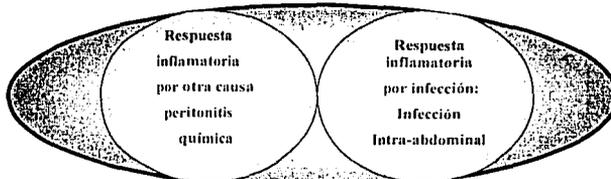
- 12.-Seller CA, Brugger L, Forssmann U, Baer HU, Buchler MW. Conservative surgical treatment of diffuse peritonitis. *Surgery* 2000;127(2):178-184.
- 13.-Koperna T, Schulz F. Relaparotomia In peritonitis: prognosis and treatment of patients with persisting intrabdominal infection. *World J Surg* 2000;24:32-37.
- 14.-Billing A, Frolinch D, Scilldberg FW. Prediction of outcome using the Mannheim peritonitis index in 2003 patients. *Br J Surg* 1994;81:209-213.
- 15.-Ohmacnnc C. Prognostic scores and design of clinical studies. *Infection* 1998;26(5)342-344.

# ANEXO 1

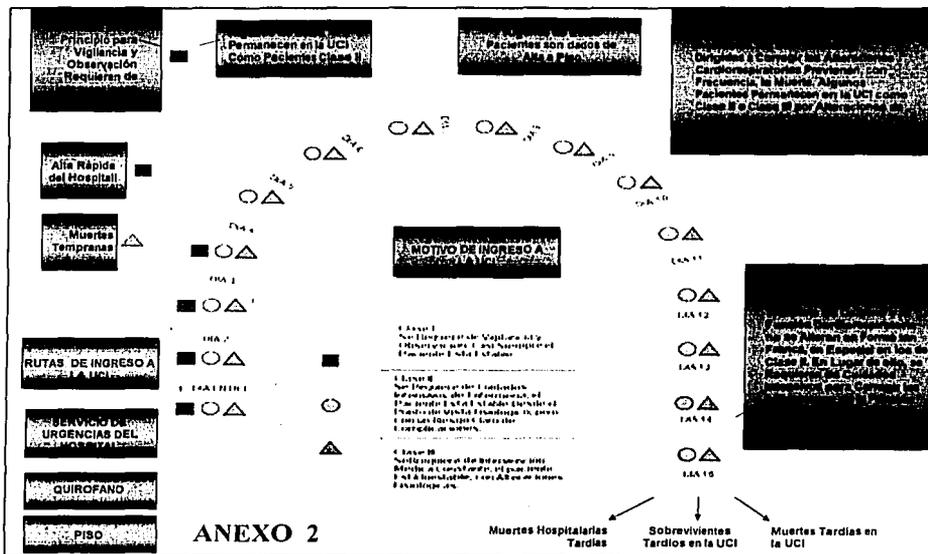
## Síndrome Respuesta Inflamatoria Sistémica



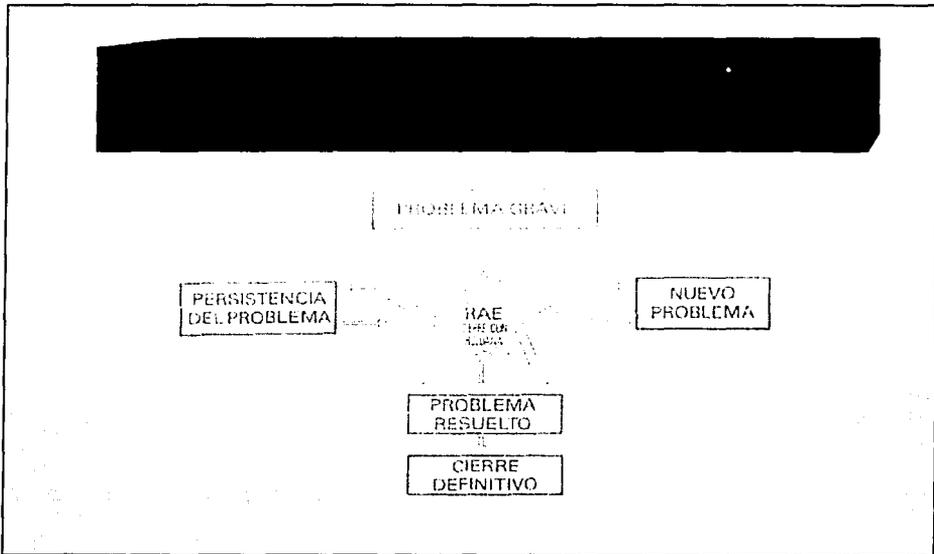
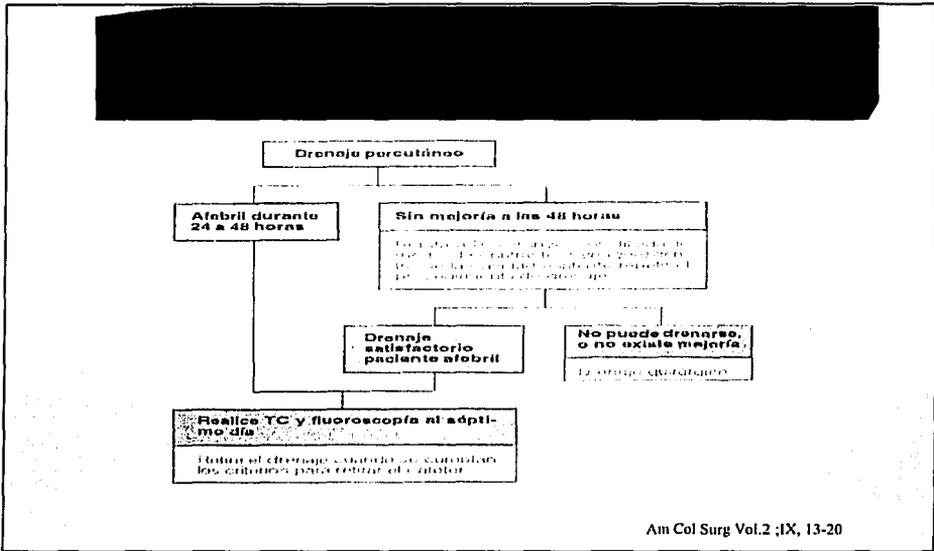
## PERITONITIS



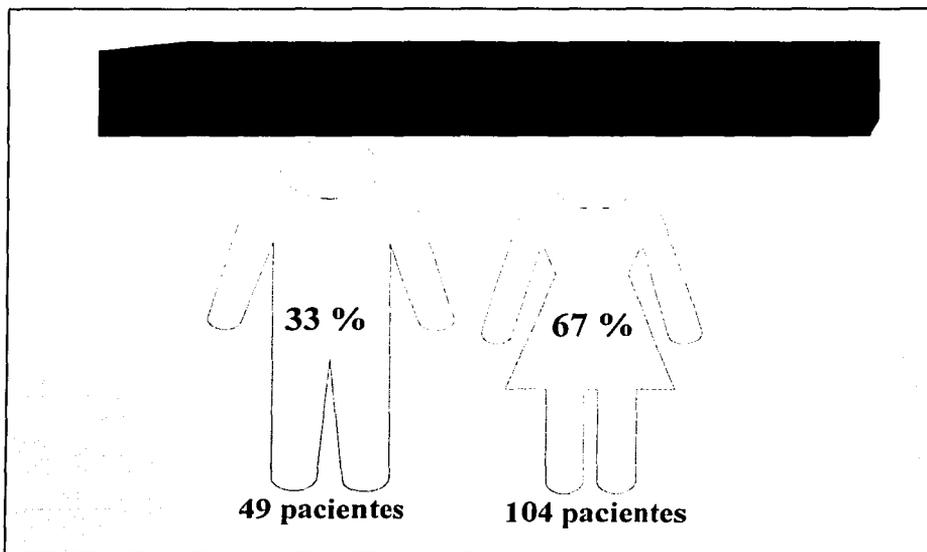
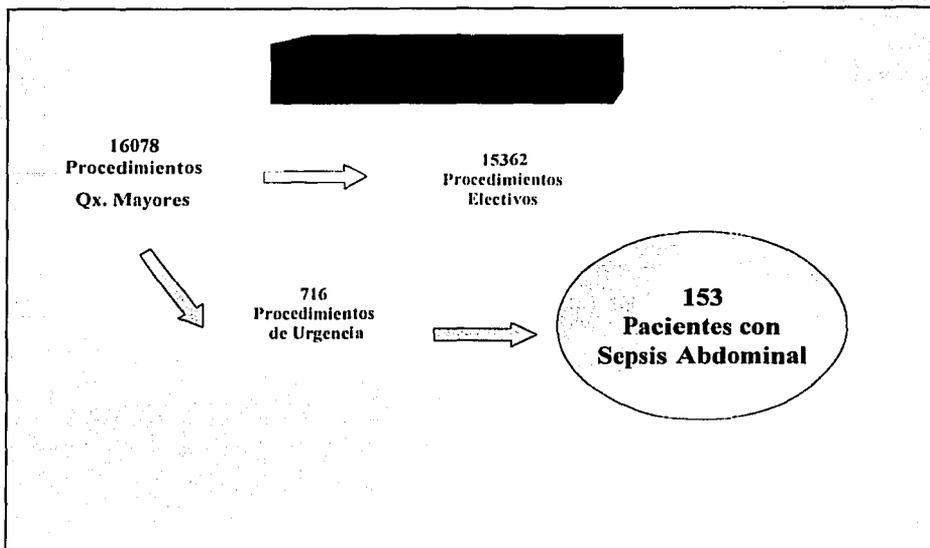
Ann Surg.224(1).July 1996. 10-18



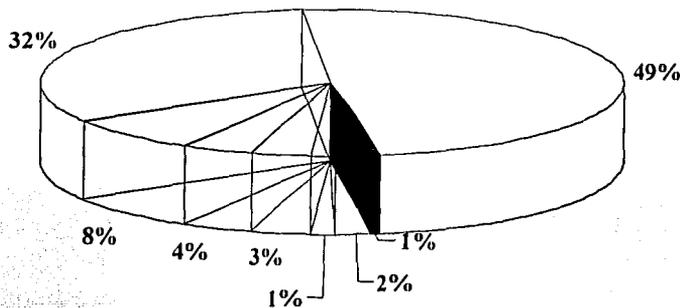
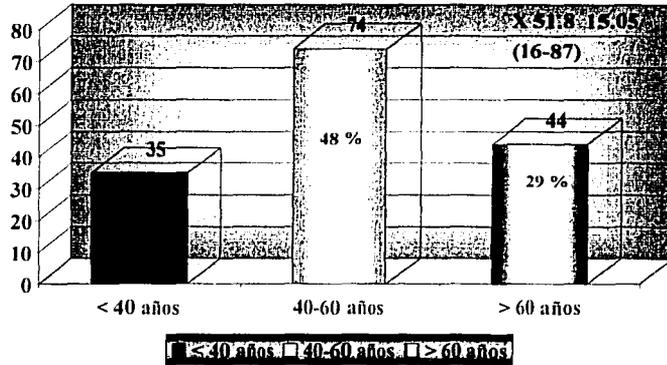
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

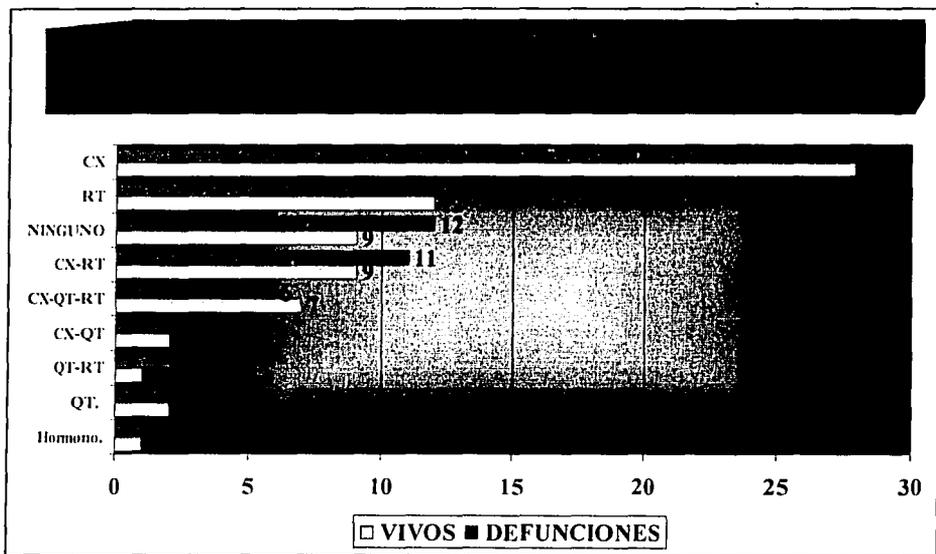
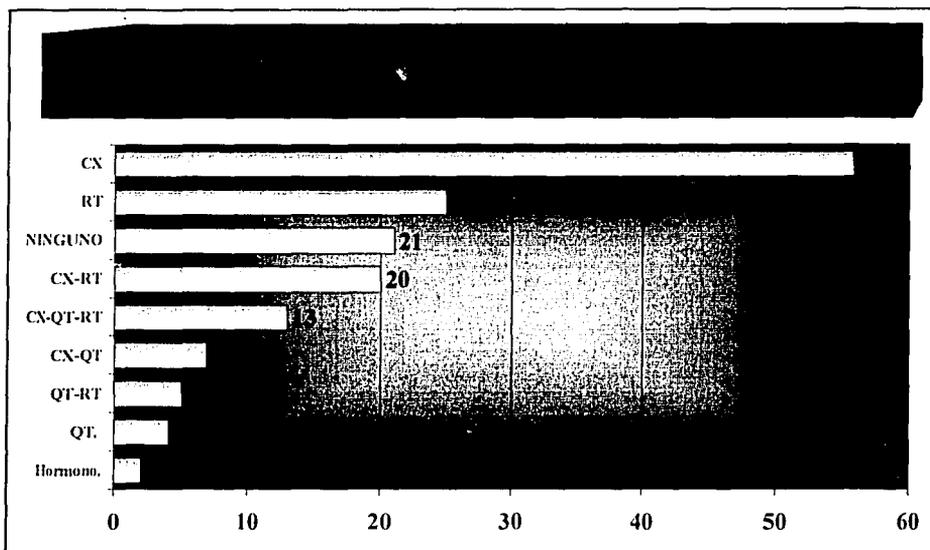


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

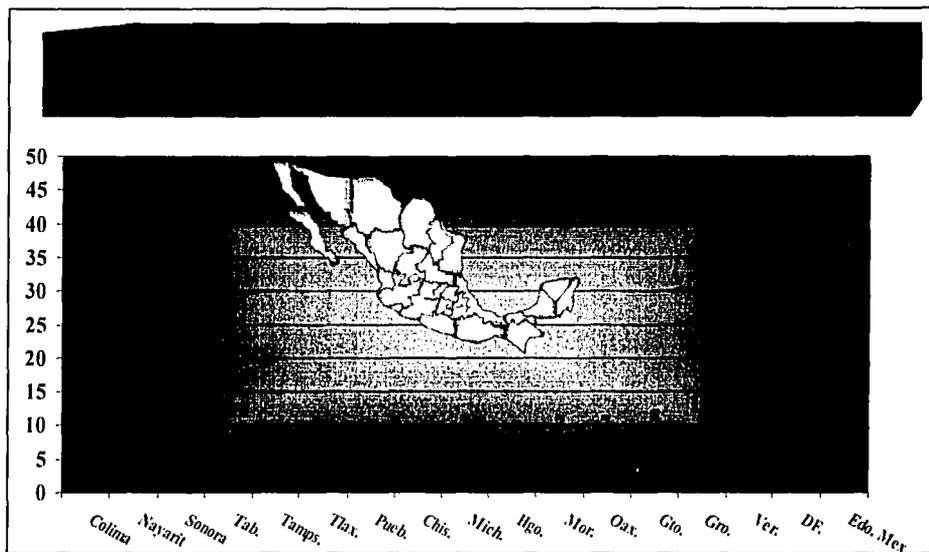


■ T.Mama □ P.P.B. □ Neumo. ■ C Y C. □ Hemato □ Urología □ Gastro. □ Gineco.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### GINECOLOGIA

Diagnóstico	No. Casos
Ca cu	55
Ca ovario	9
Sarcoma Uterino	6
Ca endometrio	1
Ca vagina	1

### GASTROENTEROLOGIA

Diagnóstico	No. Casos
Ca colon	13
Ca gástrico	12
Ca recto	12
Ca páncreas	8
Ca esófago/UEG	2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**UROLOGIA**

Diagnóstico	No. Casos
Ca vejiga	5
Ca renal	3
TGNS	2
Ca próstata	2

**HEMATOLOGIA**

Diagnóstico	No. Casos
LNH	6

**PIEL Y PARTES B.**

Diagnóstico	No. Casos
Sarcoma retrop.	3

**CABEZA Y CUELLO**

Diagnóstico	No. Casos
Ca laringe	3
Ca hipofaringe	1
Ca cavidad oral	1

**NEUMOLOGIA**

Diagnóstico	No. Casos
Ca pulmon	1
Mesotelioma	1

**TUMORES DE MAMA**

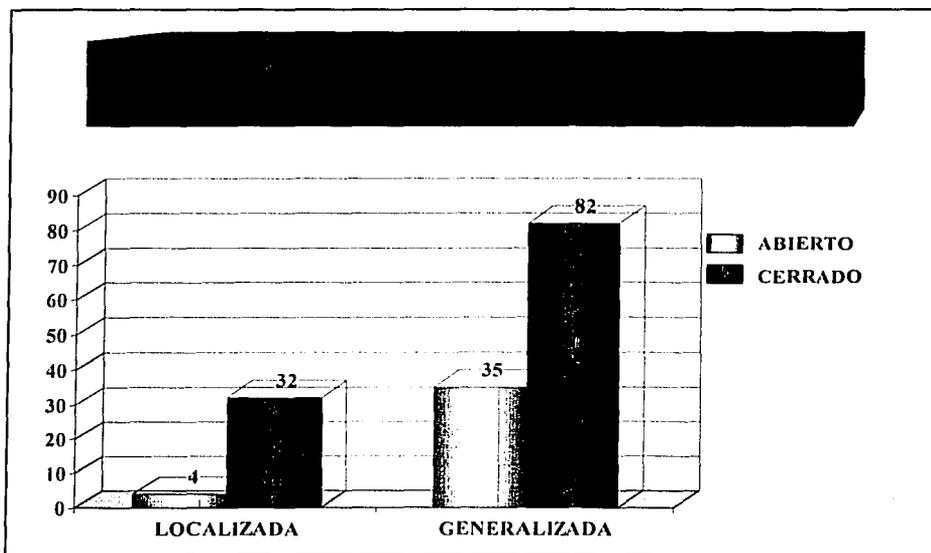
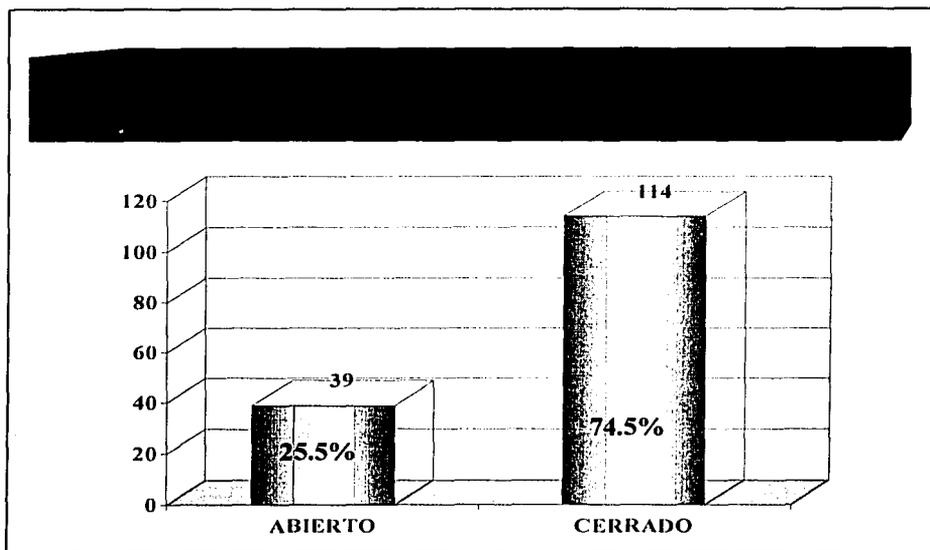
Diagnóstico	No. Casos
Ca mama	1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

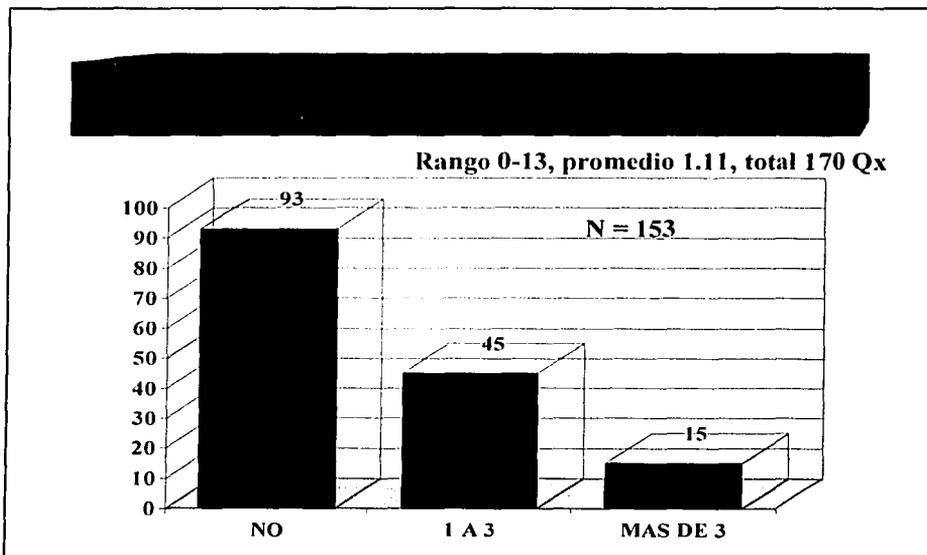
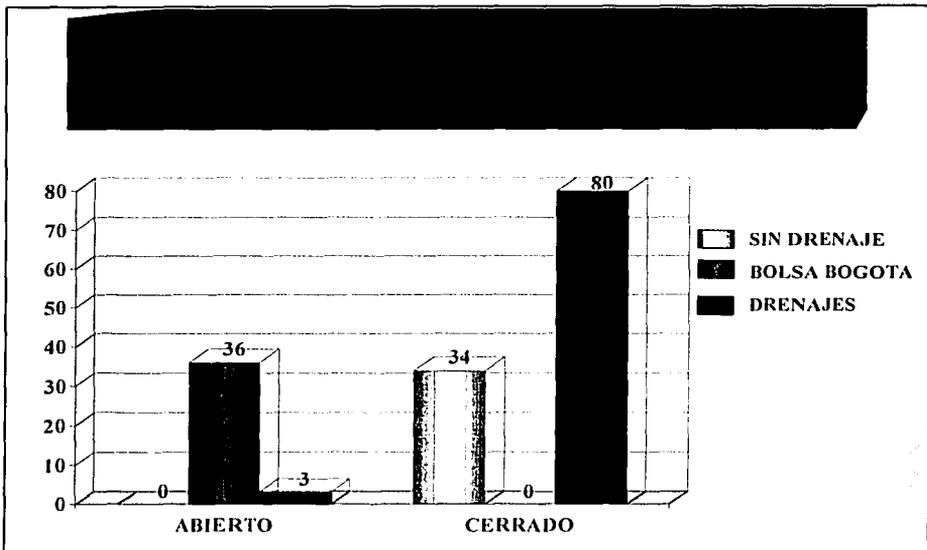
Diagnóstico	No. Casos
Perforación intestinal	86
Dehiscencias de anastomosis Intestinal	28
Absceso residual	28
Dehiscencia ureteral	4
Bilioperitoneo	3
Perforación uterina	2
Pancreatitis	2
Total	153

TIPO	No. CASOS	%
Localizada	36	23.5%
Generalizada	117	76.5%
Total	153	100%

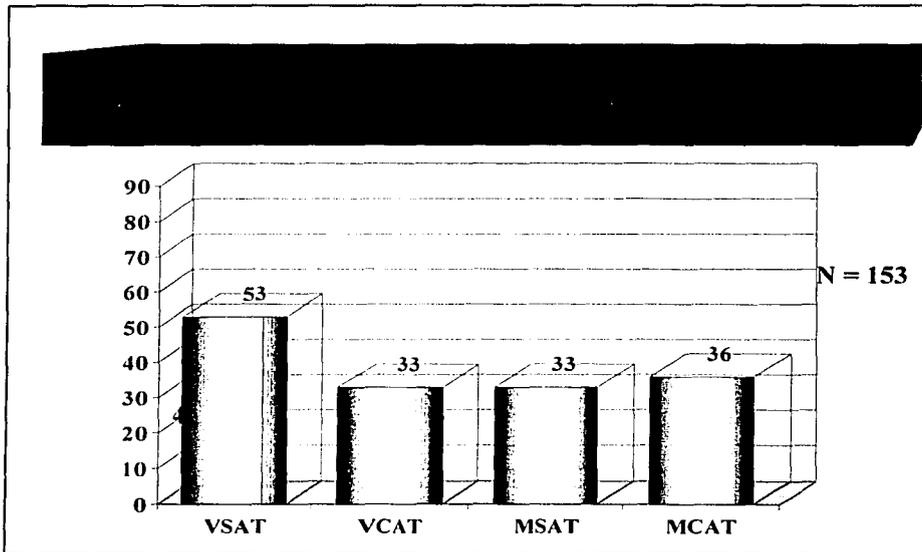
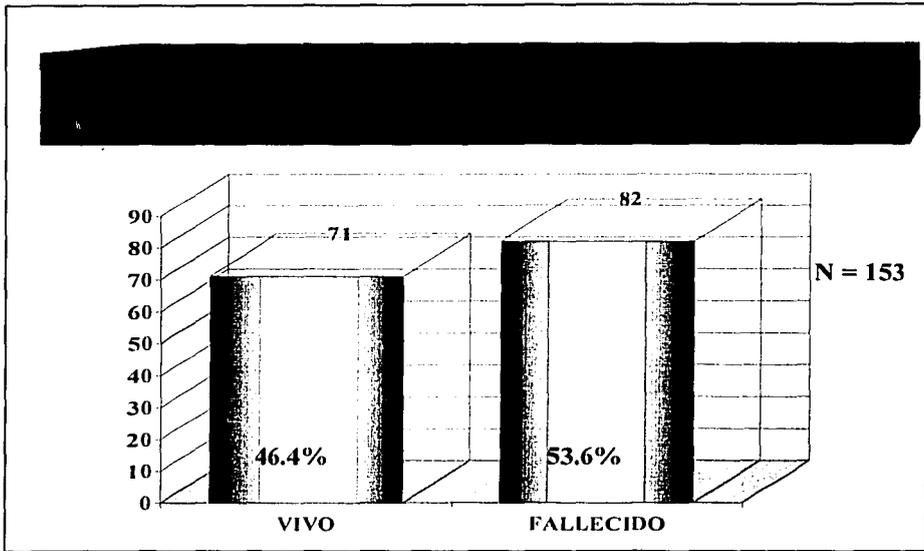
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

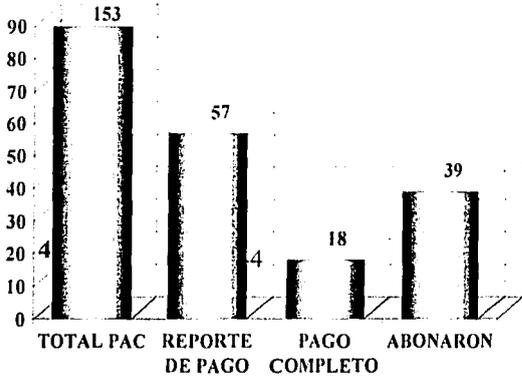


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



57=\$1,433,775.50

18=\$ 165,499.00

39=\$ 84,295.00

ADEUDO A INCan

\$ 1,183,982.00

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN