

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
HOSPITAL CLINICO VIEDMA
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

MED.
TESIS
V 727 P
2002

INDICE
RESUMEN
INTRODUCCIÓN
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA
HIPÓTESIS
METODOLOGÍA
RESULTADOS
CONCLUSIONES
RECOMENDACIONES
BIBLIOGRAFÍA
ANEXOS

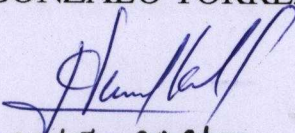
PRONOSTICO DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD EN INFECCIONES INTRAABDOMINALES USANDO INDICES DE SEVERIDAD

“APACHE II y SAPS I”

Junio – Diciembre 2001

AUTOR : Dr. CARLOS VILLAVICENCIO VALDA
Residente 1er. Año de Cirugía

TUTOR: Dr. GONZALO TORREZ ORTIZ


Dr. Gonzalo Torres Ortiz Cabrera
CIRUJANO GENERAL
M. P. T. - 343
HOSPITAL CLINICO VIEDMA
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA

COCHABAMBA - 15 - Febrero- 2002

RESUMEN

PRONOSTICO DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD EN INFECCIONES

INDICE INTRAABDOMINALES USANDO INDICES DE SEVERIDAD

"APACHE II y SAPS I"

Junio - Diciembre 2001

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	5
MARCO TEORICO	6
HIPÓTESIS	25
METODOLOGÍA	26
RESULTADOS-DISCUSSION	27
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	

PRONOSTICO DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD EN INFECCIONES

RESUMEN

INTRAABDOMINALES USANDO INDICES DE SEVERIDAD PRONOSTICO DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD EN INFECCIONES

INTRAABDOMINALES USANDO INDICES DE SEVERIDAD

Junio - Diciembre 2001

“APACHE II y SAPS I”

Junio - Diciembre 2001

INTRODUCCIÓN

En la evolución de la cirugía, dolor, infección, hemorragia y choque, eran los cuatro problemas más difíciles de superar para el avance de la cirugía. Conforme se fueron resolviendo, el horizonte de la cirugía se amplió. Pese a todo el pronóstico de toda sepsis intraabdominal es reservado. Un método útil para poder valorar el grado de gravedad de estos pacientes es el APACHE II y SAPS I, éste trabajo toma las dos medidas, encontrándose los siguientes resultados: la calificación de los índices de severidad con la evolución real, establece un riesgo de 80% de probabilidad de fallecer con un APACHE de 25 puntos y un SAPS de 10 puntos; riesgo de gravedad con una calificación APACHE II entre 16 y 25 o SAPS I entre 5 - 10; se muestra la cantidad de pacientes fallecidos: 9 fallecidos con puntaje APACHE II y SAPS I mayor a 25 y 10 respectivamente, según la evolución real; o 32% de fallecidos de todos los pacientes con sepsis intraabdominal. Como acabamos de ver los pacientes que tienen elevados índices de APACHE como SAPS tienen una probabilidad mayor de fallecer, esto valida estas dos formas de medir la gravedad en estos pacientes.

Si bien la antibiótico terapia redujo las infecciones, solo es una parte del tratamiento, coronado por una buena técnica quirúrgica. A comienzos del siglo XX la tasa de mortalidad por infección intraabdominal era del 90% y con los nuevos adelantos se redujo al 50%, y en algunos países desarrollados al 10 a 20 %. El diagnóstico y tratamiento temprano ayudan a disminuir esta tasa de mortalidad.

PRONOSTICO DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD EN INFECCIONES

INTRAABDOMINALES USANDO INDICES DE SEVERIDAD

“APACHE II y SAPS I”

Junio – Diciembre 2001

INTRODUCCIÓN.

En la evolución de la cirugía, dolor, infección, hemorragia y choque, eran los cuatro problemas más difíciles de superar para el avance de la cirugía. Conforme se fueron resolviendo, el horizonte de la cirugía se amplió.

A principios del siglo XX, los pacientes operados, con técnicas quirúrgicas adecuadas fallecían por infección postoperatoria. Solo la combinación de varios estudios pudieron limitar este problema: Luis Pasteur en 1865 desarrollo su teoría microbiana, Laeph, Lister con sus técnicas de asepsia y antisepsia y A. Fleming en 1928 con el descubrimiento de la penicilina, sentaron las bases para el tratamiento de las infecciones intra abdominales. Estos trabajos si bien son importantes, no son menos los trabajos de Londteiner con los trabajos de la compatibilidad sanguínea ABO; Bladok con sus estudios de Shock y otros tantos que colaboraron a superar el problema de las infecciones.

Si bien la antibiótico terapia redujo las infecciones, solo es una parte del tratamiento; coronado por una buena técnica quirúrgica. A comienzos del siglo XX la tasa de mortalidad por Infección intraabdominal era del 90% y con los nuevos adelantos se redujo al 50%; y en algunos países desarrollados al 10 a 20 % El diagnóstico y tratamiento temprano ayudan a disminuir esta tasa de mortalidad.

Physiology Score) y otros ítemes. A nivel internacional el más usado es el APACHE en su versión II. Muchos factores contribuyen a que la mortalidad por Infección Intraabdominal sea alta; entre ellos se encuentra la edad, el estado nutricional; la inmunodepresión por diversas causas; los antecedentes patológicos (cardiopatías, diabetes, etc); el diagnóstico y tratamiento tempranos la técnica quirúrgica de reparación y lavado peritoneal, antibióticos usados; la accesibilidad a unidades de terapia intensiva y muchos otros factores. En nuestro medio es importante la percepción del problema abdominal por el paciente, la familia y la idiosincrasia con la que se maneja.

Los estudios en los últimos decenios, indican que la mortalidad por infección es un proceso por etapas. Es así que un paciente con Infección Intraabdominal, presenta en su inicio un SIRS (Síndrome de Respuesta Inflamatoria sistémica), sepsis, shock séptico y SDOM (Síndrome de Disfunción orgánica múltiple).

Del conocimiento de los eventos fisiopatológicos en las infecciones intraabdominales; de la natural inquietud del médico, paciente y familia por conocer el pronóstico de la enfermedad y últimamente por interés socioeconómicos de instituciones hospitalarias, aseguradoras surge la necesidad de dar un pronóstico con bases científicas.

Los índices de severidad tratan de cubrir la necesidad de establecer un pronóstico. Se conocen muchos indicadores, desde los más antiguos como la clasificación de riesgo de la sociedad de anestesiología, la escala Glasgow, el SSS (Septic Severity Score); MPM (Modelo de Predicción de la Mortalidad); TISS (Therapeutic Intervention Severity System); APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evolution); SAPS (Simplified Acute

Physiology Score) y otros tantos. A nivel internacional el más usado es el APACHE en su segunda revisión y el SAPS I.

Estos indicadores son los más utilizados por su sencillez y rendimiento (6) . Se usan para seleccionar grupos de pacientes de UCI con riesgo comparable de muerte, para establecer el pronóstico de pacientes bajo ventilación mecánica, evaluar la calidad de la asistencia hospitalaria; controlar gastos innecesarios secundarios al uso de determinados medidas terapéuticas caras como la nutrición parenteral. ; comparar tratamientos médicos o quirúrgicos; evaluar la eficacia de diversos fármacos, evaluar la pancreatitis aguda y en definitiva como índice pronóstico de mortalidad fiable en enfermedades con riesgo vital.

En el Hospital Clínico Viedma se observan diariamente 3 tipos de pacientes:

- Aquellos con patologías quirúrgicas, antecedentes y características que los hacen potenciales para desarrollar una infección intraabdominal, como pacientes con heridas por arma blanca o de fuego; apendicitis, colangitis, hernias estranguladas de varias horas, días o incluso semanas de evolución
- Pacientes con cuadros de peritonitis e infecciones intraabdominales bien establecidas y por diversas causas, como apendicitis perforadas necrosadas, colangitis supuradas; perforaciones viscerales de varias horas, días e incluso semanas de evolución, traumas abdominales cerrados o abiertos con lesión de vísceras de varias horas o días de evolución y otras patologías que por la idiosincrasia de los pacientes y la falta de recursos económicos no desarrollarían infecciones intraabdominales.

Para establecer el pronóstico de gravedad y mortalidad se utilizaron los índices de gravedad APACHE II y SAPS I, por su facilidad de manejo y porque todos los datos se

- Pacientes con complicaciones sépticas, shock séptico, septicemia e incluso SDMO, cuyo origen fue una infección intraabdominal.

La mayoría de estos pacientes ingresan por el servicio de emergencia del H. Clínico Viedma. En este se registran sus datos clínicos, en una hoja de emergencia y se solicitan los laboratorios de rutina prequirúrgicos. Muchas veces los datos clínicos y laboratoriales son incompletos y no permiten comprender el estado actual del paciente a su ingreso y tener bases para su seguimiento.

La clasificación de Gravedad, se realiza por la experiencia de los jefes de emergencia o por la sospecha de médicos residentes e internos o simplemente se deja esta tarea y su tratamiento para el médico de terapia intensiva. Surgiendo muchas veces discrepancias sobre el estado real del paciente y la medida terapéutica que se debe tomar y el destino donde será vigilado el paciente.

Objetivo Principal

Establecido la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano de las infecciones intraabdominales; pero también la importancia de la clasificación de gravedad y pronóstico de mortalidad, para lograr un seguimiento de calidad en los pacientes con Infección Intraabdominal del H. Clínico Viedma; este trabajo se realiza estudiando a todos los pacientes, ingresados por emergencias entre Junio y Diciembre del 2001; con diagnóstico de alguna forma de Infección Intraabdominal o siguiendo a todos los pacientes que potencialmente desarrollaron un Infección Intraabdominal posquirúrgico.

1. Determinar un puntaje en base a los índices de severidad

Para establecer el pronóstico de gravedad y mortalidad se utilizaron los índices de gravedad APACHE II y SAPS I, por su facilidad de manejo y porque todos los datos se