

Cirugía y Cirujanos

Volumen **71**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Febrero **2003**
January-February

Artículo:

Comentario al trabajo titulado: “Manejo conservador del absceso intraperitoneal postapendicectomía. Resultados preliminares”

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com

Comentario al trabajo titulado: “Manejo conservador del absceso intraperitoneal postapendicectomía. Resultados preliminares”

Acad. Dr. Giovanni Porras-Ramírez*

Se trata de un estudio preliminar con un diseño prospectivo, longitudinal y que pretende ser comparativo, en el que desgraciadamente, como señala en su escrito el autor, el análisis estadístico no está terminado por lo que no se puede definir con precisión la relevancia de las diferencias encontradas entre los grupos analizados.

Se estudiaron 30 pacientes operados por apendicitis complicada, con absceso intracavitario residual postoperatorio, mencionándose que cada paciente fue control de sí mismo.

El propósito fundamental del trabajo es:

“...probar la utilidad del manejo conservador con un esquema de antimicrobianos, previamente diseñado para aquellos niños en los que se demostró la presencia de una colección purulenta en el interior de la cavidad peritoneal”.

El Dr. Baeza y su grupo manejan prácticamente cuatro diferentes esquemas con cuatro antimicrobianos asociados que incluyen:

1. Gentamicina o amikacina (aminoglucósidos), que actúan sobre gérmenes gramnegativos susceptibles incluyendo: *Pseudomonas spp*, *Escherichia coli*; *Proteus spp* (indol positivo e indol negativo); *Providencia spp*, *Klebsiella-Enterobacter-Serratia spp* y *Acinetobacter (Mima-Herelella) spp*. También es activo contra cepas de *Salmonella spp*, *Shigella spp*; *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*.
2. Clindamicina, antibiótico eficaz contra gérmenes anaerobios sensibles, tales como *Bacteroides*, *Fusobacterium*;

Propionibacterium; *Eubacterium*; *Actinomyces*; *Peptococcus*; *Peptostreptococcus* y estreptococo microaerófilico; así como también actúan sobre cepas susceptibles de bacterias grampositivas como estreptococos, estafilococos, neumococos y cepas susceptibles de *Chlamydia trachomatis*.

3. Metronidazol, eficaz antianaeróbico especialmente contra *Bacteroides fragilis*; y melanogénico; así como otras especies no bacteroides como: *Veillonella*, *Fusobacterium*; *Propionibacterium*, *Clostridium*, *Peptococcus* y *Peptostreptococcus*. Actúan además contra *Entamoeba histolytica* y otras formas de amebiasis invasora grave.
4. Cefotaxima, su espectro antibacteriano sobre cepas habitualmente sensibles se reduce a: *Streptococcus*, excepto el grupo “D” *Streptococcus pneumoniae*; *Staphylococcus “R”*, *Bacillus subtilis* y *mycoides*; *Corynebacterium diphtheriae*; *Erysipelothrix insidiosa*; *Neisseria gonorrhoeae*, cepas productoras y no productoras de penicilinasas; *Neisseria meningitidis*; *Escherichia coli*; *Klebsiella*; *Enterobacter*; *Serratia*; *Proteus* cepas indol positivas e indol negativas; *Salmonella*; *Citrobacter*; *Providencia*; *Shigella*; *Yersinia*; *Haemophilus influenzae paraifluenzae*; *Bordetella pertussis*; *Moraxella*; *Aeromonas hydrophila*; *Veillonella*; *Clostridium perfringens*; *Eubacterium*; *Propionibacterium*; *Fusobacterium* y *Bacteroides melaninigenicus*.

Hasta ahora, los principios en el tratamiento del absceso intraabdominal, tradicional y universalmente aceptados son tres:

1. Cuidados generales del paciente.
2. Administración de antibióticos.
3. Drenaje del absceso.

Desde que Hipócrates en el siglo V a.C grabó su aforismo:

“Uva pura, Uva Vacua” (“Donde hay pus, hay que evacuarla”)⁽¹⁾.

Los cirujanos aprendimos y practicamos este principio ya sea en forma ciega percutánea, guiada por ultrasonido o TAC, o bien en forma abierta, pero siempre acompañada de esquemas de antibióticos similares a los utilizados por el Dr. Baeza⁽²⁾.

Como reflexiones finales acerca de este interesante estudio conviene dejar asentado:

* Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía.

Solicitud de sobretiros:
Acad. Dr. Giovanni Porras-Ramírez
Tezintlan Sur No. 36 esq. 3 Pte.
Col. La Paz
C.P. 72160, Puebla, Puebla
Teléfonos: 01-222-248-39-21
01-222-248-38-44

Recibido para publicación: 22-08-2002.
Aceptado para publicación: 07-11-2002.

Que los éxitos no se discuten, pero sí deben analizarse a luz de los conocimientos actuales para hacerlos reproducibles en cualquier hospital que maneje este tipo de pacientes.

Que el resultado obtenido por el Dr. Baeza y colaboradores, abre una posibilidad más hacia el manejo no invasivo de los abscesos residuales.

Que sin embargo, será conveniente efectuar un ensayo clínico controlado con distribución al azar de pacientes preferentemente multicéntricos con un protocolo de manejo similar, comparado con otro que incluya antibióticos y drenaje para darle la suficiente validez estadística y aceptación total dentro del grupo de cirujanos.

Que la medicina basada en evidencia es la integración de la mejor evidencia obtenida de la investigación biomédica con la experiencia clínica individual del médico y los valores personales del paciente para tomar una decisión clínica⁽³⁾.

Que esto no es nada nuevo, pues ya Hipócrates señala que “En Medicina se debe poner atención a la teoría basada en hechos, aunada a la experiencia, el juicio y la razón”⁽¹⁾.

Y que el juicio, como capacidad humana para distinguir lo bueno de lo malo, y lo verdadero de lo falso, se traduce en prudencia y sensatez basada en la experiencia.

En base a lo anterior, concluyo utilizando una bella frase de Lillihei:

“El buen juicio se basa en la experiencia, pero muchas veces la experiencia es producto de un mal juicio”.

Felicito al Dr. Baeza y colaboradores por traer al seno de nuestra Academia nuevas inquietudes que son la razón de ser del cirujano en nuestra cotidiana existencia.

Referencias

1. Laín Entralgo P. La medicina hipocrática. Madrid, Spain: Rev de Occidente;1970.
2. Rostein OD, Nathens AB. Peritonitis and intra-abdominal abscesses: In: American College of Surgeons, editor. Principles & Practice. WebMD Corp.;2002.
3. Sacket DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RG. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone;2000.

