

TRABAJOS ORIGINALES

Peritonitis difusa: un reto para el cirujano del nuevo siglo

Diffuse peritonitis: a challenge for surgeon from the new century

Dr. Juan José Roig Fabré y Dra. María Elena González Ruiz.

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Fajardo. Santa Clara, Cuba.

RESUMEN

Introducción: En la peritonitis difusa, se han realizado diferentes estrategias para lograr una regresión del cuadro peritoneal aún así sigue presentándose como una de las principales causas de muerte en nuestros días.

Objetivos: Analizar el comportamiento de la peritonitis difusa en nuestro centro.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal de 10 años de duración, que abarcó el periodo de junio de 1988 hasta mayo de 1998. El universo estuvo constituido por 822 pacientes quirúrgicos, 72 con peritonitis difusa ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Clínico Quirúrgico Docente: Comandante Manuel Fajardo Rivero, en Santa Clara.

Resultados: En el estudio predominaron las edades entre 36 y 65 años con letalidad que no sobrepasó el 20 %, la letalidad se incrementó con la edad, resultando superior al 70 % en los grupos de edades por encima de 66 años. Se presentaron 67 mujeres con peritonitis difusa por cada 100 hombres y murieron 28 mujeres por cada 100 hombres. El 50 % del total de los casos fue secundario a apendicitis aguda, pelviperitonitis y úlcera gastroduodenal perforada. La comorbilidad con enfermedades crónicas presentes en la totalidad de estos pacientes ensombreció su pronóstico, las complicaciones más frecuentes resultaron el desbalance hidromineral (100 %) y la bronconeumonía bacteriana (94,4 %). El procedimiento quirúrgico más empleado fue el abdomen abierto que se le realizó al 32,8 % de los pacientes. Se realizaron cultivos microbiológicos y se obtuvieron 245 aislamientos, el 90,2 % de enterobacterias. El 52,2 % de las muertes ocurrió por fallo múltiple de  rganos.

Conclusiones: El tratamiento del paciente con peritonitis difusa requiere de un enfoque multidisciplinario que contribuya a prevenir y tratar la frecuencia y gravedad de las complicaciones que ensombrecen el pronóstico por lo que resultan imprescindibles su detección precoz y tratamiento oportuno considerándose necesaria su protocolización.

Palabras clave: Peritonitis, cuidados intensivos.

ABSTRACT

Introduction: In the case of diffuse peritonitis different strategies have been performed to achieve a regression the peritoneal picture, even so, nowadays it remains as one of major death causes.

Objectives: To analyze the behavior of diffuse peritonitis in our institution.

Methods: A ten years length longitudinal, retrospective and descriptive study was conducted from June 1988 to May 1998. Universe included 822 surgical patients, 72 presenting with diffuse peritonitis admitted in the Intensive Care Unit (ICU) of the "Comandante Manuel Fajardo" Clinical Surgical Teaching Hospital of Santa Clara.

Results: In study there was predominance of ages between 36 and 65 years with a mortality under 20 %, it increased with age, being over 70 % in age groups over 65 years. There were 67 women presenting with diffuse peritonitis by each 100 men and died 28 women by each 100 men. The 50 % of total of cases was secondary to acute appendicitis, pelviperitonitis and perforation gastroduodenal ulcer. The comorbid chronic diseases present in all of these patients obscured its prognosis, the more frequent complications were the hydro-mineral imbalance (100 %) and the bacterial bronchopneumonia (94,4 %). The more used surgical procedure was the open abdomen performed in the 32,8 % of patients. Microbiologic cultures were carried out achieving 245 isolations, the 90,2 % of Enterobacter. The 52,2 % of deaths was due to multiple organs failure.

Conclusions: Treatment of patients presenting with diffuse peritonitis requires a multidisciplinary approach contributing to prevent and to treat the frequency and severity of complications obscuring the prognosis, thus its early detection is essential as well as the timely treatment being necessary its protocol design.

Key words: Peritonitis, intensive care.

INTRODUCCIÓN

La peritonitis, localizada, generalizada o difusa, sigue presentándose como una de las principales causas de muerte aún en nuestros días. Desde la aparición de la Penicilina (Fleming en 1929), se ha desencadenado una carrera entre el hombre, creando antibióticos de más amplio espectro y los gérmenes tornándose más resistentes. El único no preparado para esta carrera ha sido el hombre. Se mantienen como elementos de mal pronóstico la edad, comorbilidad por diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas, cardiopatías, nefropatías, hepatopatías, el déficit nutricional, las neoplasias, como el uso de esteroides.¹

Nuestro país ha logrado una población con una esperanza de vida de más de 75 años, que representa un sector numeroso en nuestro universo de atención, sobretudo en nuestra provincia, Villa Clara, que es la más envejecida del país. También nuestra área de atención es una de las primeras en la provincia en afecciones crónicas tales como diabetes mellitus y cardiopatías. Esto hace una población de alto riesgo.

La sepsis intraabdominal es una de las causas más frecuentes de las consultas en los cuerpos de guardia por dolor abdominal. En general ocurre como consecuencia de la contaminación bacteriana o química del peritoneo debido a la perforación del tubo digestivo o a la obstrucción e inflamación de una víscera hueca (colecistitis, diverticulitis, apendicitis) o a una pancreatitis (mixta, química o bacteriana). Enfermedades comunes como la colelitiasis ya afecta al 5 - 6 % de la población, aunque únicamente el 3 % desarrollará una colecistitis aguda. La prevalencia de la apendicitis aguda es del 7 % y la diverticular afecta al 50 % de la población mayor de los 70 años, pero solamente el 20 % presenta alguna complicación como diverticulitis aguda.¹

La infección es uno de los diagnósticos más comunes en el enfermo en estado crítico y una complicación no deseable en la cirugía y en el trauma. La persistencia del foco infeccioso junto con una fase de flujo insuficiente, son las causas primarias del síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM).²⁻⁴

La disminución de la resistencia del huésped tiene alta correlación con la frecuencia de la sepsis, estado de shock y muerte.³

Desde el punto de vista del procedimiento quirúrgico se han realizado diferentes estrategias con el fin de lograr una regresión del cuadro peritoneal que van desde la relaparotomía programada, el abdomen abierto hasta la irrigación peritoneal. Se han utilizado diferentes medicamentos como inmunomoduladores a fin de elevar la capacidad inmunológica del paciente.⁵ Desde que el intensivista y el cirujano se trazaron la estrategia del tratamiento de la peritonitis podemos resumir que existen elementos aceptados y establecidos; elementos que se hacen, no se discuten aunque no estén establecidos; y elementos cuestionables aunque se lleven a cabo por algunos.

La peritonitis generalizada es un problema complejo caracterizado por alta mortalidad, en que el cirujano lucha por eliminar la extensión del proceso supurativo. Han existido diferentes métodos para su tratamiento, entre los cuales se encuentran el lavado peritoneal continuo, defendido por Priné en 1905, la conducta expectante posterior al drenaje quirúrgico de las colecciones abdominales (lavado a demanda), el lavado transoperatorio amplio con cierre diferido de los planos superficiales y el método de abdomen abierto, el cual ha disminuido la mortalidad de la peritonitis grave, pero no ha estado exento de complicaciones.^{5,6}

Nosotros mostramos nuestra experiencia en pacientes tratados con laparotomía programada, preconcebida cada 24 a 48 horas según la evolución clínica del caso. Ello tiene el inconveniente de que en ocasiones el deterioro o la distensión de la pared abdominal dificulta el cierre. Sin embargo resulta efectiva en los casos de peritonitis purulenta generalizada, en los que es de esperar una evolución tórpida y que dudosamente se cura en la primera intervención o en los que esté indicada una reexploración como ocurre en la isquemia mesentérica.

Su evolución está en gran parte condicionada a la interrelación que existe entre la desnutrición, la inmunosupresión y la falla metabólica.⁷

Con este estudio nos proponemos analizar el comportamiento de la peritonitis difusa en nuestro centro. Se muestra la ancestral lucha del médico contra la infección, los gérmenes; la interrelación para el éxito del tratamiento entre el procedimiento

quirúrgico empleado y la estrategia en el uso de los antibióticos disponibles, siempre apoyados por una seria y profesional obra microbiológica.

MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo en los ingresados en las salas de terapia (intensiva e intermedia) de nuestro centro hospitalario. Es descriptiva, retrospectiva, longitudinal de 10 años de duración, que abarcó el periodo de junio de 1988 hasta mayo de 1998. El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes quirúrgicos ingresados en los servicios de terapia de Junio de 1988 a mayo de 1988, la muestra estuvo constituida por los ingresados con peritonitis difusa (72 pacientes) en similar período de tiempo. Se excluyeron del universo los ingresos en terapia por otras causas y de la muestra aquellos pacientes ingresados en las terapias, operados pero que no tenían una peritonitis.

Se seleccionaron como variables la edad, el sexo, fallecidos con peritonitis difusa, tipo de técnica quirúrgica empleada, complicación postoperatoria, los microorganismos aislados de los cultivos realizados a los pacientes, la causa de muerte y comorbilidad, se realizó análisis de proporciones y porcentuales.

Se empleó una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP, y las tablas y gráficos se realizaron con Excel XP.

RESULTADOS

Como se observa en la [figura 1](#) de los 72 pacientes con esta afección fallecieron 23, para un 32,15 %, se muestra además la distribución de pacientes con peritonitis por grupos de edad, siendo los más afectados los grupos entre 46-55 y 56-65 con el 22 y el 18 % respectivamente.

La letalidad presentó valores mayores a partir de los 66 años con cifras superiores al 70 % del total de pacientes intervenidos, la más alta en los grupos de los mayores de 85 con el fallecimiento de todos los pacientes y el grupo de 66-75 años donde de los 8 pacientes 6 fallecieron, el 75 %.

Los tres grupos de edades más jóvenes presentaron una letalidad mucho menor, incluso nula como en el primer grupo de 15-25 aunque el mayor número de casos estuvo en los grupos de edades de 36-45, 46-55 y 56-65 que agruparon al 46 % del total de pacientes siendo estos los más representativos en número.

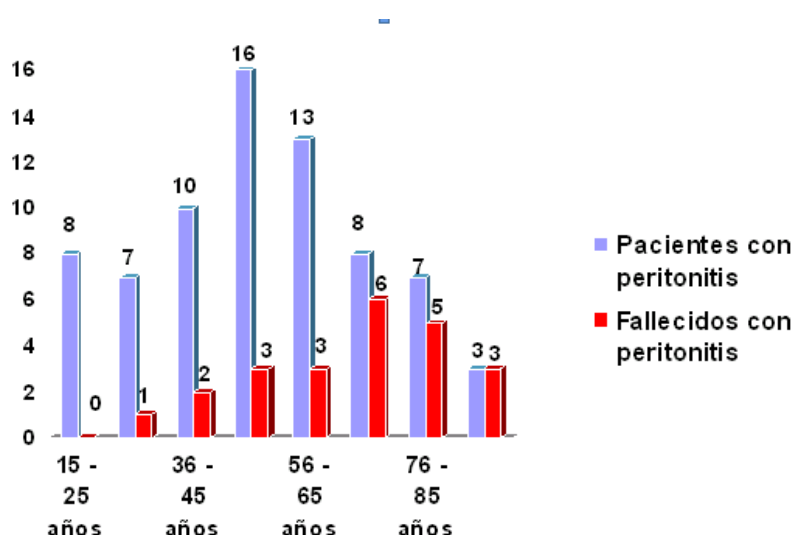


Fig. 1. Distribución de pacientes fallecidos con peritonitis

Al observar la distribución de los fallecidos con peritonitis difusa por sexo, [figura 2](#), el más afectado es el masculino, con un índice de 67 mujeres con peritonitis por cada 100 hombres. Nuestro estudio presentó un porcentaje de fallecidos del total de hombres de 41,8, cifra que en el sexo femenino fue de 17,2 %, fallecieron 28 mujeres por cada 100 hombres.^{2,4-8}

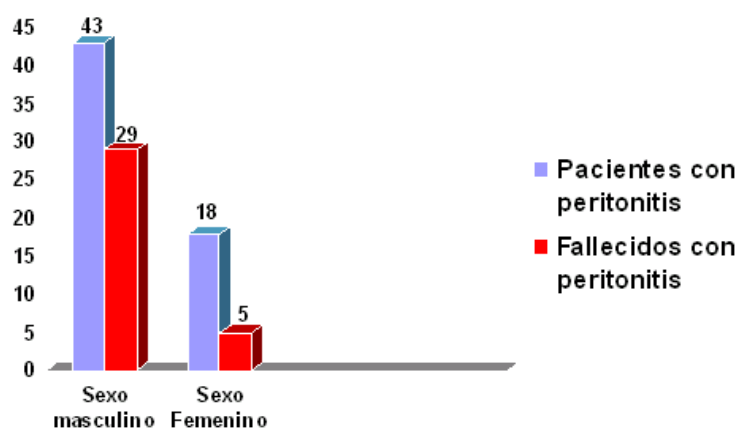


Fig. 2. Distribución de los fallecidos con peritonitis difusa por sexo.

En nuestra investigación las causas más frecuentes de peritonitis difusa fueron la apendicitis, la pelvipertonitis y la úlcera gastroduodenal perforada, [figura 3](#), que representaron el 23,6, 15,3 y 11,1 % respectivamente y en su conjunto el 50 % del total, del resto de las causas relacionadas destacamos la colecistitis aguda complicada, 9,7 %, la pancreatitis aguda 8,3 %, la dehiscencia de suturas entéricas el 5 % y la

enfermedad de Crohn el 5,6 %, coincidiendo con la frecuencia de esta intervención quirúrgica en el hospital.

En segundo lugar de frecuencia, vimos al absceso pélvico o pelviperitonitis con 11 pacientes, incuestionablemente mujeres que representa el 15,3 % de los pacientes con peritonitis difusa, pero el 37,9 % del total de mujeres afectadas; y el 9 % de los fallecidos por peritonitis, además es el 20 % de las 5 fallecidas, valor significativo para nuestro estudio. Las perforaciones y abscesos del colon izquierdo se comportaron con un alto índice de letalidad, 66 y 100 % respectivamente. La dehiscencia de la sutura entérica presentó un 60 % de fallecidos.

La comorbilidad presente en los pacientes que ingresaron por peritonitis difusa resultó coincidir con que los 72 pacientes ingresados con peritonitis difusa presentaron afecciones asociadas, el 38,9 % de los pacientes eran diabéticos, el 30,6 % padecían de cardiopatía isquémica, el 22,2 % eran hipertensos, el 15,3 % padecían de una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, el 8,3 % eran obesos y el 6,9 % alcohólicos.

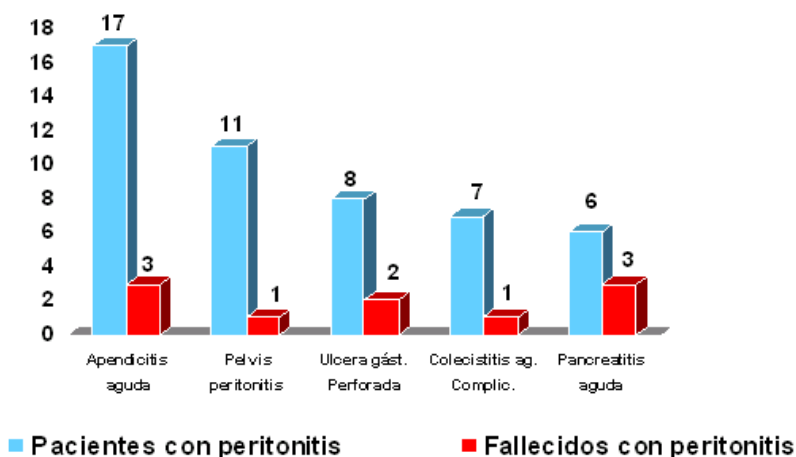


Fig. 3. Causas más frecuentes de Peritonitis Difusa.

El procedimiento quirúrgico más empleado fue el de abdomen abierto, [figura 4](#), con el que se trató al 32,8 % de los casos, que en ese momento era el proceder que se pensaba era el más adecuado para esta afección. En segundo lugar se les realizó relaparotomía programada al 20,6 % de los pacientes, técnica que ha prevalecido en la mayoría de nuestros centros asistenciales, relaparotomía a demanda al 20,8 % y se empleó el baño o lavado peritoneal por sondas en el 5,8 %, restante no muy utilizado en nuestro estudio. No fue exclusivo en algunos pacientes un solo proceder, por ejemplo la relaparotomía a demanda. Nos limitamos al proceder propiamente dicho,

contra la sepsis para no distraer el estudio, no consideramos si se realizó, ante una dehiscencia de sutura por ejemplo, la exteriorización de los cabos.

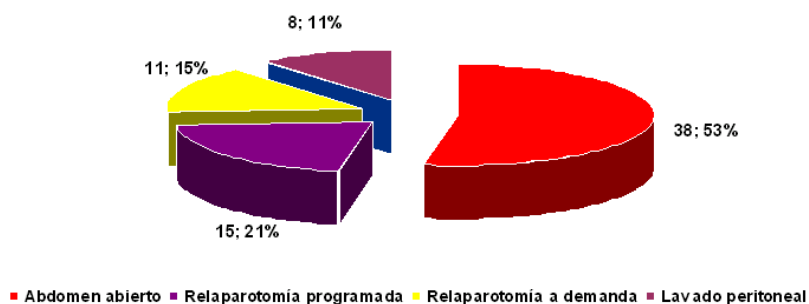


Fig. 4. Distribución según técnica quirúrgica empleada.

Las complicaciones más frecuentes de nuestra serie fueron, en primer lugar el desbalance hidromineral, presente en todos los pacientes ingresados en el servicio de terapia con peritonitis difusa. Le siguió en frecuencia la bronconeumonía bacteriana nosocomial, con el 94,44 % independiente de haber sido o no ventilado. El shock séptico estuvo presente en el 40,28 % de los pacientes estudiados, por lo que hay que tener en cuenta su diagnóstico temprano y la terapéutica adecuada para su prevención. En los datos obtenidos vemos que excepto dos pacientes, la mayoría oscilaba su edad entre los 55 y 85 años, por lo que los pacientes en estos grupos de edades son más propensos a hacer los cuadros de sepsis más graves. La sepsis urinaria estuvo presente en el 33 %.

Consideramos que como elemento interesante se atendieron dos pacientes con infarto agudo del miocardio, y fue esta, en ellos la causa que perpetuó el shock, falleciendo ambos pacientes por el infarto del miocardio, aunque con peritonitis.

El microorganismo aislado en más ocasiones fue la *Escherichia coli* con 119 aislamientos seguida en orden decreciente de la *Pseudomona aeruginosa* con 56 aislamientos, *Klebsiella* sp 46 aislamientos, *Streptococos* fecales 16 aislamientos y 8 *Cándida* sp en 245 cultivos positivos.

En relación a las causas de muerte, la de mayor incidencia fue la disfunción múltiple de órganos con más del 50 %.

DISCUSIÓN

La mortalidad en nuestro estudio se corresponde con los resultados obtenidos en otros centros del país. Un trabajo realizado en el Hospital Universitario "General Calixto García Iñiguez",⁸ de una serie de 113 pacientes, fallecieron el 37,06 %. Por lo que nuestros resultados no están muy distantes de este prestigioso centro universitario.

Otros estudios también reportan una elevada letalidad en la peritonitis difusa relacionada directamente con el incremento de la edad que es considerada por numerosos autores como factor de riesgo por la inmunosenescencia y la mayor asociación con enfermedades crónicas no transmisibles,⁹⁻¹³ los pacientes operados graves han supuesto un motivo indiscutible para recibir asistencia intensiva, pues constituyen un sistema complejo que puede ser evaluado por un determinado número de variables fisiológicas en una UCI. Se refiere por numerosos autores un aumento creciente en la última década de las cifras de pacientes operados que requieren ingreso en una UCI, a la vez que éstos influyen notablemente en los patrones de mortalidad de los enfermos en estado crítico.^{6,14,15}

La mayor frecuencia de hombres con peritonitis difusa puede estar influenciado porque nuestro universo de trabajo comprende unidades militares que incrementa la población masculina que se atiende en el hospital, no obstante autores nacionales e internacionales identifican a los varones como los más afectados por peritonitis difusa y coinciden con la alta letalidad de este grupo que en nuestro estudio presentó un porcentaje de fallecidos de hombres 2,5 veces superior al de mujeres.

Las causas del abdomen agudo son múltiples pero un adecuado interrogatorio y examen físico sugieren la etiología probable en un alto porcentaje de casos, siempre y cuando el enfoque del paciente se haya realizado en forma concienzuda y ordenada. Partiendo de una sospecha clínica la solicitud de exámenes complementarios estará dirigida a comprobar la impresión diagnóstica del médico, la infección intraabdominal es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo, representando el 23 % de las consultas por dolor abdominal. La incidencia aumenta con la edad y el número de enfermedades concomitantes, por lo que cabe esperar un incremento en las próximas décadas a medida que se prolonga la esperanza de vida. Enfermedades comunes como la colelitiasis, ya afectan del 5 al 6 % de la población, aunque únicamente el 3 % desarrollará colecistitis aguda; la prevalencia de la apendicitis aguda es del 7 % y la enfermedad diverticular afecta al 50 % de la población mayor de 70 años, pero solamente el 20 % presenta alguna complicación como diverticulitis aguda.^{2,9,16}

La apendicitis aguda como primera causa de peritonitis difusa coincide con lo reportado por otros autores nacionales e internacionales, la letalidad se comportó similar a la reportada en otros estudios, 17,6 %.^{2,5,6,13,16,17} Comparando la segunda causa con otros estudios,^{11,13,15} nuestro valor dista de los descritos por sus autores, sobre todo los estudios realizados en centros nacionales como en Ciego de Ávila y otros autores de nuestra provincia.^{7,15} El resto de las causas coinciden con lo descrito por otros autores consultados.^{2,16,18}

Muchos de los estudios que hemos revisado coinciden en afirmar que la coexistencia de peritonitis y otra afección crónica aumentan la posibilidad de riesgo, evolución tórpida y desenlace fatal.^{6,10,16,17}

A mediados del siglo pasado, en Europa se desarrolla el proceder del abdomen abierto a fin de brindar una mejor atención al paciente y con el interés expreso de observar y atajar a tiempo la aparición de pus en cavidad.^{19,20} En Cuba el primero que empezó a utilizar este proceder, sin regencia previa, fue el *Dr. Teodoro Machado* en la antigua sala 6 del entonces Hospital Provincial de Villa Clara, entre 1983-1984. Pero la primera en describir este proceder en Cuba, en el Hospital V. Lenin de Holguín fue la *Dra. C. Pura Áviles*, la cual en un Congreso Nacional de Terapia Intensiva realizado en nuestra

provincia, reconoció que el *Dr. Machado* fue el primero en realizarlo. Muchos países lo hicieron suyo, tal es el caso de Colombia que presentaba una casuística de pacientes con herida por arma de fuego en abdomen con peritonitis difusa y el tratamiento de elección era el abdomen abierto; tanto fue así que hasta crearon una forma de cierre del abdomen con una ventana transparente para ver cuándo operar otra vez al paciente: la llamada "Bolsa de Bogotá", sus desventajas son que requiere un estrecho trabajo en equipo que no siempre se logra, su elevado costo: económicamente duplica el valor de la atención médica, requiere de terapias con áreas más especializadas y como complicaciones la aparición de las temidas fístulas entéricas, formación de un tejido de colágeno que no permita el acceso a varios órganos del abdomen a riesgo de empeorar más la situación y como secuela la "hernia incisional programada" por la retracción de los tejidos de la pared quedando un defecto difícil de reparar.²⁰

El desbalance hidromineral como complicación más frecuente nos indica la importancia no solo de diagnosticar esta afección tan frecuente en el operado crítico a tiempo, sino también saberla tratar y evolucionar con un monitoreo adecuado y el control, mediante el ionograma. La gasometría nos permite una adecuada corrección del aporte de oxígeno; y estos tres procedimientos nos permiten no sólo prevenir el estado de shock, además evitar que se perpetúe y la afección llegue a una fase irreversible. En nuestro estudio vemos como una de las principales complicaciones a la bronconeumonía bacteriana nosocomial, sobre todo en los grupos de la tercera edad o más cercana a ella y coincidimos con otros autores²¹ que el encamamiento prolongado, el uso por más de cinco días de la sonda nasogástrica, así como la depresión de la conciencia contribuyen a la aparición de la bronconeumonía nosocomial porque el reflejo tusígeno disminuye y no es útil, no existe movilización de las secreciones del árbol bronquial y con la translocación bacteriana aparece en breve esta afección de tan alta letalidad, aún en nuestro siglo, después de justo 80 años del advenimiento de la penicilina. La sepsis urinaria se relacionó con el uso ineludible de sonda vesical en estos pacientes graves, en los que también se practicó, en algunos, la medición de la presión intraabdominal.

Es significativo que en estos pacientes se les brindó una nutrición pormenorizada, bien parenteral, enteral o mixta lo que coadyuvó al restablecimiento de los pacientes y que pudieran tolerar no sólo la hipercatabolia, también la agresión quirúrgica y anestésica.

En este estudio se pudo constatar que aún en estado crítico, el paciente no sólo tiene la peritonitis, a medida que avanza la enfermedad aparecen nuevas afecciones: estas complicaciones pueden ser muy significativas o el médico que evoluciona al paciente puede pasarlas por alto, como son las dermatitis por hongo que no se recoge en la historia clínica como elemento importante y muchas veces puede pasar inadvertida, siendo quizás el primer signo de una sobreinfección.

En otros estudios de la sepsis realizados por nosotros en las salas de terapia, hemos encontrado como primera complicación la sepsis respiratoria y en aquellos pacientes que requieren ventilación, a las 72-84 horas de estar acoplados al ventilador aparecen los primeros signos de sepsis por levaduras.

A medida que avanza la enfermedad aparecen nuevas afecciones que complican la evolución de la peritonitis. Este dato también está presente en la literatura consultada y según los que se han dedicado al proceder con el abdomen abierto, o las

modalidades de relaparotomía los resultados reportados por ellos no distan de los nuestros, comportándose en forma similar al resultado de esta investigación.^{1-3,13,24,25}

A los pacientes con peritonitis se les indicaron y realizaron cultivos microbiológicos de diferentes muestras. Para la toma de la muestra para el diagnóstico microbiológico, empleamos el medio de cultivo caldo de tioglicolato de sodio que nos permitió la toma, preservación y enriquecimiento de las muestras y su traslado al laboratorio donde se pudo mantener en la incubadora hasta 10 días con pases a otros medios de cultivo permitiéndonos el diagnóstico de microorganismos aerobios y microaerófilos de crecimiento lento, también nos brindó la posibilidad de orientarnos en la presencia de bacterias anaerobias al realizar el examen microscópico directo con coloración de Gram del cultivo del fondo del tubo, zona del medio en que crecen los anaerobios, aunque no constituyó diagnóstico de certeza para este tipo de microorganismos, resultó de utilidad.

El predominio de los microorganismos Gram negativos específicamente las enterobacterias en los aislamientos es característico de estas sepsis que por su localización coinciden con la zona del cuerpo humano donde estas bacterias son flora normal.²¹

Consideramos importante señalar que la sepsis presentada por los pacientes era polimicrobiana, y en varios casos multifocal una vez avanzada la enfermedad intraabdominal. La peritonitis por levaduras se diagnosticó en medio de cultivo de Saboraud (con cloranfenicol y con cloranfenicol y ciclohexamida), coincidiendo en pacientes diabéticos pero puede aislarse en cualquier caso con sepsis en el que se haya utilizado en forma intensa y prolongada antibióticos de amplio espectro. Estos resultados concuerdan con los trabajos de *Ruiz González* en nuestra provincia, *Vialat Soto* en La Habana y *De la Llera Domínguez*.^{11,21}

En nuestro estudio la disfunción múltiple de órganos fue la principal causa de muerte, con este resultado no coinciden todos los autores pero sí coinciden en plantear que los pacientes con peritonitis mueren fundamentalmente de las complicaciones de la peritonitis y muy pocas veces de la peritonitis en sí.^{4-6,20,21,24,25}

La peritonitis difusa tiene elevadas tasas de letalidad, constituyen factores de pronóstico reservado la comorbilidad con enfermedades crónicas, el alcoholismo y la edad, frecuentes en nuestro medio y resultó más frecuente y letal en el sexo masculino. La letalidad de la peritonitis difusa aguda fue superior en las edades por encima de los 66 años con cifras superiores al 70 % del total de pacientes intervenidos. Las causas más frecuentes de la peritonitis difusa aguda fueron la apendicitis, la pelviperitonitis y la úlcera gastroduodenal perforada y como principales complicaciones el desbalance hidromineral, la bronconeumonía bacteriana nosocomial, el shock séptico y la sepsis urinaria.

El tratamiento del paciente con peritonitis difusa requiere de un enfoque multidisciplinario que contribuya a prevenir y tratar la frecuencia y gravedad de las complicaciones que ensombrecen el pronóstico por lo que resulta imprescindible su detección precoz y tratamiento oportuno considerándose necesaria su protocolización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Prendes R, Rodríguez Acosta Y, González Batista JI, Capin Sarria N, Becerra Teron G. Criterios intervencionistas en la colecistitis aguda. Un reto para el cirujano. Disponible en: <http://www.compumedicina.com/cirugia/cir011005.htm>
2. Sepsis y disfunción orgánica múltiple. Disponible en: <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/l5pb/sepsis.htm>
3. Ordóñez Delgado CA, Arias Gómez, RH, Pineda Alzate J A, Aristizábal Vásquez G, Toro Yepes L E, et all. Mortalidad y morbilidad de la peritonitis secundaria con relaparotomía planeada. Rev Colombiana de Cir.
4. Misas Menéndez M, Iraola Ferrer MD, Alvarez Li FC, Nieto Prendes PR, Pons Moscoso F. Índice de Disfunción Orgánica Múltiple en pacientes quirúrgicos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias.
5. Pacheco González A, Barrera Ortega JC, Mederos Curbelo O, Pacheco Díaz EA, Valdés Jiménez J, Cheng Hung K. Experiencias con el lavado peritoneal programado en las peritonitis difusas Rev Cubana Cir vol.44 no.2-3. Apr.-Sept. 2005.
6. Morales Díaz, Ignacio A, Pérez Migueles L, Pérez Jomarrón E. Peritonitis bacteriana difusa: análisis de 4 años (1995-1998). Rev. cubana Cir., mayo-ago. 2000, vol.39, no.2, p.160-166.
7. Expósito Expósito M, Fleitas Pérez O, Aragón Palmero L, Pérez Asseff J. Mortalidad en el manejo de las peritonitis graves. MediCiego Vol. 12 No 1 2006.
8. De la llera G. Infección intraperitoneal. Súper curso: Evolución no satisfactoria. Hospital Universitario, Facultad de Medicina "Gral. Calixto García Iñiguez". La Habana. Cuba. 2008
9. Hernández García AA, Barrera Ortega JC, Gutiérrez Fernández FM, Santos Domínguez Y, Estrada Alfonso AR. Peritonitis postoperatoria. Comunicación personal
10. Pacheco González A, Barrera Ortega JC, Mederos Curbelo O, Pacheco Díaz EA, Valdés Jiménez J, Cheng Hung K. Experiencias con el lavado peritoneal programado en las peritonitis difusas Rev Cubana Cir vol.44 no.2-3. Apr.-Sept. 2005.
11. García de Lorenzo A. Scores pronósticos y criterios diagnósticos en el paciente crítico. Atención al postoperatorio abdominal y sus complicaciones. 2da Edición. Cap 3.6. 2006 Ediciones Ergon, Madrid.
12. De la Llera Domínguez G. Infecciones postoperatorias. Clasificación. Diagnóstico. Tratamiento. Rev Cubana Cir v.45 n.1 ene.-mar. 2006.
13. De la llera G. Infección intraperitoneal. Súper curso: Evolución no satisfactoria. Hospital Universitario, Facultad de Medicina "Gral. Calixto García Iñiguez". La Habana. Cuba. 2008
14. Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) Score to describe organ dysfunction failure. On behalf of the Working Group on Sepsis- Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med 1996;22:707-10
15. Betancourt Cervantes J R, Martínez Ramos G, Sierra Enríquez E, López de la Cruz F, González Delis R. Relaparotomías de urgencias: evaluación en cuatro años Rev. Cub. Med. Mil v.32 n.4; oct.-dic. 2003.
16. Biondo S, Ramos E, Deiros M, Martí Ragué J, Pares D, Ruiz D et all. Factores pronósticos de mortalidad en la peritonitis de colon izquierdo. Un nuevo sistema de puntuación. Mayo 2002. Vol. 71. No. 5; 232-8.

17. Grupo de Trabajo de Sepsis Documento de Consenso (SEMES-SEMICYUC). Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los Servicios de Urgencias hospitalarios. Med Intensiva 2007; 31: 375 – 387
18. Sosa Hernández R, Sánchez Portela C A, Delgado Fernández J C, Simón Rodríguez L, Pastrana Román I. Parámetros clínicos humorales e imagenológicos en la reintervención por sepsis intraabdominal. Rev. Cubana Cir. 2007; 46(3)
19. Basilo A, López O, Olguín A, Delgadillo S. Abdomen abierto. Indicaciones técnicas y consecuencias. TRAUMA, Vol. 8, Núm. 2, pp 32-36 Mayo-Agosto, 2005.
20. García Iñiguez JA, Fuentes Orozco C, Muciño Hernández M, López Ortega A, Sereno Trabeldo S et al. Complicaciones del manejo de la peritonitis secundaria con abdomen abierto contenido. Comparación de la "bolsa" de Bogotá versus malla de polipropileno. Rev. Gastroenterol Mex. 2004; 69(3): 147-155.
21. Monografía. Complicaciones infecciosas en el postoperatorio de cirugía abdominal Cap. 1, 2, 3, 4, 5 2000 Ediciones Ergon, Majadahonda (Madrid)
22. López Águila SC, Iraola Ferrer M D, Álvarez Li C, Dávila Cabo de Vila E, Álvarez Bárzaga M C. Factores de riesgo para la mortalidad de los pacientes quirúrgicos graves. Revista Española de Anestesiología y Reanimación 2000;47(7):281-286)
23. Martínez Ordaz JL, Suárez Moreno R M, Felipe Aguilar O, Blanco Benavides R. Relaparotomía a demanda. Factores asociados a mortalidad. Cir. Ciruj 2005; 73(3): 175-178
24. Morales González R. Mortalidad posoperatoria intrahospitalaria de los adultos mayores en Cirugía General Rev. Cubana Cir. v.42 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2003
25. Vialat Soto V, Marchena Béquer JJ, Hernández Alfonso H, de la Rosa Rodríguez R. Infección de los sitios quirúrgicos: estudio de 1 año. Rev. Cubana Pediatr v.80

Recibido: 3 de mayo de 2011

Aprobado: 16 de junio de 2011

Juan José Roig Fabré. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Fajardo. Santa Clara, Cuba. Dirección electrónica: mariaelenagr@capiro.vcl.sld.cu