

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**MORTALIDAD Y MORBILIDAD DE LA PERITONITIS SECUNDARIA EN
PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA
DEL HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY –
APURIMAC**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACION EN SALUD**

LUIS BELTRAN BARRA PACHECO

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTE
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO SECRETARIA
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 319

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/09/2018

Resolución Decanato N° 1352-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	17
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.1 Recolección de Datos	19
3.2 Experiencia Profesional	20
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	21
IV. RESULTADOS	24
V. CONCLUSIONES	31
VI. RECOMENDACIONES	33
VII. REFERENCIALES	35

INTRODUCCIÓN

La peritonitis difusa, generalizada, también denominada sepsis intraabdominal diseminada, se define como el proceso séptico de la cavidad abdominal donde las bacterias, toxinas y esfacelos invaden 2 ó más compartimientos abdominales.

De acuerdo a sus formas clínicas se clasifican en las formas primarias, secundarias y terciarias. En la primaria o espontánea no puede evidenciarse una fuente de contaminación intraabdominal y fue descrita en portadores de ascitis por cirrosis hepática, en el síndrome nefrótico y en colagenopatías.

La forma de presentación más frecuente es la secundaria, de resolución médico-quirúrgica, en la que la infección se produce por la ruptura de la barrera Anatomofuncional de la pared del tracto gastrointestinal o glándulas anexas, con pasaje de contenido séptico o ulteriormente infectado hacia la cavidad peritoneal. Entre las principales causas se mencionan: apendicitis aguda, úlcera péptica perforada, obstrucción intestinal con estrangulación, rotura de víscera hueca por perforación tífica o traumática, infecciones pélvicas y contaminación intraoperatoria, etc.

El tratamiento fundamental de la peritonitis bacteriana secundaria es la intervención quirúrgica, que debe ejecutarse lo más antes posible. Existen varios principios terapéuticos críticos, de obligatorio cumplimiento: el control de la fuente infecciosa, el lavado de la cavidad peritoneal y el uso

de antibióticos, el primero de los cuales constituye la parte esencial del quehacer quirúrgico y la principal medida para controlar la afección.

El presente trabajo establece las condiciones óptimas y tempranas de atención de la peritonitis secundaria, y establecer su repercusión en la Morbilidad y mortalidad, del universo de esta patología quirúrgica en el ámbito del hospital Guillermo Díaz de la Vega.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Las peritonitis secundarias difusas continúan siendo causas frecuentes de morbilidad y mortalidad en el servicio de cirugía del Hospital Guillermo Díaz de la Vega; aunque los procedimientos terapéuticos actuales han mejorado los índices de mortalidad, se reporta aún cifras que oscilan del 20 al 50%. No obstante, el manejo de la enfermedad en nuestros servicios constituye un reto al trabajo del Médico Cirujano General, por lo que es necesario insistir en el soporte nutricional, el uso adecuado de antibióticos, corrección de trastornos hidroelectrolíticos y del medio ácido base, así como definir el tratamiento local de la cavidad peritoneal (método cerrado o abierto), o su variante la laparotomía programada. Conociendo la realidad sobre las características de esta enfermedad en nuestro hospital, podría ayudar al Médico Cirujano General, a mejorar el manejo de esta enfermedad y con ello reducir los índices de morbimortalidad que se presentan, que en la era actual tienen tendencia a descender.

1.2 Objetivo general

Determinar la mortalidad y morbilidad por peritonitis secundaria difusa en pacientes mayores de treinta años en el servicio de Cirugía General del Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay - Apurímac 2015 – 2017.

1.3 Justificación

El estudio se basa en el grave problema que representa para los pacientes; la peritonitis generalizada secundaria y por consiguiente la sepsis intraabdominal, la presencia de esta patología y sus complicaciones ocasiona un detrimento en la calidad de vida de los pacientes, incrementando los riesgos de morbilidad y mortalidad, que como se saben son indicadores básicos en salud. Además, considerando que no existen estudios en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega, que demuestren la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad que nos permitan orientarnos a plantear estrategias de prevención, coordinando medidas orientadas a diagnósticos tempranos y creación de protocolos de manejo para reducirlas y buscar el manejo conjunto de estos pacientes con los médicos intensivistas. Además, los resultados encontrados intentarán alertar a las autoridades de salud sobre este grave problema, así como se podrán proponer medidas acordes a la realidad socio económica de la Región que logren disminuir la morbimortalidad y mejorar el conocimiento científico de esta patología especialmente en lo relacionado al diagnóstico precoz y en el manejo médico quirúrgico adecuado.

Es importante mencionar que, al no existir datos sobre las características de la peritonitis en la región, es un buen aporte en lo científico y en lo social puesto que permitirá conocer más a fondo cómo se comporta la peritonitis lo cual será beneficioso tanto para la población como para el

cirujano e intensivista. En lo personal nos permite aplicar y ampliar nuestros conocimientos previamente aprendidos en cirugía e investigación, lo que será muy provechoso para nuestra futura formación como médicos cirujanos.

De otro lado con un control adecuado, los costos económicos se reducirán y se minimizará el impacto en el presupuesto de las instituciones de salud, que maneja el SIS y en la población que presente la enfermedad se cambiarán los patrones de conducta y exposición. La investigación es viable desde el punto de vista de los ejecutores, dispone de los recursos necesarios para llevarlo a cabo, goza del interés de los profesionales que laboran en dicho sector y hay el consentimiento de brindarnos las facilidades para realizar el estudio.

II. MARCO TEÓRICO

La peritonitis como causa de sepsis intraabdominal fue descrita hace más de un milenio, pero no fue hasta inicios del siglo XIX cuando se hacen posibles las intervenciones quirúrgicas, por el desarrollo de anestesia y medidas de asepsia y antisepsia. A partir de entonces y por los avances logrados con la antibioticoterapia y apertura de unidades de cuidados intensivos es que la mortalidad desciende alrededor de 80% por debajo de lo que se había alcanzado antes de estos logros.

La estabilidad y supervivencia de la población está relacionada con factores como: la edad, el proceso causal, las enfermedades concomitantes y un tratamiento quirúrgico eficaz, sobre todo precoz; constituyéndose en la principal causa de muerte la persistencia de la infección, la sepsis y la aparición de falla multiorgánica. El presagio de mortalidad en la peritonitis a través de la aplicación de diferentes índices pronósticos permite la evaluación de la severidad de la enfermedad y del desenlace final, los cuales constituyen un arma importante del cirujano en el momento de evaluar, monitorizar y planear las intervenciones terapéuticas, lo que pudiera repercutir positivamente en la supervivencia de los pacientes.

2.1. Antecedentes

La peritonitis secundaria es una causa frecuente de consulta en los servicios de emergencia de todo el mundo; en los Estados Unidos, anualmente se registran 100 millones de visitas; la situación es similar en el Perú, en sus diferentes Regiones. Algunos estudios que nos dan un panorama de este síndrome son los siguientes:

Diversas publicaciones han evaluado diferentes modalidades terapéuticas durante las últimas dos décadas, como diversos regímenes de antibióticos, aspectos técnicos de la cirugía, tipos de irrigación y drenaje. Sin embargo, los resultados reportados son contradictorios, ya que la tasa de mortalidad ha variado entre 20 hasta 50%. Por otro lado, la frecuencia con que se presenta la infección intraabdominal postoperatoria oscila entre 9 y 12%. Dicha evaluación se ha realizado en poblaciones de pacientes heterogéneos y sin haber definido la severidad de la enfermedad responsable.

En los últimos años la fisiopatología y el tratamiento de la peritonitis se han investigado con amplitud, con lo que se ha logrado reconocer más a detalle a la flora bacteriana aeróbica y anaeróbica como la fuente desencadenante de las complicaciones locales y generalizadas, secundarias a la infección abdominal. Existe en realidad una gran cantidad de eventos celulares que culminan en la llamada respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y que eventualmente produce la falla orgánica múltiple. (1)

El índice pronóstico de **MANNHEIM**, específico para la enfermedad, es una escala fácilmente aplicable y se basa en la valoración de parámetros clínicos y humorales. Éste es útil cuando el puntaje es mayor de 26, con mortalidad mayor a 50%. Según estudios previos su sensibilidad para predecir la muerte es superior a 80% y la especificidad de 70%.

Cuadro I. Índice pronóstico de Manheim	
Índice de Manheim	Valor en puntos
Edad > 50 años	5
Género femenino	5
Deficiencias orgánicas*	7
Enfermedad cancerosa	4
Período preoperatorio > 24 horas	4
Origen no colónico	4
Peritonitis generalizada	6
Líquido cetrino	0
Líquido turbio o purulento	6
Peritonitis estercolácea	12
<p>* Deficiencias orgánicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renal - Creatininemia > 177 mmol/l - Urea sanguínea > 16.7 mmol/l - Oliguria < 20 ml/h • Pulmón - PaO₂ < 50 mmHg - PaCO₂ > 50 mmHg • Choque-hipo o hiperdinámico según la definición de Shoemaker • oclusión intestinal parálisis > 24 horas o íleo completo 	

González Aguilera (2) refiere que se ha encontrado que el tiempo de evolución de una peritonitis influye significativamente en su pronóstico, independientemente de la causa que la origina y de si es difusa o focal.

Se ha demostrado que su prolongación y el retardo en el tratamiento quirúrgico están entre los 3 factores pronósticos más importantes, Aunque existen variaciones entre los diferentes informes, la mortalidad en general se incrementa a partir de las 24 horas de iniciarse la enfermedad, y mucho más cuando el período preoperatorio es mayor de 48 horas. En caso de retardarse la intervención quirúrgica y no evacuarse precozmente el foco séptico, la infección localizada en la cavidad peritoneal puede generalizarse con la consiguiente aparición de manifestaciones sistémicas de infección y elementos de sepsis grave. El foco infeccioso es donde los gérmenes se localizan, multiplican y provocan una respuesta de mediadores inflamatorios locales, los cuales, al actuar en forma autocrina, inician una respuesta inflamatoria local. (3)

Al analizar la mortalidad según la disfunción múltiple de órganos, ya sea al valorar el número de disfunciones al ingreso o las acumuladas, la presencia de 3 o más de estas parece iniciar un camino sin retorno con una mortalidad mayor de 80 %. El alto riesgo relativo de morir cuando se produjo la disfunción de 3 o más órganos en pacientes de esta serie, fue similar al que se notifica en otras investigaciones, como la de Koperna y Schütz, (4) quienes prueban cómo la presencia de 3 o más disfunciones orgánicas se asocia significativamente a la probabilidad de morir, y además obtuvieron en pacientes con peritonitis posoperatorias y de origen comunitario una mortalidad de 90 % al presentarse disfunción de 4 órganos.

La disfunción múltiple de órganos en pacientes con peritonitis constituye un factor común para que se produzca la muerte, debido a que el peritoneo puede transformar su función protectora en maligna y citotóxica; por tanto, su prevención sería la única solución para evitar el fallecimiento.

(1.5)

2.2 Marco Conceptual.

La infección intraabdominal es una causa importante de morbilidad y mortalidad en los enfermos de cuidados intensivos, oscilando esta última entre un 20% - 40 % a pesar de los múltiples adelantos en cuanto a terapia antimicrobiana y de los cuidados de sostén brindados en la UCI. Puede aparecer una infección intraabdominal cuando se rompe la barrera anatómica normal bien sea por perforación visceral, debilitamiento de la pared intestinal (isquemia), inflamación de la propia pared intestinal (Enfermedad inflamatoria intestinal) o un proceso inflamatorio (pancreatitis). La mortalidad puede oscilar desde un 1% en casos de perforación apendicular hasta un 20% en la de colon o en las infecciones derivadas de un trauma abdominal penetrante.

Entre 1930 y 1960, con el advenimiento de la era antibiótica, junto a la aparición de penicilinas de amplio espectro y de las cefalosporinas, además de la terapia anti anaeróbica se ha observado una disminución de la mortalidad por infecciones intraabdominales. Nuevos conceptos en el

manejo quirúrgico coadyuvante, aunado a los cuidados intensivos y soporte nutricional, marcan un nuevo descenso en la mortalidad.

La peritonitis después de una fuga de contenido gastrointestinal es un problema común que está relacionado con una sustancial morbilidad y mortalidad, aun cuando se le suministre una adecuada terapia quirúrgica y antimicrobiana. (1)

El espacio peritoneal de la cavidad abdominal es un espacio virtual, limitado por la capa parietal y visceral del peritoneo. Está dividido en dos importantes compartimientos: cavidad anterior y cavidad posterior. La cavidad anterior está limitada por la porción anterior del peritoneo parietal, peritoneo visceral y sus repliegues hasta el epiplón gastrohepático y el estómago. Se comunica con la pelvis, los espacios subhepáticos anteriores, subfrénicos y parietocólicos. Es la más afectada con más frecuencia. La cavidad posterior o transcavidad está limitada por peritoneo parietal posterior, mesocolón transverso, epiplón menor y el estómago. Estas cavidades se comunican entre sí por el Hiato de Winslow. La posterior, por estar alejada de la pared abdominal, presenta una semiología particular.

En el espacio anterior, el ligamento falciforme separa el espacio subfrénicos en dos compartimientos: subfrénicos derecho (en el lado derecho del abdomen) y subfrénicos izquierdo (en el lado izquierdo). Este hecho, es importante porque es lo que probablemente impida la diseminación del exudado purulento al lado opuesto y explique por qué

sólo el 5 al 15 % de los abscesos subfrénicos son bilaterales y si este ligamento es resecado quirúrgicamente permite la comunicación entre estos espacios.

La transcavidad (cavidad posterior) está en íntima relación con páncreas, cara posterior de segunda y tercera porción de duodeno y demás vísceras retroperitoneales. Su compromiso produce la denominada retro peritonitis.

El líquido peritoneal es seroso, volumen entre 30 a 50 ml, aspecto claro, densidad de menos de 1.016, contenido proteico de 3 gr / dl, N celular de 300 a 500 con predominio mononuclear y células serosas descamativas. Este líquido no es estático, sino que está en movimiento en sentido ascendente; desde la pelvis hacia los flancos y espacio subfrénico y desde la cavidad anterior hacia la cavidad posterior. (2)

El líquido introducido en el espacio peritoneal superior derecho cae por gravedad al espacio de Morrison, luego al espacio subfrénico derecho y a la zona parietocólica derecha. En el lado izquierdo se dirige principalmente al espacio subfrénico, el ligamento frenocólico limita el flujo hacia abajo. (3)

Cuando se introduce líquido a la cavidad inferior, primero cae por gravedad a la fosa pelviana y luego asciende por la corredera parietocólica derecha hacia el espacio subhepático derecho, sobre todo dentro del saco de Morrison, y hacia el espacio subfrénico derecho. El ascenso del líquido desde el espacio pelviano hacia la gotera parietocólica izquierda está limitado por el ligamento frenocólico. Aunque

la gravedad es la responsable de la acumulación de líquidos en los recessos peritoneales con declive como la fosa pelviana y el saco de Morrison, el ascenso desde la pelvis hacia el espacio subfrénico probablemente sea causado por diferencias de la presión hidrostática entre las cavidades superior e inferior creadas por el movimiento diafragmático. El movimiento normal de las paredes abdominal e intestinal también es responsable de cierta diseminación de líquido intraperitoneal. La liberación de microorganismos en la cavidad peritoneal por una perforación, biliar o entérica, junto con la circulación del peritoneo que facilite la diseminación de gérmenes contaminantes, es la forma que en general inicia una infección intraabdominal. Puede ocurrir perforación en el síndrome de víscera hueca, por fenómenos obstructivos que impidan la propulsión o por lesiones que alteren la integridad anatómica de la pared. La translocación bacteriana representa un papel predominante en aquellas patologías que no cursan con el fenómeno de perforación. Otra causa está relacionada con la patología inflamatoria infecciosa de vísceras macizas. La cavidad abdominal puede manejar un episodio simple de contaminación (perforaciones gástricas e incluso duodenales) pues los mecanismos de defensa abdominal están en condiciones de controlarlo(4).

La sepsis severa es una condición clínica frecuente, cuya incidencia y mortalidad van en aumento. Aunque siempre ha sido parte de la práctica clínica del cirujano, la sepsis severa de causa quirúrgica sigue siendo un

cuadro clínico difícil de manejar. Las decisiones sobre reanimación del paciente, momento de la cirugía, técnica quirúrgica a utilizar y uso de antibióticos son un desafío.

Hasta hace algún tiempo, la resolución del foco séptico era el objetivo primario y primordial al enfrentar a un paciente con una sepsis quirúrgica severa. Lo que se hacía y enseñaba era que el paciente había que operarlo a la brevedad y la cirugía debía ser lo más breve posible. Era proverbial entre los antiguos cirujanos el “tajo y mecha”, para significar llegar rápido al foco y dejar un drenaje. Con alguna frecuencia, a veces alarmante, los pacientes fallecían en el quirófano, o salían de él con falla renal o falla multiorgánica que ocasionaba un mal desenlace. Una de las claves, quizás la más trascendente, de los mejores resultados que hoy se obtienen frente a estos pacientes críticos, está dada por el manejo inicial ya mencionado más arriba, que se inicia en la sala de urgencias y se continúa en unidades críticas. Disponemos entonces, los cirujanos y los médicos intervencionistas, de un espacio de tiempo acotado que permite compensar al paciente en su condición de gravedad, para luego proceder al control del foco séptico. **Esta ventana de tiempo permite además realizar las imágenes que nos aproximan al diagnóstico etiológico correcto.**

Bloos y cols¹⁶, refieren que aquellos casos en los que el control del foco fue realizado en un período de tiempo superior a 6 h, la mortalidad fue

significativamente mayor que en el grupo con control del foco menor a dicho lapso (42,9% vs 26,7%; $p < 0,001$). Concluyen que el tratamiento del foco antes de las seis horas de iniciada la sepsis severa puede disminuir notoriamente la mortalidad. Las Guías de la Surviving Sepsis Campaign 2012 recomiendan el control de la fuente de infección dentro de las 12 h del diagnóstico, prefiriendo la técnica menos invasiva posible en pacientes graves (por ejemplo, drenaje percutáneo en vez de quirúrgico de un absceso). (9)

Los efectos que la Peritonitis secundaria produce sobre el huésped están en función de la patogenia de la infección (fundamentalmente foco primario y patógenos responsables), del estado previo del paciente y de la capacidad de respuesta del mismo a la infección. La edad del paciente y su comorbilidad, que se han mostrado como factores de riesgo de mala evolución en análisis previos, se han validado en estudios muestrales extensos y forman parte, en la actualidad, de los dos sistemas de puntuación de gravedad más empleados en la estratificación de pacientes en estudios de IIA: el APACHE II y el índice pronóstico de Mannheim (IPM). Las dos puntuaciones se han correlacionado satisfactoriamente con la mortalidad observada, sin que se hayan visto diferencias en su capacidad predictiva. (10)

2.3. Definición de términos

- **Peritonitis Primaria:** proviene desde una fuente extra-peritoneal, frecuentemente hematológica, también llamada espontánea y generalmente mono bacteriana
- **Peritonitis Secundaria:** es resultado de la perforación de una víscera hueca, aunque también se registran casos de órganos sólidos que exponen de manera inicial y después infectan al peritoneo. La flora es predominantemente mixta proveniente del tracto gastrointestinal. Se subdivide etiológicamente en: post operatoria, de origen post traumático y por perforación.
- **Peritonitis Terciaria:**
persistencia o recurrencia de una infección intra-abdominal luego de una peritonitis secundaria o de la tercera re-intervención con relaparotomías planeadas, involucran gérmenes de baja virulencia, o simplemente peritonitis estéril.

La peritonitis se refiere a una condición inicial con irritación del peritoneo por múltiples etiologías, la infección es consecuencia local, y la sepsis abdominal constituye una etapa avanzada de esta, donde las bacterias, toxinas y esfacelos invaden 2 o más compartimentos abdominales.

La **sepsis abdominal** es una respuesta sistémica a un proceso infeccioso localizado. La peritonitis aguda tiene elevada mortalidad y es la primera etapa de la **sepsis abdominal**; los sobrevivientes a ésta desarrollan abscesos siete días más tarde

La **infección intraabdominal (IIABD)** se define como la presencia de un proceso infeccioso en la cavidad peritoneal. ... La peritonitis secundaria se produce por pérdida de la integridad del aparato gastrointestinal, que contamina con gérmenes la cavidad peritoneal

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para realizar el presente informe Profesional se tuvo que obtener los datos de las operaciones practicadas durante los años enero 2015 – 2018 que constan en el servicio de cirugía, Sala de operaciones y servicio de estadística del hospital Guillermo Díaz de la Vega, que figuran en los siguientes documentos:

Libro de registro de atención en emergencias

- ✓ Libro de registro de ingreso a Sala operaciones del paciente quirúrgico
- ✓ Libro de registro récord operatorios de sala de operaciones
- ✓ Informes estadísticos de las atenciones del servicio de Cirugía.
- ✓ Cuadernos de ingresos y egresos servicio cirugía
- ✓ Cuaderno de estancia hospitalaria servicio cirugía.

Trabajo que se realizó en forma manual, debido a que a pesar que el Hospital Guillermo Díaz de la Vega a ascendido a la categoría o nivel II-1 la oficina de Estadística e informática, en relación a datos, esta todavía en una evolución incipiente.

3.2. Experiencia Profesional

El suscrito que presenta el siguiente informe ha laborado como Medico asistente del servicio de Cirugía, desde el año 1981 en el servicio de Cirugía del Hospital Guillermo Díaz de la Vega. Habiendo realizado múltiples operaciones de diversa índole, ya que no se contaba con especialidades específicas, como por ejemplo Traumatología, neurocirugía, urología y ginecología, en la actualidad solo realizo operaciones dirigidas solamente a la cirugía abdominal, que incluye cirugía abierta y cirugía mínimamente invasiva o laparoscópica.

Ostento el Título de Médico Cirujano con CMP 13048 y con especialidad en Cirugía General con RNE 022867

Habiéndome desempeñado como Jefe del Servicio de cirugía del Hospital Guillermo Díaz de la Vega desde el año 1998- 2014

Siendo Director Del Hospital Guillermo Díaz de la vega periodo 2015-2016

Manteniéndome como médico Asistente Cirugía 2017 a la Fecha.

Me ha tocado la difícil tarea de implementar a través del tiempo, de no solo implementar el Servicio de Cirugía del Hospital Guillermo Díaz de la Vega, sino mantenerlo innovado y actualizado, adecuando nuestra practica quirúrgica a los avances tecnológicos y tendencias modernas de la cirugía actual, en sus métodos y procedimientos, cuyos resultados se vienen dando, debido a que formamos en convenio con la Universidad Santa María de Arequipa, especialistas en Cirugía

General mediante el Residentado médico, práctica que nos obliga a todos los asistentes a mantenernos actualizados y ofertar una enseñanza de calidad en la práctica quirúrgica.

De la misma manera soy docente ordinario de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Tecnológica de los Andes, impartiendo en sus clases teóricas y clase prácticas en nuestro hospital la enseñanza de calidad.

En Conclusión en relación al tema del informe tiene más importancia en nuestra experiencia profesional, es la innovación técnica de los procedimientos de Cirugía Abdominal y la implementación tecnológica nueva, creemos haber contribuido a darle calidad de atención al paciente quirúrgico, que acude al Hospital Guillermo Díaz de la Vega.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Respecto al tema de Morbimortalidad y mortalidad de casos de peritonitis secundaria en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de los años 2015-2017, nuestra intervención ha sido directa como Cirujano y como Director del hospital, implementando en cada campo que nos desempeñamos la tecnología nueva y la implementación de equipos y ambientes para un mejor desempeño de la actividad de la cirugía a la resolución del problema que ha motivado la presente investigación informe.

A través de los años desde 1991, se ha venido laborando en el servicio de Cirugía del Hospital Guillermo Díaz de la Vega, tomando acciones que conduzcan a un servicio de calidad dirigido a los usuarios quirúrgicos y a los resultados que los beneficien, notándose actualmente objetivos realizados, que garantizan una adecuada estancia hospitalaria corta y un restablecimiento total de la salud, acciones que pueden sintetizarse en lo siguiente:

- Implementación de nuevos equipos de Cirugía Laparoscópica, para estar dentro de los alcances tecnológicos de la era moderna
- Renovación de todos los equipos de Esterilización, cirugía abierta y equipos de intervención en emergencias en Sala de operaciones que es donde realizamos nuestra práctica quirúrgica.
- Implementación de la Unidad de Cuidados intensivos a partir del 2005, para dar soporte a los pacientes extremadamente críticos, con todas sus funciones en lo que se refiere a equipo y procedimientos, que incluye alimentación parenteral.
- Implementación de las Unidades de cuidados intermedios en el servicio de Cirugía, para pacientes Pos operados inmediatos y críticos.
- Capacitación permanente al personal profesional del Servicio de Cirugía, médicos asistentes, internos y residentes de Medicina.

- Convenio con la Universidad Santa María de Arequipa, para la segunda especialización en Cirugía General.
- Haber implementado adecuadamente de personal de enfermería, Enfermeras y médicos especialistas en Cirugía General, que le dan funcionalidad y operatividad al Servicio de Cirugía.
- Implementación de las guías clínicas de las principales causas de hospitalización del servicio de Cirugía así como los Protocolos de procedimientos de Enfermería del Hospital Guillermo Díaz de la Vega.
- Establecimiento de unidad de cirugía experimental, para cirugía laparoscópica.
- Participación Directa en el mejoramiento de los servicios complementarios, para el mejor resultado de nuestra intervención, como laboratorio, UCI, Rx, Sala de recuperación y cuidados intermedios, sobre todo en pacientes críticos.
- Mejoramiento en los cuidados preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, en lo referente a la asepsia, antisepsia y operativización de los procedimientos de los insumos quirúrgicos para el uso de las nuevas técnicas quirúrgicas.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON PERITONITIS SECUNDARIA,
DEL TOTAL DE ATENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL
GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY 2015 – 2017**

REPORTE 2015 - 2017						
MES	2015		2016		2017	
	TOTAL	MUESTRA	TOTAL	MUESTRA	TOTAL	MUESTRA
ENERO	197	6	206	3	195	10
FEBRERO	190	0	113	0	203	7
MARZO	216	10	181	5	224	4
ABRIL	204	9	256	10	219	4
MAYO	233	7	284	14	217	13
JUNIO	217	4	226	10	236	5
JULIO	232	10	199	9	166	3
AGOSTO	265	5	256	9	202	2
SETIEMBRE	250	8	35	0	230	5
OCTUBRE	199	1	143	10	239	5
NOVIEMBRE	242	9	165	9	214	5
DICIEMBRE	187	13	172	12	203	4
TOTAL	2632	82	2236	91	2548	67

En el siguiente cuadro se observa el número de pacientes que llegan a nuestro servicio en condiciones de peritonitis regional y en su mayor parte de peritonitis generalizada por cada año de estudio, como se puede apreciar en etapa del ciclo escolar, es decir de marzo a diciembre, siendo probable que ese universo se traslade a centros de mayor complejidad.

Pero la tendencia actual es cada vez más decreciente, debido a la implementación de médicos y enfermeras en las redes de salud, y la implementación de ambulancias, que permiten un diagnóstico y transferencia más oportuna de la patología complicada.

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON PERITONITIS SECUNDARIA
SEGÚN EDAD, SEXO EN HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.**

ABANCAY 2015 – 2018.

Grupo de edad	Registro por año			Femenino		Masculino	
	2015	2016	2017	N°	%	N°	%
30-40	12	19	5	19	25%	33	19%
41-49	9	13	7	12	16%	27	16%
50- 59	14	17	10	16	21%	43	25%
60-69	20	12	16	17	22%	36	21%
70-79	19	24	16	11	14%	18	10%
80-89	8	9	6	2	3%	16	9%
≥ 90	0	0	0	0	0%	0	0
Total	82	91	67	77	100%	173	100%

Fuente: Estadística e Informática HRGDV

En el presente cuadro se observa que la patología que produce las diversas formas de peritonitis son de prevalencia del sexo masculino en una proporción de 3 a 1, sin ninguna explicación que amerite esta diferencia; que acoge en su mayoría a adultos mayores de 50 años, esto tiene que ver con la morbilidad y mortalidad de los pacientes, que a mayor edad, aumentan las complicaciones y la morbimortalidad, debido al estado nutricional y zona de pobreza en que viven estas personas; pese a eso tiene también una tendencia decreciente, debido a la aplicación de nuevas técnicas quirúrgicas que redundan en la curación de los usuarios y la aplicación de insumos y medicación oportuna que es cubierta enteramente por el sistema de aseguramiento de salud (SIS).

Se ha comprobado que los ancianos de la muestra viven ya sin sus hijos, en estado de precariedad y abandono en el sector rural, debido a ello, no acuden en forma oportuna a los centros asistenciales, sino en estadios avanzados de la enfermedad.

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ETIOLOGÍA DE LA
PERITONITIS SECUNDARIA, HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA
VEGA. ABANCAY 2015 – 2017.

Etiología peritonitis	Registro por año		
	2015	2016	2017
Dehiscencia anastomosis	8	6	5
Peritonitis biliar	6	9	5
Peritonitis Regional apendicitis	17	17	12
Peritonitis Generalizada	22	24	16
Vólvulo sigmoides complicada.	14	13	11
Perforación intestinal	6	5	0.5
TAC	3	5	6
Trombosis Mesentérica	2	2	1
Otros	4	10	6
Total	82	91	67

Fuente: Estadística e Informática HRGDV

La peritonitis generalizada, como se puede apreciar en el cuadro precedente tiene en el servicio de Cirugía del hospital Guillermo Diaz de la Vega, características diferentes a otros hospitales del contexto nacional, debido a que aparecen causas como la peritonitis biliar, vólvulo sigmoides complicado y la peritonitis generalizada por apendicitis, como causa de mayor prevalencia, debido a una asistencia tardía de la patología mostrada , como volvemos a citar en el contexto rural en que se desenvuelven los usuarios de sobe todo pobreza y abandono, con mayor énfasis en la oclusión intestinal por vólvulo de sigmoides, debido a megacolon congénito a que padece el hombre andino, pero que llega en situación crítica en donde se trata la peritonitis generalizada, la resección intestinal y la correspondiente colostomía de Hartman. De igual Forma en las edades avanzados se nota la Peritonitis biliar debido preferentemente a la perforación de la vesícula biliar, cuyo tiempo de enfermedad supera

los 12 días a más, sin mayor incidencia en la mortalidad de ese tipo de usuarios.

Referente a la peritonitis, de igual forma cuanto más es la edad cronológica, se presenta con peritonitis complicada con peritonitis generalizada, debido a los mismos factores citados anteriormente, en cuyos casos se aplica una cirugía de control de daños y muchas de ellas con la aplicación de la Bolsa de Bogotá, debido a la Relaparotomía programados.

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON PERITONITIS SECUNDARIA
SEGÚN COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA, HOSPITAL GUILLERMO
DÍAZ DE LA VEGA. ABANCAY 2015 – 2017.

Etiología	Frecuencia	Porcentaje
Infección herida operatoria	73	29%
Ninguno	56	22%
Peritonitis	48	19%
Otros	39	16%
Absceso residual	16	6%
Fistula	9	4%
Sangrado	9	4%
Total	250	100%

Fuente: Estadística e Informática HRGDV

Indudablemente al hablar de peritonitis, sea cual fuera el origen, nos referimos a una patología infectada la mayoría de ellas con sepsis abdominal, donde lo más frecuente que ocurre es la infección de herida operatoria; donde muchas veces se produce nuevamente una peritonitis generalizada, que conduce a la colocación de Bolsa de Bogotá o a relaparotomías programadas, para seguir limpiando el foco infeccioso abdominal, que en nuestra experiencia cada vez se hace satisfactoriamente, por lo que ha disminuido grandemente la mortalidad.

Otra de las patologías frecuentes son los abscesos residuales y el sangrado posoperatorio debido a la fragilidad del tejido severamente inflamado, que condicionan tabicamientos de fibrina y la formación de abscesos abdominales, de allí proviene la importancia de las relaparotomías programadas en los casos de sepsis abdominal severa.

La transferencia oportuna de los casos de peritonitis regional ha dado como resultado en muchas de ellas, la ausencia de complicaciones mayores siendo su estadía menor a los 5 días para cumplir terapia antibiótica y seguimiento de los casos, para evitar complicaciones a futuro.

TABLA N° 5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON PERITONITIS SECUNDARIA
SEGÚN TIEMPO DE ESTANCIA, HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA
VEGA. ABANCAY 2015 – 2017.

Tiempo de estancia	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual a 6 días	183	73%
Mayor de siete días	67	27%
Total	250	100%

Fuente: Estadística e Informática HRGDV

La mayoría de los casos complicados de peritonitis generalizada, sea cual fuere, su etiología; han permanecido más de 6 días de hospitalización debido a las reprogramaciones de laparotomías, llegando en algunos de los casos más de dos meses, y en los casos prolongados, por complicaciones graves como fistulas entero cutáneas, que a veces son infructuosas y forman parte de la mortalidad, que aún se mantiene en nuestro servicio.

Gran número de las peritonitis secundarias, que forman parte de este estudio, han recibido según el caso que fuera; aun en las complicadas, antibioticoterapia empírica, según los tipos de gérmenes infectantes que se conocen de acuerdo al órgano foco comprometido, que causa la peritonitis; de allí su importancia en el control del resultado del tratamiento establecido y su evolución, que viene dando buenos resultados.

TABLA N° 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON PERITONITIS SECUNDARIA
SEGÚN CONDICIÓN DE EGRESO, HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE
LA VEGA. ABANCAY 2015 – 2017

Condición de egreso	Frecuencia	Porcentaje
Fallecido	14	6%
Alta	229	92%
Transferencia	5	2%
Alta solicitada	2	1%
Total	250	100%

Fuente: Estadística e Informática HRGDV

El número de alta y la condición de ellas, marcan un parámetro que mide los índices de morbimortalidad, de un servicio, y como se puede apreciar se muestra que el número de fallecidos en tres años de estudio de 14 usuarios, representa el 50% de las estadísticas nacionales, lo que habla de la capacidad resolutive del Hospital Guillermo Díaz de la Vega, en lo referente al tratamiento de las peritonitis secundaria, habiendo una mínima parte transferido a centros de mayor complejidad, debido a la especialidad de la complicación, como es el caso de los abdómenes hostiles y tratamiento de las fistulas entero cutáneas, que quedan como complicaciones.

V. CONCLUSIONES

La peritonitis generalizada sigue siendo en nuestro medio una de las causas más frecuentes de hospitalización que pone en grave riesgo la salud de los usuarios de salud, acrecentada por las condiciones geográficas de nuestro territorio, que son en su mayoría de difícil acceso, y los grados de pobreza y abandono en que viven sobre todo los mayores de 60 años, que hacen de estas patologías de difícil tratamiento, cuando su diagnóstico es tardío.

Hemos arribado a las siguientes conclusiones:

- La peritonitis Generalizada en su mayor parte es de presentación mayor en los adultos mayores de 30 años, cuyos resultados son satisfactorios debido a la intervención oportuna, especializada, y con equipos de vanguardia; que ha contribuido a la disminución de complicaciones mayores y la estadística de la mortalidad hospitalaria por esta causa.
- El tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, adecuado, y el lugar donde se produce la infección y si esta infección es extra hospitalaria o nosocomial, tiene un papel fundamental en la resolución del cuadro clínico. En nuestros pacientes no hemos encontrado ninguna influencia sobre la evolución relacionado con el uso de distintos antibióticos.

- El tratamiento adecuado de la peritonitis pasa por una terapia de soporte adecuada y el control del foco de la infección. El tratamiento quirúrgico precoz y adecuado sigue siendo la piedra angular del tratamiento de la peritonitis, y la terapia de intervención quirúrgica con diferentes alternativas sobre todo en paciente críticos con sepsis abdominal severa y grave compromiso del estado general.
- El hecho de tener pacientes de edad avanzada entre 60- 80 años los hace lábiles para complicaciones, peor aún vienen en un estado nutricional deteriorado, lo que hace que se produzca una infección de herida, y complicaciones de sepsis abdominal, fistulas , síndrome compartimental , etc. que aumentan la mortalidad, y esta se asocia a un aumento de estancia tanto en la UCI como la estancia hospitalaria total, lo que supone un incremento importante de los costos sanitarios, pero se asocia a una intervención de calidad y conocimientos actualizados en dicho tema hacen que haya disminuido la mortalidad de dichos pacientes.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Oficina de Estadística e Informática realizar un control de calidad de la información antes de que esta sea procesada, en vista de que al análisis de los datos proporcionados, esto distan ampliamente de los datos que se manejan en el servicio, para lo cual es menester trabajar en la estandarización de registro de información de atención hospitalaria.
- Debe realizarse una valoración de los criterios de reintervención en el curso de peritonitis graves post-operatoria y unificar criterios entre intensivistas y cirujanos.
- Que se realice un estudio de las causas de peritonitis graves, con el propósito de conocer si hay algún eslabón en el tipo de oferta que se brinda de nuestra organización de salud en el que existan fallas. Asumo que esta medida ayudará a disminuir la mortalidad en estos pacientes.
- A las autoridades de turno en la gestión institucional, se solicita mayor involucramiento en la resolución de necesidades del servicio de Cirugía General, dado que por la complejidad de casos que maneja, requiere intervenciones inmediatas, en lo que es soporte instrumental de equipamiento e insumos para mejor resolución del problema.

- Agilizar y mejorar los sistemas de referencia y contrareferencia del sistema de redes de salud, que puedan hacer un diagnóstico oportuno y una referencia inmediata, para un mejor resultado en el tratamiento de este problema nosocomial.

VII. REFERENCIALES

1. LEVINSON ME B. peritonitis y otras infecciones intraabdominales; 2010.
2. JC GA. Pronostico de la peritonitis segun indice de Manheim; 2004.
3. Pronóstico VMAVdí. Validación del índice pronóstico de Mannheim en pacientes con peritonitis secundaria Cuenca; 2009-2010.
4. KOPERNA T SFRIPPATO. Relaparotomy in peritonitis: prognosis and treatment of patients with persisting intraabdominal infection. World J Surg.; 2000; 24: 32-37.
5. CORBACH. drogas antimicrobiales en la infeccion abdominal surg 1933; 1993.
6. STAMBOULAIN. peritoniyis secundarias y terciarias. 9178179th ed.: MacGraw Hill interAMERICANA; 1998.
7. GUTIERREZ SAMPERIO C. fisiopatologia quirurgica del aparato digestivo. 3rd ed. mexico: manual moderno; 2006.
8. MATTHEW E L, M.BUSH L. Peritonitis y otras infecciones intrabdominales. 5th ed.: Panamericana; 2008.

9. DR.JULIO YAMUCH DSMCR. Sepsis Severa y Cirugia Chile: Revista Chilena Cirugia pag.79.87; 2015.
10. DRS.XAVIER GUIRAOA JAJMJGM. Recomendaciones en el tratamiento antibiotico empirico de la infeccion Intrabdominal España: Revista Española Cirugia; 2018.