

EL MÉTODO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LA PERITONITIS POSOPERATORIA

Iliana Guerra Macías <https://orcid.org/0000-0002-9223-0609>

Cirugía General Hospital Oncológico Conrado Benítez García

Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Cuba

ileanagm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La peritonitis posoperatoria es una complicación grave de la cirugía abdominal cuyo diagnóstico temprano se logra con la aplicación correcta del método clínico.

Objetivo: Relacionar los elementos clínicos que permiten el diagnóstico temprano de la peritonitis posoperatoria en un paciente laparotomizado.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba en el trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2021. Como método teórico se utilizó el vivencial y la sistematización y como métodos empíricos el análisis documental con la revisión de las historias clínicas y la observación científica con la práctica atencional-docente de la autora.

Resultados: El análisis documental y la observación en los diversos escenarios de atención clínica quirúrgica a enfermos con peritonitis posoperatoria, permitieron constatar la necesidad del desarrollo de habilidades en el método clínico para realizar el diagnóstico temprano de esta complicación de la cirugía abdominal, inherente a varias especialidades quirúrgicas, lo cual demanda complementación de conocimientos y actualización de saberes unido a un gran humanismo. **Conclusiones:** La peritonitis posoperatoria es una grave complicación de la cirugía abdominal que obliga a la formación permanente y continuada de los profesionales que en su desempeño práctico la enfrentan. El desarrollo de habilidades en el método clínico epidemiológico permite realizar el

diagnóstico temprano y evitar la demora terapéutica. Mientras más temprana sea la decisión de la(s) reintervención (s), mayor será la posibilidad de sobrevivida del enfermo.

Palabras clave: peritonitis posoperatoria; infección intraabdominal posoperatoria; método clínico; cirugía abdominal; humanismo

INTRODUCCIÓN

La peritonitis posoperatoria (PP) es una de las infecciones quirúrgicas más graves y de compleja atención en la práctica habitual del cirujano. La también llamada infección intraabdominal posoperatoria, es una complicación mediata de cualquier cirugía abdominal, efectuada de urgencia o programada para el tratamiento de alguna enfermedad intracavitaria digestiva, urinaria o ginecológica.

A pesar de la aplicación de técnicas quirúrgicas novedosas, del avance tecnológico en los estudios de imágenes, del desarrollo de las salas de atención al grave y del uso de potentes antimicrobianos e inmunomoduladores, la frecuencia de presentación de pacientes con PP continúa en aumento con tasas de mortalidad que oscilan entre 8 y 60 %.^(1, 2, 3)

En la práctica habitual del cirujano actuante se revelan insuficiencias en las habilidades clínicas para el diagnóstico temprano de la entidad, debido a la aplicación incorrecta del método científico aplicado al enfermo: el método clínico. La PP es una entidad prevalente y representa un problema de salud mundial, por lo que constituye una exigencia social la formación permanente y continuada del cirujano en aras de elevar la calidad atencional hospitalaria.^(4, 5)

El *objetivo* de este artículo es relacionar los elementos clínicos para el diagnóstico temprano de la peritonitis posoperatoria.

MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba, en el trimestre octubre-noviembre-diciembre de 2021, cuyo objeto de estudio fue la habilidad en el

método clínico para el diagnóstico temprano de la peritonitis posoperatoria; problemática recurrente en la práctica habitual del cirujano.

Como métodos teóricos se utilizaron el vivencial y la sistematización, para lo cual se consultó la bibliografía básica y actualizada de pertinencia con el tema de los últimos cinco años, en español e inglés, con la utilización de los descriptores peritonitis posoperatoria y método clínico. Como métodos empíricos se utilizaron el análisis documental con la revisión de las historias clínicas para la constatación de las principales dificultades relacionadas y la observación científica de la autora en diversos escenarios hospitalarios de educación en el trabajo para la atención clínica quirúrgica a este tipo de enfermo.

DESARROLLO

La PP es una enfermedad grave que determina cifras entre 8- 60 % de mortalidad mundial. Representa además el 2,5 % de todos los ingresos de pacientes críticos en salas de terapia intensiva. Uno de cada 40 enfermos graves padece una infección órgano-espacio intracavitario abdominal. El 2 % de los pacientes operados del abdomen desarrolla una PP y el 29 % de aquellos operados de una peritonitis generalizada inicialmente, persisten con ella y requieren múltiples reoperaciones para controlarla, con el elevado coste y la larga estancia hospitalaria que representa. Por estas razones, tiene un pronóstico reservado y una gran repercusión socioeconómica.^(6, 7, 8, 9)

Cabe considerar, que múltiples son los factores que justifican las altas tasas de morbilidad y mortalidad, entre ellos, el envejecimiento de la población, las comorbilidades asociadas, el cáncer digestivo complicado, la complejidad y duración de la laparotomía inicial, la estrategia quirúrgica de control de daño en el trauma abdominal, la dehiscencia de sutura anastomótica, la necrosis visceral, los abscesos intraabdominales y la atipicidad del cuadro clínico del paciente operado. Todos traerán por consecuencia la respuesta sistémica a la infección que va desde el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, a la sepsis grave, al choque séptico y a la muerte por sepsis.^(2, 9, 10)

Se ha verificado, que la PP puede iniciarse pocos días después de la laparotomía inicial, o varios días después del egreso. Puede afectar a infantes o adultos, sanos o con afecciones crónicas previas, inmunocomprometidos o

inmunocompetentes. Puede además limitarse a una víscera maciza, a un espacio peritoneal o hacerse difusa en todos los recovecos peritoneales.⁽¹¹⁾

De este modo, se trata de un enfermo complejo⁽¹²⁾ por lo que el diagnóstico temprano requiere certeza ya que la demora terapéutica traerá consecuencias nefastas para la salud. De ahí, la necesidad de que cirujanos generales, cirujanos pediátricos, proctólogos, obstetras y urólogos que en su desempeño asisten a este tipo de enfermo, se apropien de los elementos clínicos que con frecuencia aparecen a partir del tercer día de una operación abdominal:^(2, 5, 10, 13)

- Dolor abdominal impreciso, distensión abdominal simétrica, reacción peritoneal localizada o generalizada.

- Diarreas frecuentes y escasas, tenesmo rectal, ictericia, íleo paralítico persistente por más de 48 horas.

- Elementos del Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS): taquicardia > 90 latidos/min, taquipnea > 20 respiraciones/minutos o Pa O₂ disminuida o necesidad de ventilación mecánica, fiebre > 38°C o hipotermia < 36°C, estado mental alterado, oliguria, llenado capilar retardado, Leucocitosis >12000/mm³ o leucopenia <4000/mm³ o >10% de stabs en periferia, hiperlactacidemia, íleo paralítico persistente.

- Trastornos neurológicos (confusión, inquietud, ansiedad, incoherencia y coma).

- Deshidratación persistente a pesar del aporte hídrico correcto.

- Salida de fluidos anormales por drenajes abdominales y herida quirúrgica (pus, bilis, contenido intestinal, contenido gastroduodenal, orina, heces, líquido hemopurulento fétido).

- La punción abdominal o la punción del fondo de saco del Douglas o el lavado peritoneal de ser necesarios serán positivos a algún fluido anormal.

- La medición de la presión intraabdominal muestra hipertensión.

Sin duda, con los elementos clínicos descritos se gana tiempo a favor del paciente. La determinación temprana de relaparotomizar es decisiva y la actitud del cirujano e intensivista es de extrema importancia, en función de evitar la aparición de fallo múltiple y progresivo de órganos y sistemas.

Importante además recordar, que los estudios complementarios son para confirmar o negar un diagnóstico clínico.^(14, 15, 16, 17) No se debe esperar por los resultados para el diagnóstico de la PP pues pueden resultar falsos positivos. El hemograma revelará anemia < 8 g/L, leucocitosis con desviación a la izquierda y

presencia de stabs en periferia. La gasometría mostrará acidosis metabólica persistente.

Se observa que, la glucemia, urea y creatinina aparecerán elevadas. Los llamados *biomarcadores de infección* mostrarán albúmina sérica baja (< 2,8 mg/dl), el HDL sérico bajo (< 30mg/dl), el lactato sérico elevado (> 7,5mg/dl), la proteína C reactiva (> 15 mg/dl a partir del 3er día del posoperatorio). Otros como la procalcitonina, la interleucina 6, 8 y 10, el factor de necrosis tumoral alfa, la elastasa, los monocitos portadores de antígenos HLA-DR+ en su superficie, los receptores adrenérgicos alfa 2 y beta 1.

Resulta claro, que los estudios microbiológicos informarán el agente causal, como el hemocultivo en presencia de fiebre, el urocultivo, el bilicultivo, el cultivo de secreciones de la herida y de la cavidad abdominal, tomadas al comienzo de cada lavado abdominal, así como la tinción de Gram en exudado purulento. El razonamiento científico del cirujano frente a este tipo de enfermo que evidencia una gravedad notoria es fundamental.⁽¹⁷⁾

Si bien es importante el interrogatorio y el examen físico minucioso del paciente, importa mucho la revisión detallada de la historia clínica como documento médico, legal y administrativo⁽¹⁸⁾ en busca de datos significativos tales como:

-Edad, comorbilidades y clasificación ASA preoperatoria

-Órgano afectado y etiología de la afección (inflamatoria, neoplásica, tumoral o vascular).

-Diagnóstico preoperatorio y operatorio, si hubo accidentes.

-Tipo de operación: urgente o electiva, limpia, limpia contaminada, contaminada o sucia; si exéretica o derivativa o exéretica y derivativa, realizada por residente o especialista, días de realizada y el tiempo anestésico-quirúrgico.

-Tiempo transcurrido entre el comienzo de la afección y la operación inicial, tiempo transcurrido entre la cirugía inicial y la situación clínica actual del paciente.

-Si es la primera, segunda o tercera reintervención.

-Antimicrobianos utilizados, esquema de hidratación aplicado, tipo de cierre parietal aplicado, posoperatorio en sala de cirugía o terapia.

Como parte de la historia natural de la enfermedad, pueden aparecer en la PP de difícil control elementos clínicos de fallo múltiple de órganos que alertarán a los

médicos tratantes de la gravedad del paciente y la posible muerte de no corregirse.^(19, 20)

El método clínico también permite el diagnóstico temprano de esta temida complicación que ensombrece el pronóstico. Se citan el enlentecimiento del relleno capilar, la necesidad de utilizar fármacos vasoactivos durante más de 6 horas, la insuficiencia respiratoria aguda con PaO₂ < 50 mmHg, con FiO₂ superior a 0,4; PaCO₂ > 50 mmHg que impone la ventilación mecánica > 48 h, el fracaso renal agudo con oliguria < 20 mL/h, la desorientación aguda, la confusión, el estupor o el coma sin enfermedad previa y en ausencia de sedantes, la hemorragia digestiva alta, el íleo parálítico de más de 48 horas y nuevamente las diarreas frecuentes y escasas.

Importa, y por muchas razones recordar, que ningún estudio complementario supera el juicio clínico del médico. El interrogatorio minucioso y el examen físico exhaustivo son armas de siempre en esta difícil batalla de salvar vidas.

CONSIDERACIONES FINALES

La peritonitis posoperatoria es una grave complicación de la cirugía abdominal que obliga a la formación permanente y continuada de los profesionales que en su desempeño práctico la enfrentan. El desarrollo de habilidades en el método clínico epidemiológico permite realizar el diagnóstico temprano y evitar la demora terapéutica. Mientras más temprana sea la decisión de la(s) reintervención (s), mayor será la posibilidad de sobrevida del enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Guerra Macías I, Espinosa Torres F. El desempeño profesional del cirujano general en la detección temprana de la peritonitis aguda postoperatoria. Revista Cubana de Tecnología de la Salud.2020 [citado 26 Julio 2023];11(1): 35-40 Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1763>
- 2-Guerra Macías I, Suárez Guerra J, Suárez Guerra J. Algunas consideraciones necesarias sobre la infección intraabdominal posoperatoria. Revista Cubana Medicina Militar. 2021 [citado 26 Julio 2023];50(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1281>
- 3-Guerra Macías I, Castañeda Urdaneta FA, Cutié Taquechel G. Perfil clínico-quirúrgico-epidemiológico de los pacientes reintervenidos. Revista Cubana de Cirugía. 2021[citado 26 Julio 2023]; 60 (4): 1-13 <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1193/632>
- 4-Valcárcel Izquierdo N, Suárez Cabrera A, López Espinosa GJ, Pérez Bada E. La

- formación permanente y continuada: principio de la educación médica. EDUMECENTRO. 2019 [citado 26 Julio 2023]; 11(4):258-265. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?scrip-sci-arttext&pid-S2077>
- 5-Guerra Macías I, Suárez Guerra J, Martínez Sariol E, García Céspedes ME. Necesidad de superación profesional del cirujano en la atención al anciano con peritonitis aguda. Revista Maestro y Sociedad. 2021 [citado 26 Julio 2023];18(3): 869-80. Disponible en <https://maestroysociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/5382>
- 6-Benítez E, Galli V, Jara J, Miranda A, Morel J, et al. Complicaciones y mortalidad por peritonitis: un estudio transversal. Medicina Clínica Social. 2018 [citado 26 Julio 2023];2(1):6-12.Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.52379/mcs.v2i1.43>
- 7-Guerra Macías I, Espinosa Torres F. Relaparotomía, una alternativa de vida desde una visión humanista. Revista Cubana de Tecnología de la Salud 2020 [citado 26 Julio 2023];11(4): 133-136. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1834>
- 8-Céspedes Rodríguez HA, Bello Carr A, Fernández Pérez R. Morbimortalidad de las reintervenciones en la cirugía abdominal urgente y electiva. Revista Cubana de Cirugía. 2021. [citado 26 Julio 2023];60(1): e-968. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/968/560>
- 9-Martínez SG, Yarmuch GJ, Romero PC, Carreño MB. Sepsis en Cirugía. Revista de Cirugía. 2020 [citado 26 Julio 2023];72(1): 82-90. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S245245492020000100082
- 10-Guerra Macías I. Infección intraabdominal posoperatoria tratada con técnica de abdomen abierto desde un enfoque inclusivo. Revista Información Científica. 2021 [citado 26 Julio 2023]; 100(5): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3474>
- 11-Guerra Macías I. Clasificación de los abscesos intraabdominales. Revista Medisan. 2014 [citado 26 Julio 2023]; 18(7): [aprox. 0 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700001
- 12-Guerra Macías I, Luna Vázquez L, Chacón Suárez Y, López Espinosa E. Cuidados especializados de enfermería en el anciano con peritonitis aguda. Revista Medisan. 2021 [citado 26 Julio 2023];25 (2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3530>
- 13-Marín Pérez AL. Peritonitis. En Cap 130 T 9 Caballero López A. Terapia Intensiva. Urgencias sépticas 3era Ed. La Habana Editorial Ciencias Médicas. 2020: 150-178. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2019/10/29/3135/>
- 14-Mesa Arañas J. El método clínico y la importancia de los exámenes complementarios. En: Morfovirtual2016. [citado 26 Noviembre 2022]. Disponible en: <http://www.morfovirtual2016.sld.cu/index.php/Morfovirtual/2016/paper>
- 15-Conde Fernández BD, Conde Pérez M, Conde Pérez YA. El método clínico y el carácter científico de la medicina clínica. Revista Cubana de Medicina. 2020 [citado 26 Julio 2023]; 59(4):e1408 Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1408>
- 16-Espinosa Brito A. Las destrezas en el examen físico. Revista Medisur. 2020 [citado 26 Julio 2023]; 18(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4531>
- 17-Estepa Pérez JL, Santana Pedraza T, Estepa Ramos JL. Cualidades necesarias y valores en el cirujano contemporáneo. Revista Medisur.2019 [citado 26 Julio 2023]; 17(5): [aprox. 4 p.]. Disponible en:

<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4380>

18-García Odio AA, Álvarez Bolívar D. La historia clínica hospitalaria como instrumento médico, legal y administrativo en el nuevo contexto constitucional. Revista Mediciego. 2019 [citado 26 Julio 2023]; 25 (1):130-133. Disponible en:

<http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1327>

19-Vargas Oliva JM, Arias Aliaga A, Alcantú Reyes AL. Variables clínicas, humorales e imagenológicas para el diagnóstico de las peritonitis persistentes. Revista Multimed. 2020 [citado 26 Julio 2023]; 24 (1): [aprox. 0 p.]. Disponible en:

<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1585/1772>

20- Miranda Pedroso R. Mortalidad por peritonitis secundaria en una unidad de cuidados intensivos. Revista Médica Electrónica. 2020 [citado 26 Julio 2023]; 42 (1): [aprox. 0 p.]. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3432>