

PERITONITIS EN PACIENTES EN LA UCIP

AUTORES:

DR. IVÁN CRUZ-ÁLVAREZ CANTOS*
DRA. ANA IVIS CRESPO BARRIOS**
DR. JOSÉ DEL CANTO DE LA ROSA***

**: Especialista de segundo grado de Cirugía Pediátrica Profesor Asistente
Correo electrónico: xiomi@infomed.sld.cu*

*** : Especialista de primer grado de Pediatría. Especialista de segundo grado en
Terapia Intensiva y Emergencia. Diplomada en Terapia Intensiva
Correo electrónico: aivis.crespo@infomed.sld.cu*

****: Especialista de primer grado de Cirugía Pediátrica
Correo electrónico: cantorosa@infomed.sld.cu*

**HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE “JUAN M MARQUEZ”
CUBA**

INTRODUCCIÓN

La peritonitis es un proceso inflamatorio general o localizado de la membrana peritoneal secundaria a una irritación química, invasión bacteriana, necrosis local o contusión directa¹⁻³.

Literalmente peritonitis significa inflamación del peritoneo (aguda o crónica), pero hay que distinguir entre las peritonitis infecciosas y las peritonitis no infecciosas, ya que peritonitis no es sinónimo de infección intraabdominal. Aunque usualmente es considerada como tal, en realidad existen muchos procesos peritoneales donde existe inflamación, pero no infección¹⁻⁵.

La clasificación mas usada es la que las divide en: primarias, secundarias y terciarias.

La etiología más común es la peritonitis secundaria, que resulta de la contaminación de la cavidad peritoneal por la flora endógena secundaria a pérdida de la integridad del tracto gastrointestinal siendo su causa mas frecuente la apendicitis aguda perforada¹⁻¹⁰. En el Hospital Infantil de Miami se practican cerca de 250 apendicectomías anualmente. La proporción de perforaciones es aproximadamente de 39%.

En nuestro hospital en los últimos 4 años se operaron 723 niños con apendicitis aguda (promedio anual de 180) de los cuales 79 tenían una apendicitis complicada con perforación y peritonitis local o difusa para un 11%.

Aunque no es frecuente que estos pacientes requieran de la terapia intensiva, cuando es así se debe a la gravedad de la infección así como a su repercusión sistémica lo cual necesita de un soporte especializado en una unidad especializada.

OBJETIVO

Describir la experiencia de 15 niños ingresados en una Unidad de cuidados intensivos pediátricos con el diagnóstico de peritonitis.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio y universo

Se presenta un estudio transversal y retrospectivo, en el que revisamos las historias clínicas y el libro de registros de la UCIP del Hospital Pediátrico Universitario "Juan M. Márquez", de todos los pacientes que ingresaron en dicha unidad, en un período desde el 2002 hasta el 2005, con diagnóstico de peritonitis.

Criterios de inclusión:

Todos los pacientes ingresados en la UCIP con diagnóstico de peritonitis.

Criterios de exclusión:

Todos los pacientes ingresados en la UCIP con otro diagnóstico.

Muestra:

Con la aplicación de estos criterios de inclusión y exclusión quedó conformada la muestra de pacientes para la investigación, la cual comprendió 15 niños con el diagnóstico de peritonitis.

Criterios de salida:

Ninguno.

Variabes:

Las variables analizadas fueron: la frecuencia así como las causas mas frecuentes que la producen y la evolución de los niños. Se analiza además edad cronológica, sexo, si alguno recibió alimentación parenteral y si alguno requirió de ventilación mecánica.

RESULTADOS

Fueron admitidos un total de 15 pacientes con diagnóstico de peritonitis para un (0.8%) de todos los ingresos que fueron 1949 pacientes. (Tabla 1)

Las edades fueron: 4 pacientes de 1 a 4 años (26.66%), 3 pacientes de 5 a 9 años (20%) y 8 pacientes de 10 o mas años de edad(53.34%). El sexo mas afectado fue el masculino con 9 pacientes (60%). (Tabla 2)

La causa mas frecuente fue secundaria a apendicitis aguda perforada en 8 pacientes (53%), seguido por perforación intestinal secundaria a trauma abdominal cerrado en 2 pacientes (13.33%), perforación intestinal en pacientes con Linfoma no Hodking abdominal en tratamiento citostático en 2 pacientes (13.33%), 2 pacientes hidrocefálicos con derivaciones ventriculoperitoneales contaminadas(13.33%) y por ultimo 1 paciente con oclusión intestinal por bridas postquirúrgicas con necrosis del asa intestinal(6.66%). (Tabla 3)

Del total de pacientes solo 2 necesitaron ventilación mecánica y 3 requirieron de alimentación parenteral.

Hubo 2 fallecidos por perforación intestinal en pacientes con diagnóstico de Linfoma no Hodking abdominal. (Tabla 4)

DISCUSIÓN

Los pacientes con peritonitis, habitualmente, no requieren de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos(UCIP) de aquí que sea tan pequeño el numero de pacientes con respecto al total de ingresos en la UCIP que se reportan en este trabajo lo cual esta acorde con la bibliografía^{1,2}.

Es importante señalar que la peritonitis secundaria, que es la infección peritoneal producida por contaminación a partir de alteraciones del conducto gastrointestinal, sistema biliar, páncreas y tracto genitourinario, es la forma más frecuente de peritonitis y si tenemos en cuenta que es la apendicitis aguda complicada la causa mas frecuente

de este tipo de peritonitis se explica por que es mas frecuente en varones mayores de 7 años de edad¹⁻¹⁰.

El resto de las causas son variadas y con poca incidencia aunque es bueno señalar que hubo 2 pacientes portadores de linfoma no hodking con perforaciones del intestino secundaria al uso de citostáticos que esta reportada en la literatura y que es muy difícil de diagnosticar y casi siempre tienen un curso fatal como es el caso de estos 2 pacientes de nuestra serie.

Además de que resulta interesante el hecho de haber tenido 2 pacientes con derivaciones ventriculoperitoneales contaminadas lo que obliga a los neurocirujanos a extremar las medidas de antisepsia cuando operen estos pacientes, aunque en realidad es bajo el índice de este tipo de infecciones.

Es imprescindible señalar, a su vez, que no hubo pacientes con peritonitis secundaria a diálisis peritoneal, la cual es muy frecuente en el mundo según los reportes, lo cual es perfectamente explicable si tenemos en cuenta que en la UCIP de nuestro hospital no se tratan pacientes con insuficiencia renal pues ellos son enviados a otro centro de la ciudad especializado en nefrología pediátrica^{2,4}.

También existen reportes acerca de la importante y frecuente aparición de peritonitis secundaria a perforación intestinal por fiebre tifoidea la que no se presento en esta serie pues esta una enfermedad de muy baja incidencia en nuestro país y con aun mucho mas baja incidencia complicada con perforación intestinal⁵.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que aunque la mayoría de los niños con peritonitis no requiere de tratamiento en UCIP los que si la requieren se convierten en un reto pues son pacientes que requieren de toda la energía y el conocimiento de los compañeros que se dedican a trabajar con pacientes críticamente enfermos.

BIBLIOGRAFIA

1. Thompson AE, Marshall JC, Opal SM. Intraabdominal infections in infants and children: descriptions and definitions. *Pediatr Crit Care Med.* 2005 May;6(3 Suppl):S30-5.
2. Feneberg R, Warady BA, Alexander SR, Schaefer F; International Pediatric Peritonitis Registry. The international pediatric peritonitis registry: a global Internet-based initiative in pediatric dialysis. *Perit Dial Int.* 2005 Feb;25 Suppl 3:S130-4.
3. Notash AY, Salimi J, Rahimian H, Fesharaki MH, Abbasi A. Evaluation of Mannheim peritonitis index and multiple organ failure score in patients with peritonitis. *Indian J Gastroenterol.* 2005 Sep-Oct;24(5):197-200.

4. Schaefer F. Management of peritonitis in children receiving chronic peritoneal dialysis. Paediatr Drugs. 2003;5(5):315-25.
5. Chávez Pérez JP. Sepsis Abdominal. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva 2002 Jul-Ago;16(4):124-35.
6. Taylor S, Watt M. Emergency department assessment of abdominal pain: clinical indicator tests for detecting peritonism. Eur J Emerg Med. 2005 Dec;12(6):275-7.
7. Vane DW, Fernández N. Role of interval appendectomy in the management of complicated appendicitis in children. World J Surg. 2006 Jan;30(1):51-4.
8. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendectomy. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD001439.
9. Ameh EA, Nmadu PT. Gastrointestinal injuries from blunt abdominal trauma in children. East Afr Med J. 2004 Apr;81(4):194-7.
10. Serour F, Witzling M, Gorenstein A. Is laparoscopic appendectomy in children associated with an uncommon postoperative complication?. Surg Endosc. Epub 2005 Jul;19(7):919-22.

TABLA 1: PACIENTES CON PERITONITIS RESPECTO AL TOTAL DE INGRESOS

DIAGNOSTICO	PACIENTES	%
PERITONITIS	15	0.8
OTRAS AFECCIONES	1934	99.2
TOTAL	1949	100

Fuente: Expedientes clínicos y Libro de la UCIP

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EDAD Y SEXO

GRUPO DE EDAD	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
MENORES DE 1 AÑO	0	0	0
DE 1 A 4 AÑOS	4	0	4
DE 5 A 9 AÑOS	1	2	3
10 O MAS AÑOS	4	4	8
TOTAL	9	6	15

Fuente: Expedientes clínicos y Libro de la UCIP

TABLA 3: Distribución de los pacientes según la causa

CAUSA	PACIENTES	%
APENDICITIS AGUDA PERFORADA	8	53
PERFORACIÓN POR TRAUMA	2	13.33
PERFORACIÓN EN LNH	2	13.33
DERIVACIÓN VENTRICULOPERIT	2	13.33
OCLUSION INTESTINAL	1	6.66
TOTAL	15	100

Fuente: Expedientes clínicos y Libro de la UCIP

TABLA 4: Pacientes según su evolución

EVOLUCION	PACIENTES	%
VIVOS	13	86.66
FALLECIDOS	2	13.34
TOTAL	15	100

Fuente: Expedientes clínicos y Libro de la UCIP