



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "BERNARDO SEPÚLVEDA"
CENTRO MÉDICO NACIONAL "SIGLO XXI"**

**"INCIDENCIA DE DEHISCENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE
ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO Y COLON EN PACIENTES
CON ANTECEDENTE DE ABDOMEN ABIERTO SECUNDARIO A
SEPSIS ABDOMINAL"**

(Resultados preliminares)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

DRA. ELVA GABRIELA VANOYE CARLO

ASESOR DE TESIS:

DR. JOSE LUIS MARTÍNEZ ORDAZ



MÉXICO D.F.

FEBRERO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "BERNARDO SEPÚLVEDA"
CENTRO MÉDICO NACIONAL "SIGLO XXI"**

**"INCIDENCIA DE DEHISCENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE
ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO Y COLON EN PACIENTES
CON ANTECEDENTE DE ABDOMEN ABIERTO SECUNDARIO A
SEPSIS ABDOMINAL"**

(Resultados preliminares)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

DRA. ELVA GABRIELA VANOYE CARLO

ASESOR DE TESIS:

DR. JOSE LUIS MARTÍNEZ ORDAZ



MÉXICO D.F.

FEBRERO

2008

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “BERNARDO SEPÚLVEDA”
CENTRO MÉDICO NACIONAL “SIGLO XXI”**

TÍTULO

**INCIDENCIA DE DEHISCENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE
ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO Y COLON EN PACIENTES
CON ANTECEDENTE DE ABDOMEN ABIERTO SECUNDARIO A
SEPSIS ABDOMINAL
(Resultados Preliminares)**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGIA GENERAL
PRESENTA
DRA. ELVA GABRIELA VANOYE CARLO**

**ASESOR DE TESIS:
DR. JOSE LUIS MARTÍNEZ ORDAZ**

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2008

DRA. DIANA G. MENEZ DIAZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL
“SIGLO XXI”

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL
“SIGLO XXI”

DR. JOSE LUIS MARTÍNEZ ORDAZ

ASESOR DE TESIS
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL
“SIGLO XXI”

AGRADECIMIENTOS:

A Dios,

A mi madre

A mi familia

Y a mis maestros

INDICE:	PÁG
RESUMEN	09
INTRODUCCIÓN	10
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS	15
MATERIALES, PACIENTES Y MÉTODOS	16
VARIABLES Y DISEÑO DEL ESTUDIO	16
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
CRITERIOS DE SELECCIÓN	24
ASPECTOS ETICOS	24
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS 1: HOJAS DE RECOLECCIÓN	30

RESUMEN

Introducción: El abdomen abierto constituye una entidad quirúrgica empleada principalmente en casos de sepsis no controlada. En algunos pacientes se ha optado por realizar derivaciones intestinales junto con este manejo y posteriormente reconstitución de la continuidad intestinal en un segundo tiempo quirúrgico. Dentro de la literatura médica se hace referencia a las adherencias y congelamiento de la cavidad abdominal como posibles consecuencias del empleo del abdomen abierto, con una incidencia de formación de fístulas en procedimientos de reconexión posterior en un 12%.

Objetivo: Identificación de incidencia de dehiscencia y factores asociados a la misma en los casos de anastomosis intestinal en intestino delgado y colon en pacientes con antecedente de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal

Material y Métodos: Pacientes con antecedentes de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal en protocolo de reconexión intestinal de la consulta externa de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, determinando la incidencia de dehiscencia posterior al procedimiento y los factores asociados a la misma. Se analizaron los resultados con SPSS 15 aplicando T de Student para análisis de variables.

Resultados: Se incluyeron 108 pacientes, de los cuales se encontraron 10 casos de dehiscencia de anastomosis lo cual correspondió al 9.2%. El promedio de edad de la población afectada de 59 años, con un rango de edad de 26 a 79 años; de los cuales el 70% fueron mujeres, 30% hombres. El 30% de la población tenía antecedentes de HAS y 20% DM2. La hemoglobina promedio fue de 11.36 gr/dL, (9.4-12.8 gr/dL) y el porcentaje de linfocitos de 19.1%. La glucosa sérica fue de 95 mg/dL, creatinina de 1.2 mg en promedio.

La albúmina promedio fue de 3.3 gr/dL. Se presentó un caso de insuficiencia renal aguda secundario a evento de sepsis abdominal. De los casos reportados de la dehiscencia, el 70% correspondió a intestino delgado y 30% de colon. Como causa de dehiscencia se encontraron las siguientes: sin causa atribuible, hipovolemia y adenocarcinoma.

CONCLUSION. Los factores que mas influyeron en la presencia de dehiscencias fueron estado nutricional, anemia, tipo de cirugía y cirugía de intestino delgado

INTRODUCCION

Indicaciones para Abdomen Abierto

El abdomen abierto constituye una complicación de la cirugía moderna, resultado de los avances en el manejo de traumatismo, infección severa y otras emergencias abdominales. Se han aceptado cinco condiciones clínicas que justifican el manejo de un paciente con abdomen abierto. El manejo abierto de una infección abdominal severa es indicado en casos en los cuales una laparotomía no puede controlar efectivamente el sitio de infección, por lo tanto se facilita el acceso a cavidad abdominal y el desbridamiento de tejido no viable y drenaje de la cavidad peritoneal. En pacientes con isquemia mesentérica aguda se requiere de un segundo tiempo quirúrgico para evaluación de viabilidad intestinal y resección adicional de los segmentos isquémicos. Ocasionalmente algunos pacientes son candidatos a este manejo debido a infección necrotizante de la pared abdominal ⁽¹⁾.

Sin embargo la indicación más frecuente para manejo con abdomen abierto es la cirugía de control de daños para trauma abdominal; el reconocimiento del papel de la hipertensión abdominal dentro de la fisiopatología de hipoperfusión visceral y falla orgánica múltiple posterior a traumatismo, quemaduras, pancreatitis y resucitación masiva ⁽¹⁾. No obstante lo anterior este manejo constituye pérdidas significativas de líquidos, electrolitos y proteínas en los pacientes ⁽²⁾.

Cierre Temporal de la Cavidad Abdominal

Los principales objetivos del recubrimiento de un abdomen abierto están constituidas por la contención atraumática del contenido visceral, protección del intestino y separación de la

fascia para incrementar la probabilidad de un cierre primario retardado. El cierre temporal temprano controla la pérdida de fluidos y reduce los efectos catabólicos del abdomen abierto. Existe un amplio repertorio de opciones para recubrimiento de un abdomen abierto, la elección de la opción debe ser acorde a las circunstancias clínicas y preferencia del personal⁽¹⁾.

El cierre temporal de la piel (por medio de grapas o sutura continua con monofilamento) constituye una opción cuando se considera hipertensión abdominal. Cuando el cierre de la piel es imposible el empleo de un silo plástico temporal con fijación a piel es una opción. Otros dispositivos son bolsas plásticas o empleo de Steri-Drape plegado suturado a piel⁽¹⁾.

Otro método para cierre temporal es el empleo de malla absorbible la cual se remueve antes de que se incluye dentro del tejido de granulación. Alternativamente, un injerto de piel autóloga puede aplicarse sobre el sitio de granulación. La malla no absorbible o el silo plástico pueden ser suturados a la fascia para prevenir la retracción lateral con excepción de las mallas de Marlex. Por otra parte el empleo de dispositivos como cierres o velcro pueden facilitar el acceso a cavidad peritoneal y en forma gradual el avance los bordes de la fascia⁽¹⁾.

La fuga de grandes volúmenes de líquido peritoneal y la cuantificación de los mismos constituye un problema común, para lo cual se ha empleado el dispositivo de empaque al vacío con presión negativa, el cual ha demostrado también ejercer una tracción medial continua sobre los bordes faciales de la herida^(1,2).

Fisiología de una Herida Abdominal Abierta

Al final de la intervención quirúrgica, el intestino generalmente se encuentra edematoso

y distendido. Este edema generalmente empeora durante el periodo posoperatorio inmediato, disecando entre las hojas del mesenterio. Se debe considerar la posible introducción de empaquetamientos para control de hemorragia y realización de anastomosis intestinales ya sean manuales o con empleo de engrapadora. Se recomienda sobreposición de serosa en estas últimas para prevención de dehiscencia de la línea de engrapado, principalmente por edema^(1,2).

En la siguiente semana, posterior a la reparación de las lesiones, la distensión intestinal y el edema gradualmente disminuyen si la respuesta inflamatoria sistémica cede. Desafortunadamente la fascia se retrae lateralmente al mismo tiempo y se desarrollan adherencias interasa y asa-pared. Durante la segunda semana, el tejido de granulación recubre las asas en bloque, creando un abdomen congelado, el cual resulta quirúrgicamente inaccesible⁽¹⁾.

Si el edema y la distensión ceden para el final de la primera semana, existe un periodo de 3 a 5 días para realizar un cierre primario retardado del abdomen. Si este periodo se pierde, la presencia de un abdomen congelado impide un cierre primario retardado con cicatrización por segunda intención⁽¹⁾.

La creación de anastomosis intestinales constituye una alternativa para tratamiento en pacientes a este nivel con recuperación de la continuidad gastrointestinal. Se han descrito varios tipos de anastomosis intestinales, ya sea en uno o dos planos o con empleo de engrapadoras, cada una de ellas con sus ventajas y desventajas técnicas y complicaciones^(3,4). La principal complicación, la fuga de la misma tiene una tasa de mortalidad reportada en la literatura del 10 al 15%⁽⁵⁾.

Anastomosis intestinal y Abdomen Abierto

Dentro del estudio prospectivo aleatorizado de Catena y colaboradores se realizó comparación de anastomosis intestinal manual y con engrapadora en cirugía abdominal de urgencia, los cuales concluyeron que esta ultima disminuye el tiempo quirúrgico, sin diferencia estadísticamente significativa en cuanto a formación de fístula, morbilidad y mortalidad posoperatoria ^(6,7) .

En el estudio experimental de Hingn con modelo murino se realizaron anastomosis intestinales a nivel de ileon y colon, con producción de peritonitis por ligadura y punción de ciego con laparotomía a las 24hrs y 48hrs, se determinó tensión de la anastomosis así como determinación de niveles de hidroxiprolina, actividad de metaloproteinasa y mieloperoxidasa al tercer día posoperatorio; no se reportó un impacto negativo de los parámetros anteriormente referidos a nivel de los sitios de anastomosis ⁽⁸⁾.

En forma posoperatoria, dentro del estudio de Hyman N, se reportó una incidencia de fuga anastomótica del 2.7% en cirugía colorrectal, considerándose una patología de diagnóstico tardío (12 días en promedio). Sin embargo no son pacientes con antecedente de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal.

Actualmente, no se ha reportado en la literatura médica la evolución de anastomosis intestinales, incidencia de dehiscencia y factores asociados a la misma en pacientes con antecedente de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal, lo cual constituye el principal objetivo dentro de este estudio.

JUSTIFICACION

La presencia de incidencia y factores asociados a la misma en anastomosis de intestino delgado y colon en pacientes manejos con abdomen abierto y sepsis abdominal no se ha establecido claramente dentro de la literatura médica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar la incidencia de dehiscencia y factores asociados a esta última en anastomosis de intestino delgado y colonicas en pacientes con antecedentes de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de dehiscencia y factores asociados en anastomosis de intestino delgado y colon en pacientes con antecedente de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la incidencia de dehiscencia y factores asociados en anastomosis manual en intestino delgado en pacientes con antecedente de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal

Determinar la incidencia de dehiscencia y factores asociados en anastomosis colonica manual en pacientes con antecedente de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal

Determinar la incidencia de dehiscencia y factores asociados en anastomosis con engrapadora en intestino delgado en pacientes con antecedente de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal.

Determinar la incidencia de dehiscencia y factores asociados en anastomosis con engrapadora en colon en pacientes con antecedente de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal.

MATERIAL, METODOS Y PACIENTES

Este estudio se realizara en el Distrito Federal, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI durante el periodo comprendido de marzo del 2005 a julio del 2007, previo consentimiento informado del paciente y/o familiar responsable del mismo.

La población que se incluirá en este estudio esta constituida por pacientes con anastomosis intestinal y/o colónica y abdomen abierto realizada en el servicio de gastrocirugia.

La búsqueda y recolección de datos a partir de los expedientes clínicos se realizara por parte del investigador principal mediante un formato de vaciamiento de datos. En caso de pérdida del seguimiento se intentara la localización del paciente por medio de Trabajo Social.

VARIABLES

Edad

Definición conceptual: duración de la existencia del individuo expresada como el periodo transcurrido considerada desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición operacional: medida en unidades de tiempo

Escala de Medición: cuantitativa de razón

Sexo

Definición conceptual: clasificación en macho o hembra basada en numeroso criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas

Definición operacional: esta determinado por género masculino o femenino

Escala de Medición: cualitativa nominal

Variables Independientes

Hipertensión Arterial Sistémica

Definición conceptual: elevación sostenida de la presión arterial, por alguna entidad nosológica $\geq 140\text{mmHg}$ o $\geq 90\text{mmHg}$ de diastólica

Definición operacional: a través del interrogatorio. Mediante preguntas enfocadas a patologías de con carácter de transmisión y/o asociación ya conocida.

Tipo de variable: cualitativa, nominal, dicotómica

Diabetes Mellitus

Definición conceptual: conjunto de desordenes metabólicos que comparten el fenotipo de hiperglicemia, se caracteriza por determinación de glucosa en ayuno $\geq 126\text{mg/dL}$ en más de una ocasión o $\geq 200\text{mg/dL}$ en cualquier determinación.

Definición operacional: a través del interrogatorio, mediante preguntas enfocadas a patologías con carácter de transmisión y/o asociación ya conocida.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotómica

Cardiopatía

Definición conceptual: Estado clínico que produce una alteración estructural, funcional o mixta del miocardio.

Definición operacional: a través del interrogatorio, mediante preguntas enfocadas a patologías con carácter de transmisión y/o asociación ya conocida.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotómica

Cirrosis

Definición conceptual: enfermedad crónica hepática caracterizada por fibrosis, desorganización de la arquitectura lobular y vascular y regeneración de nulos de hepatocitos, de etiología múltiple (alcohólica, viral, biliar primaria o secundaria, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, deficiencia de α 1 antitripsina, hepatitis autoinmune, síndrome de Budd-Chiari, cirrosis cardiaca, fármacos, toxinas, esquistosomiasis y criptogénica).

Definición operacional: a través del interrogatorio, mediante preguntas enfocadas a patologías con carácter de transmisión y/o asociación ya conocida.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotómica.

Insuficiencia Renal

Insuficiencia Renal Aguda

Definición conceptual: incremento medible de la concentración sérica de creatinina (generalmente un incremento relativo del 50% o absoluto de 0.5 a 1.0mg/dL.

Insuficiencia Renal Crónica

Definición conceptual: Daño irreversible de la función renal de etiología múltiple (neuropatía diabética, nefroesclerosis hipertensiva, glomerulonefritis, enfermedad renovascular, enfermedad renal poliquística, nefropatía por reflujo y otras enfermedades renales congénitas, nefritis intersticial, neuropatía asociada a VIH, rechazo de trasplante renal)

Definición operacional: a través del interrogatorio, mediante preguntas enfocadas a patologías con carácter de transmisión y/o asociación ya conocida.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotómica.

Enfermedad de Tejido Conectivo

Definición conceptual: conjunto de desordenes heterogeneos que comparten ciertas características en común incluyendo inflamación en piel, articulaciones y otras estructuras con alto contenido de tejido conectivo, así como patrones alterados de inmunorregulación, incluyendo producción de autoanticuerpos y anormalidades inmunológicas de tipo celular.

Definición operacional: a través del interrogatorio, mediante preguntas enfocadas a patologías con carácter de transmisión y/o asociación ya conocida.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotomica

Cancer

Definición conceptual: crecimiento celular que se caracteriza por desorganización y capacidad de invasión de estructuras adyacentes y a distancia.

Definición operacional: a través del interrogatorio, mediante preguntas enfocadas a patologías con carácter de transmisión y/o asociación ya conocida.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotomica

Diagnóstico preoperatorio

Definición conceptual: estado clinico que condiciona la realización de un procedimiento quirurgico.

Definición operacional: diagnóstico con el cual se somete a un paciente a realización de anastomosis intestinal y/o colonica agrupadas de la siguiente manera:

- a) Infección abdominal severa
- b) Isquemia mesentérica aguda
- c) Infección necrotizante de la pared abdominal
- d) Cirugia de control de daños por traumatismo abdominal
- e) Hipertensión intraabdominal

Tipo de variable: cualitativa, nominal

Cirugía realizada

Definición conceptual: Procedimiento de tipo manual con carácter terapéutico o paliativo al que se somete un paciente

- a) Anastomosis intestinal manual y abdomen abierto
- b) Anastomosis colónica manual y abdomen abierto
- c) Anastomosis intestinal con engrapadora y abdomen abierto
- d) Anastomosis colónica con engrapadora y abdomen abierto

Tipo de variable: cualitativa, nominal

Sitio de Anastomosis

Definición conceptual: ubicación anatómica de la unión entre intestino delgado, intestino delgado y colon y colon realizadas durante una intervención quirúrgica.

Definición operacional: situación anatómica de la anastomosis realizada durante el procedimiento quirúrgico

- a) Intestino delgado
- b) Colon

Tipo de variable: cualitativa, nominal

Tipo de anastomosis

Definición conceptual: técnica quirúrgica empleada para realizar la unión entre diversas estructuras intestinales.

Técnica utilizada de reconexión intestinal agrupadas de la siguiente forma:

- a) Anastomosis intestinal manual
- b) Anatomosis con engrapadora

Tipo de variable: cualitativa, nominal

Abdomen Congelado

Definición conceptual: entidad clínica de etiología quirúrgica caracterizada por la formación de adherencias firmes intra y a la pared, lo cual impide el abordaje de la cavidad abdominal.

Definición operacional: a través del interrogatorio, mediante preguntas enfocadas a patologías con carácter de transmisión y/o asociación ya conocida.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotómica

Tipo de Cierre Temporal

Definición conceptual: material para cobertura de un abdomen abierto cuyas funciones consisten en la contención en forma atraumática de las vísceras abdominales, protección intestinal y evitar reacción de la fascia.

Definición operacional: material empleado para cobertura de cavidad abdominal clasificado de la siguiente manera:

- a) Piel
- b) Plástico abdominal
- c) Bolsa de Bogotá
- d) Malla absorbible
- e) Malla no absorbible con protección de las vísceras subyacentes
- f) Dispositivo de vacío

g) Manejo de la herida asistido por vacío

Tipo de variable: cualitativa, nominal

Nutrición Parenteral:

Definición conceptual: Forma de alimentación administrada a través de un acceso venoso central.

Definición operación: Presencia o ausencia durante el preoperatorio de acuerdo a las necesidades nutricionales del paciente.

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotomica

Variables Independientes

Dehiscencia anastomótica

Definición conceptual: separación de dos o más estructuras unidas artificialmente a través de un evento quirúrgico previo, puede acompañarse de dolor abdominal, irritación peritoneo, taquicardia, fiebre e inestabilidad hemodinamica.

Definición operacional: perdida de la continuidad de la unión intestinal.

Tipo de variable, cualitativa nominal

Defunción

Definición conceptual: culminación de la vida de un organismo vivo mientras que el estado es lo que sucede a dicho evento.

Definición operacional: ausencia de signos vitales

Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotomica

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de tipo transversal, descriptivo, retrospectivo. Universo de Trabajo: el estudio se realizara en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI de la Ciudad de México, durante el tiempo comprendido de marzo del 2006 a julio del 2007. Tipo de la muestra: No probabilística mediante casos consecutivos. Tamaño de la muestra: se incluirán todos los pacientes con anastomosis de intestino delgado y/o colónica con antecedente de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal que se hayan realizado durante el periodo de tiempo comprendido de marzo del 2006 a julio del 2007.

ANALISIS DE DATOS

El análisis para variables cualitativas se realizara por medio de χ^2 o exacta de Fisher de acuerdo al caso, para las variables continuas se realizara por medio de T de student, empleando el programada estadístico SPSS en su 12 versión.

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de Inclusión

Paciente con anastomosis intestinal y/o colónica manejado con antecedente de abdomen abierto

Criterios de Exclusión

Paciente con derivación biliodigestiva

Paciente con fístulas intestinales a cualquier nivel del tracto gastrointestinal

Paciente con anastomosis intestinal y/o colonica y estoma de protección

Paciente con trastorno inmunológico subyacente (lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido)

Paciente con enfermedades asociadas a alteraciones de la colágena (esclerodermia)

Pacientes bajo tratamiento con inmunosupresores o esteroides

Criterios de Eliminación

Perdida del seguimiento del paciente

Defunción no relacionada al estudio

ASPECTO ETICOS

Este estudio cuenta con el apoyo del personal directivo, médico, paramédico y de la población derechohabiente para su realización.

Se puede considerar como éticamente operable dentro del contexto epidemiológico, no se atenta contra los valores universales y no afecta la integridad física de los participantes del estudio de acuerdo a los principios básicos del acuerdo de Helsinki con respecto a las personas, búsqueda del bien y de la justicia. De acuerdo con lo anteriormente referido se considera que constituyen la base para la realización de protocolos científicos. Las pautas presentes están orientadas a la aplicación de estos principios en los trabajos de investigación en seres humanos. De acuerdo a los siguientes artículos de la Ley General de Salud

Artículo 96. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que consideren prioritarios para la población

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en los que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica,
- II. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- III. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realiza la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad de

aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud.

Consentimiento Informado

Se solicitará autorización por escrito para inclusión del paciente al estudio ya sea directamente a él o a su representante legal, explicando los objetivos del estudio en un lenguaje claro y sencillo, cuya finalidad únicamente es determinar la incidencia de dehiscencia de anastomosis en un abdomen abierto.

RESULTADOS

Se capturaron los datos en una base de programa SPSS 15. Las variables cuantitativas continuas se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión. Las variables cualitativas se analizaron con frecuencias y porcentajes. Se realizó correlación midiendo con pruebas no paramétricas.

Del análisis estadístico se desprenden los siguientes resultados una incidencia de 9.2% dehiscencia en la muestra analizadas con un total de 10 casos, un promedio de edad de la población afectada de 59 años, con un rango de edad de 26 a 79 años; de los cuales el 70% fueron mujeres, 30% hombres. El 30% de la población tenía antecedentes de HAS y 20% DM2. La hemoglobina promedio fue de 11.36 gr/dL, (9.4'12.8 gr/dL) y el porcentaje de linfocitos de 19.1%. La glucosa sérica fue de 95 mg/dL, creatinina de 1.2 mg en promedio. La albúmina promedio fue de 3.3 gr/dL.

Se presentó un caso de insuficiencia renal aguda secundario a evento de sepsis abdominal.

Los días de estancia intrahospitalaria en promedio fueron 249, (rango de 48-595 días) De los casos reportados de la dehiscencia, el 70% correspondió a intestino delgado y 30% de colon. Como causa de dehiscencia se encontraron las siguientes: sin causa atribuible, hipovolemia y adenocarcinoma.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El manejo de pacientes con infección abdominal severa constituye una de las cinco indicaciones para abdomen abierto. Se ha reportado dentro de la literatura médica que este tipo de manejo quirúrgico conlleva la formación de múltiples adherencias y finalmente un abdomen congelado.

Dentro del estudio presentado anteriormente se incluyeron 108 casos de pacientes con antecedentes de abdomen abierto secundario a sepsis abdominal en los cuales se lleva a cabo reconexión intestinal con hallazgo de 9.2% de incidencia de dehiscencia. La edad de presentación de este problema fue la sexta década de la vida

El mayor porcentaje de dehiscencia en relación a cifras de hb menores de 13 grs dl, de causa multifactorial (estado de sepsis, coagulopatía por consumo y sangrado el cual no fue estadísticamente significativo)

De los factores asociados a dehiscencia se encontró desnutrición (linfopenia, hipoalbuminemia); lo cual tuvo una mayor repercusión en cirugía de intestino delgado. El mayor porcentaje de fístulas fue en intestino delgado.

La estancia prolongada y las múltiples reintervenciones en el grupo de estudio secundario a causa no reconocida, con mayor estancia hospitalaria para pacientes con dehiscencia en cirugía de colon.

En conclusión se puede determinar que los factores que más influyeron en la presencia de dehiscencias fueron estado nutricional, anemia, tipo de cirugía ya sea de intestino delgado o de colon como lo demuestran los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

1. Schechter WP, Ivatury RR, Rotondo MF, Hirsberg A. Open Abdomen after Trauma and Abdominal Sepsis— A Strategy for Management. *Am Coll Surg* 2006;203(3):390-5
2. Cheatham ML, Safcsak K, Nrzezinski RN, Lube RW. Nitrogen balance, protein loss and the open abdomen. *Crit Care Med* 2007;35 (1):127-31
3. Mc Kinley A, Krukowski ZH. Intestinal Anastomoses. *Surgery* 2006;24(7):224-28
4. Rajesh A, Darzi A. Compression Anastomoses Revisited. *Am Coll Surg* 2005;201(6):965-71
5. Hyman NH, Manchester TL, Osler T, Burns B, Cataldo PA. Anastomotic leaks After Intestinal Anastomosis, it/s later than you Think. *Ann Surg* 2007;245:254-8
6. Muftuogly MA. Effects of high Bilirubin on Healing of Intestinal Anastomosis. *Surg Today* 2005;35(9):739-43
7. Catena F. Stapled versus hand-sewn Anastomosis in emergency Intestinal Surgery. *Surg Today* 2005 Enero 35(9)123-6.
8. Hingn. No detrimental effects repeated laparotomies on early healing of experimental intestinal anastomosis. *Int J Colorectal.* 2005;20(6):534-41

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SXXI
SERVICIO DE GASTROCIRUGIA

INCIDENCIA DE DEHISCENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MISMA EN ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO Y COLON EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABDOMEN ABIERTO POR SEPSIS ABDOMINAL

Dr. Jose Luis Martínez-Ordaz MASGC/ E. Gabriela Vanoye Carlo R4CG

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____ AFILIACION: _____

SEXO; FEMENINO _____ MASCULINO _____ EDAD: _____

DIRECCION: _____

TELEFONOS: _____ MAIL : _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

- () DIABETES MELLITUS
- () HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA
- () CARDIOPATIA: _____
- () CIRROSIS HEPATICA
- () INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
- () CANCER: _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

CIRUGIAS PREVIAS: _____

CAUSA DE ABDOMEN ABIERTO:

- () INFECCION ABDOMINAL () ISQUEMIA MESENTERICA AGUDA
- () INFECCION NECROTIZANTE DE PÁRED ABDOMINAL () CIRUGIA DE CONTROL DE DAÑOS

FECHA DE ULTIMA CIRUGIA: _____

CIERRE TEMPORAL :

- () PIEL () PLASTICO ABDOMINAL
- () BOLSA DE BOGOTA () MALLA ABSORBIBLE
- () MALLA NO ABSORBIBLE CON PROTECCION () DISPOSITIVO DE VACIO DE VISCERAS SUBYACENTES

NUTRICION PARENTERAL TOTAL PREVIA A RECONEXION : SI () NO ()

DURACION: () MENOS 10 DIAS () 10 A 15 DIAS () MAS DE 15 DIAS

CIRUGIA DE RECONEXION

TIPO DE ANASTOMOSIS: INTESTINO DELGADO () COLON () ILEOCOLONICA ()
MANUAL () ENGRAPADORA ()

TIEMPO QUIRURGICO: _____ SANGRADO TRANSOPERATORIO: _____

ABDOMEN CONGELADO: _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SXXI

Carta de Consentimiento Informado para Participación en proyectos de Investigación Clínica

Lugar y fecha:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

Incidencia de dehiscencia entra anastomosis

INCIDENCIA DE DEHISCENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MISMA EN ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO Y COLON EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABDOMEN ABIERTO POR SEPSIS ABDOMINAL

Con registro ante el Comité Local de investigación

El objetivo del estudio consiste en registrar la incidencia de dehiscencia y factores asociados a la misma entre anastomosis de intestino delgado y de colon realizadas en forma manual y con engrapadora en pacientes con antecedente de abdomen abierto por sepsis abdominal.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder de forma libre y sin presión, un cuestionario con respuestas de opción múltiple, se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos ni inconvenientes y que pueden existir beneficios derivados de los resultados de este estudio.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta, aclaración o duda que se le plante acerca del procedimiento que se llevara a cabo, riesgos y beneficios y cualquier otro asunto relacionado con la investigación o tratamiento en caso de que el protocolo se modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigados se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera resultar ventajoso en el tratamiento del paciente.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha asegurado que no se me identificara en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad seran manejados en forma confidencial, se compromete además a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta última pudiese influir en cuando a mi estancia en el mismo.

Nombre, firma del Paciente y fecha

Elva Gabriela Vanoye Carlo R4CG

Nombre, firma del Testigo y fecha

Nombre, firma del Testigo y fecha