



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUROESTE
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ”

**“FRECUENCIA DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL DRENAJE DE ABSCESO
PROFUNDO DE CUELLO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SIGLO
XXI”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. GARCÍA CASTILLO YULIANA ROSARIO

ASESOR PRINCIPAL:

DR. SOTO PALMA GUSTAVO

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN XXI

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2019



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.

**"FRECUENCIA DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL DRENAJE DE ABSCESO
PROFUNDO DE CUELLO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN
SIGLO XXI"**




DRA. DIANA GRACIELA MÉNEZ DÍAZ

Jefa de División de Educación en Salud del Hospital de Especialidades "Dr.
Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" Centro Médico Nacional Siglo XXI.


DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

Profesor Titular del Curso de Posgrado en Anestesiología (UNAM) del Hospital de
Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" Centro Médico Nacional Siglo
XXI.


DR. SOTO PALMA GUSTAVO

Médico Adscrito al servicio de Anestesiología y Profesor adjunto al curso de
Posgrado en Anestesiología del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo
Sepúlveda Gutiérrez" Centro Médico Nacional Siglo XXI.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 3601 con número de registro 17 CI 09 015 034 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 023 2017082.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

FECHA Lunes, 25 de junio de 2018.

**M.E. GUSTAVO SOTO PALMA
PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título:

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SIGLO XXI

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O** con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-3601-096

ATENTAMENTE

DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

IMSS
SEGURO Y SALUD PARA TODOS

DATOS DEL ALUMNO

Apellido Paterno	García
Apellido Materno	Castillo
Nombre (s)	Yuliana Rosario
Teléfono	777 560 41 61
Universidad	Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad	Facultad de Medicina
Carrera	Anestesiología
N° Cuenta	516223104
Correo electrónico	yulianagac@gmail.com

DATOS DEL ASESOR PRINCIPAL

Apellido paterno	Soto
Apellido Materno	Palma
Nombre (s)	Gustavo
Matricula	99110129
Teléfono	55 6913 3206
Correo electrónico	gustavosoto1977@gmail.com

DATOS DE LA TESIS

Título	“FRECUENCIA DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SIGLO XXI”
Número de paginas	48 Páginas
Número de Registro	R-2018-3601-096
Año	2018

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis está dedicada a mi Madre que cada día hizo su mayor esfuerzo para darme todo lo mejor que ella pudo, por hacer siempre un gran esfuerzo para ayudarme a lograr cada sueño nuevo, por ser la mejor madre que ha existido.

A mi Tía Luz María que gracias a todo lo que me enseñó he llegado aquí, por enseñarme que la palabra clave para lograr y hacer bien las cosas se llama “Disciplina”.

Gracias también a Rubén por ser un apoyo para nosotras, por haberse comportado como un verdadero padre.

Gracias a mis abuelos Mamá Juanita y Papá Juanito porque sé que en los momentos que más difícil se ponía la vida, fueron ustedes los que abogaban por nosotras con Dios para ayudarnos a salir adelante.

A Mis Tíos Fernando y Luis porque también por mucho tiempo fueron como unos padres para mí. A mis primos Magaly y Luis Alfredo por también ayudarnos y apoyarnos siempre incondicionalmente.

A Saulo por haber sido mi cargador de batería cuando esta empezaba a apagarse, por darme su amor, apoyo, paciencia durante estos 3 años de residencia Médica, porque hizo que mi estancia lejos de mi hogar fuera más llevadera estando el a mi lado.

A mis sobrinos Santi y Sebas que más que eso son como mis hermanitos que han estado con mi mamá cuidándola y queriéndola cuando tuve que venirme a la Residencia.

Gracias porque son las personas más importantes de mi vida.

Agradecimientos especiales a Asesor de tesis el Dr. Soto en la orientación para la elaboración de esta Investigación.

I. ÍNDICE.

1.-ÍNDICE	6
2.- RESÚMEN	7
3.- INTRODUCCIÓN	8
4.-JUSTIFICACIÓN	13
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
6.-OBJETIVOS	14
7.- HIPÓTESIS	14
8.- MATERIAL Y MÉTODOS	14
9.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	21
10.- RESULTADOS	21
11.-DISCUSIÓN	36
12.-CONCLUSIONES	39
13.- BIBLIOGRAFÍA	40
14.- ÁNEXOS	42

II. RESUMEN.

"FRECUENCIA DE COMPLICACIONES ASOCIADAS AL DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SIGLO XXI"

INTRODUCCIÓN. Los Abscesos profundos del cuello. Procesos infecciosos con formación de colección purulenta en planos profundos. Pueden ser localizados o diseminados y generar complicaciones graves. Los pacientes tratados quirúrgicamente debido a complicaciones que pueden surgir en el manejo de las vías respiratorias en el período postoperatorio requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivos y mayores días de hospitalización. De ahí la importancia de identificar las complicaciones asociadas a la morbimortalidad. **OBJETIVO.** Determinar la frecuencia de complicaciones asociadas a drenaje de absceso profundo de cuello que aumentan la morbimortalidad. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Diseño del estudio. Descriptivo, Observacional, Retrospectivo y Analítico. Método. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de absceso profundo de cuello y que fueron manejados de forma quirúrgica durante el año 2017. Material. Se utilizó hojas de recolección de datos. **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.** Se realizó mediante estadística descriptiva. Se utilizó medidas de tendencia central: Media, Mediana y Moda para variables cuantitativas. Se utilizó Frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. **RESULTADOS.** Los hombres entre 40-49 años son más afectados, el espacio más afectado fue submentoniano derecho, con extensiones del 30%. Los pacientes eran ASA III los que estaban asociados a complicaciones. Las complicaciones observadas fueron Abscesos residuales 12.7%, Mediastinitis, 5.5% lesión renal aguda, 3.6% descontrol de glucémicos, 1.8% alteraciones electrolíticas (Hiponatremia e hipocalcemia) y 1.8% lesión vascular. **CONCLUSIONES.** Las infecciones profundas del cuello constituyen una emergencia quirúrgica. Los hombres con mayores obstrucciones, comorbilidades y complicaciones pre quirúrgicas existentes fueron los que mostraron mayores estancias hospitalarias por las complicaciones postquirúrgicas. Es necesario identificar aquellos con mayor riesgo de complicaciones para un seguimiento más minucioso y estrecho para evitar complicaciones mortales.

Palabras Clave. Absceso profundo de cuello, complicaciones, frecuencia.

"FREQUENCY OF COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH THE DRAINAGE OF DEEP NECK ABSTRACT IN THE SPECIALTY HOSPITAL OF THE CMN SIGLO XXI"

INTRODUCTION. The deep abscesses of the neck. Infectious processes with formation of purulent collection in deep planes. They can be localized or disseminated and generate serious complications. Patients treated surgically due to complications that may arise in the management of the respiratory tract in the postoperative period require admission to the intensive care unit and longer days of hospitalization. Hence the importance of identifying the complications associated with morbidity and mortality. **OBJECTIVE.** To determine the frequency of complications associated with drainage of deep neck abscess that increase morbidity and mortality. **MATERIAL AND METHODS.** Study design. Descriptive, Observational, Retrospective and Analytical. Method. We reviewed the clinical files of patients diagnosed with deep neck abscess and who were managed surgically during the year 2017. Material. Data collection sheets were used. **STATISTIC ANALYSIS.** It was done by descriptive statistics. We used measures of central tendency: Medium, Medium and Fashion for quantitative variables. Frequencies and percentages were used for qualitative variables. **RESULTS.** Men between 40-49 years are more affected, the most affected space was right submental, with extensions of 30%. The patients were ASA III those that were associated with complications. The complications observed were residual abscesses 12.7%, mediastinitis, 5.5% acute kidney injury, 3.6% uncontrolled glycemia, 1.8% electrolyte abnormalities (hyponatremia and hypocalcemia) and 1.8% vascular injury. **CONCLUSIONS.** Deep neck infections are a surgical emergency. The men with greater obstructions, comorbidities and existing pre-surgical complications were those who showed greater hospital stays due to post-surgical complications. It is necessary to identify those with a higher risk of complications for a more meticulous and narrow follow-up to avoid deadly complications.

Keywords. Deep neck abscess, complications, frequency.

III. INTRODUCCIÓN

Los abscesos profundos de cuello son procesos infecciosos con formación de una colección de materia purulenta en los planos profundos del cuello, formados por fascias que involucran uno o varios de los espacios. Pueden ser localizados o diseminados y generar complicaciones de gravedad a nivel local o a distancia y peligrar la vida. Las infecciones de los espacios profundos del cuello son provenientes más comúnmente de un foco séptico de dientes mandibulares, amígdalas, glándulas parótidas, ganglios cervicales profundos, oído medio ó de senos paranasales. Es importante la identificación de factores de riesgo, uso de medidas terapéuticas médicas y quirúrgicas asociados a mayor estancia hospitalaria. ⁽¹⁾

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Los factores asociados a desarrollo de abscesos profundos de cuello son: Diabetes Mellitus (principal enfermedad asociada), Portadores de VIH o alteraciones inmunológicas, Lupus Eritematoso sistémica, Insuficiencia Renal Crónica, Estado Metabólico descompensado, Ausencia de tratamiento Médico en procesos infecciosos de la vía aérea, Parotiditis, Cuerpo extraño, Antecedente de instrumentación y aplicación de drogas intravenosas y en 20% la causa se desconoce. Además existen Factores de Riesgo asociados a Re operación y aumento de la Mortalidad como: Presencia de comorbilidades (principalmente diabetes mellitus), mayor número de espacios afectados, afectación bilateral y una escala de ASA III o mayor.⁽²⁾

CONSIDERACIÓN ANATÓMICA DE CUELLO

Los músculos, vasos y estructuras viscerales del cuello están envueltos por una fascia cervical, la cual tiene una capa superficial y otra profunda. La fascia cervical superficial son los tejidos subcutáneos del cuello que lo envuelven completamente y se continúan de forma anterior con el platisma.

La fascia cervical consta de tres capas: superficial, media y profunda, las cuales constituyen compartimentos cilíndricos o espacios profundos que se extienden longitudinalmente de la base del cráneo al mediastino. ⁽³⁾

CLASIFICACIÓN Y VÍAS DE EXTENSIÓN

La clasificación en base a la situación anatómica es útil en el momento de decidir la intervención sobre el paciente: Los espacios más comúnmente afectados son: Periamigdalino (Más Frecuente), submaxilar, parafaríngeo, vascular, visceral, submentoniano, Retrofaringea (Frecuente en Población Infantil). Otro tipo de infección, es la de la vaina carotídea, llamada autopsia de Lincoln hacia el mediastino, cuando la sepsis se localiza en el paquete vásculonervioso del cuello.

Los espacios de la fascia cervical profunda normalmente están unidos por tejido conectivo laxo y se intercomunican en diversos grados. Estas vías son importantes por los riesgos potenciales de extensión de un espacio a otro. ⁽⁴⁾

MICROBIOLOGÍA

Los gérmenes anaerobios generalmente predominan a los aerobios en una relación 10:1. La mayoría de los abscesos originados en los dientes son debidos a anaerobios orales tales como: *Fusobacteriumnucleatum*, *Prevotella (Prevotellamelaninogenica, Veillonella)* y *Peptostreptococcus*. Las especies de *Actinomyces* son abundantes en la placa dental (*Actinomycesisraeli*, *Arachniapropionica*, *Actinomycesnaeslundii*, *A. viscosus* y *A. odontolyticus. Actinobacillusactinomycetemcomitans*). Las infecciones provenientes de la faringe, contienen anaerobios orales y estreptococos facultativos (*Streptococcuspyogenes*). *Staphylococcus aureus* y bacilos Gram negativos facultativos, incluyendo *Pseudomonaaeruginosa*, son frecuentes en pacientes inmunocomprometidos. ⁽⁵⁾

Se han encontrado predominio de microorganismos grampositivos, específicamente *Streptococcusalfa haemolyticus*(43%), y *Staphylococcusepidermidis* (23%). ^(6, 7)

Existen cuatro estadios para la formación de Abscesos de cuello:

- 1) Inoculación. Bacterias invasoras (generalmente *Streptococcus*) inician una reacción inflamatoria ligera con aumento de temperatura al tacto.
- 2) 2°-5° día. Dolor intenso, induración, rubicundez y calor local. Etapa de celulitis.
- 3) 4°-6° día. La celulitis se reblandece centralmente, mientras existe una induración periférica. Fase del absceso.
- 4) Resolución. Rotura espontánea del absceso a través de la piel necrótica, con salida de pus. ⁽⁸⁾

CUADRO CLÍNICO

Aumento de Volumen, hiperemia, dolor locorregional, disfagia, odinofagia, disfonía, trismus, edema facial. Dolor Torácico ante sospecha de mediastinitis. Los abscesos periamigdalinos, parótideos, parafaríngeos y submandibulares generan dolor faríngeo y trismus, esto indica presión o infección de los músculos de la masticación (masetero y pterigoideo) o afección de la rama motora del nervio trigémino. La disfagia y odinofagia, sugieren inflamación alrededor de las articulaciones cricoaritenoideas. La disfonía o afonía, son tardíos y pueden indicar afección del nervio vago; la paresia unilateral de la lengua indica afección del nervio hipogloso. El estridor y la disnea, indican presión local o extensión de la infección hacia el mediastino. En el absceso Faringoamigdalino hay Desplazamiento de toda la pared faríngea rechazando la amígdala hacia abajo y adentro más la presencia de un marcado trismus por irritación del músculo pterigoideo interno. En el Absceso submandibular existe una forma especial por su extrema gravedad es la angina de Ludwig. La cual es una celulitis gangrenosa del piso de la boca, que se extiende rápido, incluyendo mediastino. Aumenta el grosor de la lengua y los músculos suprahioides, desplaza la lengua hacia atrás y arriba, y no suele haber fluctuación. El síndrome de Lemierre o tromboflebitis purulenta de la vena yugular interna, ocurre por la diseminación de la infección al espacio carotideo. Los hallazgos patognomónicos incluyen edema e hiperestesia en el ángulo de la mandíbula y sobre el músculo esternocleidomastoideo, junto con signos de sepsis (picos febriles, escalofríos) y embolismo pulmonar. El síndrome de Horner y las parálisis de los pares craneales IX y XII resultan de infecciones que invaden el espacio carotideo. ⁽⁹⁾

DIAGNÓSTICO

Los estudios de laboratorio iniciales deben incluir biometría hemática completa con diferencial, glucosa sérica, electrolitos, tiempos de coagulación, prueba para VIH, hemocultivos y los cultivos apropiados de muestras por aspiración. Los resultados de los cultivos son más precisos cuando se obtienen por aspiración con aguja; además de tomar cultivos para gérmenes aerobios y anaerobios, se recomiendan cultivos para hongos y micobacterias en pacientes inmunocomprometidos. La radiografía de tórax es útil en la búsqueda de complicaciones como mediastinitis, neumonía y derrame pleural. Las radiografías laterales de cuello se han usado en caso de abscesos retrofaríngeo y parafaríngeo. El ensanchamiento superior a 2 ½ veces los cuerpos vertebrales de C2 o C3, cuando exista obliteración de la columna aérea, presencia de gas o rectificación de la lordosis cervical es sugerente de absceso retrofaríngeo. Ultrasonido. Este estudio es más preciso que la TAC en diferenciar un absceso drenable de celulitis. TAC. Para la caracterización de la naturaleza de una lesión profunda de cuello, identificando los espacios involucrados, y ayudando en el reconocimiento temprano de las complicaciones. Es especialmente importante en la planeación del abordaje quirúrgico y es el estándar actual. La RM provee mejor definición de tejidos blandos que la TAC, Su limitación el costo. ⁽¹⁰⁾

TRATAMIENTO

Manejo Farmacológico. Penicilina, Cefalosporinas de 3era generación, Metronidazol y/o Clindamicina. Este manejo se considera en pacientes con celulitis o absceso limitado a un espacio confirmado, sin datos de descompensación metabólica y sin factores de riesgo con valoración periódica cada 8 horas.

Manejo Quirúrgico. Está indicado cuando existe afección a la vía aérea, absceso mayor de 3 cm que involucre espacios prevertebral, visceral anterior o vascular, o cuando afecte

más de dos espacios; cuando existe mediastinitis o trombosis de la vena yugular interna; y en pacientes sin respuesta al tratamiento médico en las primeras 24 a 48 horas.

Drenaje por punción con sonda o catéter para irrigación guiado por TC o USG para absceso periamigdalinos, submentonianos, retrofaríngeos o submandibulares.

Drenaje quirúrgico urgente cuando involucra espacio parafaríngeo por el riesgo de trombosis séptica a la vena yugular interna. ⁽¹¹⁾

COMPLICACIONES ASOCIADA AL ABSCESO PROFUNDO DE CUELLO

Existen ciertas complicaciones que pueden modificar el tiempo de manejo de la vía aérea como: Mediastinitis, la cual es la complicación más frecuente; los sitios más frecuentemente afectados son: el mediastino superior (60%), el anterior (60%), el medio (20%) y el posterior (20%). La mediastinitis necrosante descendente es una complicación poco frecuente, con incidencia del 1 al 2%, mortalidad que oscila entre 30 y 67%. La infección penetra en el mediastino por la afectación de la infección de las fascias y espacios del cuello, que desarrollan celulitis, necrosis y formación de abscesos; se incrementa por la gravedad, ventilación, virulencia y presión negativa del tórax, así como por los factores de riesgo asociados (diabetes mellitus, VIH, pobre higiene oral, alcoholismo, uso de esteroides, desnutrición y tratamiento incorrecto con antibióticos). Otra complicación frecuente es la insuficiencia respiratoria aguda progresiva en esta el ultrasonido es útil para diagnosticar abscesos de partes blandas, pero está limitado para la mediastinitis, la tomografía es el método de elección, ya que delimita la extensión, localización y la necesidad de manejo quirúrgico, por lo que facilita el diagnóstico temprano. Otras complicaciones de menor frecuencia son Neumonía, SIRA, Derrame pleural, Tromboembolia pulmonar, lesión vascular, empiema, síndrome de disfunción orgánica múltiple, parálisis de nervios craneales, choque séptico, Insuficiencia Renal Aguda y Desequilibrio Hidroelectrolítico. ^(12, 13)

ANESTESIA EN ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO

El mantener la permeabilidad de la vía aérea es la primera prioridad en el tratamiento de un paciente con infección profunda de cuello, y debe ser la principal indicación del manejo avanzado de la vía aérea. La traqueostomía bajo anestesia local ha demostrado ser segura y efectiva, y es considerada por algunos como el estándar de cuidado. Otros métodos de manejo de la vía aérea incluyen la intubación endotraqueal, intubación nasotraqueal por fibra óptica y la cricotirotomía. (14, 15)

El uso de USG guiado y bloqueo nervioso para anestesia regional es eficaz para control de dolor intra y posoperatorio las primeras 24 horas, rápida recuperación, bajo costo, menor morbi y mortalidad. Otra de las técnicas consiste en uso de laringobroncoscopio y sedación, previa pre oxigenación con colocación TOT vía nasal. (16, 17)

IV. JUSTIFICACIÓN.

Los Abscesos profundos de cuello tratados quirúrgicamente se asocian a una o más complicaciones, lo que eleva la morbimortalidad, la necesidad de cuidados en Unidad de Terapia intensiva y mayores días de Hospitalización. De ahí la importancia de identificar las complicaciones que desarrollaron los pacientes con absceso de cuello Profundo sometidos a tratamiento quirúrgico.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la frecuencia de complicaciones asociadas al absceso profundo de cuello en los pacientes que ingresan a quirófano para manejo quirúrgico del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”?

VI. OBJETIVOS.

Objetivo General:

- Determinar cuál es la frecuencia de las complicaciones asociadas al absceso profundo de cuello que son tratados quirúrgicamente.

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia de enfermedades crónicas que se asocian a las complicaciones en pacientes posoperados de absceso profundo de cuello.
- Determinar el estado físico de ASA con el que ingresan los pacientes con absceso profundo de cuello para Tratamiento quirúrgico.
- Determinar el tiempo de estancia en UCI y/o Hospitalización de los pacientes posoperados de Drenaje de Absceso profundo de cuello.

VII. HIPÓTESIS.

Hipótesis. Los pacientes con absceso profundo de cuello sometidos a tratamiento quirúrgico se asocian a complicaciones que influyen en la morbimortalidad, manejo en UCI y Mayores días de Hospitalización.

VIII. MATERIAL Y METODOS.

1. Diseño del Estudio.

Descriptivo, Observacional, Retrospectivo y Analítico.

UNIVERSO DE TRABAJO

Universo del Estudio. Expedientes de Pacientes con absceso Profundo de cuello sometidos a tratamiento quirúrgico en Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”.

TAMAÑO DE MUESTRA

Se revisó los expediente clínicos de los pacientes con diagnóstico de absceso de cuello manejado de forma quirúrgica en Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” Centro Médico Nacional Siglo XXI durante el año 2017, al ser un estudio retrospectivo que busca reportar la frecuencia de complicaciones dado que no hay reporte de este hospital, consideramos un año es el periodo suficiente para obtener un adecuado número de muestra para reportar la complicación.

2. Descripción de las Variables.

a) Variables demográficas:

VARIABLE DEMOGRÁFICA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
Edad	Número de años cumplidos.	Se cuantificará en años completos.	Cuantitativa discreta	Años
Género	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Se incluirán: Masculinos Femeninos	Cualitativa dicotómica	Masculino o Femenino
Estado Físico ASA	Clasificación de la ASA para estimar el riesgo que plantea la anestesia de acuerdo al estado físico del paciente.	Se incluirán pacientes con estado físico: ASA I, ASA II ASA III ASA IV	Cualitativa ordinal	
Peso	Medida antropométrica que expresa el volumen corporal	Kilogramos que pesa el paciente.	Cuantitativa continua	Kilogramos

Talla	Medida antropométrica de la distancia existente entre la planta a la parte más elevada de la cabeza	Talla que mide el paciente en centímetros.	Cuantitativa discreta	Metros
IMC	Resultado de la división del peso del individuo en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros.	Normal: IMC 20- 24 kg/ m ² Sobrepeso: IMC 25- 29 kg/ m ² Obesidad: IMC ≥ 30 kg/ m ²	Cualitativa, politómica	Normal, Sobrepeso y Obesidad

b) Variables independientes:

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
Método de Diagnóstico	Cuadro Clínico, Laboratorio y Gabinete.	Cuadro clínico + Laboratorio y Gabinete confirmatorio.	Cualitativa nominal Dicotómica	Si / No
Tratamiento Médico	Medios Farmacológicos para curar una enfermedad.	Tratamiento antimicrobiano pre o postquirúrgico.	Cualitativa nominal dicotómica	Si / No
Tratamiento quirúrgico	Técnicas quirúrgicas para curar una enfermedad.	Drenaje, desbridamiento o ambas de abscesos profundos de cuello.	Cualitativa nominal Politómica	-Drenaje -Desbridar

Tipo de Anestesia	Acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente, sea en todo o parte de su cuerpo y sea con o sin compromiso de conciencia.	Falta total o parcial de sensibilidad, especialmente la táctil y la del dolor debido a Anestesia general Balanceada o intravenosa Total o Regional	Cualitativa nominal Politémica	-General Balanceada -General intravenosa Total
Destino Post anestésico	Unidad operativa donde ingresan los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica con anestesia general, regional o sedación que precise ingreso hospitalario.	Lugar espacial donde es enviado un paciente posterior a una intervención quirúrgica y anestésica para continuar con su manejo, estabilización, vigilancia y recuperación.	Cualitativa nominal Politémica	-UCPA -Piso -UCI

c) Variables dependientes:

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
Tipo de Absceso Profundo de Cuello	Localización y extensión de un absceso profundo de cuello	Periamigdalino, parafaríngeo, Retrofaringea, submandibular, etc.	Cualitativa nominal Politómica	Tipo de Absceso
Tamaño del Absceso Profundo de Cuello	Extensión hacia planos profundos del cuello.	En base al porcentaje y extensión a espacios profundos.	Cuantitativa discreta	%
Frecuencia respiratoria	Número de respiraciones por unidad de tiempo.		Cuantitativa continua	Respiración por minuto
Frecuencia cardiaca	Número de contracciones del corazón por unidad de tiempo.	Registrar los valores reportados en el monitor de	Cuantitativa continua	Latidos por minuto
Presión arterial no invasiva (PANI)	Medición de la tensión ejercida por la sangre sobre los vasos sanguíneos por un esfigmomanómetro o aneroide.	anestesia según lo establecido en la hoja de recolección datos.	Cuantitativa discreta	mmHg
Oximetría de pulso	Es la medición no invasiva del oxígeno transportado por		Cuantitativa discreta	%

	la hemoglobina en el interior de los vasos.			
Reintervención Quirúrgicas	Necesidad de nueva Cirugía.	Necesidad de nueva Cirugía.	Cualitativa nominal dicotómica	Si / No
Complicaciones Posoperatorias	Aquella eventualidad que ocurre en el curso previsto de un evento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación poner en riesgo una función o la vida.	Mediastinitis, Neumonía, SIRA, Derrame pleural, Tromboembolia pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda, lesión vascular, empiema, síndrome de disfunción orgánica múltiple, choque séptico, Insuficiencia Renal Aguda, Desequilibrio Hidroelectrolítico.	Cualitativa nominal dicotómica	Si / No
Días de estancia Hospitalaria	Días de estancia en Piso.	Días de estancia en Piso	Cuantitativa discreta	Números enteros
Días de estancia en UCI	Días de estancia en UCI.	Días de estancia en UCI	Cuantitativa discreta	Números enteros

3. Criterios de Selección.

i. Criterios de Inclusión.

Hombres o mujeres
Edad 18-70 años
Diagnóstico de Absceso profundo de cuello
Cirugía de Urgencia
ASA I - IV
Periodo 2017

ii. Criterios de Exclusión.

Recibieron tratamiento quirúrgico sin manejo avanzado de la vía aérea
Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio

iii. Criterios de Eliminación.

Reporte Incidentes o accidentes durante el acto quirúrgico diferentes al drenaje del Absceso
Reporte de Paro cardiorrespiratorio transoperatorio
Extravío de expedientes
Expedientes incompletos

4. Material y Métodos.

Método.

Previa autorización del Comité de ética del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI, se revisó los expedientes clínicos de aquellos pacientes que tuvieron el diagnóstico de absceso profundo de cuello y que hayan sido manejados de forma quirúrgica durante el año 2017.

Material.

Se utilizó hojas de recolección de datos para obtener la información de los expedientes clínicos, previa autorización y firma del consentimiento informado.

IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó mediante estadística descriptiva.

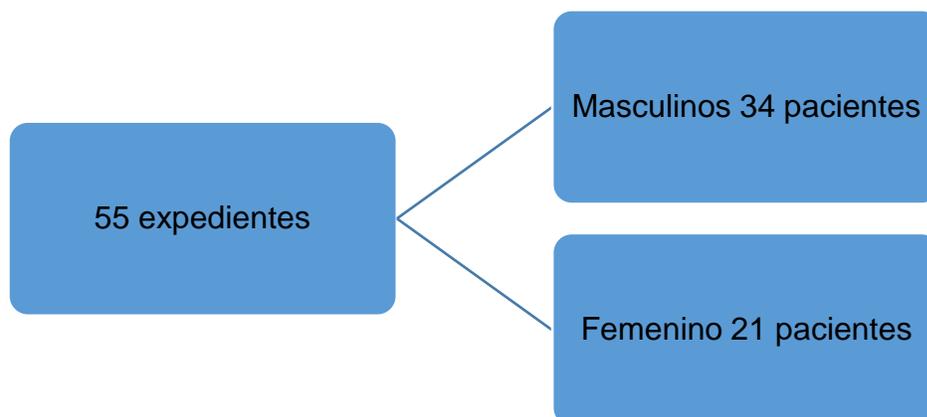
Se utilizó medidas de tendencia central: Media, Mediana y Moda para variables cuantitativas.

Se utilizó Frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

X. RESULTADOS.

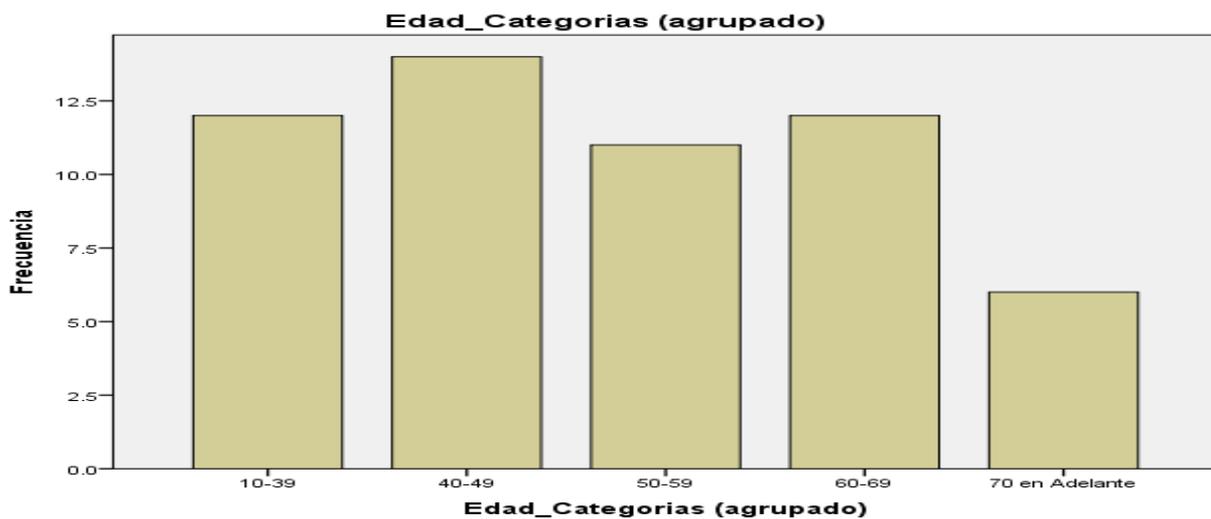
a) Variables demográficas:

Se revisaron 55 expedientes del año 2017 de pacientes sometidos de Urgencia a Drenaje de Absceso profundo de cuello, de los cuales se observó la siguiente información:



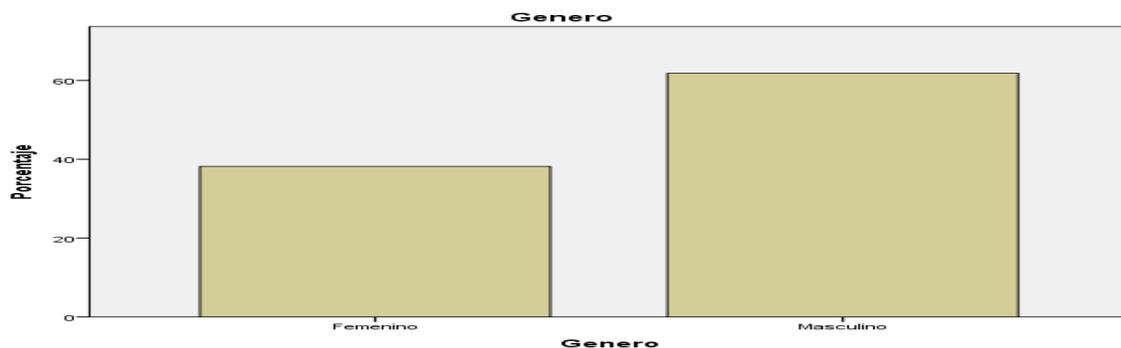
1.- Edad. El rango más frecuente de edad fue de los 40-49 años en un (25.5%), en segundo lugar pacientes 60-69 años con (21.8%), los pacientes ancianos de 70 años en adelante presentaron solo el (10.9%) tal vez debido a la menor cantidad de piezas dentales con probabilidad de infectarse y complicarse (Gráfica 1). La edad de presentación media fue 53.47 años, la edad promedio 59 años y la edad con mayor número de veces de presentación fue 49 años.

Gráfica 1. Edad por Categorías de los pacientes sometidos a drenaje de Absceso de cuello



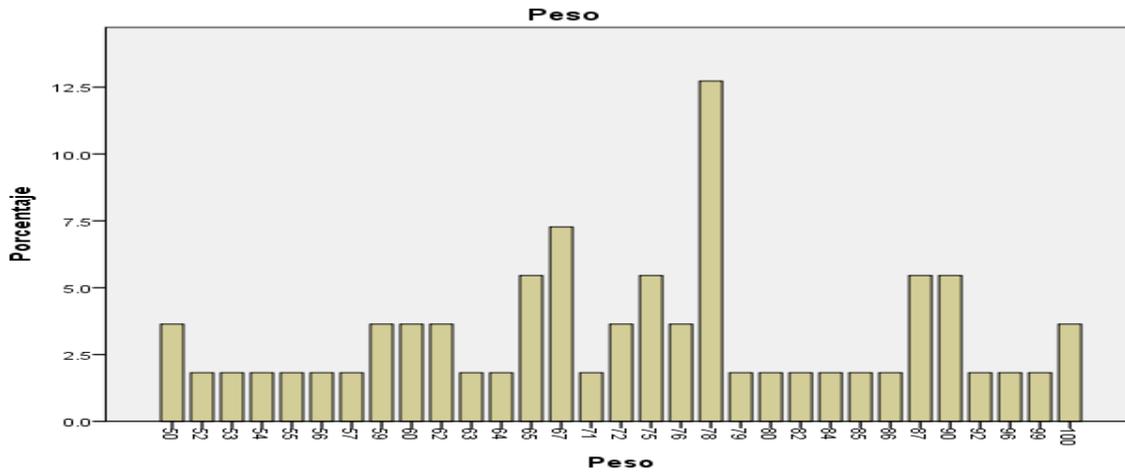
2.- Género. De los 55 expedientes de pacientes estudiados se observó que 21 de ellos eran mujeres y 34 hombres. El Género más frecuente afectado fue el sexo Masculino en un (61.8%), a comparación con las mujeres (38.2%) (Gráfica 2).

Gráfica 2. Género de los pacientes sometidos a Drenaje de Absceso profundo de cuello



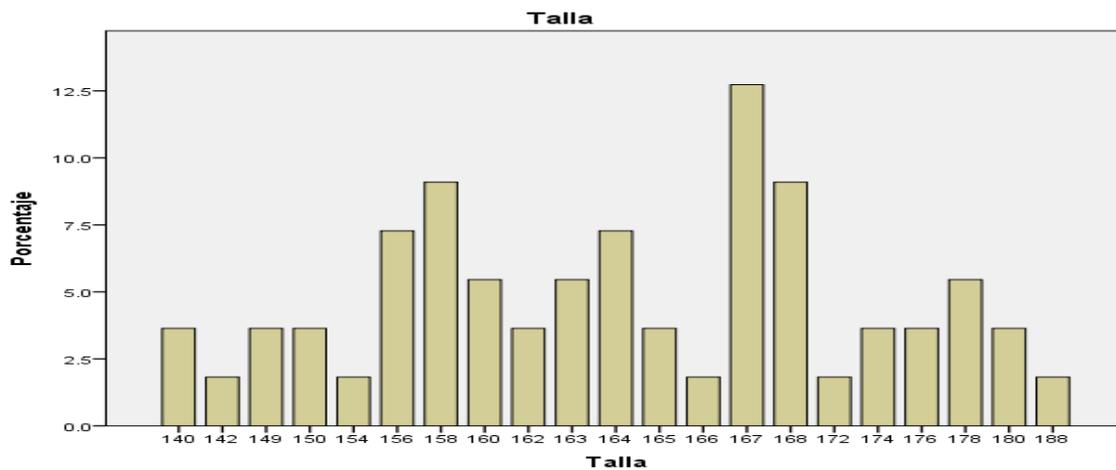
3.-Peso. El peso más frecuente encontrado fueron pacientes de 78 kg, el peso promedio fue de 75 kg. El paciente de menor Kilos fue de 50 kg y el mayor peso encontrado fueron 100 kg (Gráfica 3)

Gráfica 3. Peso de los pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de cuello.



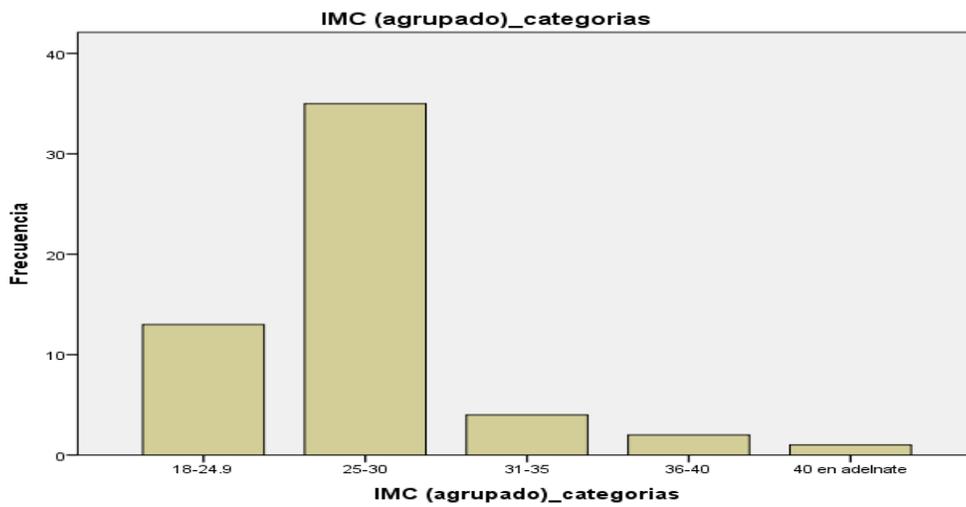
4.- Talla. La estatura promedio fue de 164 cm, la talla más frecuente vista 167 cm, el paciente con menos estatura fue de 140 cm y el de mayor estatura fue 188 cm (Gráfica 4).

Gráfica 4. Talla de los pacientes sometidos a Drenaje de Absceso profundo de cuello.



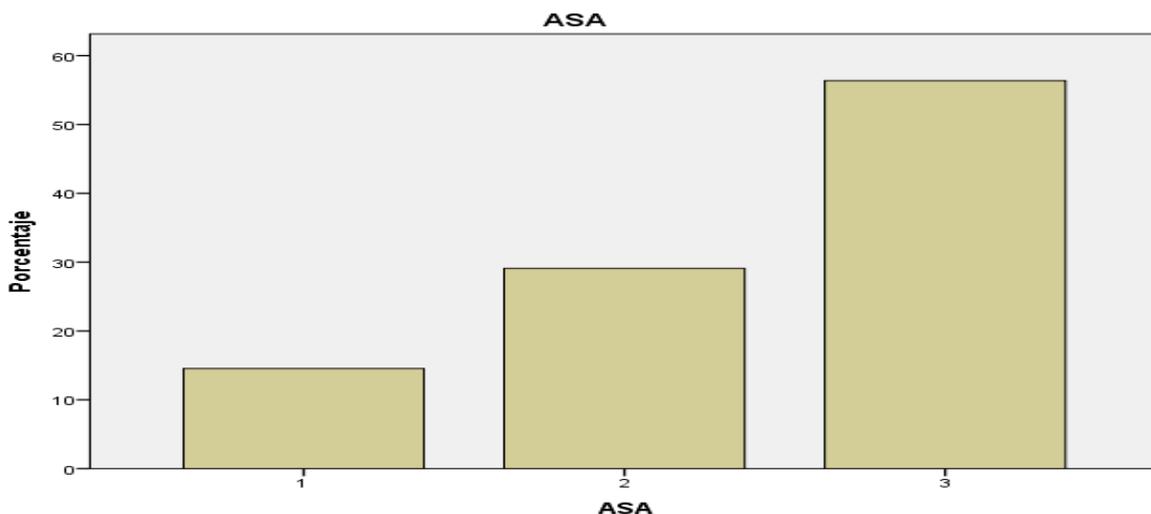
5.- IMC. Observando los IMC, la mayoría presento Sobrepeso en (63.6%), el (23.6%) estaba en rangos de peso normal, (7.3%) en Obesidad estadios I, (3.6%) en obesidad Grado II y (1.8%) en Obesidad clínicamente significativa (Gráfica 5).

Gráfica 5. Índice de Masa Corporal de pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de Cuello.



6.- ASA. El estado físico de los pacientes se encontro (56.4%) fue ASA I, (29.1%) ASA II y (14.5%) ASA III. Por lo que la presencia de enfermedades sistémicas graves, descontroladas o descompensadas influiría para la mayor predisposición a desarrollar Abscesos de cuello profundo (Gráfica 6).

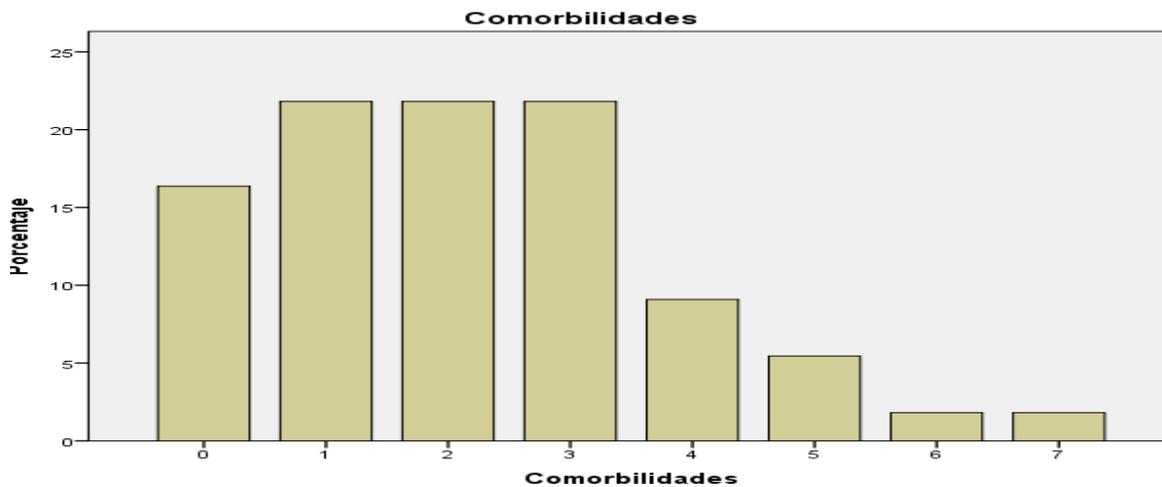
Gráfica 6. Clasificación del Estado Físico ASA de pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de Cuello.



a) Variables independientes:

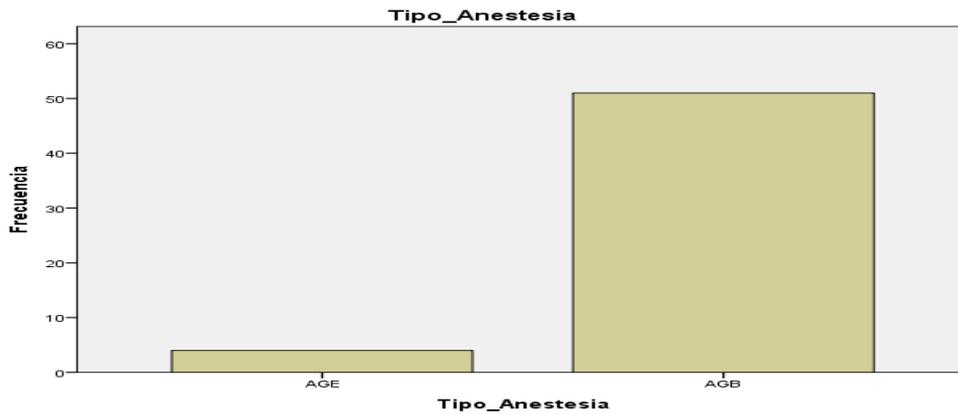
7.- Comorbilidades. De los expedientes revisados (21.8%) tenían de 1 a 3 comorbilidades asociadas, entre ellas las más frecuentes Diabetes, Hipertensión arterial y Sobrepeso. Solo el (16.4%) no presentó ninguna comorbilidad reportada en historias clínicas ni interrogatorios, (9.1%) presento 4 comorbilidades, (5.5%) 5 comorbilidades y solo (1.8%) presento de 7 a más comorbilidades (Gráfica 7).

Gráfica 7. Número de Comorbilidades de Pacientes sometidos a Drenaje de Absceso profundo de Cuello.



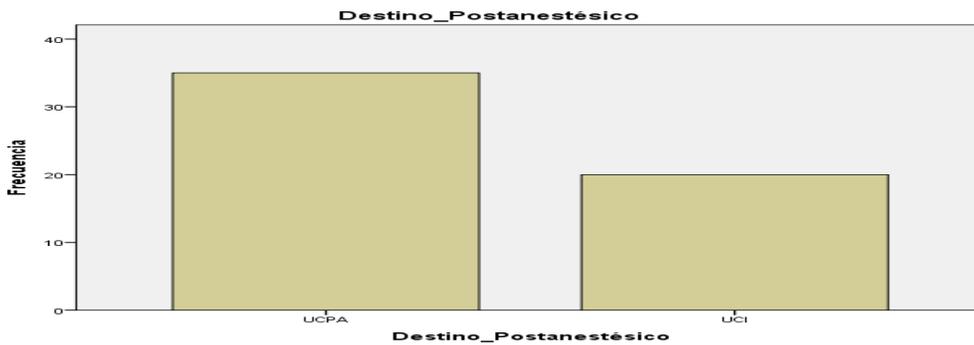
8.-Tipo de anestesia. La anestesia que más se utilizó fue Anestesia general balanceada (92.7%) y la intravenosa se usó en un (7.3%). Probablemente por el fácil manejo de Halogenados en comparación con la preparación de medicamentos intravenosos (Gráfica 7).

Gráfica 7. Tipo de Anestesia realizada a pacientes sometidos a Drenaje de Absceso profundo de Cuello.



8.- Destino Pos anestésico. El lugar más frecuente a donde fueron egresados los pacientes después de la sala de quirófano fue a la Unidad Cuidados Post Anestésicos (63.6%), el (36.4%) requirió manejo en Unidad de cuidados intensivos, asociados a abscesos con mayores extensiones o comorbilidades asociadas o dificultades para la intubación difícil debido a vía aérea difícil (Gráfica 8).

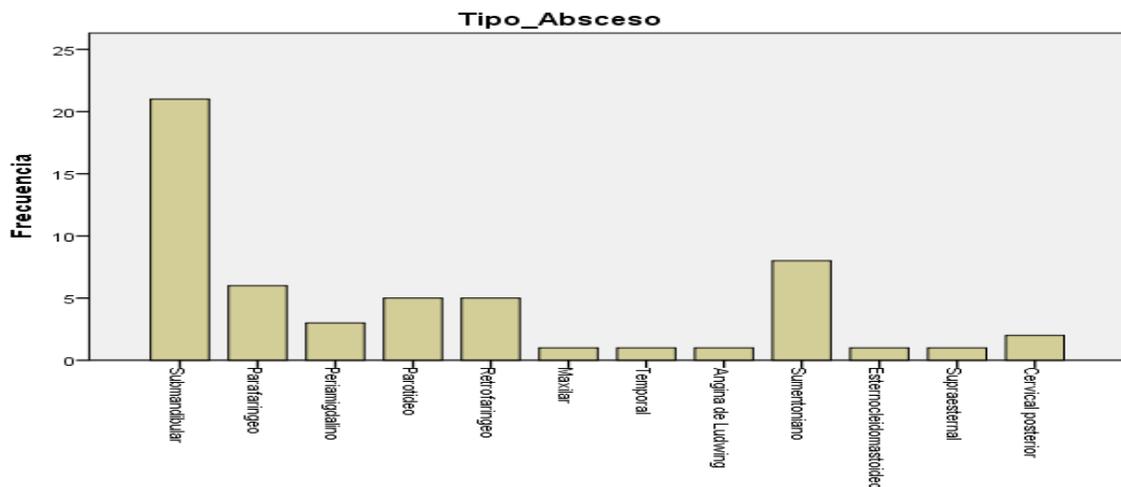
Gráfica 8. Destino Pos anestésico de los pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de Cuello.



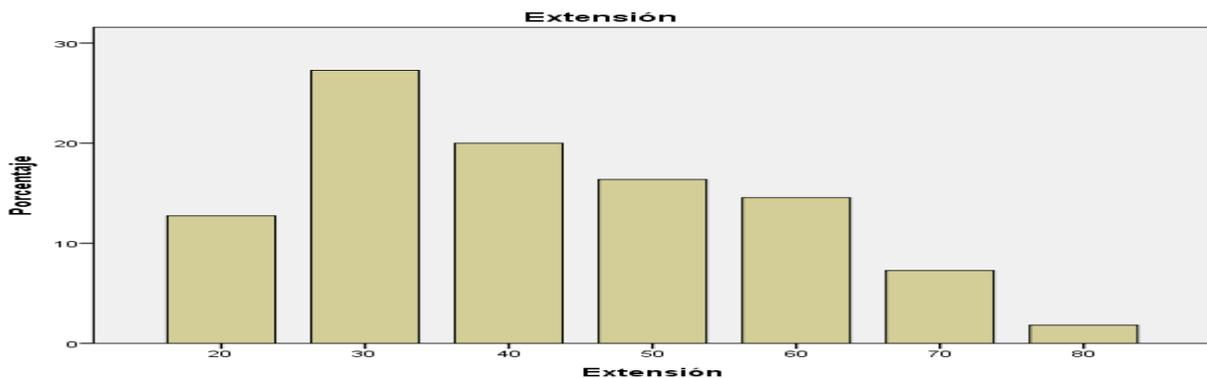
c) Variables dependientes:

9.-Tipo de Absceso. El absceso más frecuente fue el Submandibular (38.2%), Submentoniano ocupo el segundo lugar (14.5%), Parafaríngeo (10.9%); Parotídeo y Retro faríngeo (9.1%), Periamigdalino (5.5%), cervical posterior (3.6%) y con un (1.8%) Maxilar, Temporal, Angina de Ludwing, Esternocleidomastoideo y Supraesternal (Gráfica 9).

Gráfica 9. Tipos más frecuentes de Abscesos de Cuello.

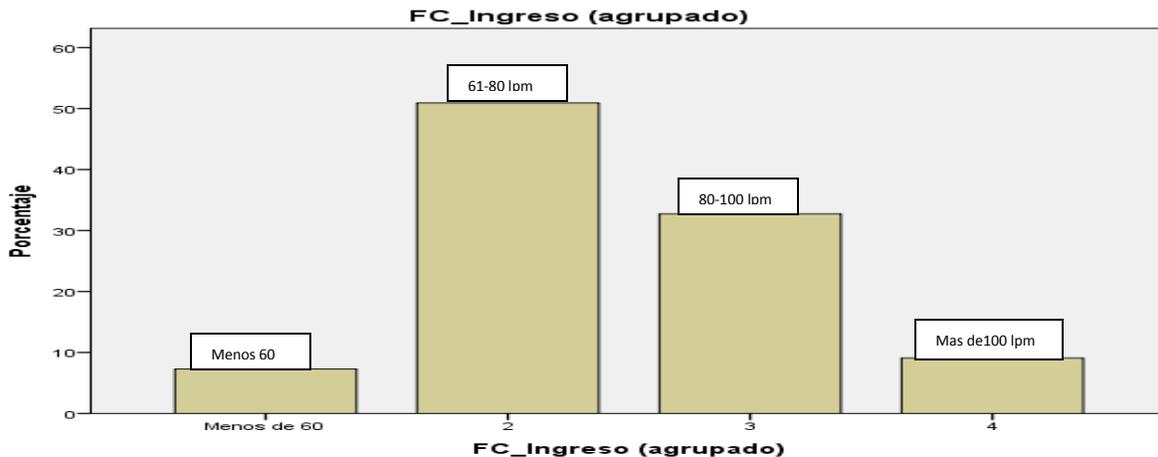


10.- Extensión. El (27.3 %) de los abscesos de cuello profundo presentaron extensión 30% la cual fue más frecuente, (20%) con extensiones 40%, (16.4%) extensiones del 50%, (14.5%) se extendieron 60%, (12.7%) solo con extensión 20%, (7.3%) de los abscesos se extendió un 70% y (1.8%) se extendió 80%. En promedio la extensión fue de 40% (Gráfica 10).



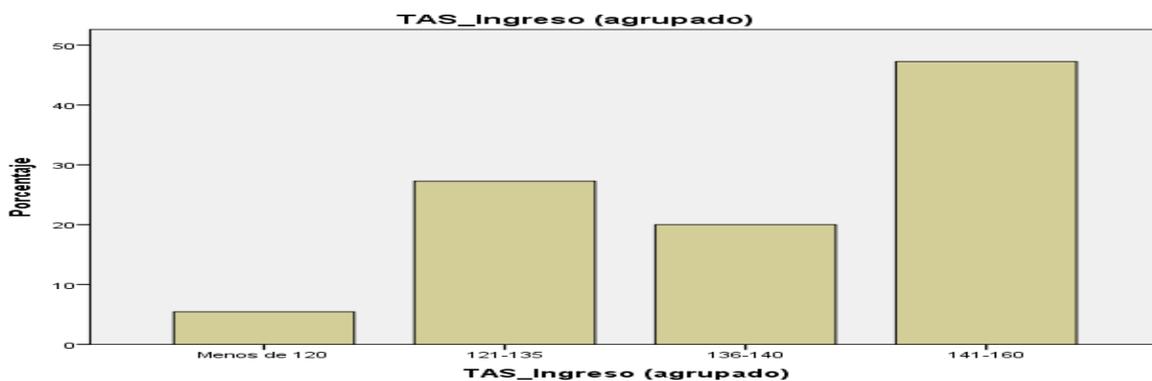
11.- Frecuencia Cardíaca Ingreso. Dentro de los signos vitales encontramos que el rango más frecuente fue de 61-80 lpm en (50.9%), el (41.8%) entraban con frecuencias cardíacas con tendencia a la taquicardia asociadas probablemente a estrés y solo el (6.3%) tenía frecuencias cardíacas de menos de 60 lpm. La frecuencia Cardíaca promedio fue 77.6 lpm la más frecuente 67 lpm (Gráfica 11).

Gráfica 11. Frecuencia Cardíaca al Ingreso de Pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de cuello.



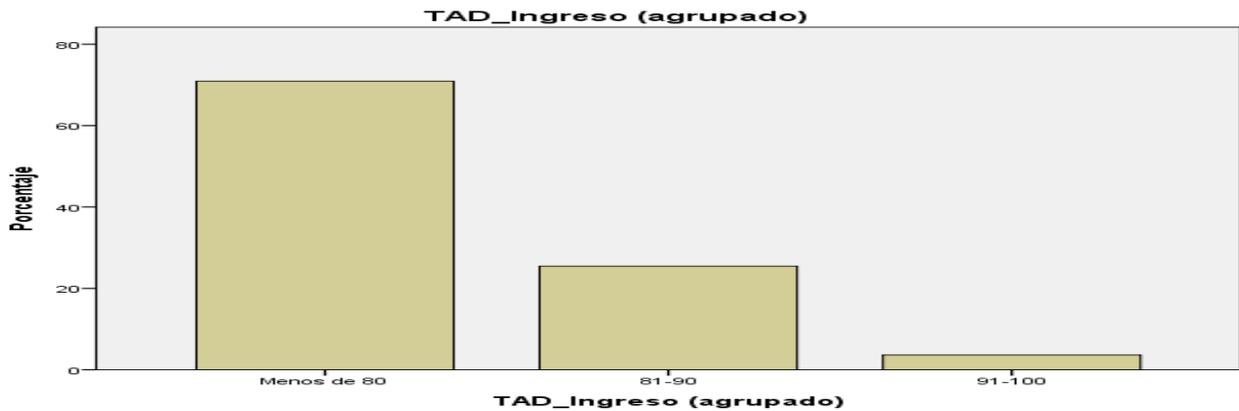
12.- Tensión Arterial Sistólica Ingreso. La Tensión arterial sistólica más frecuente se encontró en Hipertensión con rangos de 141-160 mmHg en (47.3%) de los pacientes, (27.3%) Normal alto, (20%) Altos y (5.5%) en rangos normales. La TAS más frecuente fue 145 mmHg, en promedio 140 mmHg, la Media en 139.96 mmHg (Gráfica 12).

Gráfica 12. TAS de Ingreso en pacientes con drenaje de Absceso profundo de cuello.



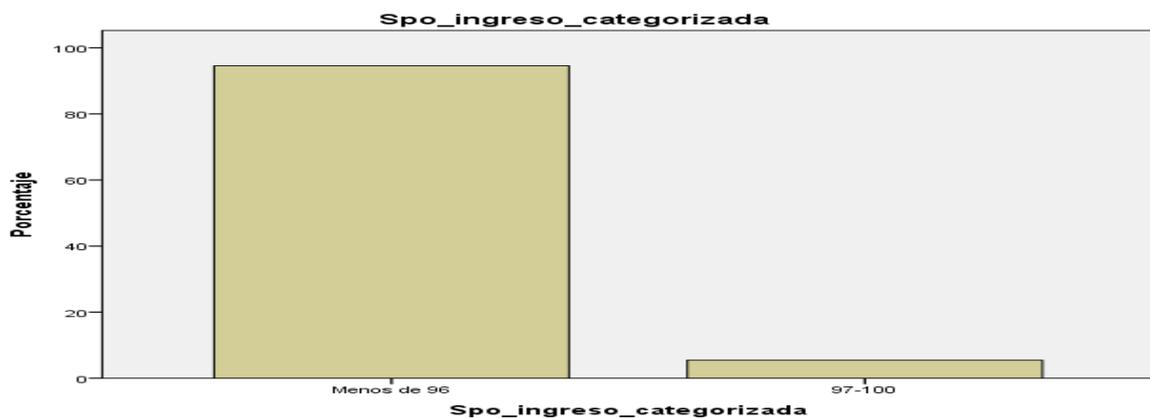
13.- Tensión Arterial Diastólica Ingreso. La tensión arterial diastólica más frecuentes se encontraron en menos de 80 mmHg (70.9%), (25.5%) Normales Altos y (3.6%) en Hipertensión. La media fue de 77.18 mmHg, en promedio 78 mmHg y la más frecuente 67 mmHg (Gráfica 13).

Gráfica 13. Tensión Arterial Diastólica de Ingreso en pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo.



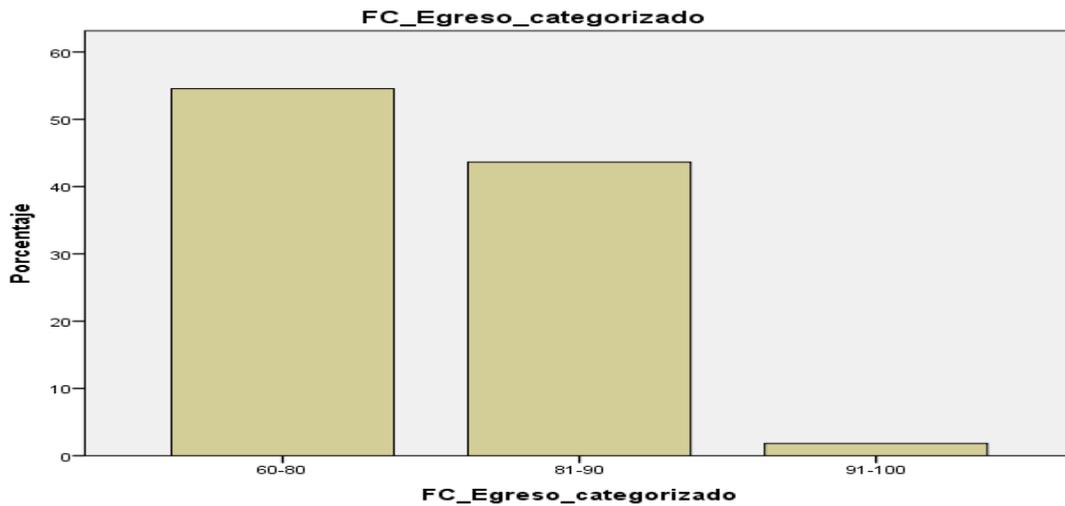
14.- Saturación Parcial Oxígeno Ingreso. Se encontraron saturaciones de oxígeno en menos de 96% en (94.5%) de los pacientes y el (5.5%) presento saturaciones por arriba de 97%. La media fue de 93.7%, en promedio 95% y la saturación de oxígeno más frecuente fue 95% (Gráfica 14).

Gráfica 14. SpO2 de Ingreso de pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de Cuello.



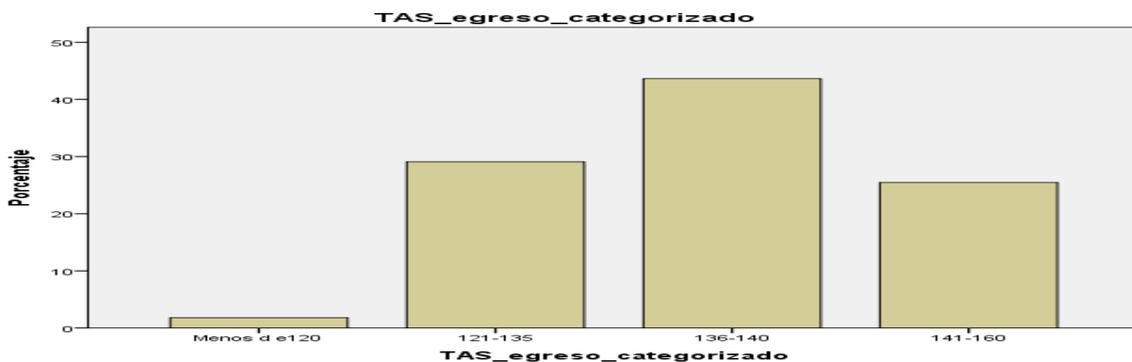
15.- Frecuencia Cardíaca Egreso. Dentro de los signos vitales al Egreso encontramos que el rango más frecuente fue de 61-80 lpm en (54.5%), el (1.8%) entraban con frecuencias cardíacas con tendencia a la taquicardia asociadas probablemente a la extubación. La frecuencia Cardíaca promedio fue 78 lpm, la media en 79.58, la más frecuente 87 lpm (Gráfica 15).

Gráfica 15. Frecuencia Cardíaca de Egreso en pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de Cuello.



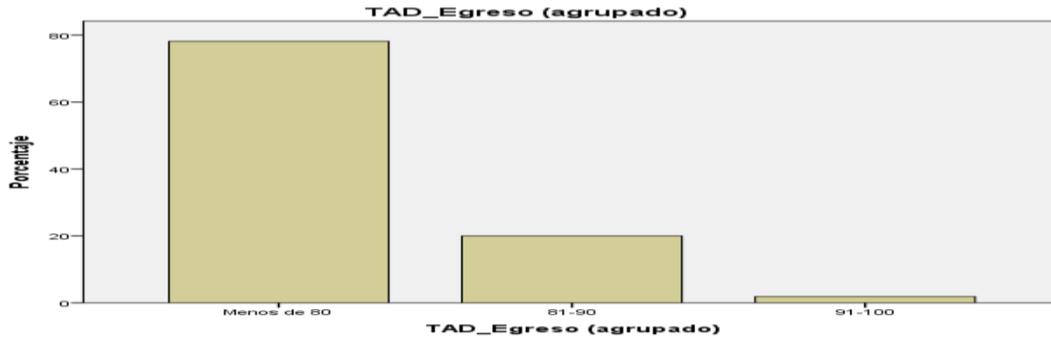
16.-Tensión Arterial Sistólica Egreso. La Tensión arterial sistólica más frecuente al egreso se encontró en rangos de 136-140 mmHg en (43.6%) de los pacientes Normal alto, (25.5%) en Hipertensión y (1.8%) en rangos normales. La TAS más frecuente fue 140 mmHg, en promedio 139 mmHg, la Media en 138.4 mmHg (Gráfica 16).

Gráfica 16. Tensión Arterial sistólica de Egreso en pacientes sometidos a Drenaje de Absceso de Cuello.



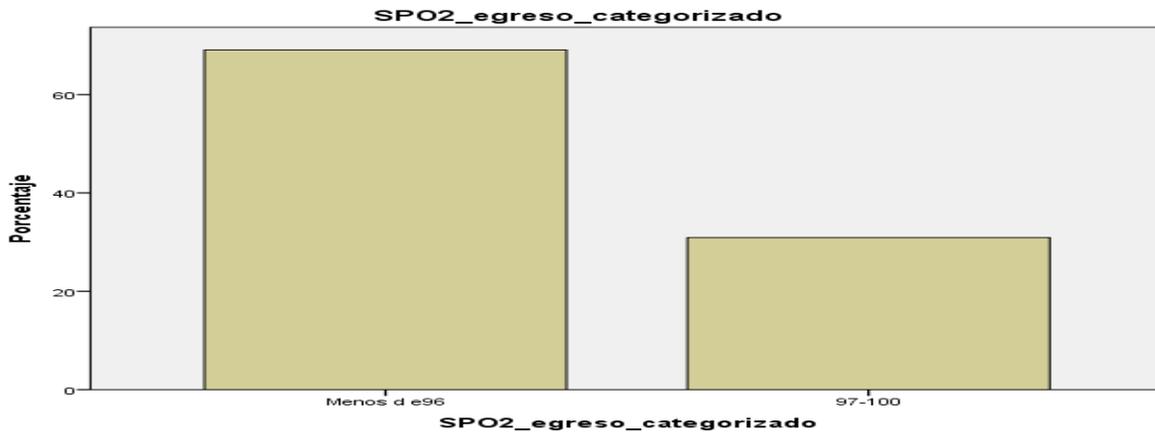
17.- Tensión Arterial Diastólica Egreso. La tensión arterial diastólica más frecuentes se encontraron en menos de 80 mmHg (78.2%), (20%) Normales Altos y (1.8%) en Hipertensión. La media fue de 75.67 mmHg, en promedio 76 mmHg y la más frecuente 78 mmHg (Gráfica 17).

Gráfica 17. Tensión Arterial Diastólica de Egreso en pacientes sometidos a Drenaje de Absceso de Cuello.



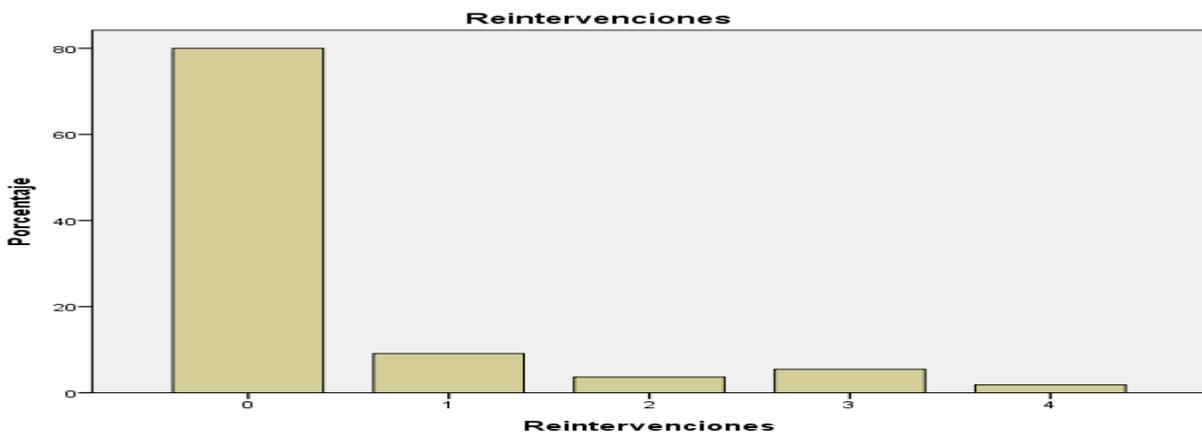
18.-Saturación Parcial Oxígeno Egreso. Se encontraron saturaciones de oxígeno en menos de 96% en (69.1%) de los pacientes y el (30.9%) presento saturaciones por arriba de 97%. La media fue de 95.82%, en promedio 96% y la saturación de oxígeno más frecuente fue 96%. Como podemos observar en muchos de estos pacientes mejoro la saturación ya sea por la menor obstrucción de la vía aérea o por el manejo avanzado de la misma (Gráfica 18).

Gráfica 18. SpO2 de Egreso en pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de Cuello.



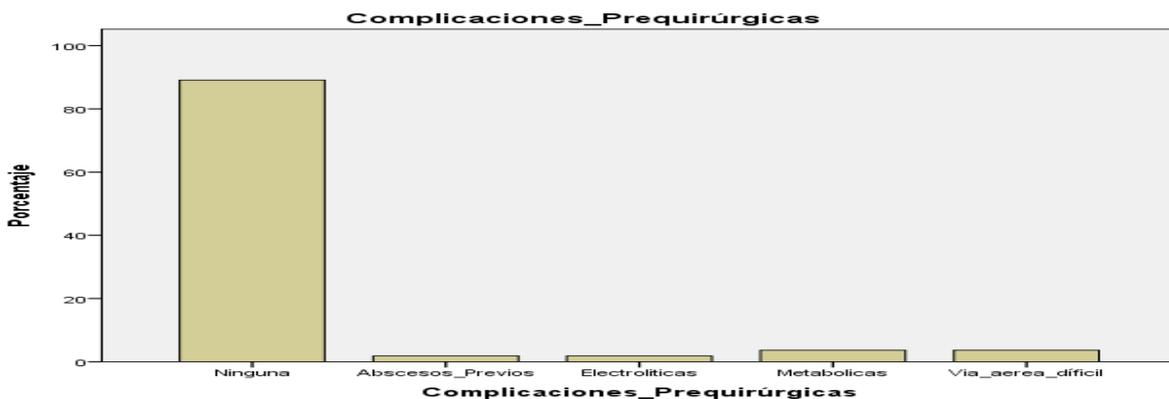
19.- Re intervenciones quirúrgicas. De nuestros 55 expedientes se reportaron que el (80%) no requirió re intervenciones y solo fueron sometidos a drenaje de absceso una única ocasión, (9.1%) requirió pasar a quirófano solo 1 vez, (5.5%) 3 veces, (3.6%) 2 veces y (1.8%) más de 4 ocasiones. Por lo que observamos que las re intervenciones no son tan frecuentes (Gráfica 19).

Gráfica 19. Número de Re intervenciones de Pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de Cuello.



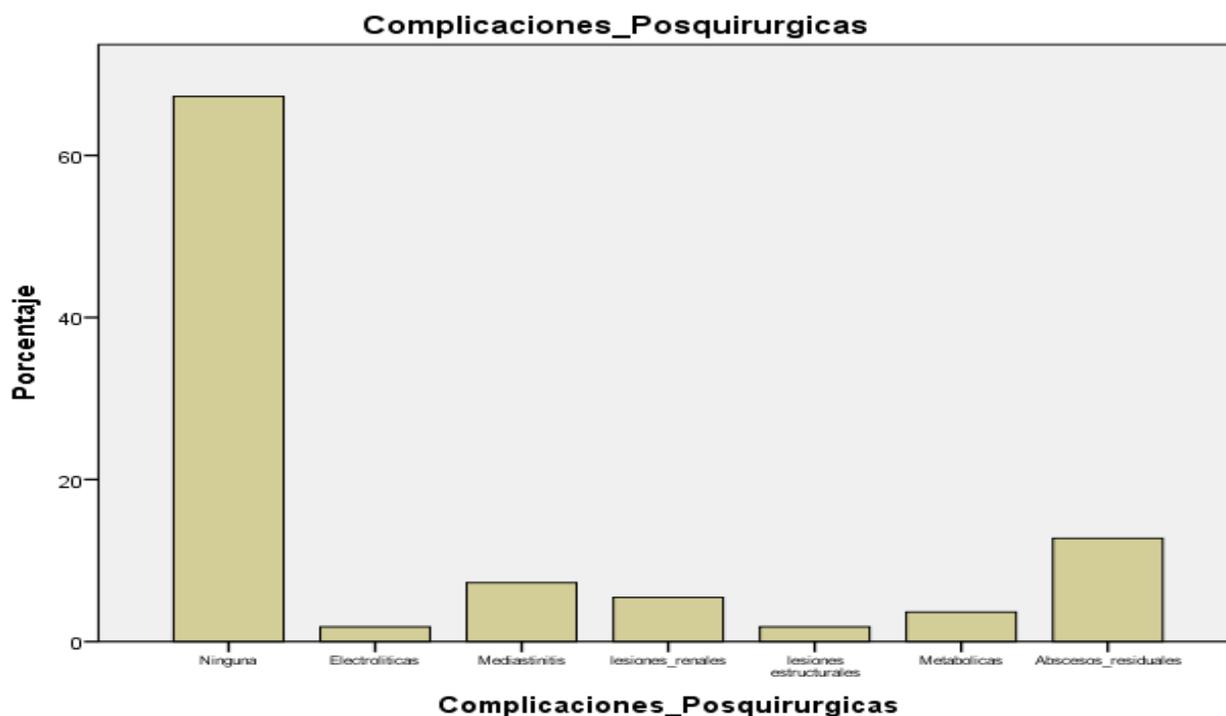
20.-Complicaciones Pre quirúrgicas. Se observó que el (89.1%) no presentaba complicaciones pre quirúrgicas, (3.6%) presentaba alteraciones metabólicas y de vía aérea difícil y (1.8%) ya tenía el antecedente de abscesos previos y electrolíticas. Los pacientes incluidos en este estudio se presentaron de urgencia a admisión continua por lo que contaban con laboratorios básicos, TAC fue el principal medio de Diagnostico (Gráfica 20).

Gráfica 20. Complicaciones Pre quirúrgicas de pacientes sometidos a Drenaje de Absceso de Cuello Profundo.



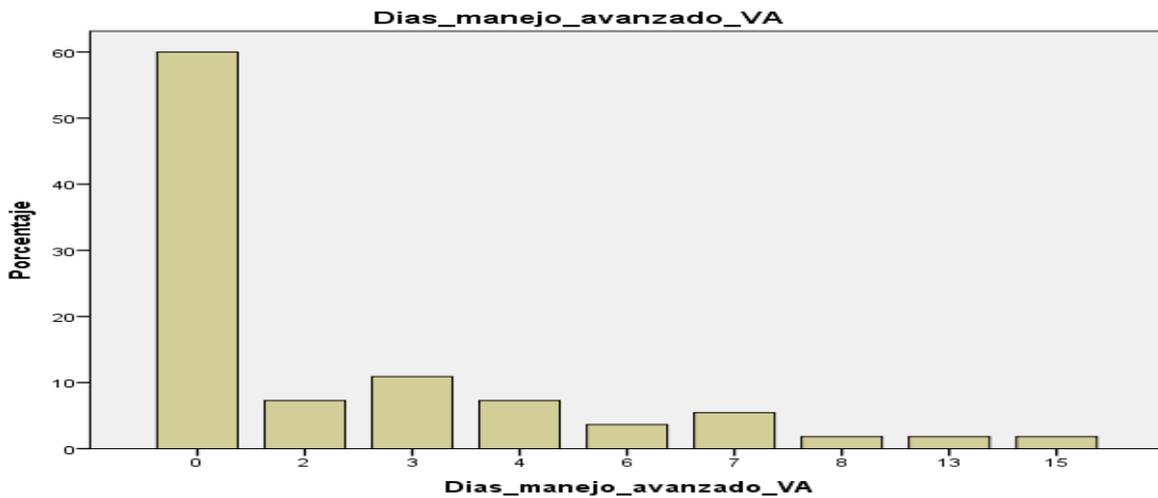
21.- Complicaciones Postquirúrgicas. El (67.3%) de los pacientes no presentó ninguna complicación postquirúrgica y fueron egresados a Unidad de cuidados pos anestésicos y a piso sin complicaciones. El (12.7%) presento abscesos residuales por lo que requirieron nueva intervención quirúrgica, (7.3%) presento Mediastinitis el cual fue el motivo por el que los pacientes ingresaran más de 2 ocasiones a quirófano, (5.5%) presento lesión renal aguda, la mayoría AKI I o II, (3.6%) presento descontrol glucémicos incluso cuadros de cetoacidosis o descontrol hipertensivos, (1.8%) presento alteraciones electrolíticas entre ellas las más frecuentes Hiponatremia e hipocalcemia. Se reportó que un (1.8%) presento lesión vascular como la reportada a la vena yugular interna siendo reparada en el mismo acto quirúrgico del drenaje de absceso (Gráfica 21).

Gráfica 21. Complicaciones postquirúrgicas de pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo.



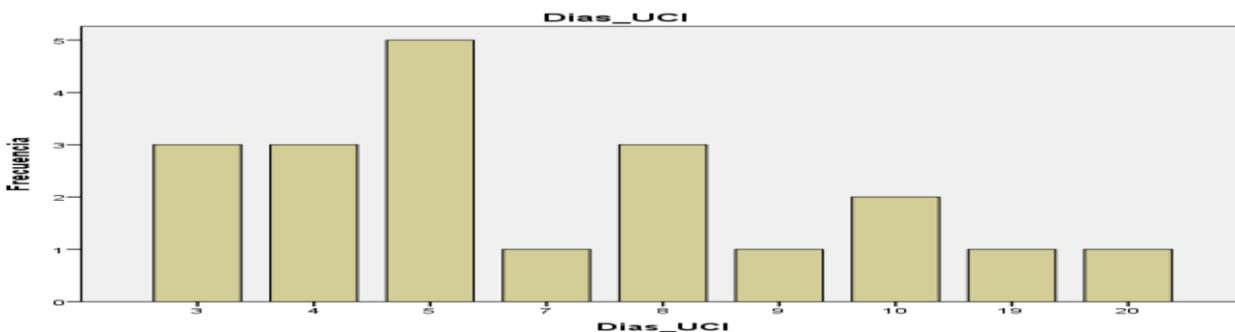
22.- Días de manejo avanzado de Vía Aérea. Se observó que la mayoría de los pacientes (60%) no requirió manejo avanzado de la vía aérea. De los pacientes que si requirieron manejo avanzado (10.9%) permaneció intubado 3 días; (7.3%) 2 y 4 días; (5.5%) requirió 7 días, (3.6%) requirió 6 días y (1.8%) más de 8 días con realizaciones de traqueostomías (Gráfica 22).

Gráfica 22. Días de manejo Avanzado de la vía aérea.



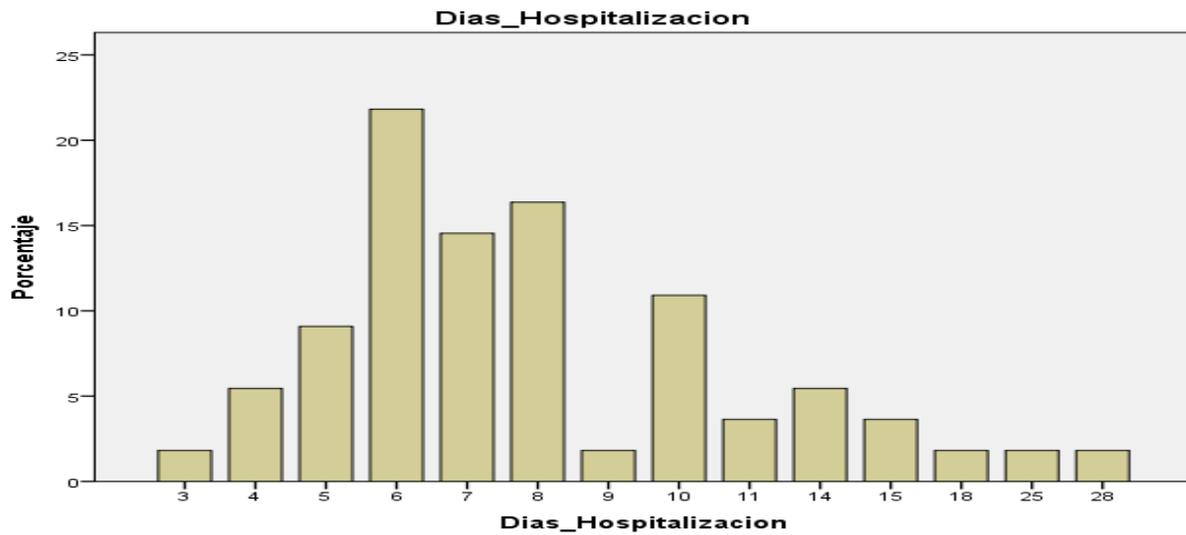
23.- Días en Unidad de Cuidados Intensivos. De los 55 expedientes revisados 20 de ellos requirieron ingreso a UCI, de estos permanecieron en promedio 7 días en esta unidad, la mayoría 5 días (25%), (15%) entre 3, 4 y 8 días, los otros (5%) 7, 9, 19 y 20 días de estancia en UCI con apoyo mecánico ventilatorio incluidos en esos días de estancia (Gráfica 23).

Gráfica 23. Días de Manejo avanzado de la Vía Aérea en pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de Cuello.



24.-Días Hospitalizados. En promedio requirieron permaneces 7 días en hospitalización, la mayoría tuvo estancias hospitalarias de 6 días en un (21.8%), (16.4%) 8 días, (14.5%) 7 días, (10.9%) 10 días, (9.1%) 5 días, (5.5%) 4 y 14 días, (3.6%) 11 y 15 días, (1.8%) 3, 9, 18, 25 y 28 días. Las estancias hospitalarias prolongadas están relacionadas a los que presentaron mayores complicaciones como Mediastinitis (Gráfica 24).

Gráfica 24. Días de estancia Hospitalaria en pacientes sometidos a Drenaje de Absceso Profundo de Cuello.



XI. DISCUSIÓN

Los abscesos profundos del cuello son enfermedades de gran importancia debido a su frecuencia y complicaciones graves.

Las infecciones no tienen preferencia por la edad o el sexo y pueden afectar a cualquier persona. En nuestro estudio se observó una mayor incidencia en la población masculina, con (61.8%) para hombres y (38.2%) mujeres.

El rango de edad con más frecuencia de los 40-49 años, los jóvenes que experimentaron abscesos profundos de cuello de 10 a 39 años son (21.8%) sin contar con evidencia de comorbilidades reportadas.

Este estudio también muestra una tendencia al alza en la incidencia de infecciones en pacientes mayores y pacientes con enfermedades sistémicas. En este grupo, los mecanismos de defensa serían menos eficientes, las tasas de recuperación serían más lentas y las complicaciones serían más frecuentes. Un (21.8%) tenía entre 1 a 3 comorbilidades, (9.1%) 4 comorbilidad, (5.5%) 5 comorbilidades y (1.8%) 7 o más comorbilidades y solo el (16.4%) no tenía ninguna. A mayor edad era más fáciles de contraer la infección multiespacio que los pacientes más jóvenes; esto podría estar relacionado con una mayor incidencia de comorbilidad de la enfermedad. Muchos estudios han demostrado la asociación de Diabetes Mellitus y Abscesos de cuello. En pacientes con DM, la hiperglucemia puede alterar varios mecanismos de defensa del huésped humoral, como las variadas funciones de los neutrófilos.

Un (56.4%) fueron ASA III, (29.1%) ASA II, y (14.5%) ASA I, en nuestro estudio de los expedientes no se encontró a pacientes ASA IV.

El 100% de los pacientes conto con método de gabinete TAC como elección para determinar localización y extensión del absceso. Los tipos más frecuentes fueron Submandibular (38.2%), submentoniano ocupó el segundo lugar (14.5%), Parafaríngeo (10.9%); Parotídeo y Retro faríngeo (9.1%), Periamigdalino (5.5%), cervical posterior (3.6%) y con un (1.8%) Maxilar, Temporal, Angina de Ludwing, esternocleidomastoideo y supraesternal. El conocimiento de las relaciones anatómicas entre los espacios del cuello es importante para el manejo terapéutico, ya que la fascia que limita estos espacios son barreras anatómicas importantes para la propagación de la infección, pero

también sirven para dirigir la infección una vez que se supera su resistencia natural y las complicaciones asociadas a intubación difícil por obstrucción del absceso en la vía aérea, en este estudio el (27.3%) de los abscesos de cuello profundo presentaron extensión 30% más frecuente, (20%) extensiones 40%, (16.4%) extensiones del 50%, (14.5%) se extendieron 60%, (12.7%) solo con extensión 20%, (7.3%) de los abscesos se extendió un 70% y (1.8%) se extendió 80%.

No se pudieron obtener otros indicadores de la utilización de la atención médica, como la medicación utilizada anteriormente y la frecuencia, porque la mayoría de los pacientes recibieron tratamiento para sus episodios agudos en lugares remotos, ya sea por sus médicos de atención primaria o por el otorrinolaringólogo remitente, Sin embargo finalmente, la resistencia tuvo un efecto sobre la incidencia de infección profunda del cuello y que fueran sometidos a intervención quirúrgica.

La mayoría de los pacientes recibieron Anestesia general balanceada (92.7%) que Intravenosa (7.3%). Los pacientes mostraban alteraciones simpaticomiméticas derivadas del estrés sometidos a esta intervención quirúrgica con frecuencias respiratorias, cardíacas y tensiones arteriales elevadas o normales altas según la JNC. Los pacientes con mayores obstrucciones mostraban saturaciones de oxígeno más bajas.

El destino postquirúrgico más frecuente fue UCPA en un (63.6%) y la Unidad de cuidados intensivos (36.4%).

A pesar del uso generalizado de antibióticos y el drenaje quirúrgico, varias complicaciones indeseables y potencialmente mortales del Absceso de cuello están presentes tantos pre quirúrgicos como Vía aérea difícil y alteraciones metabólicas (3.6%), Abscesos previos y electrolíticas (1.8%) como también complicaciones posquirúrgicas dentro de las más observadas como están Abscesos residuales (12.7%), Mediastinitis (7.3%) el cual fue el motivo por el que los pacientes ingresaran más de 2 ocasiones a quirófano, (5.5%) presento lesión renal aguda, la mayoría AKI I o II, (3.6%) presento descontroles glucémicos incluso cuadros de cetoacidosis o descontroles hipertensivos, (1.8%) presento alteraciones electrolíticas entre ellas las más frecuentes Hiponatremia e hipocalcemia. Se reportó que un (1.8%) presento lesión vascular como la reportada a la vena yugular interna siendo reparada en el mismo acto quirúrgico del drenaje de absceso, el (67.3%) de los pacientes no presentaron complicaciones. En

nuestro estudio, hubo varios casos de mediastinitis en adultos con múltiples espacios del cuello afectados como en los abscesos fistulizados. La afectación del suelo de la boca y el espacio retrofaríngeo se asocian más con obstrucción de la vía aérea y mayor necesidad de días de intubación orotraqueal y traqueostomía.

El desarrollo de complicaciones, así como los días de manejo avanzado de la vía aérea lleva a mayores días de estancia en UCI y Hospitalaria con el riesgo de desarrollar más infecciones asociadas a estancias hospitalarias largas. En este estudio se observó que 20 de los pacientes fue necesario ingresarlos a UCI con manejo avanzado de la vía aérea con un promedio de 3 días para los casos leves hasta más de 15 días en los casos graves, estancias en terapia intensiva de desde 3 días casos leves hasta más de 20 días para los casos graves y estancias hospitalarias de hasta 28 días. Un 63.6% tenía como destino post-anestésico la Unidad de cuidados postquirúrgicos sin ser necesario manejo de la vía aérea avanzado, estos permaneciendo en promedio 7 días de estancia en el Hospital.

Limitaciones del estudio. Solo los pacientes que ingresaron a terapia intensiva tenían estudios más minuciosos y descripciones del estado de los aparatos y sistemas de los pacientes, con seguimientos con laboratorios y gabinetes más frecuentes, Sin embargo de los pacientes que pasaron a la unidad de cuidados post-anestésicos y posteriormente a Piso no se realizó evaluaciones del estado general de los pacientes por lo que en estos pacientes pudieran existir algunas complicaciones electrolíticas o metabólicas leves o moderadas no identificadas.

XII. CONCLUSIONES

Las infecciones profundas del cuello constituyen una emergencia médica y quirúrgica. Las características clínicas y la gravedad del Absceso profundo de cuello variaron según los diferentes grupos de edad, tal vez debido a la ubicación de la infección y una mayor incidencia de comorbilidad en adultos. Por lo tanto, el Absceso profundo de cuello a mayores edades es más fácil de tener una participación en múltiples espacios y conduce a complicaciones y parece ser más serio.

Los Abscesos de cuello sigue siendo una enfermedad común y desafiante para los médicos, y debe tratarse en casos de emergencia. También es muy importante prestar especial atención a los grupos de alto riesgo, como los diabéticos, los ancianos y los pacientes con enfermedades sistémicas subyacentes, ya que la afección puede progresar a complicaciones potencialmente mortales. El diagnóstico y el tratamiento tempranos son esenciales. Por lo tanto, todos los pacientes deben iniciarse en el tratamiento con terapia empírica antibiótica intravenosa, que se debe actualizar más tarde de acuerdo con el informe de cultura y sensibilidad. Todos los pacientes con un absceso significativo en la tomografía computarizada requieren intervención quirúrgica y los pacientes con dificultades para la intubación orotraqueal, comorbilidades o complicaciones tras anestésicas y trans operatorias requiere ser valorado su ingreso a unidad de cuidados intensivos y manejo avanzado de la vía aérea. En este estudio se observó que los pacientes masculinos con mayores porcentajes de obstrucción de la luz de la vía aérea, así como comorbilidades y complicaciones pre quirúrgicas existentes y posquirúrgicas como la Mediastinitis fueron los que mostraron mayores estancias hospitalarias. Por todo esto es necesario identificar a este tipo de pacientes para valorar su adecuado manejo post-anestésico y postquirúrgico, identificando cuales tiene mayores riesgos de complicaciones poniendo énfasis en los pacientes con estas características para un seguimiento más minucioso con estudios Clínico, de Laboratorio y Gabinete más estrecho para evitar complicaciones mortales.

XIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.

1. Diagnóstico y Tratamiento de Absceso profundo de cuello. Guía de Práctica Clínica IMSS Secretaría de Salud 2010.
2. Galicia M, Reyes L, Ruiz G, Bolio C, González O. Deepneckabscess. Factorsrelatedtooperation and mortality. Cirugía y Cirujanos, vol. 81 núm. 4, julio-agosto, 2013, pp. 299-306.
3. Desirée SA, Pérez TJ, López RO, Conde MJ. Abscesos Profundos de Cuello. 1ra Catedra de Clínica Medica y Terapéutica de la Carrera de Posgrado de Especialización en Clínica Médica. Julio 2011; (9): 2-4.
4. Gutiérrez J, Perea P, Romero M. Infecciones orofaciales de origen odontogénico. Medicina oral y cirugía bucal 2004;9:280.
5. ThiagoP, Igor M, Laffitte F, Lucas R, Monteiro Z, Takahiro C, Nubiato C. Braz J. Deepneckabscesses: study of 101 cases. Otorhinolaryngol. 2017;83(3):341-348.
6. Hope GJA, Morales CM. Microbiología y factores predisponentes en los abscesos profundos del cuello. AnOrlMex 2009;54:85-91.
7. BrazJ .Bacteriology of peritonsillarabscess: thechangingtrend and predisposingfactors. Otorhinolaryngol. 2017: (8) 4-6.
8. Brenes Angulo Katherine. Absceso Profundo de cuello. Revisión de tema y presentación de caso. Revista médica de Costa rica y Centroamérica lxxi. 2014:(612) 709 – 714.
9. Marioni G, Staffieri A, Parisi S, Marchese-Ragona R, Zuccon A, Staffieri C. RationalDiagnostic and Therapeutic Management of DeepNeckInfections: Analysis of 233 Consecutive cases. Ann OtolRhinolLaryngol 2010;119:181-187.
10. Suphi B, Ilker B, Erhan D, Sureyya H, Ibrahim C. Neckabscess: 79 cases..North ClinIstanbul 2015;2(3):222–226
11. Philipp K, Robert C, Markus T, Christian S, Rainer L. Deepneckinfections: A single-center analysis of 63 cases.Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017 Sep 1;22 (5):e536-41.

12. Mavy R, Lugo P, Castro A, Asisclo de Jesús, Villagómez O. Empiema y Mediastinitis como complicación de absceso profundo del cuello: caso clínico y revisión de la bibliografía. *MedIntMex* 2008; 24(1):79-86.
13. Gaurav K, Aditi S, Sanjeev B, Baldev S, Manpreet K, Gurpreet K. Deep Neck Space Infections: A Study of 76 Cases. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, Vol.27 (4), Serial No.81, Jul 2015;(12): 4-6.
14. Bernal S, Laszig R, Remacle M. Comparison of intubation and tracheotomy in patients with deep neck infection. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* October 2017, Volume 274, Issue 10, pp 3767–3772.
15. Maria M, Dima D, Zulfiqar A, Nasser D, Roland K. A Novel Rescue Technique for Difficult Intubation and Difficult Ventilation. *Journal of Visualized Experiments*. 2011 (5): 2-5.
16. Moshe S, Lesmes D, Hartman G, Ruffino S, Laster Z. The Use of the Superficial Cervical Plexus Block in the Drainage of Submandibular and Submental Abscesses: An Alternative for General Anesthesia. *Journal of oral and maxillofacial Surgery*. December 2008 Volume 66, Issue 12, Pages 2642–2645.
17. Perisanidis G, Saranteas T, Kostopanagiotou G. Ultrasound-guided combined intermediate and deep cervical plexus nerve block for regional anaesthesia in oral and maxillofacial surgery. *Dentomaxillofacial Radiology* The British Institute of Radiology. 2013; (12):4-6.

XIV. ANEXOS.

Anexo 1. Consentimiento Informado.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio	"Frecuencia de complicaciones asociadas al drenaje de absceso profundo de cuello en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI".
Lugar y fecha:	UMAЕ Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." CMN SIGLO XXI. Ciudad de México, _____ de _____ del 2018.
Número de registro:	R-2018-3601-096
Justificación y objetivo del estudio:	Soy Médico Anestesiólogo en éste Hospital y lo invito a participar en éste estudio que consiste en identificar la frecuencia de complicaciones asociados a pacientes sometidos a drenaje de Absceso profundo de cuello para determinar la morbimortalidad.
Procedimientos:	Se solicitara su expediente en el Archivo Clínico del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, se recabara la información y se anotaran los puntos solicitados en la Hoja de Recolección de Datos.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio	Ninguno.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento	Si así lo desea.
Participación o retiro	Si así lo desea.
Privacidad y confidencialidad	Toda información será confidencial y se le asignara un número de manera que no aparecerá su nombre en ningún momento del estudio.
Investigador Responsable:	Dr. Soto Palma Gustavo. Teléfono:55 6913 3206 Correo electrónico: gustavosoto1977@gmail.com Dra. García Castillo Yuliana Rosario. Teléfono: 044 777 560 41 61. Correo Electrónico: yulianagac@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Clave: 2810-009-013

Anexo 2. Hoja de Recolección de Datos.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Variables sociodemográficas

Nombre:

Edad: años	Sexo: (F) (M)	Peso: kg	Talla: m	IMC: kg/m ²
------------	---------------	----------	----------	------------------------

ASA: (I) (II) (III) (IV) (V) Comorbilidades:

2. Variables de estudio.

-Método Diagnostico: (Si) (No)	Tratamiento Médico: (Si)(No)	Tratamiento Quirúrgico: (Drenaje), (Desbridamiento) o (Ambas)
- Tipo de Absceso Y Extensión:	¿Cual?	

-Tipo de Anestesia: (AGB) (AGE)

	Ingreso a sala	Pos intubación	Pre Extubación	Egreso de Sala	
Frecuencia Respiratoria					-Destino Pos anestésico: (UCPA), (UCI) o (Piso)
Frecuencia cardiaca					-Re intervenciones Quirúrgicas: (Si) (No)
PANI					-Complicaciones Preqx: (Si) (No). Cual?
Oximetría de pulso					Complicaciones Postqx: (Si) (No). Cual?
					Días de Manejo Avanzado de Vía aérea:
					Días de Estancia en UCI:
					Días de Hospitalización:

Anexo 3. Espacios Profundos de Cuello.

ESPACIO	LÍMITE
Submandibular	Inferior: el borde mandibular inferior y los vientres anterior y posterior del digástrico. Subdividido por el músculomilohioideo en espacios sublingual y submaxilar.
Submentoniano	Superior: sínfisis mandibular y laterales, los vientres anteriores de ambos digástricos.
Parafaríngeo	Con forma de cono, ápex por debajo del hasta menor del hueso hioides y base superior a nivel de la base de cráneo. El límite medial es la pared lateral de la faringe y lateral la rama ascendente de la mandíbula, el músculo pterigoideo y la glándula parótida. Subdividido por la apófisis estiloideas en espacios pre y post estiloideos.
Maseterino	Lateral el músculo masetero y medial la rama ascendente de la mandíbula.
Pterigoideo	Medial los músculos pterigoideos y lateral la rama ascendente de la mandíbula.
Temporal	Se subdivide en dos porciones: a) superficial: entre la fascia superficial del temporal y el músculo temporal. b) profunda: entre el músculo temporal y el periostio del hueso temporal.
Parotídeo	Comprendido entre el tejido glandular y su cápsula, formada por la fascia cervical profunda.
Bucal	Medial el músculo bucinador y fascia bucofaríngea y el carrillo lateralmente.
Retrofaríngeo	Entre la fascia bucofaríngea y la fascia alar, extendiéndose desde la base de cráneo hasta nivel T2.
Prevertebral	Entre la fascia prevertebral y los cuerpos vertebrales, se extiende en toda la longitud de la columna.
Vascular	Formado por las tres capas de la fascia cervical profunda

	conteniendo a la arteria carótida, la vena yugular interna, cadena cervical simpática y al IX, X, XI, y XII pares craneales; se extiende desde la base del cráneo hasta el mediastino.
Periamigdalino	Anterior entre la amígdala palatina y el músculo constrictor superior de la faringe y posterior por los pilares amigdalinos.
Visceral	Entre los músculos pretiroideos y el esófago, contiene la glándula tiroides, la tráquea y la pared anterior del esófago, se extiende desde el cartílago tiroides hasta el mediastino superior, llegando hasta el arco de la aorta y pericardio.
Triángulo posterior	Inferior la cara superior del tercio medio de la clavícula, posterior el borde anterior del trapecio y anterior el borde posterior del esternocleidomastoideo.
Mediastino	Compartimento anatómico extrapleural situado en el centro del tórax, entre los pulmones derecho e izquierdo, por detrás del esternón y las uniones costochondrales y por delante de cuerpos vertebrales y de la vertiente más posterior de las costillas óseas

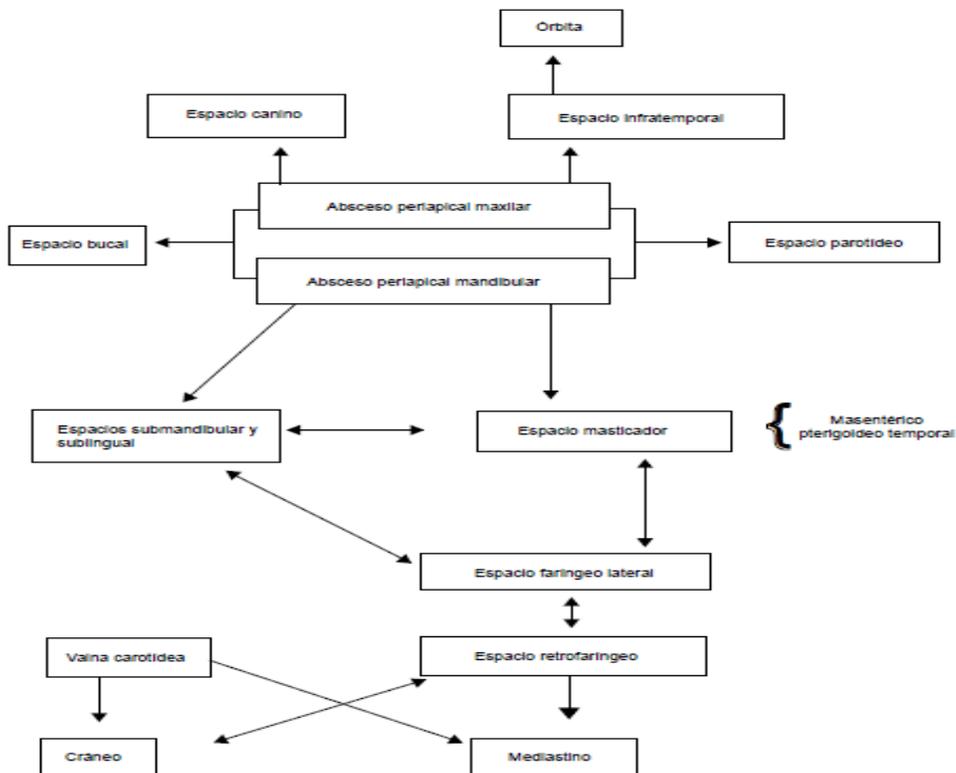
Anexo 4. Clasificación de Los Abscesos Profundos de Cuello

CLASIFICACIÓN DE LOS ABSCESOS PROFUNDOS DE CUELLO

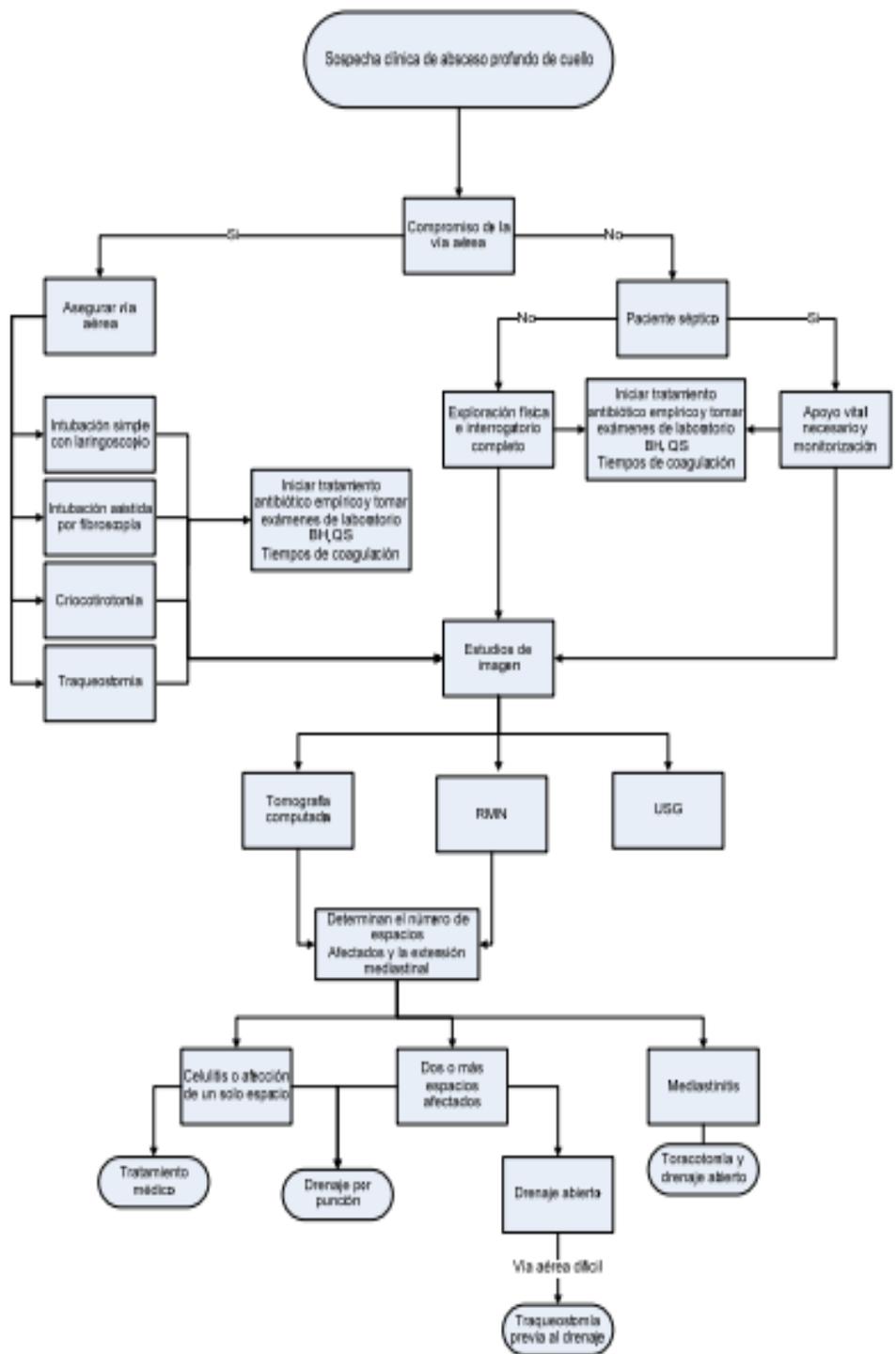
Superficiales	afectan el tejido celular subcutáneo, son autolimitados, no ofrecen problemas para el diagnóstico o tratamiento, no pasan la aponeurosis superficial	
Profundos	Suprahioideos	Submentoniano
		Submaxilar
		Parotideo
		Peri amigdalino
		Retrofaringeo
	Infracioideo	Tiroideo (del conducto tirogloso)
	Circunscrito	Laringotraqueal
		De la vaina del músculo Estenocleidomastoideo
	Infracioideo	Sub-aponeuroticos y de la vaina carotideo
		Latero faringeo (faringomaxilar)
Difuso	Absceso profundo difuso	
	Celulitis cervical difusa	

Alina Mª García de Hombre Revisión sobre los abscesos profundos del cuello. ORL-DIPS 2004;31(2):62-65

Anexo 5. Extensión de abscesos profundos de la cabeza y el cuello. Modificado de Reynolds SC.



Anexo 6. Algoritmo Manejo Absceso Profundo de cuello.



Anexo 7. Clasificación del estado físico de la ASA.

ASA	ESTADO DE SALUD PREOPERATORIO	COMENTARIOS, EJEMPLOS
ASA 1	Paciente sano normal	Ausencia de alteración orgánica, fisiológica, o psiquiátrica; excluye a los muy jóvenes y muy viejos; sanos con buena tolerancia al ejercicio.
ASA 2	Pacientes con enfermedad sistémica leve	Sin limitaciones funcionales, tiene una enfermedad bien controlada de un sistema corporal, hipertensión o diabetes controlada sin efectos sistémicos, tabaquismo sin enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obesidad leve, embarazo.
ASA 3	Pacientes con enfermedad sistémica severa	Alguna limitación funcional, tiene una enfermedad controlada de más de un sistema corporal o de un sistema mayor; no hay peligro inmediato de muerte; insuficiencia cardíaca congestiva controlada (ICC), angina de pecho estable, infarto de miocardio antiguo, hipertensión arterial pobremente controlada, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica; enfermedad broncoespástica con síntomas intermitentes.
ASA 4	Pacientes con enfermedad sistémica severa	Presenta al menos una enfermedad severa que está pobremente controlada o en etapa terminal; posible riesgo de muerte; angina inestable, EPOC sintomática, ICC sintomática, insuficiencia hepatorenal
ASA 5	Paciente moribundo que no se espera sobreviva sin la operación	No se espera que sobreviva más de 24 horas sin cirugía; riesgo inminente de muerte; fallo multiorgánico, síndrome de sepsis con inestabilidad hemodinámica, hipotermia, y coagulopatía pobremente controlada.
ASA 6		Paciente con muerte cerebral declarada, y los órganos están siendo removidos para donación