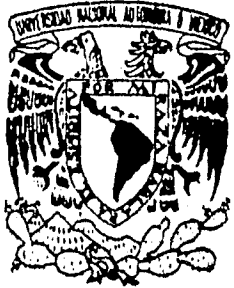


11209

7
209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado

Dirección General de Servicios de Salud
Departamento del Distrito Federal

Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza
Departamento de Posgrado

Curso Universitario de Especialización en:
Cirugía General
CIERRE DE COLOSTOMIA EN PLANO
CON SURGETE

INVESTIGACION EXPERIMENTAL

Presentado por :
DR. HUMBERTO ARELLANO BLANCO
Para obtener el grado de :
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Asesor de Tesis: Dr. Enrique Fernandez López

1996



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A MIS PADRES.

Por haberme dado el ser.
Por mantenerse firmes en mi enseñanza.
Por servir de refugio en momentos de tristeza.
Por ser el fondo de mi ser.
Gracias Madre.
Gracias Padre.

A MIS TIOS.

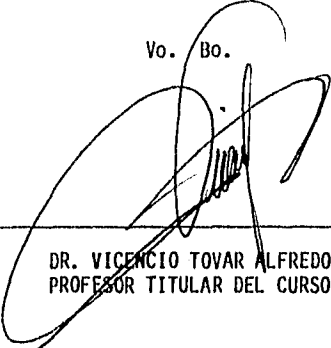
Gracias por su enseñanza.
Gracias por mantener viva mi fé.
Gracias por todo el apoyo brindado
en momentos de soledad y tristeza.

A MIS MAESTROS.

Que han sido la luz en mi camino.
Que han mantenido firmes mis conocimientos.
Que han desarrollado el deseo de superación.
Que han dado su tiempo en mi enseñanza.

Por todo les doy las gracias.

Vo. Bo.



DR. VICENCIO TOVAR ALFREDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



Vo. Bo.



DR. JOSE DE JESUS VILLALPANDO CASAS
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
D.G.S.S.D.D.F.

DIREC. GRAL. SERV. DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DEL D.F.
DIRECCION DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

Vo. Bo.

DR. FERNANDEZ LOPEZ ENRIQUE
ASESOR DE TESIS

INDICE

-ANTECEDENTES

-DEFINICION DEL PROBLEMA

-HIPOTESIS

-OBJETIVOS

-DISEÑO DE PROYECTO DE INVESTIGACION

a) Universo

b) Criterios de inclusión

c) Criterios de exclusión

d) Criterios de eliminación

e) Tiempo

f) Espacio

g) Variables

-DISEÑO DE MUESTRA

a) Grupo experimento

b) Grupo control

-DISEÑO DE MANIOBRA

-REPORTE ESTADISTICO

Resultados

Conclusiones

Discusión

Resumen

ANTECEDENTES

Los informes obtenidos sobre la frecuencia de las complicaciones en la anastomosis de colon, provenientes de diversos autores, oscilan entre 0 y 23% influidos por los siguientes factores:

Técnicos: Distribución del aporte sanguíneo, traumatismos local, tensión de la línea de sutura, preparación pre-operatoria etc.

Sistémicos: Disminución del aporte sanguíneo en procesos degenerativos, edad avanzada, desnutrición inmunosupresión, inmunodepresión, radiación, esteroides sistémicos etc.

Hasta el momento, la mayoría de cirujanos proponen en cierre de colostomias o enterostomias en dos planos o en un plano con diversos puntos y surgete, con previa preparación de colon para cirugía electiva, considerando disminuir los factores de riesgo implicados en la dehiscencia de la anastomosis.

Ladwin y Williams en 1967 demostraron que el cierre de las anastomosis en un plano supera a la anastomosis en dos planos, en un estudio experimental en perros, que demuestra un menor daño vascular y tisular, en la línea de sutura de la anastomosis en plano.

Irvin y Hunt demostraron que los traumatismos locales influyen directamente en la fuerza tensil y en el contenido de colágena en las anastomosis colónicas, con una significativa incidencia de dehiscencias.

Irvin y Edwards (16) compararon las anastomosis en un plano con puntos invertidos, en dos planos con puntos invertidos y anastomosis con puntos evertidos en colon no preparado de conejo, encontrando resultados inferiores en la anastomosis con puntos evertidos, en comparación con ambos métodos invertidos, en lo relacionado a la fuerza tensil y dehiscencia de la misma.

Hamilton y Gill de manera similar recomiendan la técnica de anastomosis en un plano como método más seguro y el que menos interfiere en la línea de sutura.

Han sido múltiples los factores que han --- preocupado a los autores respecto de las anastomosis en el colon, entre las cuales no deja de mencionarse la naturaleza de la cirugía inicial, la preparación preoperatoria, el estado nutricional, la técnica de la anastomosis y el surgimiento de complicaciones secundarias a -- obstrucciones y dehiscencias.

T.R. Schrock realizó un estudio retrospectivo de 20 años en el San Francisco Medical Center agrupando en tres categorías los factores que determinan el fracaso de la anastomosis colónicas en humanos, factôres técnicos, locales y sistémicos.

Rojas en 1989 propone el cierre de colostomia en un plano con puntos separados, habiéndo la realizado comparativa con la técnica en dos planos en el Hospital Balbuena, técnica con resultados satisfactorios por lo que hasta el momento es utilizada en las unidades de esta institución.

Fernández en 1991 compara los tiempos qui--rúrgicos y la aplicación en una anastomósis en

un plano con surgete y puntos, disminuyendo - en un 50% el tiempo empleado en la anastomosis con surgete comparado con la de puntos separados, con resultados y evolución post-operato--ria similares.

HIPOTESIS

Es factible realizar la técnica Balbuena de anastomosis intestinal en un plano con surgete en el cierre de estomas intestinales con prepa ración previa.

El cierre de colostomias e ileostomias en - un plano con surgete tiene una evolución post operatória y una resistencia igual al cierre en un plano con puntos separados presentando u na tasa de morbi-mortalidad similar.

DEFINICION DEL PROBLEMA

En nuestras unidades hospitalarias, se a--- tiende de modo significativo a pacientes con - traumatismo abdominal; tanto de tipo cerrado - como abierto, siendo el colon un órga--- no fre--- cuentemente afectado por el mecanismo lescivo.

Por otra parte, en este segmento del intestino también es susceptible de sufrir padecimientos médicos de urgencia; y si lo anterior se agregan algunas otras características anatomofuncionales del órgano (como la irrigación y --- principalmente la colonización bacteriana), no es de sorprender que las medidas terapéuticas sean motivo de controversia y que la elevada morbi-mortalidad resultante se refleje en el empleo de diversos procedimientos que incluyen desde el cierre primario de las lesiones hasta cirugías derivativas temporales.

El cierre de derivaciones temporales es manejado como cirugía electiva, que desde la perspectiva actual de la literatura, es un procedimiento que entraña riesgos significativos. Manifestandose en la morbi-mortalidad post-operatoria, en razón de las consideraciones anteriormente señaladas.

JUSTIFICACION

Han sido los objetivos del cirujano la rapidez, la precisión y efectividad, para disminu-

ir la enorme morbi-mortalidad post-operatoria y esto es más relevante en lo concerniente al Ileon y colon, que aunque hayan sido previamente preparados son susceptibles de mayores problemas sépticos. De tal modo que consideramos que si se disminuye en -- tiempo quirúrgico durante una anastomosis, se modifica favorablemente la morbilidad, por lo que proponemos la técnica de anastomosis Balbuena en un plano con surgete para cierre de los mencionados estómas.

OBJETIVOS

- Intervenir quirúrgicamente a los pacientes con colostomias o derivaciones ileales de 8 semanas o más anterior a la cirugía de origen.
- Determinar diferencias en la evolución entre las anastomosis en un plano con puntos separados con las anastomosis con surgete.
- Determinar la existencias de resultados diferentes o similares en relación a los reportes de la literatura mundial.

- Realizar la técnica de anastomosis intestinal en un plano con surgete en el cierre de estomas electivos.

DISEÑO DE PROYECTOS DE INVESTIGACION

UNIVERSO

Todos los pacientes con mas de 8 semanas con colostomia o derivaciones Ileales provenientes de la consulta externa u hospitalización independiente--mente del tipo de estoma realizado.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Humanos
- Pacientes de 15 a 50 años.
- Ambos sexos
- Todo paciente con colostomia e ileostomia funcional

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Que rebajaron los límites de edad
- Pacientes inmunodeprimidos
- Pacientes inmunosuprimidos
- Pacientes con infección sistémica

- Pacientes desnutridos
- Pacientes con infecciones perianales
- Pacientes con S.I.D.A.
- Pacientes que tuvieron menos de 8 semanas de haberseles realizado la derivación fecal
- Pacientes que su estado general contraindique la anestesia
- Pacientes con preparación inadecuada de colon en el pre-operatorio

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes con cierre de colostomia extrainstitucional
- Pacientes trasladados a otra institución
- Pacientes con colostomia secundaria a CA
- Pacientes con neoplasia maligna avanzada
- Pacientes que iniciaron el protocolo y abandonaron el tratamiento o el seguimiento
- Pacientes fallecidos por causa no relacionada con el procedimiento

TIEMPO

-MARZO DE 1994 A ENERO DE 1995

ESPACIO

-Hospital General "La Villa"

VARIABLES

- Sexo
- Edad
- Tipo de cirugía anterior
- Organos afectados
- Hemoglobina y hematocrito
- Proteínas totales (albumina-Globulina)
- Enfermedades asociadas
- Retiro de sonda nasogástrica
- Inicio de la dieta
- Días de estancia hospitalaria POP.

DISEÑO DE MUESTRA

SE REALIZO MUESTREO SIMPLE SISTEMATICO

Se realizó cierre con un plano con surgete al grupo experimento de acuerdo al estudio Balbuena 1991 y cierre en un plano con puntos separados al grupo control.

Para cada paciente se vigiló en control preo-operatorio así como se registraron las dificultades --- trans-operatorias y post-operatorias,

En el post-operatorio del paciente se registraron los días de estancia, tiempo en el retiro de sonda nasogástrica, inicio de la dieta y complicaciones relacionadas con el procedimiento (infecciones de la herida quirúrgica, obstrucción y/o dehiscencia de la anastomosis) y otras complicaciones no relacionadas con el procedimiento.

GRUPO EXPERIMENTAL

Se realizó para el grupo experimental (un plano con surgete) la siguiente técnica operatoria de la anastomosis.

LINEA DE SUTURA POSTERIOR: Realizado con poliglactina 910 calibre 000 surgete sencillo total, iniciando de un borde lateral al opuesto, sitio en el que la sutura se exterioriza con un punto total.

LINEA DE SUTURA ANTERIOR: A partir del punto exteriorio

rizado al final de la línea posterior, se continua en sentido opuesto con surgete seromuscular invaginante culminando en el sitio de inicio de la línea posterior, donde se coloca en nudo final.

- Cierre de brecha mesentérica con C.C. 00.

GRUPO CONTROL

Para el grupo control (un plano con puntos separados) la siguiente técnica operatoria

-LINEA DE SUTURA POSTERIOR: Tres puntos centrales de Halsted con seda 000 a partir del borde mesentérico, posteriormente puntos simples anudados hacia la luz intestinal hasta la cara anterior.

-LINEA DE SUTURA ANTERIOR: 6 puntos de Lambert para invaginar la porción no suturada de la cara anterior con seda 000.

- Cierre de brecha mesentérica C.C. 00 surgete.

DISEÑO DE MANIOBRA

Todos los pacientes se sometieron en el preoperatorio a una preparación de colon estandar.

HOSPITALIZACION: 24 horas antes de la intervención.

- a) Dieta líquida a partir de su ingreso.
- b) Metronidazol 15 mg. por kg en forma preoperatoria IV, 8 hrs. antes de la cirugía y 30 minutos antes de la inducción anestésica IV DU.
- c) Ayuno a partir de las 22:00 horas y soluciones-IV a requerimientos.
- d) Inicia con manitol al 5% 250 cc + 750 cc de solución glucosada al 5% a razón de un litro por hora, hasta la obtención de salida de material claro por el estóma.
- e) En caso de intolerancia a la VO se utilizó sonda nasogástrica.

RECURSOS HUMANOS

Médicos residentes y adscritos al servicio de cirugía general del Hospital General La Villa.

RECURSOS MATERIALES

- Se requirió sutura poliglactina 910 de 000.
- Seda 000
- Instrumental quirúrgico de cirugía básica e intestinal.
- Sutura básica para el cierre de la pared abdominal.

- Laboratorio de control; Biometria hemática
- Química sanguínea
- Prueba de coagulación
- Pruebas de función hepática y cultivos.

RECURSOS FINANCIEROS

- Quirófano
- Instrumental Quirúrgico
- Ropa quirúrgica
- Suturas
- Laboratorio y radiología

FINANCIAMIENTO INTERNO

RIESGO DE LA INVESTIGACION

Siendo un tratamiento quirúrgico rutinario se valoró como riesgo II.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR INTERVALO DE CLASE PARA LA EDAD

GRUPO:	EDAD:	FRECUENCIA:	%	PROM. 24.14
A	15-20	2	33.3	MEDIANA 23.5
	21-25	3	50.0	MODA -----
	26-30	0	0.0	AMPLIT. 12
	31-35	1	16.6	VARIAN. 21.55
		N:6	100.00	S. 4.64 C.V. 19.26
B	15-20	3	42.85	PROM 23.57
	21-25	1	14.28	MEDIANA 22
	26-30	3	42.85	MODA -----
	31-35	0	0.00	AMPLIT. 15
		N:7	100.00	S ² 37.73 S 6.14 C.V. 26.06

PERIODO DE RELACION ENTRE LA COLOSTOMIA Y EL CIERRE

GRUPO	DIAS	FRECUENCIA	%	PROM.	MEDIANA	MODA	AMPLITUD	s 2	S	C.V.
A	210-234	2	33.3	247.	242	---	72	780.3	27.93	11.2
	235-259	2	33.3							
	260-284	2	33.3							
			N: 6	100.0						
B	210-234	1	14.28	249.57	240	---	68	601.56	24.52	9.8
	235-259	3	42.85							
	260-284	3	42.85							
			N: 7	100.00						

SEXO

GRUPO	MASCULINO	%	FEMENINO	%
A	6	100.00	0	0.0
B	7	100.00	0	0.0

HEMOGLOBINA PRE-OPERATORIA

GRUPO	g/100 ml	FRECUENCIA	%		
A	10.0-11.0	1	16.6		
	11.1-12.0	1	16.6	PROMEDIO	13.5
	12.1-13.0	1	16.6	MEDIANA	13.5
	13.1-14.0	0	0.0	MODA	---
	14.1-15.0	1	16.6	AMPLITUD	5.1
	15.1-16.0	2	33.3	s	4.18
	16.1-17.0	0	0.0	S	2.04
		N:2.6	100.0	C.V.	15.15
B	10.0-11.0	0	0.0		
	11.1-12.0	0	0.0	PROMEDIO	14.71
	12.1-13.0	1	14.28	MEDIANA	14.8
	13.1-14.0	1	14.28	MODA	----
	14.1-15.0	2	28.57	AMPLITUD	4.1
	15.1-16.0	1	14.28	s	2.23
	16.1-17.0	2	28.57	S	1.49
		N: 7	100.0	C.V.	10.16

PROTEINAS PRE-OPERATORIAS

GRUPO	g/100ml	FRECUENCIA	%		
A	6.0-7.0	2	33.3	PROMEDIO	7.26
	7.1-8.0	3	50.0	MEDIANA	7.4
	7.1-8.0	1	16.6	MODA	---
				AMPLITUD	2.3
		N:6	100.0	s	0.76
				S	0.87
			C.V.	12.02	
B	6.0-7.0	2	28.57	PROMEDIO	7.52
	7.1-8.0	3	42.8	MEDIANA	7.5
	8.1-9.0	2	28.57	MODA	---
				AMPLITUD	2
		N:7	100.0	s	0.55
				S	0.74
			C.V.	9.93	

PROTEINAS PREOPERATORIAS

GRUPO	g/100ml	FRECUENCIA	%		
A	6,0-7.0	2	33.3	PROMEDIO	7.26
	7.1-7.0	3	50.0	MEDIANA	7.4
	8.1-9.0	1	16.6	MODA	---
		N:6	100.0	AMPLITUD	2.3
				s^2	0.76
				S	0.87
				C.V.	12.02

B	6.0-7.0	2	28.57	PROMEDIO	7.52
	7.1-8.0	3	42.8	MEDIANA	7.5
	8.1-9.0	2	28.57	MODA	---
		N:7	100.0	AMPLITUD	2
				s^2	0.55
				S	0.74
				C.V.	9.93

ALBUMINA PREOPERATORIA

GRUPO	g/100ml	FRECUENCIA	%		
2.0-3.0		0	0.0	PROMEDIO	3.6
3.1-4.0		4	66.6	MEDIANA	3.45
4.1-5.0		2	33.3	MODA	---
		N:6	100.0	AMPLITUD	1.3
				S ²	0.47
				S	0.68
				C.V.	19.4
2.0-3.0		1	14.28	PROMEDIO	4.04
3.1-4.0		3	42.28	MEDIANA	4.0
4.1-5.0		3	42.28	MODA	---
		N:7	100.0	AMPLITUD	2.1
				S ²	0.25
				S	0.25
				C.V.	11.70

RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA

GRUPO	DIA	FRECUENCIA	%		
A	00-01	0	00.00	PROMEDIO	2.83
	02-03	5	83.3	MEDIANA	3
	04-05	1	16.6	MODA	3
				AMPLITUD	2
		N:6	100.0	S	0.55
				S	0.74
				C.V.	26.34
			T	.315	1.0 3.106
					0.05: 2.201
B	00-01	0	0.0	PROMEDIO	3
	02-03	7	100.0	MEDIANA	3
	04-05	0	0.0	MODA	3
				AMPLITUD	1
		N:7	100.0	S	0.40
			S	0.63	
			C.V.	23.57	

INICIO DE LA DIETA

GRUPO DIAS FRECUENCIA %

	03-04	0	0.0
A	05-06	5	83.3
	07-08	1	16.6
		N:6	100.0

PROMEDIO 5
 MEDIANA 5
 MODA 5
 AMPLITUD 2
 S^2 0.4
 S 0.63
 C.V. 12.64

T: 2.334 I : 3,106
 0.05: 2.201

B	03-04	2	28.57
	05-06	4	57.14
	07-08	1	14.28
		N:7	100.00

PROMEDIO 4.28
 MEDIANA 4
 MODA 4
 AMPLITUD 2
 S^2 0.237
 S 0.48
 C.V. 11.39

DIAS DE ESTANCIA POST-OPERATORIA

GRUPO	DIAS	FRECUENCIA	%		
A	05-06	2	33.3	PROMEDIO	7.6
	07-08	3	50.0	MEDIANA	7.5
	09-10	0	0.0	MODA	8
	11-12	1	16.6	AMPLITUD	7
				S ²	5.87
			N:6	100.0	S
				C.V.	31.88
				T: .249	I : 3.106
					0.005:2.201
B	05-06	3	42.8	PROMEDIO	7.28
	07-08	3	42.8	MEDIANA	7.0
	09-10	0	0.0	MODA	5.0
	11-12	1	14.28	AMPLITUD	6
				S ²	4.89
			N:7	100.0	S
				C.V.	30.39

CIRUJANO

GRUPO	CIRUJANO	FRECUENCIA	%
A	RII	0	0.0
	RIII	5	83.3
	RIV	1	16.6
	MEDICO ADSCRITO	0	0.0
	N: 6		100.0

B	R II	2	28.57
	RIII	4	57.14
	RIV	1	14.28
	MEDICO ADSCRITO	0	0.0
	N: 7		100.0

DIFICULTAD PARA LA CIRUGIA

GRUPO	GRADO	FRECUENCIA	%
A	MAYOR	2	33.3
	MODERADO	3	50.0
	MINIMO	1	16.6
		N: 6	100.0
B	MAYOR	1	14.28
	MODERADO	3	42.8
	MINIMO	3	42.8
		N: 7	100.0

TIPO DE ANASTOMOSIS

GRUPO	TIPO DE ANASTOMOSIS	FRECUENCIA	%
A	COLO-COLOANASTOMOSIS	4	76.6
	COLO-PROCTOANASTOMOSIS	0	0.0
	ILEO-TRANSVERSOANASTOMOSIS	2	33.3
		N:6	100.0
B	COLO-COLOANASTOMOSIS	4	57.14
	COLO-PROCTOANASTOMOSIS	0	0.0
	ILEO-TRANSVERSOANASTOMOSIS	3	42.8
		N:7	100.0

COMPLICACIONES

GRUPO	COMPLICACION	FRECUENCIA	%
A	-DEHISCENCIA Y SEPSIS ABDOMINAL	0	0.0
	-OBSTRUCCION DE LA ANASTOMOSIS	1	16.6
	-INFECCION DE LA HX QX	1	16.6
		N: 2	33.2
B	DEHISCENCIA Y SEPSIS ABDOMINAL	0	0.0
	- OBSTRUCCION DE LA ANASTOMOSIS	0	0.0
	-INFECCION DE LA HX QX	1	14.28
		N: 1	14.28
TOTAL DE COMPLICACIONES:		N:3	18.75%

RESULTADOS

Todos los pacientes se internaron de uno a dos días previos a la cirugía, para la preparación adecuada del colon, período en el cual se obtuvo una adecuada limpieza del mismo. La administración de antibióticos se inició 12 horas antes de la intervención quirúrgica - siendo realizados los mismos parámetros a ambos grupos.

En el post-operatorio se mantuvo a los pacientes -- con sonda nasogástrica hasta que el paciente inició la canalización de gases, presentando un promedio de 2.83 para el grupo A y de 3.00 para el grupo B, con una mediana de 3.00 para ambos grupos. El inicio de la V.O.- fué de 24 a 36 horas posterior al retiro de la sonda-- nasogástrica, como un promedio en días posteriores a - la cirugía de 5 para el grupo A y de 4.28 para el gru po B, a excepción de dos pacientes uno en cada grupo - en los cuales el inicio de la dieta presentó discreta- intolerancia por presencia de náuseas y vómito sin pre sentar otras complicaciones, en estos pacientes la die ta al séptimo día. Su estancia intrahospitalaria post- operatoria fué de un promedio de 7.6 para el grupo ex perimental y de 7.8 para el grupo control, con una me diana de 7.5 para el grupo A y de 7.0 para el grupo B

A la alta del paciente este se encontraba tolerando la V.O. así como sus evacuaciones de características normales.

Del grupo A se relizaron cuatro colo-colo anastomosis y dos ileotransversoanastomosis, en el grupo B se realizaron cuatro colo-coloanastomosis y tres ileo---transversoanastomosis.

En su control por la consulta externa se detectaron haber pacientes con la herida infectada uno para cada grupo, los cuales fueron manejados con drenaje de absceso y debridación del mismo, así como curaciones para su cierre por segunda intención. Un pacientes para el grupo experimento presento datos de oclusión intestinal al décimo quinto día de post-operatorio el cual se reinternó, manejando su tratamiento conservador, no resolviendose su problema manifestandose con dolor abdominal dificultad para evacuaciones, canalización moderada de gases. Por lo anterior se somete a laparotomía exploradora encontrandose que acodamiento de la anastomosis por presencia de adherencias. Observandose la línea de sutura integra sin presencia de abcesos locales no datos de fuga, se realizó en este caso liberación de la anastomosis y reconstrucción de la misma.

Dentro del estudio no se presentaron casos de dehiscencia de la línea de sutura, ni sépsis abdominal. La mortalidad fué de cero y las complicaciones menores -- del 18.75%.

CONCLUSIONES

Se intervinieron a todos los pacientes captados en la consulta externa con cirugía derivativa; Colostomia e Ileostomias, durante el periodo de marzo de 1994 a enero de 1995 (13 pacientes), presentando un porcentaje de acuerdo al sexo de 100% para hombres y de 0% para mujeres, comprendidos entre la segunda y tercera décadas de la vida.

Se dividieron en dos grupos, un grupo experimento con 6 pacientes y un grupo control con 7 pacientes, en base a los casos presentados durante el periodo en el Hospital de la Villa.

Los pacientes se estudiaron con control preoperatorio basado en (hemoglobina, proteínas totales y albumina). Para lo cual los pacientes se programaron para su tratamiento quirúrgico hasta que se encontraron dentro de parámetros normales. Con un promedio de 7.86 de proteínas totales y de 3.6 de albumina para el grupo A y de 7.52 de proteínas totales y de 4.04 de albumina para el grupo B. La hemoglobina con un promedio de 14.71 y una amplitud de 4.1 para el grupo A y el grupo B con un promedio de 13.08 con una amplitud de 2.9.

Parámetros como la química sanguínea y los tiempos de coagulación se tomaron como parámetros secundarios encontrándose estos dentro de parámetros normales.

Los tipos de anastomosis llevados a cabo fueron 4 colo-colo anastomosis y dos Ileotransverso anastomosis para el grupo experimento siendo dos anastomosis término terminal y una anastomosis término lateral en una Ileotransverso anastomosis. Para el grupo control las 7 anastomosis fueron término terminal.

Los parámetros para evaluar la evolución de los pacientes fueron tres: El retiro de la sonda nasogástrica, el inicio de la vía oral y días de estancia post-operatoria.

Reportando nuestro estudio para el retiro de la sonda nasogástrica un promedio de 2.83 días con una mediana y moda de 3 días para el grupo experimento y para el grupo control, un promedio de 2.71 días y una moda y mediana de tres días. Utilizandose como parámetro para el retiro de la sonda nasogastrica el establecimiento de la peristalsis intestinal y canalización de gases lo cual se evaluo en forma subjetiva. En cuanto al inicio de la vía oral; el promedio, la media y la moda fueron de 5 días con una amplitud de 2 días para el grupo experimento y para el grupo control se presentó un promedio de 4.28 días, mediana y moda de 4 días con una amplitud de 1. En este parámetro en dos pacientes se presentó dificultad para la tolerancia de la dieta blanda por lo cual se aumento en estos pacientes el día de inicio de la vía oral, siendo uno para cada grupo.

La estancia post-operatoria fue en promedio de 7.6 para el grupo experimento y de 7.28 para el grupo control con una mediana de 7.5 para el primero y de 7.0 para el segundo. Aumentando el rango por la presencia de dos pacientes con estancia prolongada uno en cada grupo.

Nuestro estudio no presentó casos de dehiscencia de la sutura o sepsis abdominal. Siendo las complicaciones encontradas en nuestra casuística; en el grupo experimento un caso de absceso de pared y un caso de obstrucción de la anastomosis por presencia de adherencias el cual sale del control de la técnica quirúrgica y en el grupo control se presentó un absceso de pared.

DISCUSION

El presente trabajo reporta el estudio de 13 pacientes portadores de Colostomia e Ileostomia, captados en la Consulta Externa del Hospital General La Villa, durante el periodo de marzo de 1994 a enero de 1995.

Aun cuando las anastomosis siguen realizandose en dos planos - en algunas instituciones y en otras como la nuestra se realizan en un plano con puntos separados, teniendo hasta ahora aseptica ción, con un índice de complicaciones similar a la literatura mundial el cual ha sido variado en un rango de 0 a 24%, Nuestro estudio propuso el cierre en un plano con surgente observando una mortalidad del 0% para ambos grupos, sin presencia de sepsia abdominal. Presentando complicaciones menores propias del tipo de cirugía, que estadísticamente se elevan por el bajo números de casos.

El promedio de edad para ambos grupos se encontro dentro de la segunda y tercera decadas de la vida, predominando el sexo masculino, ésto es manifestado por las altas tasas de accidentes y violencia a los que esta sujeta esta ciudad.

Es de tomarse en cuenta el periodo tan prolongado que existió entre entre la realización de la colostomia y su cierre. Con un promedio para el grupo experimental de 247.5 y el grupo control de 247.57, ésto es como consecuencia de el retraso en la presentación del paciente a la Consulta Externa, así como - perdida de tiempo en los trámites preoperatorios. Sin tener repercusión esto en los resultados del estudio.

La hemoglobina preoperatoria mostró un patrón similar a ambos -- grupos con un promedio de 13.5 para el grupo experimento y de 14.7 para el grupo control sin influir en los resultados del estudio.

Los parámetros postoperatorio para la vigilancia del paciente -- fueron evaluados; por el retiro de la sonda nasogastrica, el ini-- cio de la via oral y el alta del servicio. Los cuales aunque fué-- ron evaluados objetivamente, muestran la evolución de la anastomo-- sis. En estos parámetros se observó una diferencia de 1 a 2 días, -- entre el grupo experimento y el grupo control, presentando un pro-- medio para ambos grupos con cifras similares.

Dentro de las complicaciones es de tomarse en cuenta que el grupo no presentó casos de sepsis abdominal ni dehiscencia de la anasto-- mosis, aún en el caso con obstrucción de la anastomosis en la cual la línea de sutura fué sometida a aumento de la presión por disten-- ción del asa proximal. Siendo las complicaciones inferiores a las -- reportadas por la literatura mundial.

La baja cantidad de casos no permite evaluar adecuadamente -- ambas técnicas en cuanto a su evolución perioperatoria, en cuanto al tiempo quirúrgico de la anastomosis ha si-- do demostrado en otro estudio realizado en intestino -- delgado es menor para el surgete que para los puntos -- separados.

El estudio requiere de mayor número de casos para pro-- porcionar un valor aceptable en los resultados.

RESUMEN

Se realizó un estudio peri-operatorio de 13 pacientes con cirugía derivativa (colostomía e ileostomía). A los cuales se les realizó cierre de los estomas con colo-colo e ileo-colo anastomosis, dividiéndose en dos grupos: 6 en un grupo experimento y 7 en un grupo control realizándose técnicas en un plano surgete al primero y con puntos separados al segundo respectivamente, tomándose como variables; edad, hemoglobina, proteínas totales, albumina (preoperatorio), estandarizándose la preparación preoperatoria de colon y se evaluó la evolución postoperatoria con el retiro de la sonda nasogástrica, el inicio de la vía oral y estancia postoperatoria intrahospitalaria.

En cuanto a los parámetros preoperatorios a todos los pacientes se les sometió a cirugía hasta que -- contaron con un rango normal de esta variables. No encontrando diferencias de importancia, en cuanto a la evolución postoperatoria el retiro de la sonda nasogástrica y estancia hospitalaria, la variación fué de 1 ± 1 día en comparación del grupo experimento con el grupo control.

La tasa de morbi-mortalidad nos presenta cifras inferiores a las reportadas en la literatura mundial no encontrándose problemas de sépsis abdominal o de hisencia de la anastomosis en todo el estudio.

Un paciente del grupo experimental presentó infección de la herida quirúrgica. En tanto que otro tuvo obstrucción intestinal por adherencias. En el grupo control sólo se presentó un infección de la herida quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

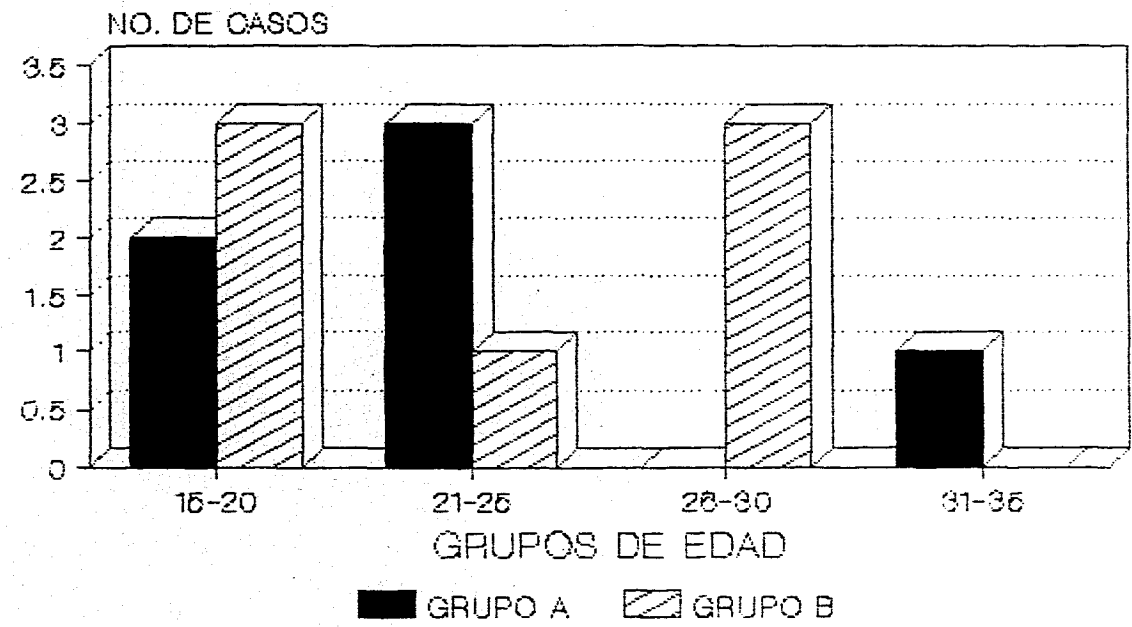
- 1.- Mrelman, Corman, Velndenheiner. Colostomies. Indications and contraindications: Lahey Clinic - Experience 1963-1974 Dis Col. Rectum 1978 21 -- 172-76
- 2.- Rosen L. Firedman, Morbidity and Mortality Following intraperitoneal closure of transverse-loop colostomie Dis Col Rectum 1980 23 508-12.
- 3.- Theodore R. Sehrock, Factores que determinan el fracaso de las anastomosis colonicas en los seres humanos., cicatrización e infección de las heridas en el manual moderno 1983 Ira. ed. 1886-1994
- 4.- T.T. Irvin Problemas de cicatrización en el colon, cicatrización e infección de las heridas-- ed, manual moderno Ira. ed. 183 Pág. 161-183
- 5.- J.Varnell L.B. Pemberton. Risk Factores in colostomy closure Surgery Vol. 89 No. 6 1981 683-86
- 6.- T.T. Irvin JC. Goligher. Aetiology of Disruption of intestinal anastomoses Brit J Surg. Vol 60 No. 6 1973 461-464.

- 7.- Higera RF Madrazo II Flora microbiana y preparación de colon para cirugía. Memorias de la asociación mexicana de gastro-enterología. México 1982.
- 8.- Bell G A Prophylactic antibiotics en elective - colon surgery 1983 93 204.
- 9.- Yaquimets. W complication of clousure of loop - colotomy. Cansurg 1975: 18: 366-70.
- 10.- Gugllema J B Antibiotic Prophilaxis in surgie- cal procedures Arch. Surg 118: 943 1983.
- 11.- Hlnkey E J Richards G K Prentis. Metronidazole- as a prophilaxis in surgical procedures in --- wound infection afther colon surgery. Surgery- 93 198 1983.
- 12.- Mora Martínez V. Preparación mecánica de colon para cirugía estudio comparativo. D.S.M.D.D.F. 1987 U.N.A.M.
- 13.- Porras Torres J. A Uso de manitol en la prepa- ración de colon y recto para cirugía DGSMD.D.F. 1986.

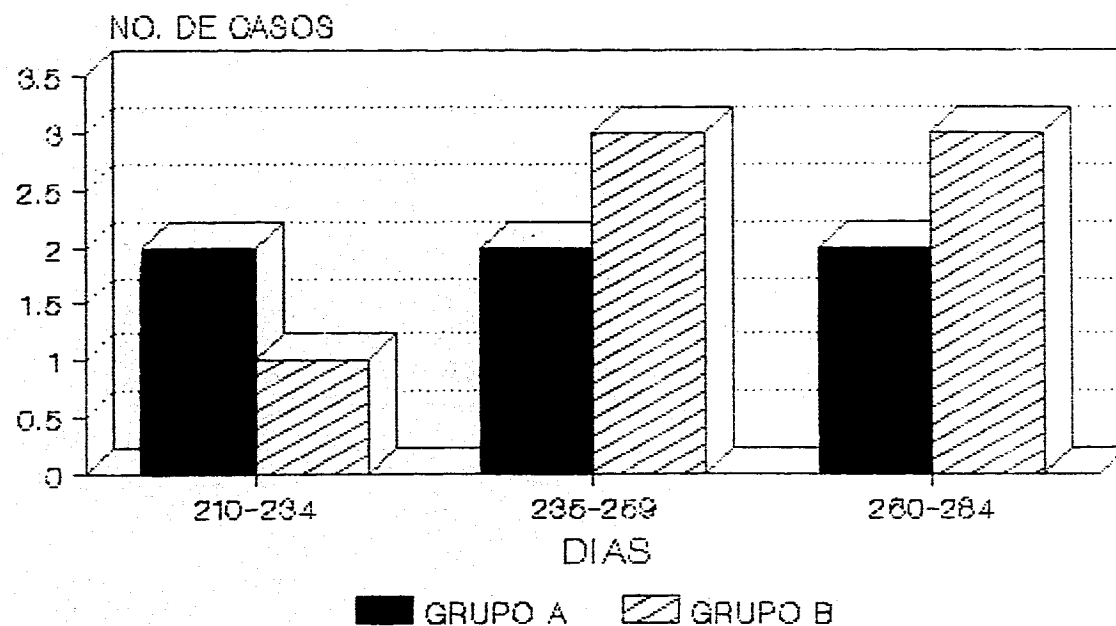
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 14.- Ronald A R Antimicrobial prophylaxis in surgery
Surgery 93 172 1983.
- 15.- Rosales Ayala C. Utilidad del manitol en la --
preparación de colon para cirugía, D.G.S.M.---
D.D.F. 1988.
- 16.- Irving Edwards. Comparison of singlelayer in-
verting two layer, Inverting and Everting. A--
nastomoses in the rabbit colon Brit J. Surg.-
1973Vol 60 No. 6 June 453-57.
- 17.- T.T. Irvin, T. Kurf. The effect of trauma co-
lonic Healing. Brit J. Surg. Vol. 61 (1974) -
430-36.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR INTERVALO DE CLASE PARA LA EDAD

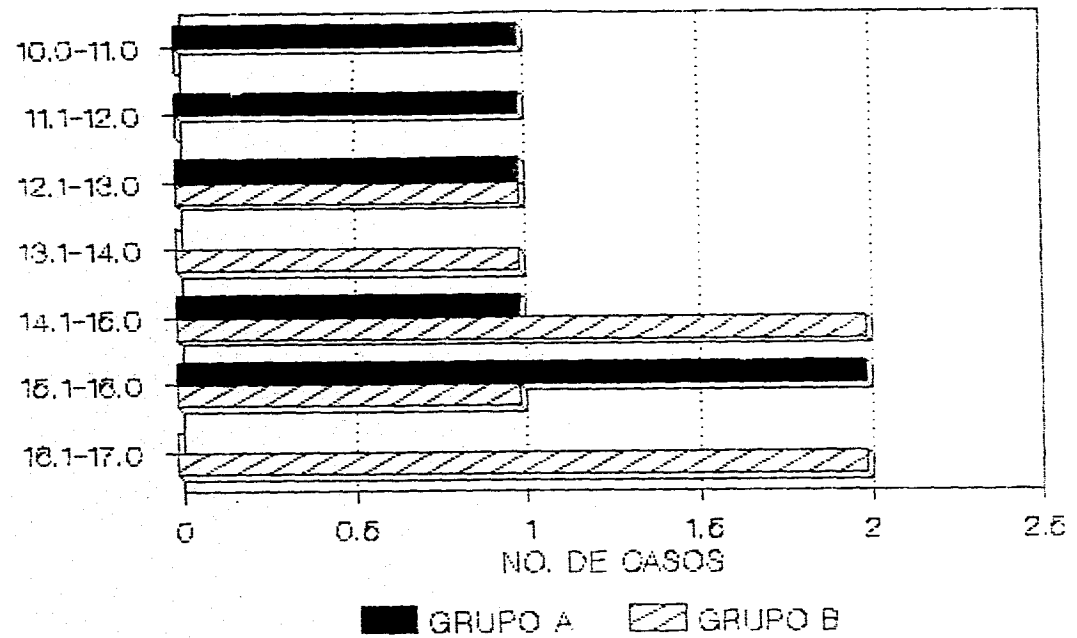


PERIODO DE RELACION ENTRE LA COLOSTOMIA Y EL CIERRE

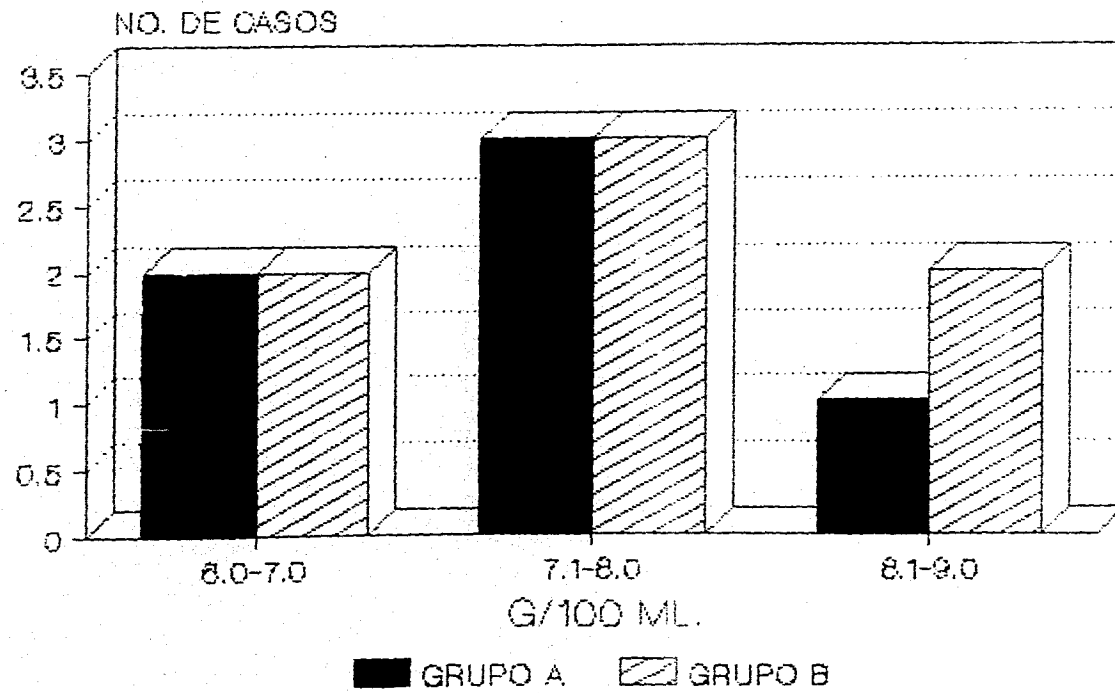


HEMOGLOBINA PREOPERATORIA

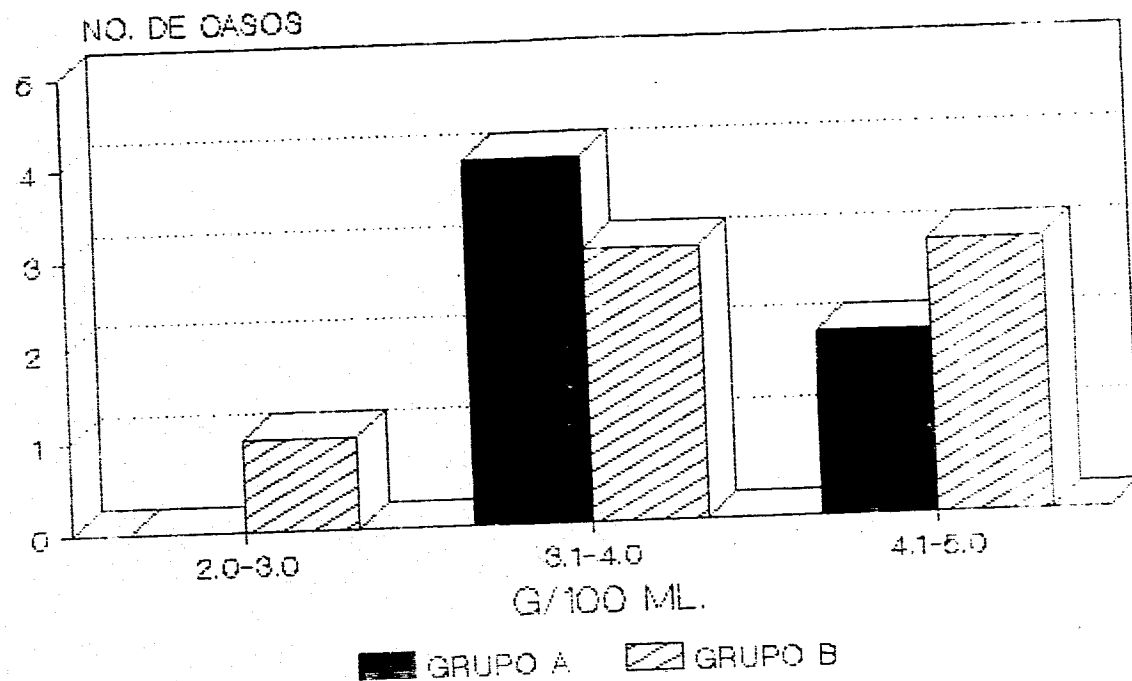
G/100 MIL.



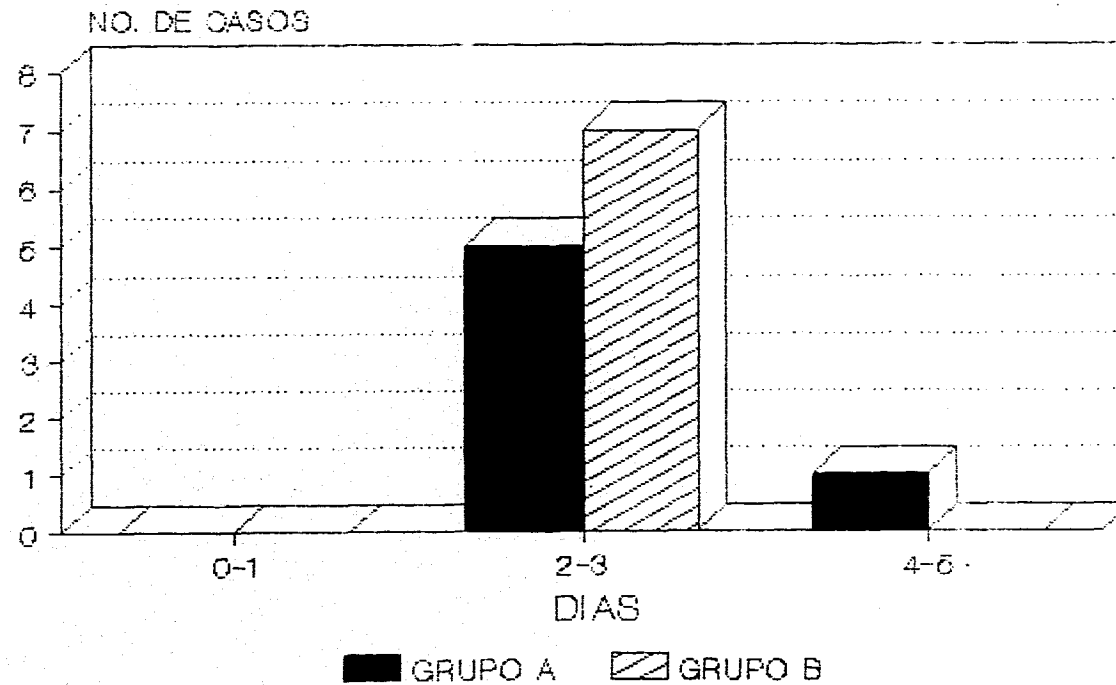
PROTEINAS PREOPERATORIAS



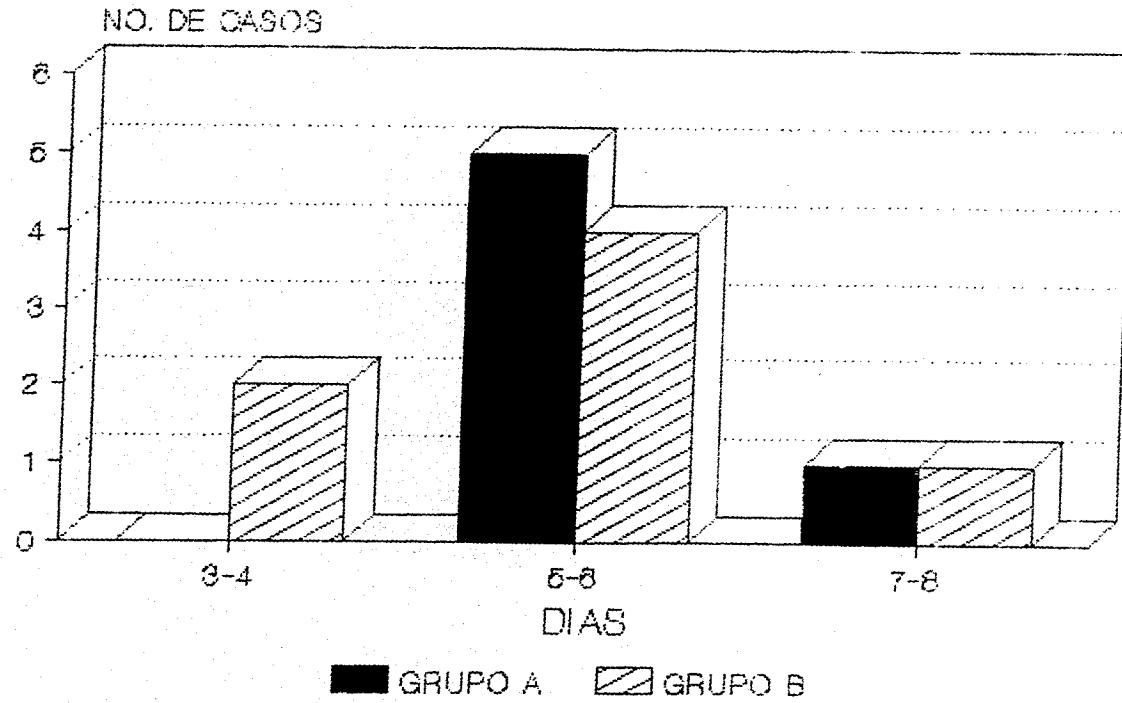
ALBUMINA PREOPERATORIA



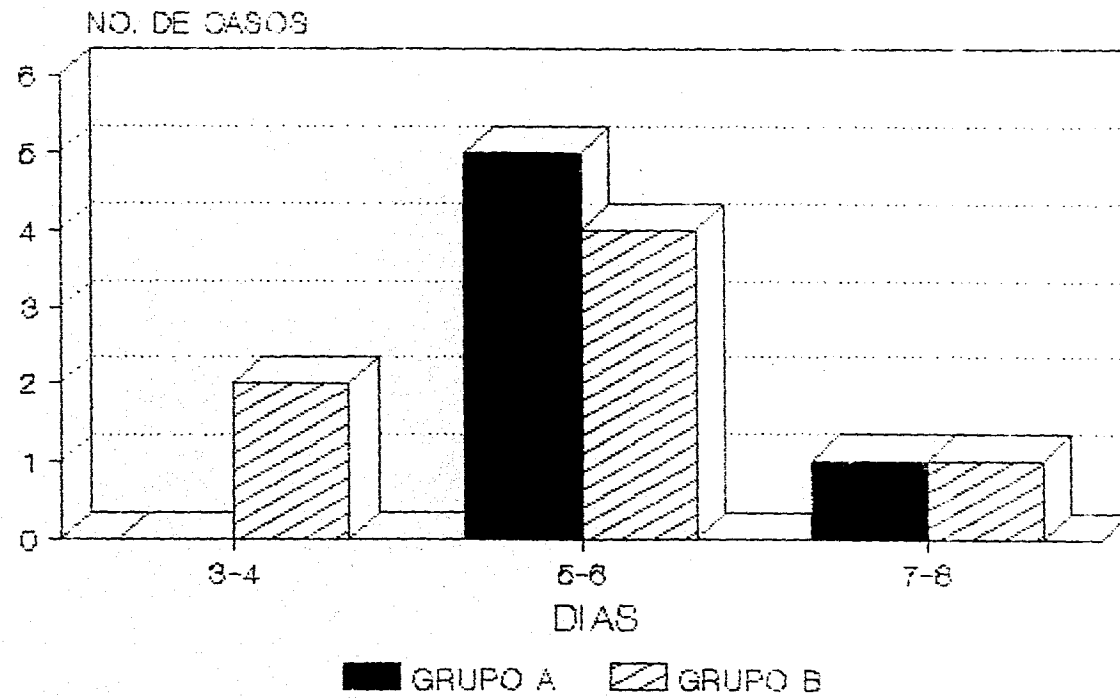
RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA



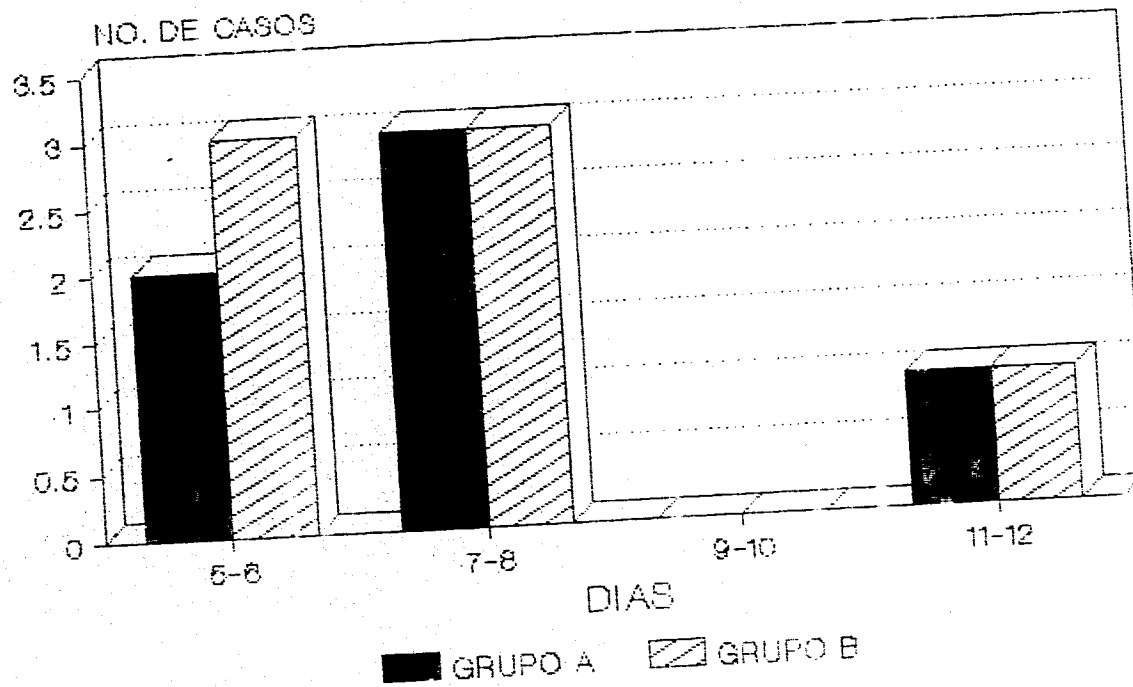
INICIO DE LA DIETA



INICIO DE LA DIETA



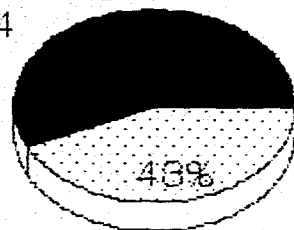
DIAS-ESTANCIA POSTOPERATORIA



TIPO DE ANASTOMOSIS

COLO-COLO

4



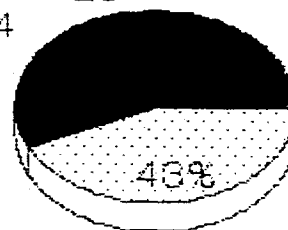
ILEO-TRANSVERSO

8

GRUPO A

COLO-COLO

4



ILEO-TRANSVE

8

GRUPO B