



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO
LICEAGA”

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE
PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO POR ENFERMEDAD DE
COLON Y RECTO**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA

PRESENTA
DRA. LUZ DIVINA SEVERINO

ASESOR DE TESIS
DR. JUAN ANTONIO VILLANUEVA HERRERO
DR. BILLY JIMÉNEZ BOBADILLA

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DE 2022



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Dr. Billy Jiménez Bobadilla
Profesor Titular del Curso Coloproctología, UNAM
Jefe de Servicio de Coloproctología
Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Dr. Juan Antonio Villanueva Herrero
Tutor de Tesis
Médico Adscrito al Servicio de Coloproctología
Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Dra. Luz Divina Severino
Autor Médico
Residente de Coloproctología, UNAM
Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

No protocolo: DECS/JPO-CT-1259-2022

CONTENIDO

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	6
3. ANTECEDENTES	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
5. JUSTIFICACIÓN	10
6. HIPÓTESIS	10
7. OBJETIVOS	11
1. OBJETIVO GENERAL	11
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
8. METODOLOGÍA	11
1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	11
2. POBLACIÓN	11
3. TAMAÑO DE LA MUESTRA	11
4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	12
5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	12
9. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO	14
10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	15
12. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD	16
13. RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS	16
14. RECURSOS DISPONIBLES	16
15. RESULTADOS	17
16. DISCUSIÓN	22
17. CONCLUSIÓN	23
18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
19. ANEXOS	25

1. RESUMEN

Las emergencias colorrectales son una presentación común en el contexto agudo, y su diagnóstico oportuno juega un papel crucial para evitar sus temidas complicaciones, las cuales a pesar del avance en cuanto a estudios de imagen, manejo médico y técnicas quirúrgicas no se han erradicado. En el contexto de urgencia es difícil predecir la respuesta de un paciente al tratamiento empleado.

Hay una amplia gama de diagnósticos a considerar en estos pacientes, desde la infrecuente lesión contusa del esfínter anal hasta la más común obstrucción intestinal o la enfermedad diverticular complicada; una entidad cuya gravedad ha aumentado en los últimos años es la colitis por *Clostridium difficile* la cual en nuestro medio no es tan inusual y su desenlace en algunos casos llega a ser fatal.

La literatura a nivel mundial reporta, entre las principales causas de cirugía de colon y recto de urgencia: la perforación en presencia de cáncer. Lo cual ha demostrado una relevancia importante en los resultados oncológicos como lo son la recurrencia local, a distancia y la sobrevida, además de que la evolución posquirúrgica de estos pacientes suele ser turbia. Existen pocos estudios en América Latina que establezcan las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes con enfermedades de colon y recto que tienen que ser tratados de forma urgente; y menos aún enfocadas en las complicaciones que pueden tener estos pacientes. Es importante evaluar nuestras estrategias de atención y si amerita, emitir recomendaciones de diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Abdomen agudo, colon, recto, emergencia, cirugía.

ABSTRACT

Colorectal emergencies are a common presentation in the acute setting, and their timely diagnosis plays a crucial role in avoiding their dreaded complications, which despite advances in imaging studies, medical management, and surgical techniques have not been eradicated. In the emergency setting, it is difficult to predict a patient's response to the treatment used.

There is a wide range of diagnoses to consider in these patients, from the infrequent blunt injury to the anal sphincter to the more common bowel obstruction or complicated diverticular disease; an entity whose seriousness has been raised in recent years is *Clostridium difficile* colitis, which in our environment is not so unusual and its outcome in some cases can be fatal.

The worldwide literature reports, among the main causes of emergency colon and rectal surgery: perforation in the presence of cancer. This has shown an important relevance in oncological results such as local recurrence, a distance and survival, in addition to the fact that the post-surgical evolution of these patients is usually cloudy. There are few studies in Latin America that establish the clinical and surgical characteristics of patients with colon and rectal diseases who have to be treated urgently; and even less focused on the complications that these patients may have. It is important to evaluate our care strategies and, if warranted, issue recommendations for diagnosis and treatment.

Keywords: Acute abdomen, colon, rectum, emergency, surgery.

2. INTRODUCCIÓN

Las urgencias quirúrgicas en colorrectal al igual que en otras áreas quirúrgicas dista mucho de las electivas en cuanto a las circunstancias bajo las cuales son realizadas. Un paciente electivo se evalúa de forma detallada y metódica, se prepara de la mejor manera posible antes de su procedimiento. Un paciente intervenido de urgencia por el contrario en algunos casos no puede ser protocolizado de la forma ideal y el paciente en muchas ocasiones no cuenta con reserva fisiológica adecuada. Como resultado de sus circunstancias subóptimas, la cirugía de emergencia incurre en una morbilidad y mortalidad sustancialmente más alta, y representa un área donde los esfuerzos de mejora de la calidad pueden lograr un alto impacto.

La cirugía colorrectal representa el 15% de todas las cirugías de urgencia¹. Entre las causas más comunes se encuentra la enfermedad diverticular, la obstrucción o perforación secundaria a patología neoplásica y colitis infecciosa. Los pacientes en que se presentan los escenarios de urgencia por lo general son de edad avanzada y con comorbilidades asociadas, lo que hace aún más sombrío el desenlace de los mismos.

Esta es un área que ha ganado mucha importancia en los últimos años, se ha incluso propuesto una especialización más alta para los cirujanos colorrectales; ya que se ha planteado la interrogante de si la experiencia del cirujano o su área de especialización impactara en la forma en la que es manejado el paciente y con ello la posterior evolución del mismo. Kulaylat y cols² y demostraron que los pacientes que se sometieron a procedimientos por cirujanos colorrectales tenían tasas más bajas de mortalidad, morbilidad y reintervención a los 30 días y una estancia hospitalaria más corta.

Es probable que este resultado se deba a que los especialistas están más familiarizados con las características clínicas que pueden presentar los pacientes que ameriten un procedimiento quirúrgico de urgencia, y de esta forma intervenir de una forma más oportuna, además de contar con la experiencia en ciertos casos que de cierta forma podrían hacerlos más atinados a la hora de decidir que manejo emplear con los pacientes.

Es un hecho de que si no se tiene la sospecha clínica de una patología en particular, diagnosticarla se hará más difícil; y seleccionar la operación adecuada que es fundamental para lograr una calidad óptima también se verá afectada. Los estudios orientados a determinar la incidencia de urgencias quirúrgicas colorrectales son escasos, y ni hablar de los que establezcan las características clínicas fundamentales de estos pacientes o las complicaciones con las que podrían cursar. Los hallazgos transquirúrgicos en estos pacientes también son un factor importante ya que pueden orientar a la morbilidad y mortalidad, además de estimar el tiempo de estancia hospitalaria con la cual podría cursar el paciente. Y por último y no menos importante nos orienta hacia cuales podrían ser las complicaciones más comunes con las que podrían cursar los pacientes.

3. ANTECEDENTES

Las emergencias colorrectales continúan siendo una amenaza para la vida, y están asociadas a altas tasas de mortalidad y morbilidad. El manejo apropiado de las emergencias en coloproctología es un tema que aun se encuentra bajo debate, y genera mucha polémica. Hay incluso en países (Estados Unidos, Australasia) donde se ha planteado especializar a profesionales solo en esta área. En el caso de cáncer se puede observar mucha diferencia entre los pacientes sometidos a cirugía de urgencia y los que son sometidos a cirugía electiva; y esto no solo en base al hecho de lo agudo de la presentación clínica de los pacientes, ni de su estado durante el procedimiento, más bien tiene mucho que ver con la formación y técnica que utiliza el cirujano; bajo que circunstancias se realiza el procedimiento y que tanto recursos ofrece el entorno. Lo mismo ocurre en los casos de obstrucción intestinal que también es una causa común de abdomen agudo colorrectal, y por último y no menos importante en aquellos con colitis infecciosa o inflamatoria. En resumen, las entidades de colon y recto que requieren manejo quirúrgico de urgencia van en ascenso, y el manejo adecuado de estas es esencial; para esto es necesario identificar las características clínicas y quirúrgicas que pueden tener estos pacientes.

La prevalencia de la perforación en pacientes con cáncer de colon está reportada del 3-10%^[3-5]. Frecuentemente los pacientes con cáncer de colon perforado muestran una mayor frecuencia en recurrencia local y pobre sobrevida comparados con aquellos que no sufrieron de perforación^{6,7}, tanto que incluso en las guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN por sus siglas en inglés) lo considera un factor de alto riesgo⁸.

Hay muchas otras entidades que también cursan con cuadros agudos y que requieren manejo de urgencia: complicaciones por enfermedad diverticular, obstrucción intestinal, cuerpos extraños; incluso pacientes que no requieren manejo quirúrgico inmediato como aquellos con enfermedad inflamatoria intestinal, que son admitidos en el hospital y requiere de manejo médico previo a la toma de conducta quirúrgica. Si nos basamos en orden de frecuencia después de la diverticulitis, el cáncer de colon es la segunda causa más común de peritonitis que requiere tratamiento quirúrgico urgente, y una vez manejados estos pacientes la tasa de complicaciones puede ser hasta de un 22%.

La mayor parte de las cirugías de urgencias son debidas en su mayoría a obstrucción (8-40%) en comparación con la perforación (3-10%); La peritonitis fecal secundaria a perforación es una condición que pone en riesgo la vida conforme progresa a choque séptico y es conocida como un contribuyente a la alta mortalidad intraoperatoria.

A pesar de la gran cantidad de reportes en la literatura respecto a los resultados después de la cirugía de urgencia por enfermedades de colon y recto, existe poca evidencia que específicamente respalde la importancia de conocer claramente la incidencia de cada una de las afecciones clínicas anteriormente mencionadas, sus características clínicas, así como las complicaciones mas frecuentemente asociadas a cada una de ellas.

Es importante hacer mas énfasis en esta área ya que los especialistas conforme pasa el tiempo se involucran más con los procedimientos de urgencia, tratando de mejorar la sobrevida de los pacientes. De esta forma en un futuro se podría tener resultados un poco mas similares en pacientes con enfermedad colorrectal que son tratados de forma urgente en comparación con aquellos que son tratados de forma electiva. Si bien es cierto que el paciente programado tiende a estar mas estable que el de urgencias, no es menos cierto que en algunas ocasiones hay pacientes con adecuada reserva fisiológica que tienen una mala respuesta luego de manejo. En ocasiones por falta de conocimiento sobre la entidad patológica en específico, y con ello retraso en el manejo apropiado que requiere el paciente.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la literatura a nivel mundial reporta, entre las principales causas de cirugía de colon y recto electiva y de urgencia, el 35% neoplasias malignas, 34% trauma intestinal, obstrucción, sangrado, perforación e isquemia intestinal, el 20% debido a enfermedad diverticular complicada y 11% por enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad benigna, esta última en muchos de los casos tratada de forma conservadora.

En Estados Unidos de América se reporta más de medio millón de pacientes sometidos a cirugía colorrectal al año, con alto riesgo de complicaciones (hasta un 30 %), con una incidencia de readmisión de hasta el 27% durante los primeros 30 días y una mortalidad del 5%.

El avance en la metodología del diagnóstico, la existencia de nuevos medicamentos, la anestesia y las técnicas de preparación del colon previas al procedimiento quirúrgico, han permitido disminuir notablemente el riesgo de complicaciones, en especial en pacientes que son sometidos a cirugía electiva. Como en toda cirugía, la previsión de complicaciones está determinada por la buena selección y evaluación preoperatoria del paciente, lo cual en los casos de cirugías de urgencia no es posible, lo cual seguramente aumenta aún más la incidencia de complicaciones.

En México, existen pocos estudios sobre alguna patología colónica de potencial resolución quirúrgica de urgencia, como lo es, la enfermedad diverticular complicada y reporte de casos de vólvulo de sigmoides y trauma colorrectal. Sin embargo, no se encuentran estudios que aporten con datos estadísticos amplios, a nivel nacional de la patología colorrectal en cirugía de urgencia.

En el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” de la ciudad de México, no se cuenta con información estadística de pacientes operados de urgencia por abdomen agudo secundario a enfermedades de colon y recto. Es importante que como centro nacional de referencia de patologías colorrectales conocer con exactitud las etiologías que se presentan con mayor frecuencia, sus manifestaciones más comunes, los hallazgos transquirúrgicos y complicaciones más frecuentes.

5. JUSTIFICACIÓN

Como se ha descrito, se realizan aproximadamente 600,000 cirugías colorrectales de urgencia al año en Estados Unidos de América, mismas que presentan un alto riesgo de complicaciones, oscilando entre un 10 a 30 % y reportando una incidencia de readmisión del 7% al 27% durante los primeros 30 días, y una mortalidad asociada del 5%. Se estima que más de 30,000 resecciones intestinales se realizan anualmente en Inglaterra y más de 300,000 en Estados Unidos de América

Hasta este momento, en nuestro centro hospitalario no existen estudios que establezcan cuales son las entidades de urgencia que se manejan con mayor frecuencia en el servicio de cirugía de colon y recto; que requieran quirúrgico y su desenlace, así como las características de dichos pacientes.

Sin duda, describir las características de estas entidades, tratamiento empleado y el desenlace de los pacientes con patología colorrectal que recibieron tratamiento quirúrgico de urgencia, además de ayudarnos a conocer la epidemiología de las patologías colorrectales atendidas en nuestra institución, nos ayuda a conocer mejor las características de estas entidades y con ello dar un manejo más oportuno a los pacientes en quienes se presentan.

6. HIPÓTESIS

Si las enfermedades de colon y recto que requieren tratamiento quirúrgico de urgencia, se presenta en mayor frecuencia de la que sospechamos, y la cirugía se retrasa desde su ingreso por un tiempo mayor de 24 horas, entonces se presentará mortalidad del 10% de estos pacientes; y el tiempo de estancia intrahospitalaria será mayor de 30 días en el 40% de los mismos, así como reingreso hospitalario de un 15%. De aquí que es que surge la importancia de conocer las características clínicas y quirúrgicas de las patologías de colon y recto con inminencia quirúrgica; esto con el fin de diagnosticarlas de forma temprana y evitar fatídicos desenlaces en los pacientes en quienes se presenta.

7. OBJETIVOS

1. Objetivo general

Describir las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes que son intervenidos de forma urgente en la Torre Quirúrgica 310 por enfermedades del colon y/o del recto.

2. Objetivos específicos

1. Describir las características clínicas de los pacientes operados.
2. Describir las características quirúrgicas de los pacientes operados.
3. Describir la evolución posterior al tratamiento quirúrgico recibido por los pacientes.
4. Establecer la complicación más frecuente de estos pacientes.
5. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria.

8. METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de estudio

Observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal.

2. Población

Expedientes de pacientes que requirieron ingreso de urgencia por patología colorrectal con resolución quirúrgica en el período de febrero 2021 a septiembre 2022.

3. Tamaño de la muestra

El número de pacientes que esperamos obtener en nuestro estudio con base a la frecuencia de pacientes con cualquier enfermedad colorrectal (oclusión colónica, vólvulo, enfermedad diverticular, cáncer colorrectal, megacolon, sangrado de tubo digestivo bajo masivo, entre otras) que requiera cirugía de urgencia (10%), según lo descrito en la literatura a nivel internacional; se espera que de todos los pacientes vistos por el servicio de urgencias con patología colorrectal, el 10% requiera manejo quirúrgico de urgencia; por lo que utilizaría la siguiente fórmula:

$$n = \left[\frac{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2 p_2 (1-p_2)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1 (1-p_1) + p_2 (1-p_2)}}{(p_1 - p_2)^2} \right]^2$$

Nivel de significancia estadística $\alpha = 0.05$

Poder = 0.80

RM = 2.0

$p_1 = .10$

$p_2 = .10$

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

$Z_{1-\beta} = .8$

4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión

1. Expedientes de pacientes adultos (mayores de 18 años).
2. Ambos géneros.
3. Ingreso de diagnóstico con cualquier enfermedad colorrectal que requirio de tratamiento quirúrgico de urgencia (oclusión colónica, vólvulo, enfermedad diverticular, cáncer colorrectal, megacolon, sangrado de tubo digestivo bajo masivo, entre otras) y que fueron operados en la Torre Quirúrgica 310 de nuestra Institución.

Exclusión

1. Expedientes de pacientes menores de 18 años.
2. Pacientes embarazadas.
3. Se excluirán a los pacientes cuyos expedientes clínicos no se encuentren completos o con datos suficientes.

5. Definición de las variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables

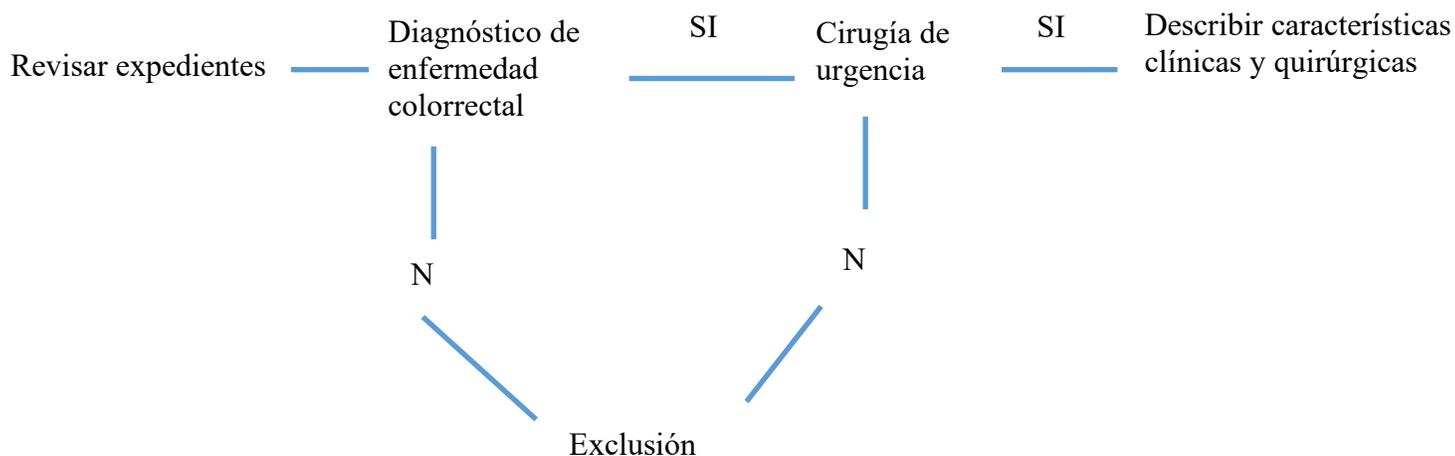
Variable	Definición Operacional	Tipo Variable	Unidad de Medición	Codificación
Patología	Se considerará el diagnóstico al que se llegó después de realizar los paraclínicos correspondientes.	Cualitativa Nominal	Se anotará el nombre del diagnóstico final.	Se anotará el nombre del diagnóstico final (no el diagnóstico preoperatorio)
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo, se describirá en años.	Cuantitativa Discreta	Se anotará en años.	Número de años
Sexo	Se definirá como masculino o femenino según características fenotípicas.	Cualitativa Nominal	Se anotará como masculino o femenino.	Masculino Femenino
Cuadro clínico	Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad que suelen aparecer en las personas que la padecen. O bien es el conjunto de síntomas que presenta un enfermo.	Cualitativa Nominal	Se anotarán las manifestaciones con las cuales cursaron los pacientes previa a la toma de decisión de conducta quirúrgica.	Náuseas Anorexia Vómitos Diarrea Constipación Dolor abdominal Distensión abdominal

				<p>Mareos Hipertermia Taquicardia</p>
Hallazgos Transquirúrgicos	Hallazgos encontrados en la cavidad abdominal durante la cirugía.	Cualitativa Nominal	Se anotarán los hallazgos encontrados en la cavidad abdominal durante la cirugía.	<p>Hallazgos del paciente: Absceso abdominal Engrosamiento en colon Engrosamiento en recto Peritonitis Contenido intestinal en cavidad Hemoperitoneo Dilatación de colon Dilatación de recto Edema de pared intestinal</p>
Reintervención quirúrgica	Alude al número de intervenciones quirúrgicas realizadas a un paciente posterior a un procedimiento quirúrgico inicial.	Cualitativa Nominal/Cuantitativa Discreta	Se anotará si requirió o no algún procedimiento quirúrgico adicional a la cirugía inicial.	<p>Se contestará: Si No</p>
Complicaciones posquirúrgicas	Se refiere a un agravamiento de la condición clínica de un paciente como parte de los riesgos y complicaciones inherentes al manejo médico.	Cualitativa Nominal	Se anotará si existió o no alguna complicación posterior al procedimiento quirúrgico realizado.	<p>El tipo de complicación que presentó el paciente: Infección de sitio quirúrgico Hemorragia Absceso intraabdominal Íleo paralítico Atelectasias pulmonares Infección de vías urinarias Fuga de anastomosis Tromboembolismo</p>
Estancia hospitalaria	Tiempo de permanencia en el hospital; dese ingreso hasta egreso.	Cualitativa Nominal	Se anotara el rango de días que estuvo hospitalizado el paciente.	<p>0-5 días 5-10 días 10-15 días 15-20 días 20-25 días 25-30 días</p>

9. PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Identificar los expedientes de pacientes que se ingresaron vía urgencia con patología de colon y recto que requirieron manejo quirúrgico de urgencia en la Torre Quirúrgica 310 del Hospital General de México “Eduardo Liceaga”, se incluyen enfermedades como: oclusión colónica, vólvulo, enfermedad diverticular, cáncer colorrectal, megacolon, sangrado de tubo digestivo bajo masivo y otras.

Los expedientes deben estar completos, y además cumplir con los criterios de inclusión y exclusión antes descritos.



10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizará estadística descriptiva para la presentación de las variables: frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; y medias y desviación estándar para las variables cuantitativas. Se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 24.0 para procesar los datos.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	15/05/22	15/07/22	22/09/22
Identificar Pacientes / Recolección de datos	○	○	○
Aplicación de Instrumentos Construcción de datos Presentación de la información organizada Análisis estadístico	○	○ ○	○
Conclusiones Discusión Recomendaciones Revisión y corrección del trabajo final Edición Final			○ ○ ○
Redacción de Productos de Investigación			○

12. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Los aspectos científicos, éticos, administrativos, jurídicos y financieros del presente proyecto de investigación se encuentran apegados a las leyes, reglamentos y las normas vigentes del Hospital General de México, así como a los Principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo I. Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.

Esta investigación se consideró como riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 21 de la Ley General de Salud.

La información recabada para fines de esta investigación será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

13. RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS

1. Obtener el título de subespecialista en Coloproctología.
2. Presentación en Congreso Nacional o Internacional.
3. Publicación en Revista Nacional o Internacional.

14. RECURSOS DISPONIBLES

El presente proyecto de investigación se realizará en el servicio de Coloproctología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. Los participantes en el protocolo se describen a continuación:

Humanos

1. Dr. Villanueva Herrero, Juan Antonio. Médico Adscrito del servicio de Coloproctología. Investigador Principal.
2. Dr. Jiménez Bobadilla, Billy. Jefe de Servicio de Coloproctología. Investigador asociado.
3. Dra. Severino, Luz Divina. Médico Residente de Coloproctología. Investigadora Asociada y Coordinadora del Proyecto de Investigación.

Materiales y financieros

No se solicita ningún tipo de recursos para la realización de este protocolo de investigación.

Los datos requeridos para el presente estudio como se mencionó en el apartado Material y Métodos, serán tomados directamente del expediente clínico de los pacientes incluidos.

15. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 86 pacientes en el estudio, la entidad más frecuente por la cual se realizaron intervenciones quirúrgicas fue la enfermedad diverticular complicada en un 26.74% (23), en el sexo que se presentaron con mayor frecuencia las cirugías colorrectales de urgencia fue en el femenino con 53.48% (46) y el rango de edad más frecuente fue de 51 – 61 años con un 32.55% (28), seguido de los pacientes con 40 – 50 años quienes se presentaron en un 22.09% (19) y en menor frecuencia se encontraron los pacientes con 29 – 29 años 12.79% (11).

Dentro de las características clínicas más comunes que presentaron los pacientes con urgencias quirúrgicas colorrectales se encuentra el dolor abdominal en un 93.02% (80), el cual en la gran mayoría de los casos era difuso, sordo y de localización poco precisa; el cual cedía de forma momentánea con hidratación o analgésicos y se acompañaba por lo general de otros síntomas o signo; anorexia en la gran mayoría de los casos 59.30% (51). Los pacientes al examen físico habían presentado algún episodio de alza térmica o se encontraban taquicárdicos al momento de la evaluación inicial 80.23 80.23% (69).

En cuanto a las características quirúrgicas de estos pacientes el hallazgo más común fue la contaminación de la cavidad abdominal con material purulento o fecal en 44.18% (38) de los pacientes.

El 12.79% (11) de los pacientes además del manejo médico de soporte posterior a la cirugía, necesitó una nueva intervención quirúrgica. Del total de los pacientes incluidos en el estudio 22.09% (19) presentaron alguna complicación, de la cual la más común fue la infección del sitio quirúrgico 63.15% (12) fue infección del sitio quirúrgico. Y dentro de las más mórbidas las colecciones intraabdominales en 47.36% y la fuga anastomótica 12.05 (2).

Incidencia de urgencias colorrectales

Datos generales	Cantidad de usuarios	Porcentaje
Universo	741	100%
Muestra	86	11.61%

Fuente: Obtención de datos por formulario de recolección de muestra y revisión de expedientes

El universo estuvo constituido por 741 pacientes interconsultados al servicio de coloproctología por el servicio de urgencias en el período de estudio establecido. De estos 86 requirieron manejo quirúrgico para un 11.61% de los casos.

Entidades más frecuentes

Patología	Cantidad de usuarios	Porcentaje
Enfermedad diverticular complicada	25	29.07%
Obstrucción intestinal por cáncer de recto	20	23.26%
Perforación intestinal por cáncer de recto	9	10.47%
Vólvulo colónico	1	1.16%
Sangrado de tubo digestivo bajo	3	3.49%
Obstrucción intestinal por cáncer de colon	12	13.96%
Perforación intestinal por cáncer de colon	5	5.81%
Trauma colorrectal	3	3.49%
Cuerpo extraño	8	9.30%

Fuente: Obtención de datos por formulario de recolección de muestra y revisión de expedientes

La patología que se presentó con mayor frecuencia fue la enfermedad diverticular complicada Hinchey IIb – IV para un total de 25 pacientes que representan 29.07% del total. Y en menos frecuencia el vólvulo colónico en un 1.16%.

Sexo

Sexo	Cantidad de usuarios	Porcentaje
Masculino	46	53.49%
Femenino	40	46.51%

Fuente: Obtención de datos por formulario de recolección de muestra y revisión de expedientes

El sexo masculino se vio afectando con mayor frecuencia, en un 53.49% del total de casos.

Edad

Edad	Cantidad de usuarios	Porcentaje
18 – 28 años	15	17.44%
29 – 39 años	11	12.79%
40 – 50 años	19	22.09%
51 – 61 años	28	32.56%
Mayor de 62 años	13	15.12%

Fuente: Obtención de datos por formulario de recolección de muestra y revisión de expedientes

De los pacientes incluidos en el estudio la mayoría tenían entre 51 – 61 años de edad, en un 32.56% de los casos; seguido de los pacientes con 40 – 50 años quienes fueron 19 para un 22.09% del total de los casos.

Cuadro clínico

Cuadro clínico	Cantidad de usuarios	Porcentaje
Náuseas	45	52.33%
Anorexia	51	59.30%
Vómitos	33	38.37%
Diarrea	26	30.23%
Constipación	15	17.44%
Dolor abdominal	80	93.02%
Distensión abdominal	17	19.77%
Mareos	9	10.47%
Hipertermia	31	36.05%
Taquicardia	69	80.23%

Fuente: Obtención de datos por formulario de recolección de muestra y revisión de expedientes

Dentro de las características clínicas la más común fue el dolor abdominal, el cual se presentó en el 93.02% de los pacientes. Como signo la taquicardia fue el más frecuente, ya que se presentó en 69 pacientes para un 80.23%.

Hallazgos Transquirúrgicos

Hallazgos Transquirúrgicos	Cantidad de usuarios	Porcentaje
Absceso abdominal	39	45.35%
Engrosamiento en colon	15	17.44%
Engrosamiento en recto	23	26.74%
Peritonitis	75	87.21%
Contenido intestinal en cavidad	6	6.98%
Hemoperitoneo	2	2.33%
Dilatación de colon	17	19.77%
Dilatacion de recto	27	31.40%
Edema de pared intestinal	21	24.42%

Fuente: Obtención de datos por formulario de recolección de muestra y revisión de expedientes

Los pacientes objeto de estudio en su totalidad se intervinieron quirúrgicamente de primera instancia, durante el procedimiento quirúrgico el hallazgo más común fue la peritonitis en un 87.21% de los casos.

Reintervención quirúrgica

Reintervención quirúrgica	Cantidad de usuarios	Porcentaje
Si	11	12.79%
No	75	87.21%

Fuente: Obtención de datos por formulario de recolección de muestra y revisión de expedientes

Del total de los pacientes 12.79% requirió la realización de un segundo procedimiento quirúrgico.

Complicaciones posquirúrgicas

Complicaciones posquirúrgicas	Cantidad de usuarios	Porcentaje
Infección de sitio quirúrgico	12	13.95%
Hemorragia	1	1.16%
Colección abdominal	9	10.47%
Íleo paralítico	5	5.81%
Atelectasias pulmonares	3	3.49%
Infección de vías urinarias	7	8.14%
Fuga de anastomosis	2	2.33%
Tromboembolismo pulmonar	1	1.16%

Fuente: Obtención de datos por formulario de recolección de muestra y revisión de expedientes

De los pacientes operados 19 se complicaron para un 22.09% del total de los pacientes, de estas algunas concomitantes con otras complicaciones. La complicación más frecuente fue la infección de sitio quirúrgico en un 13.95% de los casos.

Estancia hospitalaria

Sexo	Cantidad de usuarios	Porcentaje
0 – 5 días	15	17.44%
5 – 10 días	10	11.63%
10 – 15 días	38	44.19%
15 – 20 días	9	10.47%
20 – 25 días	12	13.95%
25 – 30 días	2	2.33%

Fuente: Obtención de datos por formulario de recolección de muestra y revisión de expedientes

Los pacientes en un 44.19% permanecieron por dos semanas hospitalizados; solo 17.44% tuvieron una estancia intrahospitalaria corta de al menos cinco días.

16. DISCUSIÓN

Las cirugías de urgencia en enfermedades colorrectales son muy distintas a las que se realizan de forma electiva; la evolución de los pacientes en el primer grupo puede presentar complicaciones con mayor frecuencia que las del segundo grupo¹. La morbilidad y mortalidad en los pacientes sometidos a cirugía de urgencia colorrectal se presentan en aproximadamente un 15% de los pacientes asistidos en urgencia¹. En nuestro estudio la incidencia fue similar, para un 11.61%, lo cual representa un porcentaje si bien no exorbitante, si importante. La enfermedad diverticular es una de las causas más comunes de evaluación en el servicio de coloproctología, ya sea complicada o no; y la incidencia de esta se estima que seguirá en ascenso según la asociación europea de coloproctología¹⁷. En este estudio fue la entidad que se vio con mayor frecuencia.

El sexo que se afecta con mayor frecuencia es el masculino en un 53.49%, y el rango de edad mayormente afectado es entre la quinta y sexta década de la vida en un 32.56%. Una de las principales características clínicas de los pacientes es estos casos fue el dolor abdominal de mínimo seis horas de evolución; 93.02% de los pacientes cursó con este síntoma. Esta establecido como una de las características clínicas más comunes en los pacientes tanto quirúrgicos como no quirúrgicos¹⁸. Cuando nos encontramos frente a un paciente con abdomen agudo el hallazgo quirúrgico más común en estos pacientes es la peritonitis en un 87.21%. La peritonitis representa una causa importante de morbilidad y mortalidad, en la mayoría de los casos la conducta final es la intervención quirúrgica y las causas de la misma pueden variar¹⁹, se presenta en un alto porcentaje de los pacientes colorrectales que ameritan resolución quirúrgica.

Los pacientes sometidos a cirugía de urgencia tienden a tener complicaciones que ameriten una segunda intervención quirúrgica. 12.79% de los pacientes necesitaron una reintervención, y en menor cantidad de casos hasta una tercera. Dentro de las complicaciones más comunes en los pacientes sometidos a cirugía de urgencia se encuentra la infección del sitio quirúrgico, la cual se presentó en un 13.95%. La estancia intrahospitalaria en los pacientes sometidos a cirugía de urgencia en el servicio de coloproctología tiende a requerir como mínimo dos semanas de hospitalización¹. En este estudio 44.19% de los pacientes permaneció hospitalizado por mínimo 10 días.

17. CONCLUSIÓN

Las urgencias en coloproctología tienen una incidencia considerable, de éstas un discreto porcentaje va a requerir resolución quirúrgica. La entidad que se presenta con mayor frecuencia es la enfermedad diverticular complicada. El sexo que se afecta con mayor frecuencia es el masculino, en la quinta y sexta década de la vida. Las características clínicas de estos pacientes van a varias considerablemente atendiendo a la etiología, pero el síntoma más frecuente es el dolor abdominal seguido de anorexia y náuseas. EL signo más frecuente es la taquicardia. Al momento del procedimiento quirúrgico más de la mitad de los pacientes tenía peritonitis. Una cantidad escasa de pacientes necesito de reintervención quirúrgica a pesar de los hallazgos transquirúrgicos. La complicación más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico, y la estancia hospitalaria promedio en este tipo de pacientes fue de alrededor dos semanas.

18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tara Russell, Formosa Chen. Quality issues in emergency colorectal surgery. *Seminars in Colon and Rectal Surgery* 00 (2020) 100784.
2. Kulaylat AS, Pappou E, Philp MM, et al. Emergent colon resections: does surgeon specialization influence outcomes? *Dis Colon Rectum*. 2019;62(1):79–87.
3. KwanTL, LaiF, LamCM, et al. Population-based information on emergency colorectal surgery and evaluation on effect of operative volume on mortality. *World J Surg*. 2008;32(9):2077-2082.
4. Kriwanek S, Armbruster C, Beckerhinn P, Dittrich K. Prognostic factors for survival in colonic perforation. *Int J Colorectal Dis*. 1994;9(3):158-162.
5. Biondo S, Ramos E, Deiros M, et al. Prognostic factors for mortality in left colonic peritonitis: a new scoring system. *J Am Coll Surg*. 2000;191(6):635-642.
6. Di Carlo A, Andtbacka RH, Shrier I, et al. The value of specialization: is there an outcome difference in the management of fistulas complicating diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2001;44(10):1456-1463.
7. Biondo S, Pare's D, Frago R, et al. Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(11):1889-1897.
8. NCCN Guidelines Version 2.2021 Colon Cancer; MS-12.
9. Biondo S, Ramos E, Fracalvieri D, Kreisler E, Martí, Ragué J, Jaurrieta E. Comparative study of left colonic Peritonitis Severity Score and Mannheim Peritonitis Index. *Br J Surg*. 2006;93(5):616-622.
10. GoyalA, Schein M. Current practices in left-sided colonic emergencies: a survey of US gastrointestinal surgeons. *Dig Surg*. 2001;18(5):399-402.
11. Singhal R, Hull P, Budhoo M. Management of left sided colorectal emergencies. Results of a postal questionnaire. *Minerva Chir*. 2007;62(6):437-441.
12. Goligher J. Colorectal surgery as a specialty. *DisColonRectum*.1997;40(6):733-735.
13. Dorrance HR, Docherty GM, O'Dwyer PJ. Effect of surgeon specialty interest on patient outcome after potentially curative colorectal cancer surgery. *Dis Colon Rectum*. 2000;43(4):492-498.
14. García-Granero E, Martí-Obiol R, Gómez-Barbadillo J, et al. Impact of surgeon organization and specialization in rectal cancer outcome. *Colorectal Dis*. 2001; 3(3):179-184.
15. McArdleCS, Hole DJ. Influence of volume and specialization on survival following surgery for colorectal cancer. *Br J Surg*. 2004;91(5):610-617.
16. Zorcolo L, Covotta L, Carlomagno N, Bartolo DCC. Toward lowering morbidity, mortality, and stoma formation in emergency colorectal surgery: the role of specialization. *Dis Colon Rectum*. 2003;46(11):1461-1468.
17. Mark H. Flasar, Raymond Cross, Eric Goldberg. Acute Abdominal Pain. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, Volume 33, Issue 3, September 2006, Pages 659-684.
18. R.J.E. Skipworth, K.C.H. Fearon, Acute abdomen: peritonitis, *Surgery (Oxford)*, Volume 26, Issue 3, 2008, Pages 98-101.

19. ANEXOS

Anexo 1. Hoja de recolección de datos.

Nombre:		ECU:	Edad:
Cormorbilidades:		Sexo:	
Diagnóstico preoperatorio			
Cirugía realizada		¿Requirió cirugía de urgencia?	
Diagnóstico posoperatorio		SI	NO
Reintervención quirúrgica			
Complicaciones			
Estancia hospitalaria		Finado Si.	No.