



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TÍTULO**

“Rafia primaria y ostomías en patología intestinal en  
pacientes con abdomen agudo en el Hospital Manuel  
Ygnacio Monteros”

**Tesis previa a la obtención del  
título de Médico General**

**AUTORA:** Priscila Elizabeth Jumbo Castillo

**DIRECTOR:** Dr. Claudio Hernán Torres Valdivieso, Esp.

**LOJA-ECUADOR**

**2020**

## Certificación



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA**

**Dr. Claudio Hernán Torres Valdivieso, Esp.  
DIRECTOR DE TESIS**

### CERTIFICA:

Que he revisado y dirigido el presente trabajo de investigación titulado **"RAFIA PRIMARIA Y OSTOMÍAS EN PATOLOGÍA INTESTINAL EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS"**, de autoría de la Señorita **PRISCILA ELIZABETH JUMBO CASTILLO**, el cual está concluido, a la vez autorizo la presentación del mismo, para fines de sustentación y defensa pública

Es todo cuanto puedo informar, autorizando al interesado hacer uso del presente documento para fines académicos.

Loja, 24 de julio de 2020

**CLAUDIO  
HERNÁN  
TORRES  
VALDIVIESO**

Firmado digitalmente por CLAUDIO  
HERNÁN TORRES VALDIVIESO  
Miembro de reconocimientos: CSE, INE, I  
BANCO CENTRAL DEL ECUADOR,  
INSTITUTO DE CERTIFICACION DE  
INFORMACION ELECTRONICA, I-QUITO  
Identificación: 0000411754  
en: CLAUDIOHERNAN TORRES  
VALDIVIESO  
Fecha: 2020.07.04 10:03:04 -0500'

**Dr. Claudio Hernán Torres Valdivieso, Esp.  
DIRECTOR DE TESIS**

### **Autoría**

Yo, PRISCILA ELIZABETH JUMBO CASTILLO, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

**Autora:** Priscila Elizabeth Jumbo Castillo

**Firma:** 

**Cédula:** 1105692469

**Fecha:** 24 de Julio de 2020

### Carta de autorización

Yo, Priscila Elizabeth Jumbo Castillo, autora del trabajo de investigación “**RAFIA PRIMARIA Y OSTOMÍAS EN PATOLOGÍA INTESTINAL EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS**” autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos exponga al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la presente tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinticuatro días del mes de julio de dos mil veinte, firma la autora.

**Firma:**



**Autora:** Priscila Elizabeth Jumbo Castillo

**Cédula de identidad:** 1105692469

**Dirección:** Avenida Manuel Agustín Aguirre y Gobernación de Mainas

**Correo electrónico:** [priscila.jumbo@unl.edu.ec](mailto:priscila.jumbo@unl.edu.ec) / [priscyjumbo@hotmail.com](mailto:priscyjumbo@hotmail.com)

**Teléfono:** Dom. 072560451 Celular: 0993267824

#### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

**Director de Tesis:** Dr. Claudio Hernán Torres Valdivieso, Esp.

**Tribunal de Grado: Presidente:** Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo, Esp.

**Vocal:** Dr. Antonio Israel Salazar Ortega, Esp.

**Vocal:** Dr. Byron Efrén Serrano Ortega, Esp.

## **Dedicatoria**

Dedico el presente trabajo investigativo a Dios, por ser la fuerza que me impulsa cada día y por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante.

A mis queridos padres: Carlos y Blanca por su amor incondicional, por su confianza y su apoyo durante mi formación profesional. A mis hermanos: Karina y Carlos por su enorme cariño y constante apoyo.

Para ellos mi más profundo reconocimiento y respeto por haberme animado para poder llegar a cumplir hoy con esta meta. Por ser mi motivo, mi felicidad y mi inspiración para cada día enfrentarme a nuevos retos y seguir adelante en lo que Dios tenga preparado para mi vida.

Priscila Elizabeth

## **Agradecimiento**

Gratitud infinita a Dios, por haberme otorgado la capacidad y la vocación para mi formación integral. A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional tanto moral como económico.

Mi eterno agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja por abrirme sus puertas proporcionando conocimientos especializados de cada rama del saber y en sus aulas propiciar los espacios adecuados para mi preparación profesional.

Respeto, gratitud y un reconocimiento sincero a cada uno de los docentes de la Carrera de Medicina Humana por haberme entregado sus enseñanzas. A la Dra. María de Cisne Jiménez Cuenca y Dr. Claudio Torres Valdivieso por su acertada orientación en el desarrollo del presente trabajo investigativo.

Priscila Elizabeth

## Índice

<b>Carátula</b>	<b>i</b>
<b>Certificación</b>	<b>ii</b>
<b>Autoría</b>	<b>iii</b>
<b>Carta de autorización</b>	<b>iv</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>v</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>vi</b>
<b>Índice</b>	<b>vii</b>
<b>Índice de Tablas</b>	<b>ix</b>
<b>1 Título</b>	<b>1</b>
<b>2 Resumen</b>	<b>2</b>
<b>Summary</b>	<b>3</b>
<b>3 Introducción</b>	<b>4</b>
<b>4 Revisión de literatura</b>	<b>7</b>
<b>4.1 Abdomen Agudo</b>	<b>7</b>
4.1.1 Definición	7
4.1.2 Epidemiología	7
4.1.3 Etiología	7
4.1.4 Cuadro clínico	9
4.1.5 Diagnóstico	10
4.1.6 Diagnóstico diferencial	19
4.1.7 Tratamiento	20
<b>4.2 Ostromía</b>	<b>22</b>
4.2.1 Definición	23
4.2.2 Indicaciones	25
4.2.3 Complicaciones	27
4.2.4 Efectos psicológicos	30
4.2.5 Morbilidad y mortalidad	31

<b>4.3</b>	<b>Rafia primaria .....</b>	<b>32</b>
4.3.1	Definición.....	33
4.3.2	Causas para realizar rafia primaria .....	34
4.3.3	Contraindicaciones.....	36
4.3.4	Complicaciones .....	36
4.3.5	Morbilidad y mortalidad.....	37
<b>5</b>	<b>Materiales y métodos .....</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Enfoque.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2</b>	<b>Tipo de estudio.....</b>	<b>39</b>
<b>5.3</b>	<b>Unidad de estudio .....</b>	<b>39</b>
<b>5.4</b>	<b>Universo.....</b>	<b>39</b>
<b>5.5</b>	<b>Muestra.....</b>	<b>39</b>
<b>5.6</b>	<b>Criterios de inclusión. ....</b>	<b>39</b>
<b>5.7</b>	<b>Criterios de exclusión.....</b>	<b>39</b>
<b>5.8</b>	<b>Técnica.....</b>	<b>40</b>
<b>5.9</b>	<b>Instrumento.....</b>	<b>40</b>
<b>5.10</b>	<b>Procedimiento .....</b>	<b>40</b>
<b>5.11</b>	<b>Equipos y Materiales.....</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>Discusión .....</b>	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>Conclusiones .....</b>	<b>50</b>
<b>9</b>	<b>Recomendaciones .....</b>	<b>51</b>
<b>10</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>52</b>
<b>11</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>57</b>



## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Etiología de los pacientes que fueron sometidos a rafia primaria u ostromía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017.....	41
<b>Tabla 2.</b> Complicaciones inmediatas que se presentaron en los pacientes sometidos a rafia primaria en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017.....	43
<b>Tabla 3.</b> Complicaciones inmediatas que se presentaron en los pacientes sometidos a ostromía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017.....	43
<b>Tabla 4.</b> Morbilidad de los pacientes según la técnica quirúrgica empleada en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017.....	45
<b>Tabla 5.</b> Mortalidad de los pacientes según la técnica quirúrgica empleada en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017.....	45

## **1 Título**

Rafia primaria y ostomías en patología intestinal en pacientes con abdomen agudo en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros

## 2 Resumen

La presente investigación tuvo como finalidad determinar la morbimortalidad, etiología y complicaciones en patología intestinal en pacientes de 18 a 90 años con abdomen agudo a los que se les ha realizado una rafia primaria u ostomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal; desarrollado en una población de 325 pacientes con abdomen agudo que presentaron patología intestinal, de los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente 64 pacientes. Obteniendo como resultados: la etiología más frecuente fue neoplásica y la técnica quirúrgica más utilizada fue la ostomía (67,18 %), se presentó mayor porcentaje de complicaciones empleando la técnica de reparación primaria (38,09%), sin embargo, la tasa de mortalidad más alta se evidenció en pacientes a los que se les realizó ostomía (29,69 %). La toma de una buena decisión quirúrgica es lo que condicionará una evolución satisfactoria del paciente, es por esto que se necesita un estudio basado en la realidad del país sobre cuál de las dos técnicas presenta más ventajas tanto para el paciente como para el sistema de Salud. La técnica sutura primaria es mucho más económica y factible, al garantizar que el paciente se incorpore a su vida integra mucho más rápido; pero dada la gran variabilidad de situaciones, el tratamiento quirúrgico deberá ser individualizado.

***Palabras clave:*** abdomen agudo, rafia primaria, ostomía

### Summary

The purpose of this investigation was to determine the morbi-mortality, etiology and complications in intestinal pathology in patients aged 18 to 90 years old with acute abdomen who underwent a primary raffia or ostomy at the Manuel Ygnacio Monteros hospital in Loja during the period 2013-2017. It was a quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional study; developed in a population of 325 patients with acute abdomen, who had intestinal pathology, of which 64 patients underwent surgery. I found that the most common etiology was neoplastic and the most used surgical technique was ostomy (67.18%). There was a higher percentage of complications when the primary repair technique was used (38,09%), however, the highest mortality rate was evident in patients who underwent an ostomy (29,69 %). Making a good surgical decision will condition a satisfactory evolution of the patient, therefore, a study based on the reality of the country is necessary to know which of the two techniques has more advantages for the patient and health system. The primary suture technique is more economical and feasible, because the patient returns to normal life faster; but due to various situations, surgical treatment must be individualized.

***Key words:*** acute abdomen, primary raffia, ostomy

### 3 Introducción

El abdomen agudo constituye un motivo frecuente de consulta en la práctica médica habitual y su manejo exige mucha experiencia y capacidad de juicio, ya que el más catastrófico de los fenómenos puede ir precedido de unos síntomas y signos muy sutiles. (Bassy, Rodriguez, Esteban, & Chávez, 2015)

Es un síndrome de origen múltiple con cuadro clínico de dolor abdominal intenso, es la evolución de un proceso patológico intraabdominal caracterizado por tener no más de una semana de iniciado el cuadro, está relacionado con graves complicaciones inmediatas y se presenta de forma brusca o aguda, con frecuencia causado por un proceso inflamatorio o perforativo de una víscera hueca intrabdominal. (Bazán & Cabrera, 2014)

En Estados Unidos de América (EUA), se estima que más de siete millones de pacientes acuden al servicio de urgencias por dolor abdominal; esto representa el 6.5 % de todas las consultas que se tienen en este servicio.

En México, comprende aproximadamente el 30 % del total de las consultas de urgencias y constituye entre el 13 y 40 % de todas las emergencias posiblemente quirúrgicas, cuando se trata de dolor abdominal agudo no específico. Se estima que el 50 % de los casos de dolor abdominal agudo requieren hospitalización, y entre el 30 y 40 %, cirugía. Al ingreso hospitalario, cerca de 40 % se diagnostican de forma errónea, por lo que su mortalidad global es del 10 % y se eleva al 20 % si el paciente requiere cirugía de urgencia. (García, y otros, 2017)

En un estudio realizado en la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali, se encontró que el dolor abdominal causó el 5,1% de las consultas de urgencias y que el 23,3% de esos pacientes presentaron abdomen agudo quirúrgico. Las principales causas de cirugía fueron las enfermedades biliares (35,3%), apendicitis aguda (26,5%) y hernias de pared abdominal (11,8%). (Bejarano, Gallegos, & Gómez, 2011)

En Ecuador durante el año 2013 se registraron 24,064 casos de abdomen agudo; la principal causa fue apendicitis aguda con 18.842.

Por esta razón, el diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado del dolor abdominal agudo están entre los aspectos más importantes de la atención médica en urgencias. (Bejarano, Gallegos, & Gómez, 2011)

La demora en el diagnóstico después de la valoración clínica de los pacientes con dolor abdominal agudo, supone un aumento de intervenciones quirúrgicas con complicaciones posteriores, además que incrementa los días de estancia hospitalaria y costos de la misma. (Universidad de Cuenca, 2009)

Cuando es necesaria la intervención quirúrgica, se toman en cuenta procedimientos como ostomía y rafia primaria según las necesidades individuales del paciente.

Las ostomías constituyen procedimientos estándar en la práctica de la cirugía, con gran repercusión sobre los pacientes y sus familiares por los inconvenientes económicos, sociales, laborales y los efectos psicológicos que producen, lo que no ocurre al realizar rafia primaria, la cual se ha afianzado en las últimas décadas, dando como resultado la realización de menos ostomías.

En las últimas dos décadas, importantes avances se han producido en el conocimiento de los mecanismos involucrados en el origen de las afecciones intestinales, así como en el desarrollo de nuevas terapias para estas enfermedades. Durante años se ha empleado la ostomía como método de elección en los traumas de intestino delgado y grueso, y se ha transmitido a cada generación de cirujanos como un dogma inviolable. Sin embargo, en las últimas décadas se ha consolidado un movimiento de resistencia hacia este procedimiento, generado y sustentado en los principios de la Medicina Basada en la Evidencia.

La ostomía, a pesar de su aceptación y de ser un procedimiento común, tiene un impacto fisiológico, psicológico y económico importante. Está asociada a una sustancial y discrepante morbilidad, y a una ocasional mortalidad tanto durante su realización como durante el cierre. El proceso de adaptación de un paciente ostomizado es largo y difícil lo que no sucede al realizar una rafia primaria, además a nivel económico ésta no representa un gasto excesivo.

Existen numerosos estudios, los cuales sugieren que no hay una causa básica y legítima en la interrogante de cuál de las dos tendencias es la mejor. Se debe individualizar el tratamiento, que depende principalmente de la etiopatogenia, el grado de lesión, las complicaciones. Los objetivos en el tratamiento de estas lesiones son disminuir la morbimortalidad y las secuelas. (Barcelona, 2014)

Actualmente se calcula que cada vez son más los pacientes que acuden por patología intestinal. La toma de una buena decisión quirúrgica es lo que condicionará una evolución satisfactoria del paciente, es por esto que se necesita un estudio basado en la realidad del país sobre cuál de las dos técnicas presenta más ventajas tanto para el paciente como para el sistema de Salud.

El objetivo general de la presente investigación fue determinar la morbimortalidad, etiología y complicaciones en patología intestinal en pacientes de 18 a 90 años con abdomen agudo a los que se les realizó rafia primaria u ostomía. Los objetivos específicos fueron: Determinar la etiología y complicaciones inmediatas de los pacientes que fueron sometidos a rafia primaria u ostomía, estimar la morbilidad y mortalidad de los pacientes según la técnica quirúrgica empleada en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017.

## 4 Revisión de literatura

### 4.1 Abdomen Agudo

**4.1.1 Definición.** El término abdomen agudo fue introducido en la literatura médica por John B. Deaver quien lo describió como “cualquier afección aguda intraabdominal que requiere tratamiento quirúrgico urgente”

Se define como aquella situación crítica que cursa con síntomas abdominales graves que ocasiona alteraciones locales y sistémicas que dependen de la etiología y su etapa evolutiva, por lo tanto, requieren de un diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico oportunos. (Javé, Rosas, Gutiérrez, & Habib, 2008). Se trata de un dolor caracterizado por:

- Ser originado y referido al abdomen
- Agudo por su cronología e intensidad
- Acompañado de alteraciones en el tránsito intestinal
- Deterioro grave del estado general
- Requiere tratamiento quirúrgico (Fernández, López, Montes, & Cara, 2009)

**4.1.2 Epidemiología.** El abdomen agudo está dentro de las tres principales causas de consulta en el mundo. Constituye un 10 – 15 % de la consulta de urgencias. Se presenta en aproximadamente 60 % de hombres y 40 % de mujeres. Dos tercios de los pacientes atendidos son de manejo médico y un tercio requieren tratamiento quirúrgico. La causa más frecuente de cirugía es apendicitis y el 30-40 % de los casos carecen de etiología demostrable. (Escuela de Medicina. Universidad de Zulia, 2011)

**4.1.3 Etiología.** En una de las varias clasificaciones existentes, el abdomen agudo se clasifica en traumático o no traumático. A su vez, este último se clasifica en falso (causa extraabdominal) o verdadero (causa intraabdominal), el cual puede requerir tratamiento médico, endoscópico o quirúrgico. De acuerdo con su etiología, las enfermedades que requieren tratamiento quirúrgico son de causa obstructiva, inflamatoria o vascular.

Los pacientes sometidos a cirugía por abdomen agudo presentan principalmente diagnóstico de enfermedades biliares, apendicitis y hernias de pared abdominal, pero en no pocas ocasiones, el cirujano encuentra pacientes con abdomen agudo quirúrgico de causa no clara. Por esta razón, se deben tener en cuenta enfermedades insospechadas que, en forma cada vez más frecuente, son informadas en la literatura médica, entre ellas, algunas de tipo



inflamatorio, como apendicitis epiploica, torsión del epiplón y compromiso del divertículo de Meckel; obstructivo, como neoplasias y hernias internas, o vascular, como púrpura hepática (peliosis hepatis), ruptura esplénica, hemoperitoneo espontáneo y vasculitis. (Prieto, Germán Carvajal, Upegui, & Rendón, 2016).

Por su etiología se ha clasificado en:

**4.1.3.1 Inflamatorio.** Produce dolor continuo, bien localizado y que aumenta con los movimientos y con los incrementos de presión abdominal (tos, esfuerzos, etc.), por lo que el paciente trata de estar quieto. Además, cuando se ve afectado peritoneo parietal existe contractura de la pared abdominal en la zona afectada.

Comprende cuadros originados por inflamación, seguidos de proceso infeccioso de vísceras abdominales. Esta irritación peritoneal puede ser ocasionada por diversos agentes:

- **Contenido gastroduodenal, intestinal o biliar:** Ocurre por perforación o rotura de alguna de estas vísceras.
- **Pus o contenido colónico.** Aparece en la peritonitis aguda difusa por perforación apendicular o diverticular, perforaciones de colon, etc.
- **Sangre u orina.** Se da en el hemoperitoneo y en la rotura vesical intraperitoneal. La irritación peritoneal es menor que en los casos anteriores, pudiendo faltar la contractura abdominal. (Rodríguez & Coronel, 2009)

**4.1.3.2 Traumático.** Los traumatismos abdominales, abiertos y cerrados, y sobre todo los generados yatrogénicamente como consecuencia de cirugía abdominal, tanto abierta como miniinvasiva, o por manipulación peritoneal en las diálisis peritoneales, causan numerosas lesiones peritoneales que además se pueden asociar a la producción de hemorragias agudas intraperitoneales que amplían los efectos de dicha agresión. Clínicamente causan dolor abdominal similar al del síndrome peritonítico que se acompaña de signos anémicos si hay hemorragia.

**4.1.3.3 Vascular.** En él se produce inicialmente una necrosis intestinal aguda, de causa arterial (embolia o trombosis), venosa (trombosis venosa) o mixta (por ejemplo, por estrangulación herniaria). La clínica se caracteriza al inicio por un dolor agudo abdominal y emisión de sangre por heces debida a hemorragia a nivel de la lesión isquémica intestinal.

**4.1.2.3 Obstructivo.** La afectación visceral inicial ocurre por parada del tránsito intestinal secundaria a causas mecánicas (vólvulos, bridas, tumores) o funcionales paralíticas, siguiendo posteriormente la respuesta peritoneal a ello. Clínicamente se suelen caracterizar inicialmente por dolor abdominal con distensión abdominal e interrupción de heces y gases, así como aparición temprana de vómitos por rebosamiento. (Mayo, Pacheco, & Vázquez, 2016)

Produce dolor tipo visceral, mal localizado, no se modifica con los movimientos ni con los incrementos de presión abdominal y se acompaña, con frecuencia, de una reacción vagal (náuseas, vómitos, sudoración profusa, hipotensión).

**Principales causas de abdomen agudo obstructivo:**

- **Intraluminal**
  - Cuerpos extraños
  - Parásitos
  - Impactación fecal
- **Parietal**
  - Vólvulo
  - Invaginación intestinal
  - Tumores
- **Extraparietal**
  - Bridas
  - Anillo herniario con estrangulación
  - Tumores compresivos de órganos
  - Cuerpos extraños (Rodríguez & Coronel, 2009)

En muchos casos esta caracterización en cuatro tipos bien definidos no existe, debido a etiopatogenias mixtas. (Mayo, Pacheco, & Vázquez, 2016).

**4.1.4 Cuadro clínico.** Para llegar a un adecuado diagnóstico es de vital importancia realizar una historia clínica completa y un excelente examen físico, ya que el enfoque del abdomen agudo está basado en un 80 % en la historia clínica y el examen físico y un 20 % en las ayudas diagnósticas.

Se debe hacer énfasis en el dolor, que es un síntoma cardinal en el abdomen agudo y que según estudios el de causa quirúrgica precede a otros síntomas como vómito, fiebre, náuseas,

siendo a la inversa para los dolores de causa médica. Con respecto al dolor se debe preguntar: Aparición, localización, irradiación, características, intensidad y síntomas asociados.

Indagando acerca de los antecedentes del paciente se puede determinar si este pertenece a la categoría de pacientes especiales, ya que estos requieren una observación y manejo diferentes al de la población general. (Águla, y otros, 2006)

Las manifestaciones más frecuentes son:

- Dolor abdominal agudo.
- Alteraciones gastrointestinales.
- Repercusión sobre el estado general. (Javé, Rosas, Gutiérrez, & Habib, 2008)

**4.1.5 Diagnóstico.** Si el paciente tiene un abdomen agudo quirúrgico y se opera de urgencia, le salvamos la vida, y si no se opera puede presentar complicaciones graves e incluso morir. Si por el contrario su enfermedad es de tratamiento médico y lo operamos es una intervención innecesaria. Es por tanto fundamental establecer un criterio correcto y una conducta adecuada.

Varios han sido los progresos de la medicina en las últimas décadas, que han proporcionado un avance en el diagnóstico inicial, en diferenciar el órgano o región primariamente afectada, dichos métodos pueden clasificarse en no invasivos como pueden ser el ultrasonido, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética, además de sus versiones helicoidal y tridimensional, etc.

Y los considerados invasivos como son las punciones, guiadas o no por ultrasonido, laparoscopia o endoscopia diagnóstica y en ciertas circunstancias estas modalidades proporcionan y se emplean de manera terapéutica.

Por otro lado, es importante recordar que un estudio avanzado no sustituirá nunca una buena historia clínica con una buena exploración. (Javé, Rosas, Gutiérrez, & Habib, 2008)

**4.1.5.1 Anamnesis.** Es muy importante obtener una anamnesis detallada y organizada para poder formular un diagnóstico diferencial exacto y planificar el tratamiento posterior.

La anamnesis debe centrarse no solo en el estudio del dolor, sino también en los problemas precedentes y los síntomas asociados. Siempre que sea posible se deben realizar preguntas de respuesta abierta, estructurándolas para poder averiguar el momento de

comienzo, las características, la localización, la duración, la posible irradiación y la cronología del dolor que experimenta el paciente

La identificación del dolor con un dedo nos indica a menudo un dolor que es mucho más localizado y característico de inervación parietal o inflamación peritoneal, a diferencia de las molestias vagas que se indican con la palma de la mano, que habitualmente son más características del dolor visceral de los procesos intestinales o de órganos macizos.

**4.1.5.2 Exploración física.** Para poder establecer un diagnóstico diferencial exacto y desarrollar el consiguiente algoritmo terapéutico es fundamental realizar una exploración física organizada y concienzuda. Un clínico cualificado será capaz de establecer en la mayoría de los casos un diagnóstico diferencial reducido y exacto después de completar la anamnesis y la exploración física.

A continuación, podrá recurrir a las pruebas de laboratorio y de imagen para confirmar aún más sus sospechas, reordenar el diagnóstico diferencial propuesto o, con menos frecuencia, proponer otras posibilidades menos frecuentes no consideradas hasta ese momento.

La exploración física comienza siempre con una inspección general del paciente, y continúa con la inspección del propio abdomen. El dolor de los pacientes con irritación peritoneal se acentúa con cualquier actividad que movilice o distienda el peritoneo. Generalmente, estos pacientes permanecen muy quietos en la camilla durante la evaluación y a menudo mantienen flexionadas las rodillas y las caderas para reducir la tensión sobre la pared abdominal anterior. Normalmente, los procesos patológicos que provocan dolor sin irritación peritoneal (como la isquemia intestinal y los cólicos ureterales y biliares) hacen que los pacientes cambien de posición y se muevan constantemente en la camilla, intentando encontrar una postura que reduzca sus molestias. Durante esta inspección general pueden observarse igualmente otros signos importantes, como palidez, cianosis y diaforesis.

La exploración abdominal es fundamental para orientar el diagnóstico e incluye la inspección, auscultación, percusión y palpación.

**Inspección.** Debe enfocarse a la actitud, expresión facial y corporal, posiciones antiálgicas. En pacientes con peritonitis generalizada y distensión grave, puede haber facies hipocráticas; pacientes en choque hipovolémico, acusan sudación fría y pegajosa, palidez generalizada de tegumentos, que se asocian al inicio con inquietud y excitación, seguidos

por depresión o falta de respuesta a estímulos, indiferencia, incoherencia e inconciencia. (Asociación Mexicana de cirugía general, 2017)

Se evalúan los contornos del abdomen, comprobando si está distendido o deprimido, o si se observa un efecto de masa localizada. Hay que prestar especial atención a todas las cicatrices presentes, y si existe alguna cicatriz quirúrgica hay que correlacionar su presencia con los antecedentes quirúrgicos del paciente.

**Auscultación.** Timbre, tono, salvas, soplos, es importante determinar durante la exploración abdominal. Se debe escuchar por cuadrantes, los ruidos peristálticos normales oscilan en entre 10 y 20 por minuto. (Asociación Mexicana de cirugía general, 2017).

Puede aportar información muy útil sobre el tubo digestivo y el sistema vascular. Normalmente, se evalúan la cantidad y la calidad de los ruidos intestinales. Un abdomen tranquilo es indicio de íleo, mientras que en la enteritis y la isquemia intestinal precoz se perciben unos ruidos intestinales hiperactivos. También hay que considerar el tono y el patrón de estos ruidos. La obstrucción mecánica del intestino se caracteriza por unos ruidos tintineantes de tono elevado que suelen aparecer en descargas y se asocian al dolor.

A menudo, se detectan ecos lejanos cuando existe una distensión luminal importante. Los ruidos que se escuchan en el interior del abdomen reflejan un flujo sanguíneo turbulento a través del sistema vascular. Estos ruidos se perciben con más frecuencia en los casos de estenosis arterial del 70-95 %, aunque también se pueden escuchar cuando existe una fístula arteriovenosa.

**Percusión.** Permite valorar la distensión gaseosa del intestino, la posible presencia de aire libre dentro del abdomen, el grado de ascitis o la presencia de inflamación peritoneal. La hiperresonancia (conocida habitualmente como timpanismo a la percusión) es característica de la presencia de gas en las asas intestinales. En caso de obstrucción o íleo intestinal se puede percibir este timpanismo en todo el abdomen excepto en el cuadrante superior derecho, debido a la presencia del hígado bajo la pared abdominal. Si se percibe una matidez localizada a la percusión fuera del cuadrante superior derecho, hay que considerar la posibilidad de una masa abdominal que desplaza el intestino. Cuando se pierde la matidez hepática y se observa una resonancia uniforme en todo el abdomen, hay que sospechar la posible presencia de aire libre intraabdominal. Este aire asciende y se acumula bajo la pared abdominal anterior cuando el paciente está en decúbito supino. Para detectar la ascitis se evalúa la fluctuación de la cavidad abdominal. Se puede generar una onda de

líquido comprimiendo firme y rápidamente el abdomen lateral. La onda resultante recorre toda la pared abdominal. Se puede confundir el movimiento del tejido adiposo en un abdomen obeso con una onda de líquido. Se pueden evitar los falsos positivos aplicando la superficie cubital de la mano abierta sobre los tejidos blandos de la línea media de la pared abdominal, para restringir el movimiento del tejido adiposo mientras se genera la onda con la mano contraria.

La percusión permite evaluar igualmente una posible peritonitis. En los tratados tradicionales se describe una técnica que consiste en comprimir profundamente la pared abdominal y soltarla después bruscamente. Esta maniobra provoca un dolor insoportable en caso de inflamación peritoneal y puede causar molestias importantes incluso cuando no está inflamado el peritoneo. Se pueden y se deben usar métodos más sensibles y fiables. Golpeando la cresta ilíaca, el costado o el talón de la pierna extendida se consigue hacer vibrar las vísceras abdominales y se provoca un dolor característico cuando existe peritonitis.

**Palpación.** Debe efectuarse en forma delicada, las manos no deben estar frías, se debe explicar al paciente de los pasos a seguir y evitar maniobras bruscas y repetidas que pudieran lastimarlo. No se deben omitir las superficies laterales y posteriores del abdomen, el peritoneo y los orificios herniarios. La disminución de la función cerebral de cualquier causa puede modificar y aun anular los signos abdominales, como sucede con fármacos como: analgésicos, esteroides, inmunosupresores y antimicrobianos en los ancianos. Las personas con umbral del dolor alterado y lesiones medulares pueden disimular o minimizar los signos de abdomen agudo.

Debe procurarse que el paciente se encuentre con la pared abdominal relajada, rodillas flexionadas de forma ligera, es aconsejable pedirle que señale el sitio doloroso, dejando éste como último en palpar, evitando lastimar, deben delimitarse zonas de sensibilidad aumentada por cuadrantes iniciando en forma superficial estableciendo sitios de hiperalgesia cutánea que pueden señalar el sitio afectado, la resistencia muscular y dolor localizado son datos importantes, la palpación profunda puede ser muy molesta en peritonitis y las maniobras de descompresión dejarlas para el final de la palpación.

Una prueba indirecta, haciendo que el paciente tosa, buscando signos de descompresión, tiene una sensibilidad para peritonitis de 80 % y especificidad de 79 %. (Asociación Mexicana de cirugía general, 2017)

Generalmente, la palpación aporta más información que cualquier otro componente de la exploración abdominal. Además de revelar la intensidad y la localización exacta del dolor abdominal, permite confirmar la presencia de peritonitis y detectar una posible organomegalia o una masa abdominal. La palpación debe comenzar siempre con suavidad y lejos de la zona de dolor. Si se provoca un dolor considerable al comienzo de la palpación, es probable que el paciente contraiga voluntariamente la musculatura abdominal para protegerse, lo que limita la información que se puede obtener. La defensa muscular involuntaria, o espasmo de los músculos de la pared abdominal, es un signo de peritonitis y debe distinguirse de la contracción voluntaria. Para ello, el examinador aplica una presión constante sobre la pared abdominal, lejos del punto de máximo dolor, y le pide al paciente que inspire lenta y profundamente. En caso de contracción voluntaria, los músculos abdominales se relajan durante la inspiración, mientras que si la reacción de defensa es involuntaria permanecen contraídos y tensos.

El dolor focal indica un proceso precoz o bien localizado, mientras que el dolor difuso a la palpación indica una inflamación extensa o una presentación tardía. Cuando el dolor es difuso, hay que efectuar una exploración minuciosa para determinar el punto donde alcanza la máxima intensidad. Incluso en caso de contaminación extrema por perforación de una úlcera péptica o un divertículo del colon, el punto de máxima sensibilidad nos indica a menudo el lugar de origen.

Son muchos los signos físicos asociados a procesos patológicos concretos, y perfectamente descritos como signos de exploración.

El signo de Murphy de la colecistitis aguda se observa al inspirar durante la palpación del cuadrante superior derecho y consiste en un aumento brusco del dolor debido al descenso del hígado y la vesícula biliar hacia la mano del examinador. Hay otros signos que ayudan a localizar una peritonitis subyacente, como el signo del obturador, el signo del psoas y el signo de Rovsing. Otros, como los signos de Fothergill y de Carnett, permiten distinguir entre los trastornos intraabdominales y la patología de la pared abdominal.

A todos los pacientes con dolor abdominal agudo hay que practicarles un tacto rectal para comprobar la posible presencia de una masa, dolor pélvico o sangre intraabdominal. También hay que realizar una exploración pélvica a todas las mujeres con dolor infraumbilical. Para evaluar adecuadamente la patología ginecológica y anexal se efectúa una exploración completa con ambas manos y con el espéculo.

**4.1.5.3 Pruebas de laboratorio.** Existen varias pruebas de laboratorio que son parte rutinaria de la evaluación de todo paciente con abdomen agudo. Estas pruebas ayudan a confirmar la presencia de inflamación o infección, y también permiten descartar algunos de los trastornos médicos más frecuentes. Un recuento hematológico completo y diferencial resulta muy útil, ya que la mayoría de los pacientes con abdomen agudo presentan leucocitosis o bandemia. La determinación de los electrolitos en suero, el nitrógeno ureico en sangre y la concentración de creatinina ayudan a valorar los efectos de factores tales como los vómitos o las pérdidas de líquido a un tercer espacio. Además, pueden indicarnos que el problema del paciente se debe a un trastorno endocrino o metabólico.

Las determinaciones de la amilasa y la lipasa séricas pueden indicarnos que el dolor abdominal se debe a una pancreatitis, aunque estas enzimas pueden aumentar también en otros trastornos como los infartos de intestino delgado o las perforaciones de úlceras duodenales. Unas concentraciones séricas normales de amilasa y lipasa no permiten descartar la pancreatitis como posible diagnóstico, debido a los efectos de la inflamación crónica sobre la síntesis enzimática y a los factores cronológicos. Las pruebas de la función hepática (bilirrubina total y directa, aminotransferasa sérica y fosfatasa alcalina) ayudan a evaluar las posibles causas biliares de dolor abdominal agudo. Las concentraciones de lactato y la gasometría arterial pueden ayudarnos a diagnosticar la isquemia o el infarto intestinales.

Las pruebas urinarias, como el análisis de orina, ayudan a diagnosticar la cistitis bacteriana, la pielonefritis y determinadas endocrinopatías, como la diabetes o los trastornos del parénquima renal. El cultivo de orina permite confirmar una posible infección urinaria y ayuda a planificar la antibioterapia pero, debido al retraso de los resultados, no ayuda a evaluar un abdomen agudo. La medición de la gonadotropina coriónica humana en la orina puede indicar la existencia de un embarazo y constituir un factor de confusión o ayudar a elegir el tratamiento adecuado. La mejor forma de proteger al feto de una gestante con abdomen agudo consiste en tratar adecuadamente a la madre, incluyendo la cirugía si estuviera indicada. La detección de sangre oculta en heces puede ayudarnos a evaluar a estos pacientes, aunque es una prueba inespecífica. La búsqueda de huevos y parásitos, así como el cultivo y la detección de toxinas de *Clostridium difficile*, puede resultar muy útil cuando el paciente manifiesta diarrea inicialmente. (Sabiston, 2013)

**4.1.5.4 Pruebas de imagen.** Los estudios de imagen juegan un papel importante en la evaluación del paciente con abdomen agudo y deben solicitarse de acuerdo con la información obtenida en la historia clínica y exploración física debido a que se ha



demostrado que la evaluación clínica es insuficiente en la determinación del diagnóstico correcto.

El Colegio Americano de Radiología recomienda solicitar el estudio de acuerdo con la localización del dolor, por tanto, si éste se localiza en el cuadrante superior derecho del abdomen se sugiere realizar un ultrasonido abdominal, si se sitúa en cuadrantes inferiores se deberá realizar una TC.

*4.1.5.4.1 Radiografía.* La radiografía simple convencional ha sido el estudio de imagen inicial en el servicio de urgencias, en el paciente con abdomen agudo debido a su bajo costo y fácil adquisición, con una dosis significativa menor de radiación ionizante (0.1 a 0.7 mSv) en comparación con la TC (10.0 mSv) e incluye la radiografía de abdomen en dos posiciones (erguida y en decúbito) y posteroanterior de tórax. La radiografía convencional tiene una baja sensibilidad y especificidad (30 y 88 % de manera respectiva) en comparación con el ultrasonido y la TC.

Estudios recientes informan que pacientes con radiografía de abdomen interpretado como normal o no específica resultó con hallazgos cuando se realizó una TC o ultrasonido de abdomen en 81 % de los casos. Otros estudios informan que hasta 40 % de los pacientes con úlcera perforada no se diagnostican en una radiografía simple.

En la actualidad su valor diagnóstico se limita al paciente con dolor abdominal y datos sugestivos de litiasis renal, perforación de víscera hueca, oclusión intestinal o presencia de cuerpos extraños radiopacos en tracto digestivo llegando a cambiar el manejo inicial en sólo 4 % de los casos.

En cuadros de oclusión intestinal (sensibilidad 74 %) se aprecian niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino delgado, pero no provee información sobre la localización exacta de la oclusión y sus características (parcial o completa) por lo que en general se llega a requerir de la TC para completar el estudio.

Las indicaciones para realizar una radiografía de tórax son para excluir aire libre subdiafragmático (perforación de víscera hueca) y una condición intratorácica (p. ej.,neumonía) como causa del dolor abdominal, aunque la ausencia de estos hallazgos en presencia de un cuadro clínico muy sugestivo no descarta la enfermedad.

Es de suma importancia saber interpretar correctamente una radiografía simple de abdomen, y para ello debemos valorar una serie de parámetros:

- Línea del psoas: generalmente se encuentra borrada en la patología retroperitoneal.
- Patrón gaseoso intestinal: cuando existe dilatación de colon, se identifica imagen de disposición periférica del gas intraluminal y con haustras que no atraviesan completamente la luz. Si se trata de dilatación de intestino delgado, la disposición de las asas dilatadas es más central y con válvulas conniventes que atraviesan totalmente la luz intestinal dando la típica imagen de «pilas de monedas». En ocasiones se observa un asa dilatada, denominada centinela, como reflejo de un íleo segmentario en la vecindad de un proceso inflamatorio. La presencia de abundante líquido en la luz intestinal puede enmascarar la dilatación.
- Gas extraluminal: puede estar presente bien en la pared intestinal (neumatosis) o extravisceral (neumoperitoneo). La aerobilia, en ausencia de manipulación previa de la vía biliar, indica una comunicación bilioentérica.
- Calcificaciones: pueden ser vasculares (flebolitos, ateromatosis), urolitiasis, apendicolito, colelitiasis (menos del 15 % se detectan en la radiografía simple), oleosas y centroabdominales, típicas de la pancreatitis crónica.
- Cuerpos extraños: podemos identificar dentaduras, alfileres, monedas u otros.
- Masas de tejidos blandos: puede observarse una vejiga distendida, un útero aumentado de tamaño (miomas), asas intestinales llenas de líquido, pseudoquistes pancreáticos y abscesos.
- Alteraciones óseas: fracturas costales que nos pueden orientar a una rotura de bazo o hígado, o vertebrales que explican un íleo paralítico. (Mayo, Pacheco, & Vázquez, 2016)

4.1.5.4.2 *Ultrasonido*. Es un estudio no invasivo, de fácil acceso y bajo costo que no expone al paciente a radiación ionizante y por ello suele ser el estudio de preferencia en niños y embarazadas. Provee información anatómica, funcional y dinámica que permite visualizar estructuras en tiempo real logrando correlacionar el sitio de mayor dolor al comprimir las estructuras con visión directa mediante la interacción entre el examinador y el paciente. Permite realizar una evaluación rápida inicial en el paciente inestable logrando reducir el diagnóstico diferencial. Este estudio, en combinación con una adecuada valoración clínica es certero en más de 70 % de los casos con diagnóstico urgente. Permanece como el estudio primario en la sospecha de patología hepatobiliar (sensibilidad de 88 % y

especificidad 80 %), aunque su capacidad para visualizar litos dentro del conducto colédoco es limitado (sensibilidad de 70 %).

Informa sobre la movilidad intestinal y grado de compresión considerándose patológico la falta de ésta sugestiva de un proceso inflamatorio (p.ej., apendicitis aguda, intususcepción, distensión secundaria a oclusión intestinal).

La maniobra de Valsalva durante el estudio permite detectar una hernia de pared intermitente con su capacidad de reducirse y describir mejor el saco herniario. Su principal desventaja es que su interpretación depende del operador.

*4.1.5.4.3 Tomografía Computarizada.* Ha emergido como el estudio de elección en el abordaje del paciente con abdomen agudo. Este estudio permite visualizar estructuras con imágenes de alta resolución con una sensibilidad y especificidad mayor de 95 % en el diagnóstico de la mayoría de las causas de abdomen agudo en combinación con una adecuada valoración clínica. Permite una mejor decisión en el manejo quirúrgico.

En el escenario de un cuadro de apendicitis aguda, el uso de la TC ha permitido disminuir la incidencia de apendicetomía blanca en 24 a 3 % de los casos. Ante la sospecha de isquemia mesentérica la TC (sensibilidad de 64 % y especificidad 92 %) ha desplazado a la angiografía como el estudio de elección porque permite detectar cambios isquémicos en áreas afectadas y ser menos invasiva.

En pacientes con diverticulitis aguda, la TC con doble contraste (sensibilidad 79 a 98 % y especificidad de 97 a 100 %) permite detectar complicaciones y ayuda a descartar otras causas de origen abdominal. Entre sus desventajas destaca su exposición elevada a radiación ionizante (10.0 mSv), costo alto, riesgo de nefrotoxicidad, alergia al medio de contraste y necesidad de trasladar al paciente al sitio del estudio. En la actualidad, se calcula que de 1.5 a 2 % de desarrollo de cáncer podría estar en relación con la radiación expuesta por TC.

Existen dos grupos en que la relación costo-beneficio no justifica su realización: aquellos con alta sospecha de tratamiento quirúrgico y aquellos con muy baja sospecha de patología abdominal grave. La TC es en particular útil en el paciente estable con un diagnóstico diferencial de patológica quirúrgica significativa.

*4.1.5.4.4 Resonancia Magnética.* El uso de resonancia magnética en el diagnóstico de abdomen agudo no es muy aceptado Su principal ventaja sobre la TC es que no utiliza medio de contraste ni expone al paciente a radiación ionizante Al momento sólo se usa en mujeres embarazadas con abdomen agudo con informe de ultrasonido no concluyente. En pacientes

que presentan claustrofobia puede llegar a requerir sedación, ansiolíticos por anestesiología, o ambos. (Asociación Mexicana de cirugía general, 2017).

**4.1.5.4.5 Laparoscopia.** El papel de la laparoscopia en el abdomen agudo cada vez cobra mayor relevancia. Se trata de un método diagnóstico y terapéutico en un mismo acto. Suele indicarse en pacientes con estado clínico grave pero estables, en los que la causa del dolor abdominal no ha sido filiada tras un exhaustivo estudio. Hoy en día se considera que la precisión diagnóstica de la laparoscopia en pacientes con dolor abdominal agudo no traumático se sitúa entre el 93-98 %. Es muy útil en situaciones de duda diagnóstica o si no se dispone de las pruebas idóneas. (Mayo, Pacheco, & Vázquez, 2016)

**4.1.6 Diagnóstico diferencial.** Un elemento fundamental es distinguir otras patologías que dieron origen al abdomen agudo o concomitantes con él, por lo que es conveniente repasar las principales patologías en relación a cada región del abdomen:

**4.1.6.1 Dolor difuso.** Es característico de peritonitis generalizada, pancreatitis aguda, aneurisma de la aorta, trombosis mesentérica aguda, apendicitis inicial, obstrucción intestinal, gastroenteritis, adenitis mesentérica, colitis, leucemia, crisis de células falciformes, leucemia, cetoacidosis, uremia, saturnismo entre otras causas tóxicas y bacterianas.

**4.1.6.2 Dolor en cuadrante superior derecho.** Colecistitis, absceso hepático, enfermedades del hígado y del tracto biliar, úlcera péptica, pancreatitis, apéndice de localización retrocecal, pielonefritis, angina de pecho, pericarditis, insuficiencia cardíaca, neumonía basal derecha, empiema, herpes zóster y pielonefritis aguda.

**4.1.6.3 Dolor en cuadrante inferior derecho.** Apendicitis, obstrucción intestinal, enteritis regional, diverticulitis, colecistitis, úlcera perforada, aneurisma roto, hematoma de pared abdominal, embarazo ectópico, quiste o torsión ovárica, salpingitis, rotura de folículo ovárico, endometriosis, cálculos ureterales, dolor renal, epididimitis, torsión testicular y absceso del psoas.

**4.1.6.4 Dolor en cuadrante inferior izquierdo.** Diverticulitis, obstrucción intestinal, apendicitis, aneurisma roto, hematoma de pared abdominal, embarazo ectópico, rotura de folículo ovárico, quiste o torsión ovárica, salpingitis, endometriosis, cálculos ureterales, dolor renal, epididimitis, torsión testicular, absceso del psoas.

**4.1.6.5 Dolor en cuadrante superior izquierdo.** Pancreatitis, trastorno esplénico, gastritis, dolor renal, herpes zóster, isquemia del miocardio, neumonía basal izquierda y empiema.

**4.1.6.6 Dolor periumbilical.** Obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, diverticulitis.

**4.1.6.7 Dolor referido.**

- Hombro derecho: diafragma, vesícula biliar, hígado, neumoperitoneo.
- Escápula derecha: vesícula y árbol biliar.
- Ingle y genitales: riñón, uréter, arterias aorta e ilíacas.
- Espalda línea media: páncreas, bazo, cola de páncreas, ángulo esplénico, neumoperitoneo.
- Escápula izquierda: bazo, cola de páncreas. (Asociación Mexicana de cirugía general, 2017)

**4.1.7 Tratamiento.** Todo paciente con un cuadro de abdomen agudo debería ser trasladado a un centro donde se disponga de los recursos necesarios para su diagnóstico y tratamiento, por lo que generalmente deben ser remitidos al Servicio de Urgencias de un centro hospitalario. Ante un paciente con dolor abdominal agudo, independientemente de la causa que lo haya desencadenado, lo primero es tomar las medidas necesarias para tener al paciente en las mejores condiciones posibles mientras conseguimos llegar al diagnóstico exacto y tratamiento adecuado.

En primer lugar, hay que determinar si el paciente está hemodinámicamente estable o inestable. En los pacientes inestables, debe realizarse una reanimación inicial, urgente.

Los objetivos de esta reanimación son conseguir una presión venosa central entre 8 y 12 mm Hg, una tensión arterial media (TAM) igual o superior a 65 mm Hg y una diuresis igual o superior a 0,5 ml/kg/h mediante la sonda vesical. Para ello se colocará una vía venosa central y una sonda vesical. La reanimación con fluidos puede realizarse con cristaloides (suero salino al 0,9%, suero salino hipertónico, o Ringer lactato). Cuando con los fluidos no

consigamos obtener una TAM de 65 mmHg tendremos que recurrir al uso de fármacos vasoactivos; los fármacos de elección son noradrenalina y dopamina administradas por vía central. En todos aquellos casos en los que se sospeche un origen infeccioso del cuadro se iniciará, tan pronto como sea posible y siempre tras haber obtenido hemocultivos y dentro de la primera hora, antibioterapia empírica intravenosa. En raras ocasiones, la inestabilidad hemodinámica del paciente no nos permite realizar pruebas diagnósticas convencionales (traumatismo abdominal grave) teniendo que recurrir sin demora a la cirugía.

En el paciente estable se pondrá énfasis en llegar a un diagnóstico y, mientras tanto, se emplearán medidas terapéuticas iniciales generales consistentes en: dieta absoluta, canalización de vía venosa, administración de sueroterapia y reposición hidroelectrolítica, antibioterapia empírica si se sospecha infección, analgésicos si el dolor es muy intenso, pues se ha demostrado que la analgesia no enmascara el diagnóstico, sonda nasogástrica si se sospecha una obstrucción intestinal y sonda vesical en paciente con retención urinaria o que precise monitorización de la diuresis.

Tras completar una valoración diagnóstica se pueden contemplar varias situaciones:

- Que se trate de un abdomen agudo de causa médica, en cuyo caso se aplicará el tratamiento específico.
- Que no se llegue a un diagnóstico de certeza, en cuyo caso el paciente quedará en observación hospitalaria con medidas generales y tratamiento médico empírico. Se reevaluará al paciente periódicamente y en función de su evolución se actuará.
- Que se trate de un abdomen agudo quirúrgico (apendicitis, colecistitis, perforación de víscera hueca etc.), en cuyo caso tras la valoración por el cirujano y firma del consentimiento informado por parte del paciente, se intervendrá quirúrgicamente. (Mayo, Pacheco, & Vázquez, 2016)

El procedimiento quirúrgico que se practica varía según la causa. Por ejemplo, las adherencias se rompen, los tumores se extirpan, las hernias se reducen y reparan. Sin importar la causa debe revisarse el intestino afectado, y si hay un segmento no viable, se realiza resección de la estructura. (Csendes, y otros, 2016)

El abordaje quirúrgico en el abdomen agudo puede ser por vía laparotómica o laparoscópica. El empleo de una u otra vía va a depender fundamentalmente de la

experiencia del cirujano y de la disponibilidad del centro. El abordaje laparoscópico en el abdomen agudo se ha defendido por su doble vertiente de método diagnóstico y terapéutico a la vez. Está contraindicado en el paciente inestable, y es necesario tener en cuenta que existen factores de riesgo en estas circunstancias de abdomen agudo; el más importante es el problema de la inserción de los trócares, sobre todo si existe obstrucción intestinal con dilatación de asas, con mayor probabilidad de producir lesiones viscerales en estos casos, sobre todo de intestino delgado y grueso. El abordaje laparoscópico se suele emplear en caso de dudas diagnósticas, apendicitis aguda, colecistitis aguda, perforación de úlcera péptica y en la diverticulitis perforada. (Mayo, Pacheco, & Vázquez, 2016)

## **4.2 Ostomía**

La historia de las ostomías ha sido una parte paralela del desarrollo de la cirugía y ha desempeñado un papel crucial en la salud, en especial en la terapéutica. El término ostomía deriva de la palabra griega stomatos, que significa boca u orificio. La derivación al exterior de la corriente intestinal es una técnica quirúrgica básica en el tracto digestivo. Es probable que la construcción de un estoma intestinal haya sido una de las primera intervenciones sobre el intestino. Es muy posible que los primeros estomas fueran fístulas fecales por heridas de guerra, traumatismos, hernias encarceladas, atresia anorrectal u obstrucción intestinal. Esta intervención quirúrgica para el alivio de la obstrucción intestinal la describió Praxágoras de Cos (384-322 a.C.) como el iniciador del tratamiento quirúrgico de la obstrucción o traumatismo intestinal; se practicaban fístulas enterocutáneas mediante punción percutánea, aunque los resultados de estas intervenciones no se describieron.

Con el paso del tiempo fue posible comprobar que la sobrevivencia posterior a esta intervención era posible, en especial las formadas en el colon, ya que éstas no producían trastornos metabólicos graves, además de que un buen número de ellas se cerraba de manera espontánea. Entre 1491 y 1541, Paracelso se declaró convencido de estos anos artificiales frente a cualquier otra técnica de manipulación de las asas intestinales lesionadas.

La primera colostomía inguinal del lado izquierdo se atribuye a Duret en 1793, que entre sus conceptos iniciales figuraba la importancia de colocar una sutura a través del mesocolon para sostener el intestino y con ello evitar su retracción. Este concepto aún es vigente hasta la fecha, sobre todo en los estomas en asa. En 1797, Fine llevó a cabo la primera colostomía transversa, al descomprimir de manera exitosa el colon distal debido a una obstrucción por cáncer rectal; a partir de entonces, la colostomía transversa se indicó para tratar otros tipos

de problemas: descompresión del intestino dilatado, derivación de la corriente fecal y desfuncionalización del colon distal. La primera ileostomía acompañada de resección del colon derecho por cáncer la efectuó Baum en 1879 en Alemania.

La ileostomía empezó a practicarse con más frecuencia en pacientes con colitis ulcerosa, en virtud del alto índice de falla de la cecostomía y la apendicostomía. En 1881, Schitninger describió la creación de la colostomía terminal y un muñón distal suturado. Asimismo, en 1889 y 1890, Gussenbauer describió una operación para cáncer del recto, tras llevar a cabo una colostomía terminal con cierre del extremo superior del muñón rectal; estas operaciones son las precursoras del procedimiento de Henri Hartman, descrito en 1923. (Asociación Mexicana de cirugía general, 2017)

**4.2.1 Definición.** Es la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre una víscera y la piel abdominal. La nueva abertura que se crea recibe el nombre de estoma. (Torre, 2008). Se lo realiza con el fin de proporcionar una cura o paliar enfermedades benignas o malignas, o dar salida a los desechos hasta lograr las condiciones que permitan restaurar la continuidad intestinal normal. (Sabiston, 2013)

La formación de los estomas intestinales, en particular ileostomías y colostomías, se ha convertido en una parte integral para el manejo quirúrgico de varias alteraciones del tracto gastrointestinal, tanto en la cirugía de urgencia como en el paciente electivo.

El principio básico subyacente establece que el flujo fecal se desvía lejos del sitio de la afección por la interposición de un final o un asa de intestino a través de la pared abdominal.

Pueden ser temporales o permanentes, con el objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con varias enfermedades tales como perforación de colon, enfermedad inflamatoria del intestino, obstrucción intestinal, apendicitis complicada y cáncer.

La localización preferida de un estoma debe estar en la zona de la pared abdominal anterior donde no hay pliegues que puedan impedir un sellado satisfactorio del dispositivo en la piel que rodea al estoma. El estoma debe ser visible al paciente (no en el lado inferior de un gran panículo en un sujeto obeso) y fácilmente accesible. La mayoría de los cirujanos piensan que es deseable llevar el estoma a través del músculo recto, atravesando una abertura del tamaño adecuado (2 cm) que no constriña la irrigación del estoma pero tampoco dé lugar a una hernia alrededor de él. En un paciente de un tamaño normal, el lugar preferido para la



localización del estoma es el músculo recto, ligeramente por debajo del ombligo en el vértice del montículo de tejido natural que se produce en el abdomen. (Sabiston, 2013)

En la actualidad, su uso tiende a disminuir en forma considerable debido al perfeccionamiento en las técnicas de anastomosis intestinales y al empleo de diversos dispositivos mecánicos en su realización. (Asociación Mexicana de cirugía general, 2017)

La principal ventaja de realizar una ostomía, en relación con la reparación primaria, es el principio teórico de reducir la morbilidad y mortalidad de una dehiscencia de sutura, o de una infección intraabdominal.

Según el segmento intestinal exteriorizado, un estoma intestinal también se puede denominar como ileostomía o colostomía. (Neto, Fernandes, & Didoné, 2016)

**4.2.1.1 Colostomía.** Es una anastomosis realizada entre el colon y la piel de la pared abdominal. Puede ser temporal o permanente, dependiendo de la enfermedad y de los trastornos para los que se ha creado. Sin embargo, hay que planificar y considerar cuidadosamente los aspectos técnicos para crear una colostomía, porque la historia ha demostrado que incluso las colostomías que pretendían ser temporales pueden volverse permanentes en un número significativo de pacientes. (Sabiston, 2013)

Cuando se aboca el colon ascendente se habla de una Colostomía Ascendente, la cual se ubica en el lado derecho del abdomen, por lo tanto las heces son líquidas o semilíquidas, irritantes para la piel y salen frecuentemente. Esta colostomía es la más parecida a la ileostomía, debido a que es la primera porción del intestino grueso la que se exterioriza.

Por otro lado, está la Colostomía Transversa, esta se llama así porque la porción de colon exteriorizada es el colon transversal. El estoma se situará en la parte central del abdomen y las heces serán poco irritantes para la piel, semisólidas y se eliminan con menor frecuencia.

Cuando se aboca el colon descendente, se denomina Colostomía Descendente o Sigmoidostomía. Esta se sitúa en el lado izquierdo del abdomen y al contrario que las demás, las heces son sólidas y no irritan la piel. Estas son similares a las expulsadas por el ano, debido a que se exterioriza la última porción del colon. (Fernandez, 2016)

Se puede clasificar según el tiempo de permanencia:

- **Definitivas:** consisten en una apertura del intestino grueso a la pared abdominal. Se realizan generalmente cuando se lleva a cabo la exéresis del recto y del esfínter anal

y no puede restablecerse el tránsito intestinal. El estoma se efectúa a la derecha del colon descendente y sigmoideo.

- **Temporales:** se llevan a cabo abocando al exterior el intestino grueso, de forma transitoria, en tanto se resuelve la patología base. Aunque pueden ser realizadas en cualquier parte del colon, son el colon transverso y el sigmoideo los más utilizados. (Ramos, 2014)

**4.2.1.2 Ileostomía:** es la unión del íleon a la piel de la pared abdominal. Esta cirugía es más exigente en su confección que la colostomía, ya que el contenido ileal es más líquido y muy rico en enzimas proteolíticas que dañan la piel al estar expuesta a ellos; por eso esta ostomía debe ser siempre protruida 2-3 cm sobre el plano de la piel. (Ayala, 2006)

El estoma suele quedar situado en la parte inferior derecha del abdomen y su aspecto es rosado y húmedo. (Fernandez, 2016)

Se puede clasificar según el tiempo de permanencia:

- **Definitivas:** Es el resultado de una amputación total de colon y recto, abocado a piel el extremo del íleon que esté libre de enfermedad. Esta exteriorización se realiza mediante la eversión de la pared intestinal, con el fin de evitar el contacto de las heces con la piel circundante al estoma.
- **Temporales:** Por lo regular se recurre a una ileostomía temporal para “proteger” una anastomosis con riesgo de escape (posición baja en el recto, en un campo radiado, un paciente inmunocomprometido o desnutrido y en algunas operaciones urgentes), en este caso, el estoma se construye como una ileostomía en asa. (Muñoz & Pilamunga, 2013)

## 4.2.2 Indicaciones.

**4.2.2.1 Etiología de colostomía.** Una colostomía puede estar indicada para desviar el contenido del colon temporalmente de un proceso patológico en la porción distal del colon o en el recto, como un cáncer rectal obstructivo o un flemón en el colon sigmoide asociado a una diverticulitis. Tal colostomía suele ser una colostomía de asa usando el colon transverso. Otras circunstancias se tratan mejor con una colostomía terminal, en la que el final del colon sigmoide o, con mayor frecuencia, el descendente se fusiona con la piel de la

pared abdominal. Una colostomía terminal es un componente esencial de la proctectomía perineal abdominal perineal realizada para un cáncer rectal. (Sabiston, 2013)

La obstrucción del colon sigue siendo una de las causas más frecuentes, ya sea por enfermedad maligna o benigna (enfermedad diverticular obstructiva, enfermedades inflamatorias del intestino grueso, estenosis del colon posradioterapia, u origen isquémico).

La perforación del colon como resultado de patología maligna o benigna se acompaña de peritonitis localizada o generalizada, lo que hace no aconsejable efectuar resecciones y anastomosis inmediata. En esas situaciones una colostomía es lo recomendable, además de la resección del segmento patológico afectado.

Los traumatismos de colon son una gran fuente para la creación de colostomías. Si hay daños titulares graves, grandes laceraciones, zonas con desvascularización, shock prolongado, asociado con lesiones de otros órganos, etc. requieren ser tratados con colostomía.

Otras razones para efectuar colostomías son las intervenciones quirúrgicas. Así por ejemplo, la resección del recto en su totalidad en continuidad con el aparato esfinteriano requiere de la confección de una colostomía terminal y permanente, generalmente en colon descendente o sigmoideo. (Ayala, 2006)

### **Cuadro 1**

#### ***Indicaciones para realizar los diferentes tipos de colostomías***

<b>Colostomías Definitivas</b>	<b>Colostomías Temporales</b>
Neoplasia de recto y ano	Cáncer de colon izquierdo y recto
Lesiones inflamatorias	Diverticulitis
Traumatismos anorrectales	Fistulas recto vesicales
Incontinencia anal	Fistulas recto vaginales
Problemas congénitos	Traumatismos de colon, recto, ano
Fístulas secundarias a la radioterapia	Como protección de la anastomosis (peritonitis, lesión por radiación, isquemia)

Fuente: Katherine Vélez, 2016

**4.2.2.2 Etiología de ileostomía.** Las indicaciones para efectuar una ileostomía están actualmente en franco retroceso; así, por ejemplo, paciente con colitis ulcerosa y poliposis familiar de colon se resuelven mediante reservorios ileales con anastomosis ileoanales. Lo

habitual es que estos pacientes requieran de una ileostomía temporal mientras el reservorio se acomode y cicatrice en la cavidad pelviana. (Ayala, 2006)

- Colitis Ulcerosa
- Enfermedad de Crohn
- Poliposis múltiple
- Trauma
- Cáncer

**4.2.3 Complicaciones.** Debe tenerse en consideración que los estomas tienen su propio conjunto de complicaciones, sea en las fases tempranas o en las tardías. Cualquier complicación que se presente da lugar a que el paciente tenga dificultad para reintegrarse a su vida familiar, social y laboral. (Asociación Mexicana de cirugía general, 2017)

El hecho de ser portador de una ostomía acarrea al paciente diferentes problemas que afectan enormemente a su calidad de vida, además del coste económico que esta circunstancia conlleva para el sistema sanitario. Desde la perspectiva de la calidad de vida, sufrir la pérdida de control de los esfínteres, además de otros inconvenientes, puede alterar en gran medida el desarrollo social del paciente.

El mal olor que el paciente con ostomía cree percibir de forma continuada (que a menudo no es real y, por otra parte, si lo es, puede ser evitado en la mayoría de los casos haciendo uso de los diferentes productos sanitarios para ostomías disponibles en el mercado), unido a las ventosidades que trastornan el silencio o la conversación, son a veces suficientes para encerrar al enfermo en sí mismo. (Ayala, 2006)

Las rectificaciones de una ileostomía ocurren en forma frecuente y es una de las causas más comunes por las que hay que rehacer una ileostomía. Se originan por el uso de un segmento de íleon demasiado corto, por compromiso vascular isquémico del segmento exteriorizado o por aumento excesivo de peso del paciente en el post-operatorio. (Acosta & Tuárez, 2014)

En los primeros meses tras la operación los pacientes ileostomizados pueden sufrir complicaciones metabólicas, debido a que se les ha quitado quirúrgicamente el colon, que es la porción de intestino donde se absorbe el agua y la mayoría de los electrolitos, estas irán

regulándose a medida que el intestino se acomode a los cambios, aunque en ocasiones requieren suplementos alimenticios para el resto de su vida. (Fernandez, 2016)

**4.2.3.1 Necrosis.** Es la suma de los cambios morfológicos consecutivos a la muerte celular, se da en el asa ostomizada pudiendo ser superficial o profunda según las capas que comprometa, y total o parcial según la porción circunferencial afectada. Es causada por trastornos circulatorios, los que pueden deberse a: lesión de vasos, nutrientes, distensión postoperatoria, compresión por acción de la pared abdominal, intestino o mesocolon a tensión con tracción del eje vascular.

Clínicamente, el estoma adquiere una coloración granate oscura o negra generalmente en las primeras 24 horas tras la intervención. (Velasco, Jiménez, & Parajó)

La necrosis puede tratarse en forma conservadora recortando las partes comprometidas, si el intestino subaponeurótico es viable; en caso contrario es necesario una reoperación para liberación, resección y reimplantación del intestino que garanticen una ostomía viable y sin tensión.

**4.2.3.2 Edema.** Sobrecarga del líquido intersticial que afecta principalmente el asa de la ostomía; es producida por compresión de la pared abdominal o elementos artificiales, o incluso por uso inadecuado del electrocauterio; si es leve sólo requiere observación pero se puede requerir abrir el anillo de salida de la ostomía o disminuir la tracción o compresión de elementos externos.

**4.2.3.3 Infección.** Hay presencia de descarga de pus por la herida de la ostomía. Se manifiesta por dolor en la zona periestomal, inflamación, supuración y fiebre. Puede ser consecuencia de la infección de un hematoma o un granuloma de la sutura, o de la contaminación del lecho quirúrgico cuando se revisa o se reconstruye un estoma en el mismo lugar. El tratamiento incluye antibioterapia, curas locales y, si hay un absceso, un drenaje quirúrgico. (Velasco, Jiménez, & Parajó)

**4.2.3.4 Obstrucción.** Ocurre a causa de adherencias, bridas, hernias internas, compresión de la varilla en los estomas en asa o impactación del bolo fecal. Es más prevalente en los pacientes con ileostomía.

**4.2.3.5 *Dermatitis periostomal.*** Es la inflamación irritativa de la piel periostomal que va desde la congestión a la erosión dérmica, es provocada por el contacto con materias fecales o por reacciones alérgicas causadas por los materiales artificiales que componen el estoma. (Arenas, 2015). Su incidencia es mayor en las ileostomías al ser las heces más líquidas con una emisión más frecuente y debido a las enzimas proteolíticas y el contenido alcalino del íleo que puede dañar la estructura epidérmica y provocar una excoriación cutánea.

Etiología de las alteraciones cutáneas periostomales:

- **Lesión química:** dermatitis irritativa por contacto del efluente
- **Lesión mecánica:** presión, separación mucocutánea, denudación por adhesivos
- **Infeciosa:** foliculitis, candidiasis
- **Inmunológica:** dermatitis alérgica de contacto
- **Lesiones relacionadas con enfermedades:** pioderma gangrenoso, varices periostomales. (Velasco, Jiménez, & Parajó)

El tratamiento consiste en aseo repetido, protección de la piel y uso adecuado de las bolsas de ostomía.

**4.2.3.6 *Evisceración.*** Es la comunicación del contenido de la cavidad abdominal con el exterior, a través de un defecto artificial (la herida de la ostomía), puede ser bloqueada o libre (con protusión visceral), se produce mayormente por técnica quirúrgica defectuosa, desnutrición y esfuerzos violentos en recién operados; el tratamiento en la forma bloqueada es inicialmente de observación, pero en la forma libre es quirúrgico de urgencia, reintegrando el contenido abdominal a su cavidad con una adecuada fijación. (Orlando).

**4.2.3.7 *Retracción.*** Se produce un hundimiento del estoma y parece ocurrir con más frecuencia en las ileostomías aunque sin datos concluyentes. En algunos estudios aparece como una de las complicaciones más prevalentes, hasta en un 40% de los pacientes. (Arenas, 2015).

La causa más común es la tensión en el intestino. Es más frecuente en los pacientes obesos, por la combinación de la existencia de mesos gruesos y cortos y un mayor espesor del tejido celular subcutáneo.

El hundimiento completo con desprendimiento mucocutáneo puede provocar una contaminación subcutánea simplemente o una contaminación subfascial con peritonitis y una sepsis que obliga a reintervenir al paciente de forma urgente. (Velasco, Jiménez, & Parajó).

**4.2.4 Efectos psicológicos.** El impacto de una ostomía puede ser desbastador, incluso en un período postoperatorio sin complicaciones. El paciente se encuentra en ocasiones sin conocimiento previo, con un segmento del intestino exteriorizado a través de la pared abdominal por donde escapan las sensaciones de flatulencias y materia fecal; la falta de adaptación y depresión resultan comunes. La forma en que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada, impacta sobre su capacidad de establecer relaciones personales, experimentar y expresar su sexualidad y pasar por el proceso de recuperación.

El diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad que requirió cirugía, son factores críticos que determinan los efectos psicológicos de la ostomía. El paciente con una larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal, tendrá una reacción diferente a la cirugía con ostomía, que un paciente con cáncer rectal recientemente diagnosticado que debe recibir de inmediato una ostomía inesperada. El temor a volver a padecer una ostomía y a la muerte son temas principales de preocupación para el paciente con cáncer, mientras el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal puede esperar ver mejorada su salud, después de la cirugía.

El hecho de que la ostomía sea temporal o permanente, influye sobre la respuesta emocional del paciente. Así mismo, si un individuo centra su adaptación a la naturaleza temporaria de la ostomía, y esta debiera ser convertida en permanente por alguna causa clínica posterior, el cambio puede resultar emocionalmente invalidante.

La respuesta emocional puede variar dependiendo de la personalidad, edad, nivel cultural, apoyo familiar, etc. Sin embargo, hay sentimientos comunes a la mayoría de pacientes, entre ellos la sensación de vulnerabilidad ante esta situación adversa. A este sentimiento hay que añadir otros que derivan de la enfermedad de base y cirugía. Es común la ansiedad ante un pronóstico incierto, la tristeza, el cansancio y debilidad física. Además, la hospitalización genera la pérdida temporal del rol, el abandono del entorno, la falta de apoyos sociales, la carencia de intimidad o la pérdida del control sobre las decisiones y actividades. Todo ello provoca inseguridad y aumenta esa percepción de vulnerabilidad. (Acosta & Tuárez, 2014)

El paciente ostomizado precisa de una completa información así como de un gran apoyo emocional. El miedo a no poder llevar una vida social normal, así como la ansiedad provocada por la existencia de una enfermedad maligna, provoca un estado emocional que precisará de ayuda del profesional médico y la de todos los que le rodean. Es conveniente comenzar a realizar educación sanitaria desde el mismo momento de la indicación de la intervención. (Muñoz, Panduro, Crespillo, Rojas, & Gonzalez, 2010)

**4.2.5 Morbilidad y mortalidad.** La United Ostomy Association (UOA) grupo voluntario de 40.000 miembros con estomas de diversos tipos, se dio a la tarea de reunir datos de pacientes de Estados Unidos y Canadá que tienen un estoma intestinal. Una revisión de 15.000 de estas entradas muestra que la incidencia máxima de construcción de ileostomía debido a colitis ulcerosa ocurre entre los 20 y 40 años de edad, con un máximo más bajo pero con el mismo rango de edad en presencia de enfermedad de Crohn. El segundo máximo más grande representa colostomía construidas debido a cáncer colorrectal, y este ocurre a los 60 a los 80 años. (Ortega, 2013)

En América Latina los datos que Argentina reporta son: que dos de cada mil de la población argentina convive con una ostomía, lo que supone en total un colectivo de 30.000 personas. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomía correspondería a tres de cada mil de la población adulta argentina. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4 por mil de los adultos. (Cruz-Castañeda, y otros, 2009)

En Ecuador en un estudio realizado en Quito por la Universidad Central en el 2006 reporta que el trauma abdominal y el abdomen agudo obstructivo constituyeron las principales indicaciones para realizar colostomía e ileostomía respectivamente, en los tres hospitales de estudio (Enrique Garcés, Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez). El 88% de las colostomías fueron tipo Hartman y 99 % de ileostomías tipo Brooke. El 61 % de los pacientes fueron restituidos el tránsito intestinal en un lapso promedio de 5 meses; las complicaciones estuvieron entre el 11 y 48 %. La mortalidad se presentó en 19.8 %, el 50 % correspondió al grupo etario de mayores de 65 años, todos los pacientes fallecidos presentaron al menos una enfermedad asociada. (Muñoz & Pilamunga, 2013)

En el Hospital Carlos Andrade Marín la incidencia de pacientes ostomizados va en un promedio de 20 a 30 pacientes por mes, de los cuales el 72 % presentan ostomías digestivas o de eliminación y el 28% restante otro tipo de ostomías. (Vélez, 2016)



### 4.3 Rafia primaria

Desde el siglo XIX se empezó a estudiar la cicatrización del tracto digestivo y se determinó la necesidad del afrontamiento de ambos bordes de los muñones intestinales para lograr una anastomosis con éxito; además se determinó la necesidad de lograr buena hemostasia y cierre hermético.

Lembert en 1826 definió el dogma de afrontar las serosas por inversión de capas digestivas; en esa época el material utilizado era seda y catgut. Halsted en 1887 demostró la importancia del afrontamiento de la capa submucosa.

Pierre Jourdan en 1965 demostró que la sutura intestinal en un solo plano ofrecía buena resistencia. Hult en 1909 describió los principios del engrapado mecánico intestinal. Mark Ravith en 1958 desarrolló la técnica de engrapado pulmonar en su laboratorio en Baltimore y fundó una empresa de anastomosis mecánica; la primera engrapadora mecánica desechable se comercializó en 1976. Orr en 1969 demostró claramente que la sutura en un solo plano era segura y eficaz. (Morales, Clemente, & Santos, 2017)

Con el mejoramiento de las técnicas de cuidados intensivos y la terapia antimicrobiana, numerosos centros especializados actualmente tratan a sus pacientes con la reparación directa del intestino haciendo cierre primario de la lesión. Las ventajas potenciales son evitar las complicaciones del estoma y la necesidad de un segundo procedimiento para cerrar el estoma, así como la disminución de los costos y de los problemas psicológicos debidos al cuidado del estoma; solo en casos seleccionados se recomienda la ostomía.

Existen múltiples estudios con nivel de evidencia I, II y III que han demostrado que la sutura primaria es el método de elección actual en el manejo de las lesiones de intestino no destructivas (lesión < del 50 % de la circunferencia). Las heridas deben desbridarse cuando tienen los bordes necróticos. (Tagle, 2015)

La sutura primaria es un método que debe realizarse siempre que sea factible. Se obtienen buenos resultados con la combinación de cefalosporinas, aminoglucósidos y metronidazol, y siempre que se pueda chequear periódicamente la función renal debe emplearse. La sepsis de la herida fue la causa más frecuente de complicaciones. En pocos casos las lesiones de colon estuvieron directamente relacionadas con las complicaciones. El lavado amplio de la cavidad abdominal con povidona yodada y posteriormente con solución salina demostró ser

efectivo para el control de la sepsis intraabdominal posoperatoria. (Medina, Cruz, Vargas, & Guerra, 2009)

**4.3.1 Definición.** Se entiende por reparación primaria de las heridas al tratamiento quirúrgico de estas lesiones mediante la sutura simple o la resección con anastomosis inmediata sin derivación.

Para el cierre simple se requiere la resección de los bordes de la herida hasta lograr tejidos con buena nutrición. En las heridas de bala esta resección de los bordes deberá contemplar el daño tisular contusivo inferido por la energía cinética del proyectil liberada a su paso por los tejidos, cuya zona isquémica llega a veces a más de 2 cm. del margen de la lesión. El cierre se efectúa en uno o dos planos sobre tejidos de vitalidad asegurada. Cuando se realiza en dos planos, el primero total, se hace en surget con material reabsorbible y el segundo plano a puntos separados seroseroso con material no reabsorbible ambos con agujas atraumáticas. Cuando se hace en un plano, se efectúa a puntos separados seroseroso con material no reabsorbible. La resección y anastomosis inmediata está indicada en las lesiones colónicas graves con destrucción de la pared o en aquellos casos en que la lesión de los vasos del meso comprometen la viabilidad del colon. (Solarte, 2016)

El cierre primario requiere como mínimo selección protocolizada del paciente, tejidos con riego sanguíneo adecuado, debridamiento amplio y sutura en dos planos con material absorbible para obtener un resultado exitoso.

Deberá excluirse a todo paciente con lesiones complejas que acompañen a la lesión, hemorragia calculada en más de 1,500 ml con requerimiento de transfusión masiva, contaminación fecal importante en asociación o no a procedimiento quirúrgico diferido, tiempo desde la lesión hasta el tratamiento >6 horas. (Oviedo, Ayes, & Ordoñez, 2001)

En la reparación primaria el tratamiento inicial de la lesión es definitivo y no se requieren procedimientos adicionales o adjuntos. Puede acompañarse por sutura de perforaciones, o por la resección del segmento afectado. (Valle, Ramos, & Figueroa, 2010)

Las suturas intestinales pueden ser de diversos tipos:

- Dos planos borde a borde
- Un plano extramucoso
- Un plano extramucoso y submucoso

- Un plano total posterior y anterior extramucoso etc.

A su vez, pueden realizarse de forma mecánica o manual, videoasistida o a cielo abierto, a puntos sueltos o continuos. (Armas, 2010)

Los principios básicos de realización de anastomosis exitosa son un paciente bien nutrido, sin contaminación fecal en el sitio de la anastomosis, adecuada exposición y acceso a la anastomosis, tejidos vascularizados, anastomosis sin tensión y técnica meticulosa. Para realizar las anastomosis se han empleado múltiples materiales y técnicas quirúrgicas, dentro de los que se incluyen engrapadoras, anastomosis manuales, suturas en una sola capa o cierre en dos capas, sutura continua o puntos interrumpidos y diversos puntos de inversión de la mucosa intestinal. (Morales, Clemente, & Santos, 2017)

**Terminología de las anastomosis intestinales:** De manera didáctica se han descrito cuatro tipos principales de anastomosis intestinales:

- Término-terminal.
- Término-lateral.
- Latero-terminal.
- Latero-lateral.

Por otro lado, en 1969, Steichen propuso el término “anastomosis latero-lateral funcionalizada” o comúnmente llamada anastomosis funcional para referirse a la buena función de la anastomosis latero-lateral similar a las anastomosis término-terminales (Morales, Clemente, & Santos, 2017)

Existen múltiples materiales de sutura para realización de anastomosis intestinales. El material de sutura ideal es aquel que presente mínima inflamación y reacción tisular y máxima fuerza en la fase de cicatrización. Todas las suturas que se empleen en las anastomosis intestinales son cuerpos extraños para el organismo y generan reacción tisular local variable de acuerdo con el material utilizado, siendo la seda el más reactivo. El tipo de sutura seleccionado se basa en el sitio del tracto gastrointestinal a realizar la anastomosis. (Morales, Clemente, & Santos, 2017)

**4.3.2 Causas para realizar rafia primaria.** Las causas más frecuentes de resección intestinal son, en adultos, las cirugías agresivas secundarias a causas vasculares y

neoplásicas, y las secuelas de enfermedad de Crohn con mal control farmacológico. En España, las resecciones están provocadas, sobre todo, por la isquemia mesentérica (20-30 % de los pacientes), la obstrucción tumoral (20 %) y la enfermedad de Crohn (5-20 %). Las causas principales de resección son:

- Enfermedad diverticular
- Colitis isquémica
- Vólvulos
- Cáncer colorrectal
- Cáncer de intestino delgado
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Lesiones traumáticas intestinales.
- Perforaciones intestinales (de causa ulcerativa o ingestión de cuerpos extraños)

Sin embargo, las anastomosis a menudo son frágiles y se producen dehiscencias que terminarán, en algunos casos, en nuevas intervenciones para re-anastomosar o en algunos casos realizar un estoma de descarga que proteja dicha anastomosis. (Arenas, 2015)

La resección de urgencia es necesaria por obstrucción, perforación o hemorragia. En estos casos, el intestino casi nunca está preparado y el paciente puede estar inestable. Debe hacerse todo lo posible por resecar el segmento afectado junto con el aporte linfovascular.

Cuando la resección incluye el colon derecho o el transversal proximal (colectomía derecha o derecha extendida), se lleva a cabo con seguridad una anastomosis ileocólica primaria en tanto parezca sano el intestino restante y el paciente se encuentre estable.

En tumores del lado izquierdo, la conducta tradicional incluye sección del intestino afectado y colostomía terminal, con fístula mucosa o sin ella. Sin embargo, cada vez existen más datos que sugieren que en estos casos puede tener la misma seguridad una anastomosis primaria con lavado colónico transoperatorio, e ileostomía de derivación, o sin ella. Si el colon proximal no parece sano (alteración vascular, desgarros serosos, perforación) puede efectuarse una colectomía subtotal con anastomosis del intestino delgado al rectosigmoide.

Aún son seguras y apropiadas la resección y derivación (ileostomía o colostomía) si en apariencia está alterado el intestino o el paciente se encuentra inestable, desnutrido o inmunodeprimido. (Schwartz, 2011)

Existen múltiples indicaciones para realizar anastomosis intestinales, tales como tumores gastrointestinales, isquemia, trauma, perforación, hernias complicadas, fístulas intestinales, úlceras o sangrado y estenosis intestinales. (Morales, Clemente, & Santos, 2017)

**4.3.3 Contraindicaciones.** Tradicionalmente se han descrito contraindicaciones absolutas y relativas. Dentro de las contraindicaciones absolutas se pueden describir estados donde los muñones distales de la anastomosis tienen escasa irrigación sanguínea o presentan viabilidad poco clara incluso después de procedimiento de revascularización. Algunas contraindicaciones relativas son sepsis abdominal, inestabilidad hemodinámica y entidades como enfermedad de Crohn extensa donde se ha sugerido como preferencia la realización de procedimientos conservadores de intestino como estricturoplastia en lugar de resección intestinal. (Morales, Clemente, & Santos, 2017)

**4.3.4 Complicaciones.** Las suturas digestivas, y en particular las de colon, siempre han sido una preocupación para los cirujanos, por la gravedad de las complicaciones que pueden presentarse. Entre ellas la principal es la dehiscencia de suturas, por lo que la sutura primaria solamente se realiza en casos excepcionales, con lesión única, lineal, y sin derramamiento de contenido fecal. (Medina, Cruz, Vargas, & Guerra, 2009)

Uno de los factores asociados a mayores complicaciones y riesgos en el cierre primario es el tiempo (mayor de 6 horas) en el inicio del tratamiento quirúrgico. (Tagle, 2015).

**4.3.4.1 Dehiscencia de sutura.** Es la complicación más frecuente después de realizar una reparación primaria. Es la falta de una adecuada adhesión de los tejidos suturados con apertura del cierre primario o de la anastomosis con la consecuente fuga del contenido intestinal. (Tagle, 2015)

**4.3.4.2 Infección de sitio quirúrgico.** Es una infección que ocurre después de una cirugía. Algunos de los síntomas comunes de una infección del sitio quirúrgico son:

- Enrojecimiento y dolor alrededor de la herida o del área donde tuvo cirugía
- Drenaje de líquido purulento de la herida quirúrgica
- Fiebre

**4.3.4.3 Hemorragia.** Se presenta en 1 a 5.4 % de las anastomosis intestinales. Se manifiestan con sangrado directo (hematoquezia) o de manera indirecta con anemia posterior a la realización de anastomosis intestinal. (Morales, Clemente, & Santos, 2017)

**4.3.5 Morbilidad y mortalidad.** La reparación primaria fue evaluada en cinco estudios clase 1 y en dieciocho estudios clase 2. Los metaanálisis sugieren, con nivel de evidencia 1, que el cierre primario es el tratamiento de elección cuando la lesión de colon compromete menos de la mitad de la circunferencia y no hay devascularización ni peritonitis. (Pari, 2010)

En 1951 se publicó un artículo en el que se presentaba una serie de pacientes con lesiones menores, en los que se realizó resección primaria y se planteó la necesidad de un cambio de conducta, pero la sugerencia no tuvo buena aceptación en la comunidad médica y quedó en el olvido hasta que, en 1979, Stone publicó el primer estudio prospectivo y aleatorio en el que se evaluó el resultado de la colostomía y cierre primario.

En el estudio, 268 pacientes, sin criterios de exclusión, fueron asignados aleatoriamente a dos grupos. en el primero, los 67 pacientes fueron sometidos a cierre primario; los 72 pacientes del segundo grupo quedaron con colostomía derivativa. Los criterios de exclusión, en esta etapa, fueron los criterios de colostomía de urgencia: shock preoperatorio, hemoperitoneo de más de un litro, dos o más órganos dañados dentro del abdomen, contaminación fecal significativa, más de ocho horas de evolución post trauma, lesión colónica que requiera resección, pérdida de la pared abdominal que requiera reparación con malla o material protésico, y lesiones de grandes vasos que requieran prótesis vasculares. Lo relevante del estudio de Stone es que los pacientes manejados con cierre primario tuvieron menos infecciones, menos días de estadía hospitalaria, mejor calidad de vida y menor costo.

Conrad, en 2000, publicó en *Colon and Rectum Disease* un trabajo en el que concluyó que el cierre primario es de elección en lesiones leves, que la resección y anastomosis están indicadas en la mayoría de los casos y que la ostomía derivativa debe efectuarse sólo en pacientes con lesiones múltiples intraabdominales y con comorbilidad importante. (Romero, 2005)

En un estudio realizado en México se observó que en los pacientes con cierre primario se inició la vía oral entre el segundo y tercer día posoperatorio, siendo la estancia intrahospitalaria más corta que en los pacientes sometidos a ostomía derivativa, con un

promedio de estancia intrahospitalaria entre cinco y siete días. (Robles, Murillo, Murakami, & Silva, 2009)

La anastomosis primaria ha sido descrita como una técnica posible en el manejo de las lesiones colónicas, especialmente las traumáticas con peritonitis secundaria no severa. Pero su uso se ha visto limitado por el riesgo de dehiscencia con complicaciones secundarias que pueden llevar incluso a la muerte. Es sabido que los pacientes con anastomosis primaria tienen una incidencia menor de infección con una tasa de mortalidad similar a los casos manejados con anastomosis y colostomía de protección, pero con una estancia postoperatoria más corta y con los significativos beneficios psicológicos y sociales para el paciente. (Uzcátegui, y otros, 2011)

## **5 Materiales y métodos**

### **5.1 Enfoque**

Cuantitativo

### **5.2 Tipo de estudio**

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

### **5.3 Unidad de estudio**

La investigación se realizó en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros que se encuentra en la ciudad de Loja, Ecuador, ubicado en Calle Ibarra y Santo Domingo de los Colorados.

### **5.4 Universo**

Comprendido por 325 pacientes que acudieron al Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017 con abdomen agudo que presentaron patología intestinal.

### **5.5 Muestra**

Pacientes con abdomen agudo que fueron intervenidos quirúrgicamente durante el periodo 2013-2017, que cumplen con los criterios de inclusión, corresponden 64 pacientes.

### **5.6 Criterios de inclusión.**

- Pacientes atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja, durante el periodo 2013-2017 con abdomen agudo que presentaron patología intestinal
- Pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente
- Edad comprendida entre 18 y 90 años, independientemente del sexo.

### **5.7 Criterios de exclusión.**

- Pacientes embarazadas
- Pacientes con dolor abdominal crónico
- Historias clínicas incompletas.
- Pacientes que no fueron intervenidos quirúrgicamente



## **5.8 Técnica**

La recolección de la información se realizó mediante un formulario de recolección de datos, elaborado por el autor, descrito en el anexo 1, los datos, se obtuvieron mediante la exploración de las Historias Clínicas virtuales de pacientes que presentaron diagnóstico de abdomen agudo por patología intestinal que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja, durante el periodo 2013 al 2017 que constan en el sistema AS400.

## **5.9 Instrumento**

Formulario de recolección de datos, elaborado por el autor, descrito en el anexo 1, el cual consta de la información del paciente y comprende la compilación y evaluación de material bibliográfico y demás información referencial disponible sobre las variables a tratar.

Se determinó si el paciente presentó abdomen agudo y se estableció la etiología del mismo, la cual se ha agrupado en cuatro ítems: inflamatorio, traumático, vascular y obstructivo, a su vez cada uno se clasificó en diversas patologías con sus respectivos indicadores.

Además, se evidenció la técnica utilizada en los pacientes, que puede ser ostomía o rafia primaria, tomando en cuenta el tiempo, localización, complicaciones y mortalidad de cada una.

## **5.10 Procedimiento**

La presente investigación se llevó a cabo mediante la aprobación del tema y obtención de la pertinencia por parte de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Autorización de las autoridades del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja para acceder a la información pertinente.

Revisión de las historias clínicas en el sistema AS400 de los pacientes con abdomen agudo que presentaron patología intestinal que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros durante el periodo 2013-2017, que cumplieron con los criterios de inclusión para el posterior llenado del instrumento para la recolección de datos.

Organización de la información mediante el ingreso de datos a base electrónica Microsoft Excel para elaboración de tablas y gráficos; análisis de resultados y elaboración de conclusiones y recomendaciones.

### **5.11 Equipos y Materiales**

- Impresora
- Computadora
- Material de escritorio
- Textos/bibliografía
- Sistema AS400
- Instalaciones: Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja

### **5.12 Análisis estadístico**

Una vez recolectados los datos se utilizó el programa Microsoft Excel para la elaboración de tablas de los resultados obtenidos.

## 6 Resultados

### 6.1 Resultado para el primer objetivo.

Determinar la etiología de los pacientes que fueron sometidos a rafia primaria u ostomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017

*Tabla 1. Etiología de los pacientes que fueron sometidos a rafia primaria u ostomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017*

Procedimiento	Etiología	f	%
Rafia primaria	Tumor maligno de colon	9	42,86
	Tumor maligno de recto	4	19,05
	Perforación intestinal	2	9,52
	Vólvulo	2	9,52
	Tumor maligno de duodeno	2	9,52
	Tumor maligno de apéndice	1	4,76
	Enfermedad diverticular	1	4,76
	Total	21	100%
Ostomía	Tumor maligno de recto	26	60,47
	Tumor maligno de colon	8	18,60
	Tumor maligno de duodeno	2	4,65
	Vólvulo	2	4,65
	Apendicitis complicada	1	2,33
	Enfermedad diverticular	1	2,33
	Perforación intestinal	1	2,33
	Tumor maligno de ciego	1	2,33
	Íleo paralítico	1	2,33
Total	43	100%	

*Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.*

*Elaborado por: Priscila Elizabeth Jumbo Castillo.*

**Análisis:** Dentro de las patologías intestinales, el tumor maligno de recto se establece como la etiología más habitual en los pacientes con el 46.88 % (n =30), en donde se realizaron un mayor número de ostomías (n =26); la segunda patología más frecuente fue el tumor de colon que representa el (n =17), en la que no hubo una gran diferencia en la cirugía empleada. Tomando en cuenta todas las etiologías, se observa un porcentaje mayor de ostomías, representando el 67.19 % (n =43) frente a rafia primaria con 32.81 % (n =21).

## 6.2 Resultado para el segundo objetivo.

Establecer las complicaciones inmediatas que se presentaron en los pacientes sometidos a rafia primaria y ostomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017

*Tabla 2. Complicaciones inmediatas que se presentaron en los pacientes sometidos a rafia primaria en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017*

<b>Complicaciones - Rafia primaria</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Infección y dehiscencia de sutura</b>	5	23,81%
<b>Dehiscencia de sutura</b>	1	4,76%
<b>Infección de sitio quirúrgico</b>	1	4,76%
<b>Necrosis</b>	1	4,76%
<b>Reintervención</b>	3	14,29%
<b>Ninguna</b>	13	61,90%
<b>Total</b>	8	38,09%

*Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.*

*Elaborado por: Priscila Elizabeth Jumbo Castillo.*

*Tabla 3. Complicaciones inmediatas que se presentaron en los pacientes sometidos a ostomía en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017*

<b>Complicaciones - Ostomía</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Infección de sitio quirúrgico</b>	10	23,26%
<b>Hemorragia</b>	2	4,65%
<b>Infección y dehiscencia de sutura</b>	1	2,33%
<b>Absceso peritoneal</b>	1	2,33%
<b>Bradycardia en inducción anestésica e inestable durante posoperatorio</b>	1	2,33%
<b>Hernia paraostomal estrangulada con necrosis</b>	1	2,33%
<b>Reintervención</b>	2	4,65%
<b>Ninguna</b>	27	62,79%
<b>Total</b>	16	37,21%

*Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.*

*Elaborado por: Priscila Elizabeth Jumbo Castillo.*

**Análisis:** Después de la intervención quirúrgica, de un total de 64 pacientes, 24 de ellos presentaron complicaciones, se observaron en 38.09 % (n = 8) de pacientes sometidos a rafia primaria y 37.21 % (n = 16) de pacientes sometidos a ostromía; la complicación que se presentó con mayor frecuencia después de la realización de rafia primaria fue la dehiscencia de sutura e infección en un 23,81 % (n = 5) y en ostromía fue la infección en un porcentaje de 23.26 % (n = 10), produciéndose principalmente peritonitis. Cabe recalcar que se necesitó reintervención en 7.81 % (n = 5)

### 6.3 Resultado para el tercer objetivo.

Estimar la morbilidad y mortalidad de los pacientes según la técnica quirúrgica empleada en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017

*Tabla 4. Morbilidad post operatoria de los pacientes según la técnica quirúrgica empleada en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017*

Procedimiento	N° de cirugías con complicaciones	Total de cirugías realizadas	%
Rafia primaria	8	21	12,50
Ostomía	16	43	25,00

*Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.*

*Elaborado por: Priscila Elizabeth Jumbo Castillo.*

**Análisis:** La tasa de morbilidad para los pacientes a los que se les realizó rafia primaria fue de 12,50 % y para los que se les realizó ostomía fue de 25,00 %.

*Tabla 5. Mortalidad de los pacientes según la técnica quirúrgica empleada en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja durante el periodo 2013-2017*

Cirugía	Rafia primaria		Ostomía	
	f	Mortalidad	f	Mortalidad
Vivos	17	6,25 %	24	29,69 %
Fallecidos	4		19	

*Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.*

*Elaborado por: Priscila Elizabeth Jumbo Castillo.*

**Análisis:** La tasa de mortalidad para los pacientes a los que se les realizó ostomía fue de 29,69 % y para los que se les realizó reparación primaria fue de 6,25 %, siendo la causa más frecuente peritonitis,

## 7 Discusión

La anastomosis primaria ha sido descrita como una técnica posible en el manejo de las lesiones colónicas, especialmente las traumáticas con peritonitis secundaria no severa. Pero su uso se ha visto limitado por el riesgo de dehiscencia con complicaciones secundarias que pueden llevar incluso a la muerte. Es sabido que los pacientes con anastomosis primaria tienen una incidencia menor de infección con una tasa de mortalidad similar a los casos manejados con anastomosis y colostomía de protección, pero con una estancia postoperatoria más corta y con los significativos beneficios psicológicos y sociales para el paciente. (Uzcátegui, y otros, 2011)

En este estudio, patologías como tumor maligno de recto y colon ocupan el primer lugar entre las causas más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico, lo que contrasta con un estudio realizado en el Hospital Luis Vernaza en el año 2013, donde la patología causal que lleva a la realización de la estoma intestinal; con mayor incidencia fue la enfermedad diverticular complicada con un 20%, trauma abdominal por arma de fuego con 18%, la apendicitis complicada con 17% y la oclusión intestinal con 14%. (Morán, 2014)

Las principales complicaciones por empleo de sutura primaria en los hospitales docentes de La Habana fueron: infección del sitio quirúrgico y sangramiento postoperatorio, y los factores relacionados con ellas: el agente causal y la severidad de las lesiones. (Pinilla, Morales, & Gutierrez, 2016). Lo que contrasta con los resultados encontrados, en donde la dehiscencia de sutura y posterior infección se presentó en un porcentaje de 23,81 %. En cuanto a los pacientes ostomizados, la complicación prevalente fue infección de sitio quirúrgico con un porcentaje de 23,26 %.

En la investigación realizada en el Hospital de Córdoba, publicado en el año 2012, se encontró que en el grupo de pacientes ostomizados las complicaciones que se presentaron fueron mayores 41%, en contraste de los pacientes a los que se les realizó cierre primario 34%. Estos resultados discrepan con lo encontrado en este estudio, en donde se obtuvo que 38,09% de los pacientes a los que se les realizó reparación primaria presentaron complicaciones y 37,21% de los pacientes ostomizados las presentaron.

Algunos autores hacen referencia a que una sutura o anastomosis en el colon izquierdo, sobre todo el ángulo esplénico, pueden fallar por la escasa irrigación de la zona. Frame y col. analizaron una serie de pacientes discriminando las complicaciones según la región



anatómica del colon afectado, sin encontrar diferencias entre las mismas. Karanfilian y col., expusieron resultados similares concluyendo que la zona del colon afectada no es un factor predictivo de fracaso del cierre primario. (Vélez S. E., 2012)

En la investigación del Hospital de Córdoba también se demuestra que hubo mayor mortalidad 14% en pacientes a los que se les realizó ostomía, contra 1,7% de los pacientes a los cuales se les realizó reparación primaria, siendo ambos grupos de similares características. Lo cual se asemeja a los resultados encontrados en este estudio, en donde la mayor mortalidad se observó en pacientes ostomizados.

Dente y col. y Burch y col. notaron que la mortalidad está más relacionada a factores sistémicos, generalmente secundaria a la exanguinación, sepsis o al fallo multiorgánico, que a factores locales concernientes a la herida intestinal.

Los factores de riesgo tradicionalmente aceptados que contraindican una rafia primaria son: shock ( $TA < 90/60$ ), lesiones asociadas, contaminación fecal presente, tiempo de evolución mayor que 6 h, colon izquierdo afectado, mecanismo del trauma, grado de lesión del colon y la necesidad de resección colónica. Podrían ser eventos que sirven para pronosticar posibles complicaciones, como falla orgánica múltiple, abscesos o infección de herida quirúrgica, pero no marcan un pronóstico en cuanto a la falla de una reparación primaria.

La tendencia al tratamiento primario se ha ido generalizando en el mundo a partir del decenio de 1960. Se observa un descenso en la mortalidad junto al uso más frecuente de este tipo de tratamiento, y se obtienen muy buenos resultados. Un estudio aleatorizado mostró que la colostomía no protege de las dehiscencias, si bien disminuye su gravedad clínica.

Últimamente los estudios han demostrado que las resecciones y anastomosis pueden realizarse con seguridad en los traumatismos y heridas del colon.

En la actualidad, al enfrentarse a las lesiones colorrectales, la tendencia es la sutura primaria o la resección y anastomosis primaria, mientras que la colostomía se reserva para graves lesiones de recto o destrucción perineal, asociando antibióticos de amplio espectro frente a gérmenes aerobios y anaerobios.

Las guías de la Asociación de Cirugía del Trauma del Este (EAST) aconsejan la resección y colostomía en pacientes con lesiones graves o enfermedades subyacentes significativas. (Rafael, Sarah, Juan, Armando, & Hilario, 2009)

Por lo planteado podemos decir que la sutura primaria es mucho más económica y factible, al garantizar que el paciente se incorpore a su vida integra mucho más rápido; pero en última instancia, y dada la gran variabilidad de situaciones intraoperatorias, el tratamiento quirúrgico deberá ser individualizado. (Pinilla, Morales, & Gutierrez, 2016)

## 8 Conclusiones

- Dentro de las patologías intestinales, las neoplásicas se han presentado con mayor frecuencia, como son el tumor maligno de recto y colon, en las cuales se ha resuelto mediante dos procedimientos quirúrgicos, siendo la ostomía la que se realizó al mayor número de pacientes. En algunas patologías la reparación primaria es una práctica segura que implica menos costos y no hay afectación psicológica como en la ostomía.

Debido a la variedad de situaciones como el estado del paciente previo al procedimiento quirúrgico y sus factores asociados como edad, enfermedades concomitantes, obesidad, el tratamiento deberá ser individualizado.

- El mayor porcentaje de complicaciones se obtuvo mediante la utilización de la técnica de reparación primaria, por presencia de infección de sitio quirúrgico, por lo que es importante considerar la técnica y las condiciones quirúrgicas, así como el manejo postoperatorio.
- El estudio muestra una mayor tasa de morbilidad postoperatoria en pacientes a los que se les realizó una ostomía en relación a los que se les realizó reparación primaria. Además, se presentó una mayor tasa de mortalidad con la realización de ostomías, lo cual está relacionado con el grado de contaminación de la cavidad, la asociación de lesión de otros órganos intra-abdominales y el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento.

## 9 Recomendaciones

- Realización de estudios en las diferentes casas de salud sobre el tema, debido a que no existen datos sobre el uso estas técnicas quirúrgicas, a nivel local.
- Implementación de protocolos en el área de cirugía del Hospital Manuel Ygnacio Monteros para el manejo de pacientes con abdomen agudo, con patología intestinal que necesiten resolución quirúrgica, en el cual se debe considerar criterios para una adecuada elección de la técnica a emplear, según el estado del paciente.
- Capacitación para el paciente acerca de estilo de vida saludable, para de esta manera disminuir la incidencia de patologías que complican el procedimiento quirúrgico.

## 10 Bibliografía

- Acosta, A., & Tuárez, K. (2014). *Impacto psicoemocional en pacientes con ostomía ambulatoria atendidos en la Consulta Externa del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”.* Octubre/2013-2014. Portoviejo. Obtenido de <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/283/1/TESIS%20IMPACTO%20PSICOEMOCIONAL%20EN%20OSTOMIZADOS.pdf>
- Águla, O., Rodríguez, R., Jiménez, R., Gonzalez, J., Guedes, L., & Capín, N. (2006). Guía para el manejo de abdomen agudo en la atención primaria en salud. *Finlay. Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos*, 11(Especial 1), 128-133. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/25\\_abdomen\\_agudo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/25_abdomen_agudo.pdf)
- Arenas, J. (2015). *El alto débito por la ostomía: implicaciones clínicas, detección y manejo.* Granada. Obtenido de <https://hera.ugr.es/tesisugr/2488621x.pdf>
- Armas, B. (Septiembre - Octubre de 2010). Sobre riesgos de las anastomosis intestinales. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(5). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552010000500001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500001)
- Asociación Mexicana de cirugía general, A. (2017). *Tratado de cirugía general* (Tercera ed., Vol. I). (D. J. Saavedra, Ed.) Ciudad de México, México: El Manual Moderno.
- Ayala, A. E. (Septiembre de 2006). El paciente ostomizado. *Farmacia Profesional*, 20(8). Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-el-paciente-ostomizado-13092624?referer=buscador>
- Barcelona, C. (2014). *Reparación primaria versus colostomía.* Guayaquil.
- Bassy, N., Rodríguez, J., Esteban, M., & Chávez, R. (2015). Abdomen Agudo.
- Bazán, A., & Cabrera, G. (2014). Abdomen Agudo.
- Bejarano, M., Gallegos, C., & Gómez, J. (2011). Frecuencia de Abdomen Agudo Quirúrgico en Pacientes que Consultan al Servicio de Urgencias. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(1).

- Cruz-Castañeda, O., Cano-Garduño, M. A., Pat-Castillo, L., Sánchez-Bautista, M. d., Espinosa-Estévez, J. M., Rivas-Espinosa, J. G., & Hernández-Corral, S. (2009). Epidemiology of elimination ostomies. 18.
- Csendes, A., Pereira, P., Zamorano, M., Arratia, I., Gonzalez, J., & Carriel, F. (22 de Agosto de 2016). Tratamiento médico o quirúrgico de la obstrucción intestinal alta. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(3), 227-232. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhcir/v68n3/art06.pdf>
- Escuela de Medicina. Universidad de Zulia. (Enero de 2011). Obtenido de <https://es.slideshare.net/mikyfeehily/abdomen-agudo-8216192>
- Fernandez, E. M. (2016). *Paciente ostomizado*. Logroño. Obtenido de [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE002053.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002053.pdf)
- Fernández, N., López, T., Montes, R., & Cara, L. (2009). Vality of tests performed to diagnose acute abdominal pain in patients admitted at an emergency deparment. *Rev Esp Enferm Dig*, 101(9), 610-618.
- Javé, E. M., Rosas, H. R., Gutiérrez, C. A., & Habib, A. Z. (Septiembre-Diciembre de 2008). Abdomen Agudo. Avances en su manejo y abordaje. *Medigraphic Artemisa*, 11(3), 86-91. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2008/tm083d.pdf>
- Mayo, M., Pacheco, J., & Vázquez, J. (2016). Abdomen Agudo. *Medicine*, 12(7), 363-369. Obtenido de [http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/images/Articulos\\_casos/Tema\\_6/T6-IC-Abdomen-agudo.pdf](http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/images/Articulos_casos/Tema_6/T6-IC-Abdomen-agudo.pdf)
- Medina, M., Cruz, A. d., Vargas, W., & Guerra, M. (Abril-Junio de 2009). Sutura primaria en lesiones traumáticas de colon. *Revista Cubana de Cirugía*, 48(2). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932009000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200006)
- Morales, J., Clemente, U., & Santos, O. (Octubre - Diciembre de 2017). Anastomosis intertinales. *Revista Mexicana de Cirugía del aparato digestivo*, 6(4), 162-168. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/324599866\\_Anastomosis\\_Intestinales](https://www.researchgate.net/publication/324599866_Anastomosis_Intestinales)

- Morán, M. M. (2014). *FACTORES CAUSALES EN LAS COMPLICACIONES DE ESTOMAS INTESTINALES EN CIRUGÍA DE EMERGENCIA. HOSPITAL LUIS VERNAZA*, 2013. Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3883/1/T-UCSG-POS-EGM-CG-28.pdf>
- Muñoz, M., Panduro, R., Crespillo, Y., Rojas, L., & Gonzalez, S. (Abril-Septiembre de 2010). El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *19*(2-3).
- Muñoz, P., & Pilamunga, G. (2013). *Calidad de vida de los pacientes ostomizados, egresados del servicio de cirugía del Hospital General Docente de Riobamba y su relación con la atención de enfermería en el periodo de enero a junio de 2013*. Riobamba. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/294/1/UNACH-EC-ENFER-2013-0018-pdf.pdf>
- Neto, M. Á., Fernandes, D. O., & Didoné, E. L. (Abril-Junio de 2016). Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral Center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil . *Journal of Coloproctology*, *36*(2), 59-122. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-journal-coloproctology-384-articulo-epidemiological-characterization-ostomized-patients-attended-S2237936316300053?referer=buscador>
- Orlando, G. (s.f.). *Colostomía en pacientes con lesión traumática colorrectal en el Sbs Hospital de Chancay*. Francia. Obtenido de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/poemape\\_fg/Cap1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/poemape_fg/Cap1.pdf)
- Ortega, K. H. (2013). *Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de coproctología del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo 2012*. Portoviejo. Obtenido de [http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6853/3/UTPL\\_Encalada\\_Ortega\\_Karina\\_Herminia\\_1130847.pdf](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6853/3/UTPL_Encalada_Ortega_Karina_Herminia_1130847.pdf)
- Oviedo, J., Ayes, F., & Ordoñez, D. (Enero- Abril de 2001). Cierre primario en trauma penetrante de colon. Factores que predicen el éxito. *REV MED POST UNAH*, *6*(1). Obtenido de <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-1-2001-21.pdf>

- Pari, J. (2010). *Reparación primaria vs derivación colónica*. Lima. Obtenido de [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4878/3/Pari\\_Porlles\\_Javier\\_2010.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4878/3/Pari_Porlles_Javier_2010.pdf)
- Pinilla, R., Morales, J., & Gutierrez, F. (25 de Febrero de 2016). Sutura primaria en lesiones traumáticas de cólon y recto. *Revista Cubana de Cirugía*, 55(2), 138-150. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v55n2/cir05216.pdf>
- Prieto, R., Germán Carvajal, J. S., Upegui, D., & Rendón, J. (9 de Septiembre de 2016). Causas inesperadas de abdomen agudo. *Rev Colomb Cir.*, 269-275. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n4/v31n4a6.pdf>
- Rafael, P., Sarah, L., Juan, Q., Armando, G., & Hilario, M. (Julio-Septiembre de 2009). Informe preliminar sobre sutura primaria en heridas de colon izquierdo. *Revista Cubana de Cirugía*, 48(3). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932009000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000300005)
- Ramos, M. d. (2014). *Enfermería médico quirúrgica* (Vol. 3). Lexus.
- Robles, J., Murillo, A., Murakami, P., & Silva, J. (Septiembre-Octubre de 2009). Reparación primaria versus colostomía en lesiones de colon. *Medigraphic*, 77(5), 365-368.
- Rodríguez, M., & Coronel, J. (2009). *Validez de la ecografía como método de diagnóstico imagenológico frente al diagnóstico quirúrgico de abdomen agudo en pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2009*. Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3469/1/MED98.pdf>
- Romero, R. (Enero de 2005). Trauma de cólon: de la sutura a la resección sin grandes temores. *Medwave. Revista Biomédica revisada por pares*. Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1347>
- Sabiston. (2013). *Tratado de cirugía* (19 ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Schwartz. (2011). *Principios de cirugía* (Novena ed.). Houston.
- Solarte, V. (2016). *Traumatismos de intestino delgado y colon*. San Cristóbal. Obtenido de <https://www.monografias.com/trabajos107/traumatismo-intestino-delgado-y-colon/traumatismo-intestino-delgado-y-colon.shtml>



- Tagle, G. (2015). *Cierre primario en trauma de colon en Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. Universidad de San Martín de Porres, Lima. Obtenido de [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2072/1/TAGLE\\_G.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2072/1/TAGLE_G.pdf)
- Torre, D. I. (2008). *Cuidados al paciente oncológico*. Universidad de Cuenca. (2009). *Diagnóstico Quirúrgico de abdomen agudo*. Obtenido de [dspace.ucuenca: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3469/1/MED98.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3469/1/MED98.pdf)
- Uzcátegui, E., Canelón, D., González, C., Arvelo, H., Mavare, M., & Hernández, N. (2011). Anastomosis colónica primaria en pacientes con peritonitis aguda.
- Valle, S., Ramos, D., & Figueroa, U. (15 de Octubre de 2010). Criterios del manejo quirúrgico del trauma de colon en el Hospital General de Cualiacán. *Arch Salud*, 4(4). Obtenido de <http://hgculiacan.com/revistahgc/archivos/Assin%2016%20Trauma%20de%20Colon.pdf>
- Velasco, M., Jiménez, F., & Parajó, A. (s.f.). Complicaciones de los estomas. *ABACO 4*. Obtenido de <http://campusabaco.org/pdf/Abaco4.UnidadDidactica.Modulo3.pdf>
- Vélez, S. E. (2012). *Cierre primario en el trauma penetrante de colon*. Córdoba. Obtenido de <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/12794/Velez%20tesis%202012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vélez, V. K. (2016). *Evaluación de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con ostomías digestivas del servicio de hospitalización de cirugía general del Hospital Carlos Andrade Marín*. Quito. Obtenido de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6257/1/UDLA-EC-TLE-2016-08.pdf>

## 11 Anexos

## Anexo 1: Formulario de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA

RAFIA PRIMARIA Y OSTOMÍAS EN PATOLOGÍA INTESTINAL EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL  
MANUEL YGNACIO MONTEROS

## 1. DATOS GENERALES

<b>Edad</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Tiempo desde el inicio de la patología hasta el tratamiento</b>	

## Abdomen agudo: Si [ ] No [ ]

<b>Inflamatorio</b>	Apendicitis complicada [ ]	Presencia de perforación [ ]
	Diverticulitis [ ]	Hinchey III y IV [ ]
<b>Traumático</b>	Trauma de intestino delgado [ ]	Presencia de perforación [ ]
	Trauma de intestino grueso [ ]	Presencia de perforación [ ]
<b>Vascular</b>	Isquemia Intestinal [ ]	Presencia de necrosis y perforación [ ]
	Vasculitis [ ]	Presencia de necrosis y perforación [ ]
<b>Obstruccion</b>	Tumores [ ]	Obstrucción intestinal y perforación [ ]
	Hernia complicada [ ]	Con estrangulación y perforación [ ]
	Vólvulo [ ]	Presencia de isquemia, necrosis o perforación [ ]
	Invaginación intestinal [ ]	Presencia de necrosis o perforación [ ]

<b>Técnica</b>	<b>Ostomía</b> [ ]	<b>Rafia Primaria</b> [ ]
<b>Tiempo</b>	Menor a seis horas [ ]	Menor a seis horas [ ]
	Mayor a seis horas [ ]	Mayor a seis horas [ ]
<b>Localización</b>	Yeyunostomía [ ]	Yeyuno [ ]
	Iliostomía [ ]	Íleon [ ]
	Colostomía [ ]	Colon [ ]
<b>Complicaciones</b>	Edema [ ]	Dehiscencia de sutura [ ]
	Necrosis [ ]	Infección de sitio quirúrgico [ ]
	Infección [ ]	Hemorragia [ ]
	Obstrucción intestinal [ ]	
	Dermatitis periestomal [ ]	
	Evisceración [ ]	
Retracción [ ]		
<b>Reintervención</b>	Si [ ]	Si [ ]
	No [ ]	No [ ]
<b>Mortalidad</b>	Vivo [ ]	Vivo [ ]
	Fallecido [ ]	Fallecido [ ]

## Anexo 2: Formulario electrónico de recolección de datos

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA										
RAFA PRIMARIA Y OSTOMÍAS EN PATOLOGÍA INTESTINAL EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS										
Año	H.C	Género	Edad	Tipo de Abdomen Agudo	Diagnóstico	Cirugía	Localización	Complicaciones	Reintervención	Mortalidad
2013	182073	Femenino	39	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon	Colectomía derecha + iliocoloanastomosis	Íleon-colon	Ninguna	No	Viva
	176596	Femenino	56	Abdomen agudo obstructivo	Tumor benigno de colon	Resección trasrectal	Recto	Ninguna	No	Viva
	173420	Femenino	73	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Resección de recto y ano	Recto y ano	Ninguna	No	Viva
	164799	Masculino	65	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon sigmoide	Colectomía izquierda	Colon	Ninguna	No	Vivo
	73243	Masculino	69	Abdomen agudo obstructivo	Vólvulo de sigma + dolimegacolon+síndrome adherencial+hernia umbilical estrangulada	Devolvulación de sigma+adhesiolisis+reparación de defecto herniario+omentectomía parcial+devaneo anterógrado	Colon sigmoides	Infección	No	Vivo
	90500	Masculino	42	Abdomen agudo inflamatorio	Enfermedad diverticular de ambos intestinos con perforación y absceso	Colectomía izquierda+ ileocoloanastomosis laterolateral	Colon	Ninguna	No	Vivo
	182073	Femenino	39	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon ascendente	Colectomía derecha + iliocoloanastomosis	Colon	Ninguna	No	Viva
2014	151198	Masculino	37	Abdomen agudo traumático	Perforación del intestino	Resección intestinal con anastomosis termino terminal. Y avocamiento de ileostomía	Íleon	Ninguna	No	Vivo
	212939	Masculino	69	Abdomen agudo obstructivo	Vólvulo de sigma más megacolon transverso y sigmoide	Enteroanastomosis de colon	Colon	Dehiscencia de anastomosis y peritonitis fecal+ síndrome compartimental+ shock séptico	Resección de colon + colostomía de colon descendente + cierre de recto	Vivo
	97952	Femenino	77	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon descendente	Colectomía izquierda	Colon	Ninguna	No	Viva
2015	194229	Masculino	49	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de apéndice	Portador de ileostomía. Restitución del tránsito. Ileoanastomosis lateral. Colectomía parcial + reconfección de muñon a nivel de colon transverso+ omentectomía parcial	Íleon	Necrosis de muñon de colostomía por lo que se produce fuga de contenido intestinal a cavidad abdominal, actualmente con sepsis	No	Fallecido en 2014/10/28. shock en postquirúrgico mediato
	170865	Masculino	76	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Iliocoloanastomosis	Íleon	Infección de herida quirúrgica. Dehiscencia de sutura. Peritonitis aguda. Fístula de intestino	ileostomía	Fallecido 14/01/2018
	209117	Femenino	54	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon sigmoide	Enterolisis+ sigmoidectomía + anastomosis termino terminal	Sigmoide	Dehiscencia de sutura	No	Viva
	1257	Masculino	81	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de duodeno	Hepatico yeyuno anastomosis	Intestino delgado	Ninguna	No	Fallecido
2016	156049	Masculino	59	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de duodeno	Anastomosis hepato yeyunal y pancreato yeyunal. Wipple	Intestino delgado	Dehiscencia de sutura. Sangrado de anastomosis + pancreatitis necro hemorrágica	No	Fallecido
	251437	Femenino	65	Abdomen agudo traumático	Perforación intestinal por cuerpo extraño	Resección intestinal + anastomosis término terminal	Íleon	Ninguna	No	Viva
	113490	Femenino	60	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Resección anterior de recto + colorrecto anastomosis con doble grapado	Recto	Ninguna	No	Viva
2017	246904	Masculino	60	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon sigmoide	colectomía sigmoidea +anastomosis	Sigmoide	Ninguna	No	Vivo
	198323	Masculino	62	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Sigmoidectomía + anastomosis termino-terminal	Sigmoide	Dehiscencia de sutura. Fuga anastomótica de colon	Lavado de cavidad+ colostomía en asa	Vivo
	102612	Femenino	70	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon ascendente	Ileoanastomosis	Colon	Dehiscencia de la herida quirúrgica por infección superficial del sitio quirúrgico	No	Viva
93947	Femenino	77	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon ascendente	Colectomía derecha con anastomosis	Colon	Ninguna	No	Viva	

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA											
RAFA PRIMARIA Y OSTOMÍAS EN PATOLOGÍA INTESTINAL EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS											
Año	H.C	Género	Edad	Tipo de Abdomen Agudo	Diagnóstico	Cirugía	Localización	Complicaciones	Reintervención	Mortalidad	
2013	159599	Masculino	67	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Vivo	
	166878	Femenino	71	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de recto	Resección abdominoperineal: colectomía parcial con colostomía	Colon	Shock hipovolémico, se realiza histerectomía por necesidad	No	Fallecida	
	98248	Masculino	66	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon transverso	Portador de colostomía.	Colon	Infección	No	Fallecido	
	162390	Masculino	47	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de recto	Resección anterior de recto + colostomía tipo hartman	Colon	Infección. Sepsis - derrame pleural	No	Vivo	
2014	116188	Masculino	60	Abdomen Agudo Obstructivo	Masa abdominal. Apendicitis aguda, laparotomía por síndrome adherencial. Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Vivo	
	206250	Femenino	65	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Fallecida	
	191856	Femenino	50	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Fallecida	
	222181	Femenino	59	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de duodeno	coledocostomía + colocación de sonda T (KERH)	Duodeno	Infección. Sepsis	No	Fallecida	
	212939	Masculino	69	Abdomen Agudo Obstructivo	Volvulo de sigma más megacolon transverso y sigmoide	Resección de colon + colostomía de colon descendente + cierre de recto	Colon	Peritonitis	No	Vivo	
	194229	Masculino	49	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon	Portador de iliostomía.	Íleon	Dehiscencia de sutura, necrosis, sepsis	No	Fallecido	
	2648	Masculino	71	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Portador de colostomía	Colon	Ninguna	No	Vivo	
	193775	Masculino	66	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Resección anterior de colon descendente-rectosigmoide + colostomía	Colon	Ninguna	No	Fallecido	
2015	128964	Femenino	72	Abdomen Agudo Inflamatorio	Enfermedad diverticular Hinchey IV del intestino delgado con perforación y absceso	Apendicectomía+drenaje de peritonitis fecal+colectomía sigmoide+colostomía terminal+bolsa de Hartman	Intestino delgado	Ninguna	No	Viva	
	236424	Masculino	72	Abdomen Agudo Obstructivo	Ilio paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	Colostomía por estenosis tumoral de ano	intestino grueso	Ninguna	No	Fallecido	
	172428	Masculino	29	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de recto. Lesión estenosante de recto	Colostomía	intestino grueso	Ninguna	No	Vivo	
	179427	Masculino	45	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	intestino grueso	Ninguna	No	Fallecido	
	210252	Femenino	87	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Fallecida	
	249468	Masculino	45	Abdomen Agudo Inflamatorio	Apendicitis complicada	Iliostomía	Ileo	Absceso peritoneal	No	Vivo	
	2531	Masculino	67	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de recto	colostomía tipo Hartman + adhesiolisis	intestino grueso	Infección	No	Vivo	
	113224	Masculino	81	Abdomen Agudo Obstructivo	Tumor maligno de recto	colostomía	intestino grueso	Ninguna	No	Fallecido	
	184375	Femenino	67	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Sepsis. Hernia paraostomal estrangulada, necrosis de yeyuno, y colon distal.	Resección intestinal con anastomosis primaria +reconstrucción de colostomía	No	Viva
	225738	Masculino	61	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto + necrosis de colon transverso, de yeyuno	Hemicolectomía izquierda + transversotomía	Colon	Ninguna	No	Vivo	
	234186	Femenino	64	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía izquierda tipo Hartman	Colon	Ninguna	No	Viva	
	153704	Femenino	50	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon sigmoide	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Viva	
	31422	Masculino	79	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon sigmoide	Colostomía	Colon	Hemorragia digestiva. Choque hipovolémico	No	Fallecido	
130852	Masculino	54	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de duodeno	Peritoneostomía	Intestino delgado	Infección	No	Fallecido		
91074	Femenino	85	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de ciego	colectomía derecha+ omentectomía + iliostomía	Intestino delgado	Ninguna	No	Fallecida		

2016	91857	Masculino	80	Abdomen Agudo inflamatorio	volvulo de ciego de 360° de rotación: necrosis y perforación	Hemicolectomía derecha+ ileostomía tipo hartman + omentectomía. Hallazgo: necrosis de la pared del ciego	Ciego	Ninguna	No	Fallecido
	251478	Masculino	59	Abdomen agudo obstructivo	perforación de colon descendente + coproperitonitis generalizada + shock séptico+ sepsis de foco abdominal..	Colostomía tipo Hartman + colocación de bolsa de peritoneostomía	Colon descendente	Bradycardia en inducción anestésica y permanece inestable durante posoperatorio	No	Fallecido
	89761	Masculino	66	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Fallecido
	252172	Masculino	83	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Fallecido
	246063	Masculino	78	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Vivo
	249741	Masculino	53	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	signos de irritación peritoneal	Resección anterior baja	Vivo
	254399	Masculino	61	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Vivo
	249741	Masculino	53	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Vivo
	254240	Femenino	83	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Viva
	249710	Masculino	78	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon ascendente	hemicolectomía derecha - anastomosis iliотransversostomía laterolateral + omentectomía	Íleon	Infección de herida quirúrgica. Peritonitis	No	Fallecido
	252038	Masculino	63	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon ascendente	hemicolectomía derecha - anastomosis iliотransversostomía laterolateral + omentectomía	Íleon	Ninguna	No	Vivo
	2017	80234	Femenino	51	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Resección anterior+ histerectomía + ileostomía	Íleon	Ninguna	No
260004		Masculino	65	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	ileostomía	Íleon	Ninguna	No	Vivo
267582		Femenino	72	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de recto	Colostomía	Colon	Infección. Sepsis grave, falla orgánica, taquipnea	No	Viva
152928		Masculino	69	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon sigmoide	Colostomía	Colon	Ninguna	No	Vivo
102612		Femenino	70	Abdomen agudo obstructivo	Tumor maligno de colon ascendente	ileotransversostomía	Íleon	Infección	No	Viva

**Anexo 3: Aprobación del tema de Tesis**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
DIRECCION CARRERA DE MEDICINA

**MEMORÁNDUM NRO. 0184 D-CMH-FS-UNL**

**PARA:** Srta. Priscila Elizabeth Jumbo Castillo  
**ESTUDIANTE CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Elvia Ruíz Bustán  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 24 de Mayo de 2018

**ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS**

-----

En atención a su comunicación presentada en esta Dirección, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema de trabajo de tesis denominado: **“RAFIA PRIMARIA Y OSTOMÍAS EN PATOLOGÍA INTESTINAL EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS”** por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

**Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustán**  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA – UNL**



**Anexo 4: Informe de Pertinencia**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

**MEMORÁNDUM Nro. 443 CCM-ASH-UNL**

**PARA:** Srta. Priscila Elizabeth Jumbo Castillo  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 02 de julio de 2018

**ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**RAFIA PRIMARIA Y OSTOMÍAS EN PATOLOGÍA INTESTINAL EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la **Dra. María del Cisne Jiménez..**, Docente de la Carrera, luego de haber cumplido con los requisitos establecidos de la estructura y coherencia, **que su tema es pertinente**, por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán  
**DIRECTORA.**



C.c.- Archivo

Bcastillo

## Anexo 5: Director de Tesis



unl

Universidad  
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad  
de la Salud

**MEMORÁNDUM Nro.0187 DCM-FSH-UNL**

**PARA:** Dr. Claudio Torres  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**DE:** Dra. Tania Cabrera  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 05 de Junio de 2020

**ASUNTO:** Cambio de Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director(a) de tesis del tema: "Rafia primaria y ostomías en Patología Intestinal en pacientes con abdomen agudo en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros". , autoría de la Srta. Priscila Elizabeth Jumbo Castillo , en vista que la Dra. Maria del Cisne Jiménez Cuenca , ya no forma parte de la planta Docente de la Universidad.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,




Dra. Tania Cabrera  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C.c. - Archivo.

J.B. Castillo.



## Anexo 6: Autorización

 **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA** **FACULTAD DE SALUD HUMANA**  
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

**MEMORÁNDUM Nro. 842 CCM-FSH-UNL**

**PARA:** Dr. Daniel González  
**GERENTE GENERAL DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LOJA.**

**DE:** Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mg. Sc.  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 30 de octubre de 2018

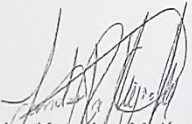
**ASUNTO:** SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN


Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseando le éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la Srta. **Priscila Elizabeth Jumbo Castillo**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la unidad de Gastroenterología y Cirugía. Para la recolección de datos por medio de las Historias Clínicas piso de cirugía de los pacientes, y, que cumplan con los criterios de inclusión del proyecto, información que le servirá para la realización de la tesis: **"RAFIA PRIMARIA Y OSTOMÍAS EN PATOLOGÍA INTESTINAL EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. María del Cisne Jiménez**, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.


Atentamente,

  
Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mg. Sc.  
**GESTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**  
C.c.- Archivo


  
*Unidad Talento Humano  
territo leg al  
Permanente  
de Dr. Zuriga  
2018/11/05*

Bcastillo

*Lo Bco  
Frodo Steeles  
Dr. María del Cisne*



*RECIBIDO: 05-11-2018*  
*5 de noviembre 2018*  
*10:58*

  
Mgs. Daniel González Pérez  
**DIRECTOR ADMINISTRATIVO**  
**HOSPITAL GENERAL**  
**MANUEL Y. MONTEROS**

## Anexo 7: Certificado de Traducción al Idioma Inglés

Loja, 14 de julio del 2020

### CERTIFICACIÓN

Aida del Cisne Armijos Miles, Licenciada en Ciencias de la Educación mención Idioma Ingles; con número de cédula 1105087637, certifico que realicé la traducción del resumen de la tesis denominada "RAFIA PRIMARIA Y OSTOMÍAS EN PATOLOGIA INTESTINAL EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO EN EL HOSPITAL MANUEL IGNACIO MONTEROS" de autoría de la Srta. Priscila Elizabeth Jumbo Castillo, portadora de la cédula de identidad Nro. 1105692469.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la interesada a hacer uso del presente documento para los fines que estime conveniente.

Atentamente.



-----  
Aida del Cisne Armijos Miles  
Licenciada en Ciencias de la Educación mención Idioma Ingles  
**Cédula:** 1105087637  
**Registro Senescyt:** 1008-2016-1720166