



BUAP

Facultad de Medicina

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Instituto Mexicano del Seguro
Social

Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Especialidades Puebla
Centro Médico Nacional, General de División "Manuel Ávila Camacho"

“SEGURIDAD DE LA RESTITUCIÓN DEL TRANSITO INTESTINAL Y CALIDAD
DE VIDA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABDOMEN HOSTIL
MANEJADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DURANTE MARZO DEL
2021 A MARZO DEL 2024.”

Tesis para obtener el Diploma de
Especialidad en Cirugía general

Presenta:

Fernando Martínez Martínez

Directores:

Carlos Alberto López Bernal
Mateo Ponciano Guerrero

H. Puebla de Z. diciembre 2024

Numero de registro: R-2024-2101-053



AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento:

A mis padres, por su apoyo incondicional, amor y sacrificios a lo largo de toda mi vida. Sin su fortaleza, su guía y su confianza en mí, este logro no habría sido posible. Gracias por enseñarme la importancia del esfuerzo, la dedicación y la perseverancia, por siempre darme la motivación para seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles. Dedico este trabajo a ustedes, mis pilares, quienes siempre creyeron en mí y me dieron las herramientas para ser la persona que soy.

A mis hermanos por su amor incondicional, comprensión y por estar siempre a mi lado. Gracias por su confianza, por su paciencia durante los largos días de estudio y por ser mi mayor fuente de fortaleza.

A los cirujanos del Hospital de Especialidades Puebla Centro Médico Nacional, General de División "Manuel Ávila Camacho, sus enseñanzas han sido clave para mi formación como especialista, por permitirme aprender de su experiencia y compartir sus conocimientos. Su dedicación y compromiso con los pacientes, la medicina y la enseñanza de la cirugía han sido una fuente constante de inspiración.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2101**.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL GRAL. DIV. MANUEL AVILA CAMACHO

Registro COFEPRIS **17 CI 21 114 055**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 21 CEI 002 2018073**

FECHA **Miércoles, 21 de febrero de 2024**

Doctor (a) CARLOS ALBERTO LOPEZ BERNAL

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **SEGURIDAD DE LA RESTITUCIÓN DEL TRANSITO INTESTINAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABDOMEN HOSTIL MANEJADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DURANTE MARZO DEL 2021 A MARZO DEL 2024**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2024-2101-053

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) JOSE ALVARO PARRA SALAZAR
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2101

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **21018**.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL GRAL. DIV. MANUEL AVILA CAMACHO

Registro COFEPRIS **17 CI 21 114 055**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 21 CEI 002 2018073**

FECHA **Lunes, 19 de febrero de 2024**

Doctor (a) CARLOS ALBERTO LOPEZ BERNAL

P R E S E N T E


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **SEGURIDAD DE LA RESTITUCIÓN DEL TRANSITO INTESTINAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABDOMEN HOSTIL MANEJADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DURANTE MARZO DEL 2021 A MARZO DEL 2024**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Maestro (a) Georgina Guadalupe Quiroz Bayardo
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 21018

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CENTRO MÉDICO NACIONAL
"GRAL. DE DIV. MANUEL ÁVILA CAMACHO"
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

PUEBLA, PUE., A 19/08/2024

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES: Dr. Mateo Ponciano Guerrero / Dr. Carlos Alberto López Bernal

DE LA TESIS TITULADA: SEGURIDAD DE LA RESTITUCIÓN DEL TRANSITO
INTESTINAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE
ABDOMEN HOSTIL MANEJADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DURANTE MARZO DEL 2021 A MARZO DEL 2024

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE: Fernando Martínez Martínez

DE LA ESPECIALIDAD: Cirugía General

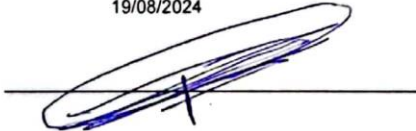
HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS
CON NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL: R-2024-2101-053

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Dr. Mateo Ponciano Guerrero

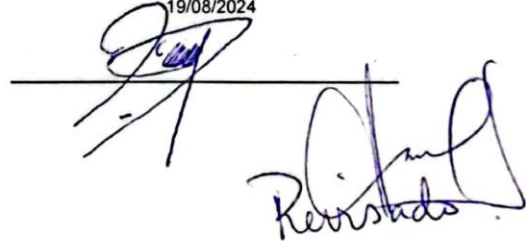
19/08/2024



(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Dr. Carlos Alberto López Bernal.

19/08/2024



Dr. Alvaro José Montiel Jarquín
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA
Mat. 99220177

GOBIERNO DE
MÉXICO

CARTA COMPROMISO

Puebla, Puebla, a ___19___ de ___08___ de 20_24__.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PRESENTE

El (la) suscrito (a) _____ Fernando Martínez Martínez _____, en mi calidad de estudiante y habiendo sido beneficiario de la especialización médica/maestría/doctorado en _____ Cirugía General _____ de fecha _____ 19 de Agosto 2024 _____ manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy autor del trabajo de Tesis titulado SEGURIDAD DE LA RESTITUCIÓN DEL TRANSITO INTESTINAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABDOMEN HOSTIL MANEJADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DURANTE MARZO DEL 2021 A MARZO DEL 2024 _____, el cual ha sido asesorado por el (los) doctor (es) _____ Mateo Ponciano Gerrero / Dr. Carlos Alberto López Bernal _____ en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por tanto, para fines de divulgación y publicación sobre la metodología, resultados y/o otra información desarrollada durante el proyecto, reconozco que deberé contar con la autorización escrita de todos los autores.

Asimismo, manifiesto que en caso de que el presente trabajo implique derechos de propiedad industrial e intelectual como resultado de su desarrollo, tomando en consideración que será producto de una investigación practicada en las instalaciones del Instituto y con pacientes, equipos, materiales y diversos instrumentos de su propiedad, se reconoce como legítimo propietario de dicha novedad al Instituto Mexicano del Seguro Social; en donde el suscrito participa en colaboración con mi (los) asesor (es), por lo que mi colaboración y derechos estará sujeta al porcentaje de autoría que corresponda a mi participación en relación con los demás autores en colaboración.

Atentamente


_____ Fernando Martínez Martínez _____

Nombre y firma

INDICE

RESUMEN.....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. ANTECEDENTES GENERALES.....	10
1.2.- ANTECEDENTES ESPECIFICOS.....	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
3. JUSTIFICACIÓN	21
4.- MATERIAL Y MÉTODOS	22
TIPO DE ESTUDIO.....	22
PACIENTES	22
INSTRUMENTOS	23
PROCEDIMIENTO.....	24
ANALISIS ESTADISTICO.....	24
ASPECTOS ETICOS.....	25
5.- RESULTADOS	27
6.- DISCUSIÓN	38
7.- CONCLUSIONES.....	40
8. BIBLIOGRAFÍA	41
9. ANEXOS	47

RESUMEN.

TÍTULO: Seguridad de la restitución del tránsito intestinal y calidad de vida en pacientes con antecedente de abdomen hostil manejados en el hospital de especialidades durante marzo del 2021 a marzo del 2024.

ANTECEDENTES:

La necesidad de realizar diversas y reiteradas operaciones quirúrgicas en el abdomen puede dar lugar a lo que se conoce como abdomen catastrófico. Esta condición se caracteriza por tener la cavidad abdominal expuesta, con los bordes retraídos y comprimidos en un único conjunto de tejido fibroso, lo que dificulta una adecuada disección. A menudo, se presentan asas frágiles del intestino delgado adheridas entre sí, acompañadas frecuentemente de fístulas entero-cutáneas o entero-atmosféricas, lo que se asocia con un alto nivel de morbilidad y una mortalidad aproximada del 40%, impactando negativamente en la calidad de vida del paciente. El abdomen catastrófico se manifiesta como una complicación en pacientes postquirúrgicos que han requerido tres o más laparotomías, ya que la anatomía normal se altera y los órganos se vuelven vulnerables debido a la manipulación continua de la cavidad abdominal. Asimismo, puede ser una consecuencia de múltiples procedimientos de emergencia para manejar situaciones sépticas, fugas anastomóticas, dehiscencias de suturas, o incluso puede resultar de una peritonitis secundaria, pancreatitis aguda severa, cirugía de control de daños, o, con mayor frecuencia, tras una laparotomía descompresiva debido a un síndrome compartimental abdominal.

OBJETIVO:

Describir la seguridad de la restitución del tránsito intestinal y calidad de vida en pacientes con antecedente de abdomen hostil manejados en el hospital de especialidades durante marzo del 2021 a marzo del 2024.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, unicéntrico, retrospectivo y homodémico. En el cual se realizaron encuestas calidad de vida en paciente con antecedente de abdomen hostil sometidos a restitución, se utilizó correlación de Spearman.

RESULTADOS: La incidencia de pacientes intervenidos en nuestra unidad de restitución del tránsito intestinal con diagnóstico de abdomen hostil fue del 22.14%, lo que no ha sido reportado en otros estudios. En el estudio se incluyeron a 31 pacientes que cumplieron los criterios de selección. Obtuvimos una media de edad de 53. ± 12.7 años. El predominio de género fue masculino con 54.8% de los pacientes y las patologías de base no se asocian al género del paciente. El índice de masa corporal que predominó en el 100% de los pacientes fue un índice de masa corporal normal el cual va de 18.5-24.9 kg/m². El estado de desnutrición por la presencia de abdomen hostil sin riesgo de desnutrición en el 58.4% de la población y del resto fue una desnutrición leve. El 100% lograron una restitución exitosa reflejando en una eficacia en nuestro estudio de 100%. En esta unidad se le brinda un manejo conservador en de la mayoría de los pacientes que presentan fistula entero cutánea y en pocas ocasiones, al cumplir criterios se opta por realizar manejo quirúrgico como es la realización de aseos quirúrgico a estos pacientes. Sin embargo, durante este estudio los pacientes analizados no ameritaron algún tipo de manejo quirúrgico.

CONCLUSION: La restitución del tránsito intestinal en pacientes con antecedente de abdomen hostil es segura y eficaz, dentro de la complicación más frecuente en restitución del tránsito intestinal en pacientes con antecedente de abdomen hostil es la fístula intestinal. En el caso de realizar la restitución del tránsito intestinal en un abdomen hostil grado IV requerirá mayor tiempo quirúrgico y una estancia hospitalaria más prolongada. La calidad de vida posterior a la restitución del tránsito intestinal fue de muy buena a excelente con puntajes en la mayoría de nuestros pacientes de 88.7 en la mayoría de los pacientes en los resultados de la encuesta SF36.

PALABRAS CLAVE: abdomen hostil, calidad de vida, restitución de tránsito intestinal, falla intestinal.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES GENERALES

El término “abdomen hostil” se utiliza para describir una complicación severa que surge como resultado de múltiples intervenciones quirúrgicas de emergencia en el abdomen. Estas cirugías se realizan para controlar procesos sépticos abdominales, fugas anastomóticas, complicaciones postoperatorias y para evitar un síndrome compartimental, que es una condición en la cual la presión aumenta en la cavidad abdominal debido a la respuesta inflamatoria, edema o el sangrado, poniendo en peligro la función y la circulación de los órganos internos. (1, 2)

La realización de múltiples cirugías de emergencia en el abdomen conlleva a una serie de cambios y complicaciones que afectan significativamente la anatomía y la función de los órganos. (2, 3) Estas secuencias quirúrgicas pueden dar lugar a la formación de adherencias fibrosas intraperitoneales, que son bandas de tejido cicatricial que se desarrollan entre los órganos y las estructuras en la cavidad abdominal. Estas adherencias pueden restringir la movilidad de los órganos y crear un abdomen congelado, lo que dificulta el abordaje quirúrgico y la reconstrucción posterior. (4)

Además de las adherencias, las múltiples cirugías pueden dar lugar a la creación de ostomías, que son aberturas quirúrgicas en la pared abdominal a través de las cuales se conecta una parte del intestino al exterior del cuerpo. En el caso mencionado, el paciente tiene una ileostomía, que es una ostomía del intestino delgado, lo que añade una capa adicional de complejidad al abordaje quirúrgico. (5)

Otra complicación que puede surgir es la retracción aponeurótica, que se refiere al estrechamiento y acortamiento de la fascia, que es una capa de tejido conectivo que rodea los músculos del abdomen. Esto puede hacer que los músculos se tensen y dificulten el cierre adecuado del abdomen después de la cirugía.

El abdomen abierto, conocido también como abdomen catastrófico, se refiere a la disrupción entre los espacios que ocupan los órganos intraabdominales y las

estructuras de la cavidad abdominal. Se caracteriza por la interrupción de las capas cutánea, muscular y aponeurótica, con una evisceración controlada que se produce tras una laparotomía. (7)

La prevalencia es bastante baja; según la Organización Mundial de la Salud, se registran aproximadamente un caso por cada 100 mil personas. No obstante, la tasa de mortalidad es considerablemente alta, alcanzando hasta el 50%. En pacientes que reciben tratamiento mediante el método de abdomen abierto, la aparición de complicaciones, como las fístulas entre los intestinos y el ambiente, se presenta en un 10%. El abdomen grado 4 Björck tiene actualmente una mortalidad del 42%, reflejando el progreso en estudios y técnicas quirúrgicas. (8, 9)

Razones para optar por el abdomen abierto:

- Un abdomen infectado que no puede ser cerrado debido a contaminación y/o que precisa una nueva laparotomía.
- Incremento en la presión dentro del abdomen, lo que conlleva el riesgo de desarrollar síndrome compartimental abdominal.
- Para gestionar lesiones en pacientes con inestabilidad hemodinámica que no son candidatos a una operación definitiva.
- Síndrome compartimental abdominal que necesita laparotomía de descompresión.

En 1940, Ogilvie documentó la técnica de abdomen abierto, utilizando una doble capa de lona liviana o algodón grueso, suturada en un defecto en los músculos de la pared abdominal, en casos de heridas bélicas que no pudieron ser cerradas de manera primaria (10). En otras situaciones, Ogilvie utilizó torundas de gasa con vaselina colocadas sobre vísceras expuestas, aseguradas al defecto de la pared con cintas adhesivas o suturas. (11) Con el tiempo, optó por este método para las heridas abdominales infectadas, cerrando el defecto después de uno a cuatro días. Más tarde, Steinberg también abordó el abdomen abierto utilizando compresas de gasa sobre vísceras en pacientes con peritonitis generalizada, retirando los apósitos transcurridas de 48 a 72 horas y atando alambres previamente colocados a través de la pared abdominal. (12, 13) Duff y sus colegas describieron el uso de abdomen

abierto en casos de sepsis intraabdominal donde otras alternativas habían fracasado y el abdomen ya era irreparable, informando una tasa de mortalidad del 39%. Anderson, en cambio, señalaba las complicaciones asociadas al abdomen abierto, como la evisceración, fistulización enteral y pérdida de fluidos. (14) Por lo tanto, en sus primeras aplicaciones, el abdomen abierto fue visto como una alternativa de último recurso en casos específicos de abdomen severamente contaminado. A partir de 1979, esta técnica comenzó a ser recomendada como un método para el control de daños. (15)

En 1983, se implementó una técnica innovadora para el manejo de la sepsis intraabdominal severa conocida como relaparotomía planificada, la cual logró disminuir la tasa de mortalidad del 73% al 36%. Durante las reexploraciones programadas, el abdomen se mantuvo cerrado hasta que ya no fue posible; en esos casos, el abdomen se mantuvo abierto utilizando gasas o se suturó con una malla no absorbible para prevenir la evisceración. (16) Se desarrollaron nuevas estrategias para abordar las complicaciones relacionadas con el abdomen abierto. Estas incluían cremalleras, bolsas plásticas, láminas de velcro adhesivas, y mallas absorbibles, entre otros. (17) Hedderich y sus colaboradores describieron la utilización de una malla con cremallera, lo que facilitaba la reapertura del abdomen y su posterior cierre sin necesidad de re suturar la pared abdominal. (18) Por su parte, García Sabrido y su equipo emplearon una técnica estandarizada con cremallera y reportaron una disminución en la tasa de mortalidad. (19) En contraste, Ivatury y sus colegas señalaron las desventajas de las complicaciones reportadas, tales como las fístulas y las infecciones causadas por la malla no absorbible, por lo que optaron por el uso de una malla absorbible, logrando un 74% de éxito en la erradicación de la sepsis, sugiriendo mantener el abdomen abierto desde la primera operación en casos de alta contaminación. Hasta la fecha, no hay un consenso sobre el manejo del abdomen abierto y la relaparotomía planificada, pero se considera razonable mantener el abdomen abierto para conservar la fascia y permitir un cierre posterior mediante técnicas que describiremos más adelante. (20)

Clasificación.

La necesidad de un sistema de clasificación efectivo que facilite la estadificación y establezca directrices para el manejo de las distintas situaciones, llevó a Björck a crear uno en 2009. Esta clasificación permite categorizar el abdomen abierto en cuatro grados, basándose en la presencia y complejidad de las adherencias dentro de la cavidad abdominal, abarcando desde casos simples hasta los más complejos. Años después, en 2016, esta clasificación se revisó y se propusieron cuatro grados junto con varios subtipos. ANEXO 2

Se considera un abdomen abierto limpio aquel escenario en el que el tracto gastrointestinal no se ve comprometido, a diferencia del abdomen abierto contaminado, donde hay afectación del tracto gastrointestinal, comúnmente en situaciones de diverticulitis perforada, ruptura de anastomosis posterior a una cirugía colorrectal o debido a trauma. La fuga entérica se define como la situación en que hay derrame de contenido entérico en la cavidad abdominal sin la formación de una fístula entérica. Una fuga entérica que se controle mediante cierre, exteriorización a través de un estoma o una fístula entero-cutánea permanente se considera limpia. (21)

Tratamiento Inicial

El manejo del abdomen catastrófico plantea un reto para el cirujano, ya que requiere un enfoque multidisciplinario, especialmente en la unidad de cuidados intensivos, y en la mayoría de los casos, es imprescindible combinar diversas terapias complejas. El tratamiento típicamente inicia con un método conservador que evita la necesidad de una cirugía abdominal extensa. Los componentes fundamentales del tratamiento incluyen el manejo de la fístula, si está presente, para reducir el flujo y así prevenir y minimizar la morbilidad y mortalidad del paciente. (21) Es vital abordar la fuente de infección y tratar los efectos sistémicos de la sepsis cuando se presente; además, se requiere corregir el equilibrio de líquidos y mejorar el estado nutricional. Si bien los objetivos del tratamiento permanecen constantes, se aconseja personalizar el enfoque en cada situación, sugiriendo esperar un período de entre 6 a 12 meses para realizar la cirugía definitiva. (22) En términos generales, el

manejo puede también segmentarse en cinco fases: estabilización, diagnóstico, decisión, tratamiento final y recuperación. (23)

Control de la sepsis

La infección activa provoca un empeoramiento en el transporte de nutrientes, la movilidad intestinal, la proliferación de enterocitos y la función defensiva de la mucosa. En el caso de un paciente con sepsis que desarrolle falla multiorgánica, es crucial considerar la posibilidad de realizar una intervención quirúrgica urgente para controlar la fuente de infección. (24) En ocasiones, la fístula entre el intestino y el aire puede estar acompañada por abscesos intraabdominales debido a una perforación intestinal; en ciertas situaciones, puede asociarse a celulitis, lo que hace esencial la detección temprana y el inicio de un tratamiento antibiótico. (24)

Soporte nutricional

Generalmente, los pacientes presentan mayores necesidades energéticas producto de la sepsis y la inflamación que están experimentando; la desnutrición se convierte en un factor de mal pronóstico. El soporte nutricional es un pilar en el tratamiento del abdomen catastrófico, ya que ayuda a disminuir la morbilidad y mortalidad de los pacientes, especialmente en casos de fístulas de alto flujo o sepsis asociada. Los individuos con abdomen abierto se encuentran en un estado hipercatabólico, con pérdidas de nitrógeno que se estiman en casi 2 g/L de fluido abdominal. (25)

La nutrición parenteral total (NPT) se considera la alternativa ideal para aquellos pacientes que presentan un cuadro agudo con una fístula entero-atmosférica diagnosticada inicialmente. (26) Dada la significativa pérdida de nitrógeno en individuos con fístula entero-atmosférica (FEA), es crucial comenzar con la nutrición parenteral a la brevedad. Una vez que se ha llevado a cabo la reanimación y se verifica la viabilidad del tracto gastrointestinal, se sugiere comenzar la nutrición enteral (NE), teniendo en cuenta que una contraindicación relativa para la NE es que la longitud del intestino viable sea inferior a 75 cm. (26) Iniciar la NE en las primeras 24 a 48 horas conlleva beneficios como la mejora en la cicatrización de heridas y, por ende, un aumento en la tasa de cierre de la fascia, así como una

reducción del catabolismo y de las tasas de fístulas entéricas, ayudando a mantener la integridad del tracto gastrointestinal. (27) En términos generales, la NE temprana ayuda a disminuir las complicaciones sépticas, particularmente en casos de traumas abdominales y lesiones traumáticas del cerebro. Además, se menciona que esta práctica previene la atrofia de las vellosidades y mantiene la barrera mucosa, así como las funciones inmunológicas y hormonales del intestino, además de reducir las complicaciones asociadas y el tiempo de hospitalización. (27)

Por el contrario, en presencia de fístulas entero-atmosféricas de alto gasto se prefiere la nutrición parenteral total (NPT) ya que se ha demostrado que reduce las secreciones gastrointestinales en un 30 a 50%, y permite el adecuado control de la fístula (28). Sin embargo, la NPT se relaciona con efectos adversos como hiperglicemia, infección asociada al catéter, trombosis de la vena central, enfermedad hepática asociada a la NPT y síndrome de realimentación (32). A la hora de calcular las necesidades nutricionales se recomienda tener en cuenta los pacientes que tienen mayores requerimientos nutricionales por patologías asociadas como peritonitis, sepsis, abdomen abierto como tratamiento y FEA de alto gasto. Las guías clínicas de ASPEN-FELANPE proporcionan una guía para el cálculo de los requerimientos nutricionales de carbohidratos y grasas, y proteínas, que requieren los pacientes. (30)

Quirúrgico

Cierre abdominal temporal

El propósito de un cierre abdominal temporal es salvaguardar y conservar los órganos y la aponeurosis en la cavidad abdominal, impidiendo la evisceración y eliminando cualquier tipo de exudado intraabdominal. (33) también se intenta evitar complicaciones como las fístulas entéricas y facilitar futuras laparotomías de reexploración para alcanzar condiciones intrabdominales adecuadas. (34)

Cierre de la piel

En el procedimiento de cierre únicamente de la piel se emplea una sola línea de sutura, a menudo utilizando un punto continuo simple o pinzas de campo. No

obstante, se han reportado complicaciones cutáneas como isquemia, necrosis e infecciones, además de una probabilidad del 6% de fístulas entero-cutáneas, y un 18.5% de persistencia del síndrome compartimental abdominal. (35)

Bolsa de Bogotá

La técnica de la bolsa de Bogotá implica un procedimiento en el que se adhiere una bolsa estéril a la fascia o a la piel utilizando suturas de polipropileno, con el propósito de prevenir la necrosis en los bordes de la aponeurosis. Entre las ventajas se citan su disponibilidad en entornos con pocos recursos, la posibilidad de evaluar la viabilidad de los intestinos y la disminución de la pérdida de calor y líquido intraperitoneal (35). Sin embargo, No previene la retracción de los músculos y la aponeurosis de la pared, lo que da lugar a complicaciones para el cierre definitivo; no limita la cantidad de pérdida de fluidos. (36)

Sistema VAC

El sistema VAC, o envasado al vacío (TVV), fue probado por primera vez en 1997 en heridas de cerdos, mostrando resultados positivos en el cierre de heridas y sirviendo de base para más investigaciones. El sistema VAC utiliza un material de espuma reticulada de poliuretano o alcohol polivinílico, que se coloca en la herida, siendo sellado con un parche. Si es necesario, pueden emplearse varias piezas de espuma para cubrir las áreas de la herida. (37) El parche se adhiere a la piel dejando un margen de 3 a 5 cm desde la herida, y luego se realiza un orificio de 2 cm de diámetro en el centro, al que se conecta un TRAC que dirige la secreción hacia un depósito. Posteriormente, se usa una bomba que proporciona presión subatmosférica continua, ajustándose la presión negativa a 125 mmhg, comenzando normalmente con un ciclo intermitente de presión negativa durante cinco minutos, seguido de un apagado de dos minutos. (38)

Manejo de las fístulas

Condón de Rivera

Miguel Rivera implementó un preservativo como una férula de látex, la cual se sutura al extremo distal del intestino, con el propósito de exteriorizar el contenido

intestinal y prevenir la contaminación tanto química como bacteriana en la cavidad abdominal, en aquellos pacientes que necesitan la exteriorización de una fístula intestinal. El procedimiento implica evertir la mucosa intestinal y coser los bordes de dos condones superpuestos, asegurándose que sus anillos coincidan para facilitar la sutura y así evitar filtraciones en la zona de unión al intestino. Para conectar el condón al intestino, se recomienda utilizar una sutura continua en “súrgete” con monofilamento 2-0, puesto que otros tipos de suturas pueden generar complicaciones como isquemia local y fugas en la anastomosis. No obstante, si el diámetro del estoma resulta ser menor que el de la base del condón, es posible aplicar una sutura en greca sobre el área sobrante. Esta técnica ha logrado reducir significativamente la duración de la estancia hospitalaria, permitiendo el alta en un periodo promedio de tres a cuatro semanas, lo que a su vez disminuye los costos de hospitalización. (39)

1.2.- ANTECEDENTES ESPECIFICOS

Cierre abdominal definitivo

Es aconsejable esperar de seis a doce meses para llevar a cabo la cirugía final, ya que durante este período se disminuye el proceso inflamatorio adherente y se facilita la disección adecuada de tejidos y órganos. (40)

Restitución de tránsito (Anastomosis)

Existen diversas maneras de clasificar las anastomosis intestinales para restablecer el tránsito, y en función de la ubicación de los extremos se pueden identificar tres tipos:

- Anastomosis término-terminal, que une directamente ambos extremos del intestino.
- Anastomosis latero-lateral, que cierra los extremos del intestino con suturas y crea aberturas laterales para unir los intestinos.
- Anastomosis término-lateral, en la que se cierra un extremo del intestino y el otro se anastomosa lateralmente en el muñón.

La técnica latero-lateral se prefiere cuando hay una gran diferencia en el tamaño de los extremos del intestino que deben anastomosarse. (41)

Cierre de la pared

Suturas de retención dinámica ABRA

El sistema ABRA, que equivale a "anclaje de reaproximación abdominal", se ha diseñado para lograr un cierre primario tardío de un abdomen abierto de manera gradual. Este método representa una opción valiosa para cerrar un abdomen abierto en etapas avanzadas e incluso cuando está infectado. (42) La técnica implica la colocación de suturas con elastómeros gruesos que atraviesan la pared abdominal a aproximadamente 5 cm por debajo del borde de la herida, asegurados sobre bases de silicón que protegen la pared, además de que debajo del peritoneo se ubica una lámina fenestrada para evitar adherencias. (43)

Entre las ventajas de este sistema se encuentran la posibilidad de reexplorar la cavidad abdominal de manera periódica para realizar lavados o cambiar la lámina fenestrada; además, a diferencia de otros métodos, el ABRA mantiene intacta la fascia ya que no necesita suturas para fijarla. Este sistema permite ajustes cerca de la cama del paciente, sin que sea necesario utilizar anestesia. (44)

Verdam emplea el sistema en un promedio de 12 días tras el comienzo de la cirugía abdominal abierta, en contraste con los 18 días reportados en otra investigación. (45) El inicio de la utilización del ABRA depende del estado general y hemodinámico del paciente, así como del manejo de la sepsis abdominal. A diferencia de otros sistemas, la tracción provocada por el ABRA es dinámica, lo que permite modificar continuamente las suturas y facilita la expansión y contracción de la pared sin afectar la fascia. (46)

En su investigación, Verdam indica que en el 88% de los pacientes tratados con ABRA, se logró la cierre abdominal primario en un rango de entre 7 y 30 días. Aproximadamente el 33% de los participantes presentaron úlceras por presión en la piel circundante; no obstante, estas se resolvieron sin complicaciones. Durante las

consultas de seguimiento, 4 pacientes desarrollaron una hernia en la línea media. (46)

Parche de Wittman

Witmann presenta una técnica que utiliza un parche de velcro cosido a la aponeurosis, facilitando la aproximación gradual de la pared abdominal y logrando su cierre definitivo. (47) La principal ventaja de este parche es que permite la reevaluación de la cavidad abdominal a través de la abertura que se forma entre las capas superpuestas del sistema de velcro. Sin embargo, la gran desventaja de este enfoque es su accesibilidad, ya que su alto costo limita su uso en entornos con pocos recursos. La tasa de cierre primario con esta técnica está entre 65,7% y 100%, y la incidencia de fístula enterocutánea varía entre 0% y 42%. (48)

El **objetivo general** de este trabajo de investigación es describir la seguridad de la restitución del tránsito intestinal y la calidad de vida en pacientes con antecedente de abdomen hostil en patología benigna en un hospital de tercer nivel.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El manejo que se le da al abdomen hostil, la restitución, y la evolución postquirúrgica, es una nueva adaptación del paciente a tratar de recuperar la calidad de vida previa a las múltiples intervenciones quirúrgicas, sin embargo, la función digestiva muchas veces no es como en condiciones normales.

Debido a ello se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la seguridad de la restitución del tránsito intestinal y la calidad de vida en pacientes con antecedente de abdomen hostil manejados en el Hospital de Especialidades de Puebla durante el periodo de marzo del 2021 a marzo del 2024?

3. JUSTIFICACIÓN

En el caso de los pacientes con diagnóstico de abdomen hostil, es ideal esperar entre 6 a 12 meses para la cirugía definitiva debido a que en este tiempo el proceso inflamatorio adherencial se reduce y favorece la disección idónea de los órganos y tejidos. En el caso del servicio de cirugía de esta unidad se realiza la restitución del tránsito intestinal tras su evaluación de manera continua en la consulta externa, previa valoración por el servicio de nutrición con análisis bioquímicos, de imagen, estado físico, medicina interna, son protocolizados y se realiza prehabilitación quirúrgica y nutricional para realizar la cirugía. Los pacientes en su mayoría pertenecen a una población adultos jóvenes por lo que tienen una mayor capacidad de soportar el estrés, durante y posterior a la cirugía. Ya que a pesar de que se corrigió el tránsito intestinal, muchas veces el paciente continúa con secuelas producidas por la longitud del intestino que es más corto y las inherentes a las de cualquier procedimiento quirúrgico (fibrosis, retracción, adherencias, hernia incisional). Por lo que requiere una evaluación por la parte de psicología o de psiquiatría en dado caso.

Sin embargo, en la mayoría de los pacientes, no son vistos durante su internamiento o no llevan seguimiento por este servicio posterior a su egreso. Esta situación puede ayudar a retardar su recuperación e integración a sus actividades cotidianas.

4.- MATERIAL Y MÉTODOS

Para el siguiente estudio se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, retrolectivo, retrospectivo, unicéntrico y homodémico en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades de Puebla durante el periodo comprendido de marzo 2021 a marzo de 2024.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, unicéntrico, retrospectivo y homodémico. En el cual se realizaron encuestas calidad de vida en paciente con antecedente de abdomen hostil sometidos a restitución, se utilizó la correlación de Spearman.

La información inicial se obtuvo de la base de datos generada por el Servicio de cirugía general, al seleccionar los pacientes se procedió a la revisión de expediente clínico disponible, se tomó en cuenta pacientes con diagnóstico de abdomen hostil, a los cuales se les haya realizado restitución del tránsito intestinal durante las fechas establecidas, si hubo la existencia o no de complicaciones trans o postquirúrgicas, por medio del cuestionario de calidad de vida SF 36 se evaluó la calidad de vida de los pacientes intervenidos, reunida esta información en la hoja de recolección de datos. Tras el registro de la información demográfica, se procedió a la tabulación, posteriormente la información capturada se utilizó el programa SPSS v 21 para la realización de análisis estadístico y finalmente describir los resultados del proyecto.

Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de abdomen hostil a los cuales se les realizó restitución del tránsito intestinal por el servicio de cirugía general. De estos pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión se consultó el expediente clínico con la finalidad de recopilar datos.

PACIENTES

Se incluyeron pacientes derechohabientes del IMSS, mayores de 18 años, de ambos géneros, diagnóstico de abdomen hostil, restituidos del tránsito intestinal, a

los cuales se les realizó cuestionario de calidad de vida con respecto a su evolución posterior a la intervención quirúrgica.

El tamaño de la muestra se determinó a conveniencia del investigador al ser un estudio descriptivo, se incluyó a todos los pacientes operados entre marzo 2021 a marzo 2024 que cumplieran con los criterios de inclusión.

Los objetivos específicos del estudio son describir los antecedentes personales patológicos y no patológicos de los pacientes que tienen mejor calidad de vida, determinar la calidad de vida en pacientes sometidos a restitución intestinal en pacientes con antecedente de abdomen hostil, describir cuál es la calidad de vida en pacientes sometidos a restitución intestinal en pacientes con antecedente de abdomen hostil dependiendo del tipo de anastomosis realizada, describir los factores quirúrgicos que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes, Describir las principales complicaciones quirúrgicas derivadas de la restitución del tránsito intestinal.

INSTRUMENTOS

Para poder demostrar estos objetivos, se utilizaron las siguientes variables: sexo, edad, índice de masa corporal, comorbilidades, toxicomanías, escolaridad, diagnóstico por el que se realiza la cirugía, tiempo de evolución, tipo de abdomen hostil por clasificación de Björck, tipo de cirugía, duración de la cirugía, técnica empleada, reintervención quirúrgica, días de estancia intrahospitalaria, complicaciones y cuestionario de calidad de vida Sf-36.

La escala SF-36 es una escala que proporciona un perfil del estado de salud del paciente y es aplicable tanto a los pacientes a la población general. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, en subgrupos específicos, compara la carga de diversas enfermedades, detecta beneficios en la salud producidos por un tratamiento diferente y valora el estado de salud de pacientes individuales. Por lo que en este estudio se utilizó para evaluar al paciente postquirúrgico de una manera más completa y demostrar la eficacia que tiene el someter al paciente a una

intervención quirúrgica, con la finalidad de poder devolverle al paciente el funcionamiento lo más normal posible.

PROCEDIMIENTO.

Tras la aprobación del protocolo por el Comité local de Ética en investigación en Salud IMSS. Se procedió a recabar la información que utiliza el Servicio de Cirugía General, con posterior revisión de expedientes clínicos y a través de notas de evolución de la consulta externa, se registraron todos los datos necesarios en las hojas de recolección de datos para posterior análisis estadístico, la aplicación de cuestionario de calidad de vida de manera presencial, previa firma de consentimiento informado de los pacientes, y aclarando las dudas existentes sobre el estudio. Se realizó el vaciamiento, análisis de datos, y se registraron los resultados obtenidos.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, porcentajes para variables cualitativas, medias y medianas para variables cuantitativas (dependiendo la distribución). Se utilizó prueba de Wilcoxon, U de Mann-Whitney, y pruebas de normalidad. Se utilizó el programa estadístico SPSS v. 21 para su análisis.

Los recursos humanos fueron los investigadores: Dr. Carlos Alberto López Bernal, Dr. Mateo Ponciano Guerrero y el Dr. Fernando Martínez Martínez.

Se contaron con las instalaciones de la unidad médica, material bibliográfico, biblioteca, equipo de cómputo, impresora, internet y paquete de análisis estadístico Excel.

Los recursos financieros fueron los propios del Instituto Mexicano del Seguro Social y de los investigadores. Sin embargo, por el carácter y tipo de estudio no requiere financiamiento, ya que se usaron expediente clínico principalmente, censo de ingresos de cirugía general. censo de quirófano de la unidad.

ASPECTOS ETICOS

La siguiente tesis fue realizada por profesionales de la salud, especialistas en Cirugía General, cuidando la integridad, dignidad, derechos y privacidad de los pacientes, se propone al Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional, General de División "Manuel Ávila Camacho"

Tanto las historias clínicas como las hojas de recolección de datos serán tratadas con la máxima confidencialidad, de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal.

El desarrollo del presente trabajo de investigación atiende a los aspectos éticos que garantizan la privacidad, dignidad y bienestar del sujeto a investigación.

Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevará a cabo en plena conformidad con la 18ª asamblea médica de Helsinki, Finlandia (1964) y de las modificaciones hechas por la propia 29ª Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón en 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial en Venecia, Italia en 1983, la 41ª Asamblea Médica Mundial en Hong-Kong en 1989, 48ª Asamblea Médica Mundial en Somerset West, República de Sudáfrica en 1996, y por la 52ª Asamblea Médica Mundial en Edimburgo, Escocia en 2000, 59ª Asamblea Médica Mundial en Corea 2008, 64ª Asamblea Médica Mundial en Brasil en 2013, normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación y de la Conferencia Internacional de Armonización y ratificados en Río de Janeiro (2014), así como de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, artículo 4to y 5to (2013) donde el investigador garantiza que:

Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema, fue sometido a evaluación por el Comité de Investigación y Ética en Investigación en Salud asignado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos

clínicamente competentes y certificados en su especialidad, guarda la confidencialidad de las personas. En la publicación de los resultados de esta investigación, se preservó la exactitud de los resultados obtenidos.

Reglamento federal: título 45, sección 46 y que tiene consistencia con las buenas prácticas clínicas.

Declaración de Helsinki: Principios éticos en las investigaciones médicas en seres humanos, con última revisión en Escocia, octubre 2000. Principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: "Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato de los participantes".

5.- RESULTADOS

En este estudio, donde se incluyeron 31 pacientes con diagnóstico de abdomen hostil a los que se les realizó la encuesta de calidad de vida Sf-36 se obtuvieron los siguientes resultados.

Características demográficas de los pacientes con antecedente de abdomen hostil a los que se les realizó restitución del tránsito intestinal.

Con respecto al género de los pacientes, 17 (42.5%) fueron hombres y 14 (35%) mujeres. Los datos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1: muestra el género de los pacientes incluidos en el estudio.

Género	n	%
Hombre	17	42.5
Mujer	14	35
Total	31	100

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje

La edad de los pacientes 31 pacientes en estudio tenemos que la edad media 53.29, con una moda de 26 años que incluye a 3 pacientes lo que representa el 7.5% de la población en estudio, la edad mínima 26 y encontramos una edad máxima 78 años, como lo pudimos observar en la **Tabla 2**.

Tabla 2: muestra la relación de edad de los pacientes incluidos en el estudio

n	31
Media	53.29
Error típ. de la media	2.477
Mediana	54.00
Moda	26
Mínimo	26
Máximo	78

Abreviaturas: n: muestra.

En cuanto al índice de masa corporal, encontramos que todos los pacientes tuvieron un IMC normal, como lo podemos ver en la tabla 3.

Tabla 3: Muestra el índice de masa corporal de los pacientes incluidos en el estudio.

IMC	n	%
20	7	17.5
21	6	15.0
22	10	25.0
23	6	15.0
24	2	5.0
Total	31	77.5
Total	40	100.0

Abreviaturas: IMC=Índice de masa corporal, n=muestra, %=porcentaje

En las variables clínicas.

Grado de abdomen hostil presentado en el paciente.

En este estudio, de acuerdo con la clasificación de Björk para el abdomen hostil, la mayoría de los pacientes podía clasificarse como un grado IV con 9(29%) pacientes, seguido del grado IIIa con 7 pacientes que representa el 22.6% del total de la muestra, el resto de los pacientes se distribuyen entre los demás grados como lo podemos observar en la Tabla 4.

Tabla 4. Muestra la clasificación abdomen hostil Bjorck

Grados de abdomen	n	%
Hostil		
Ib	1	3.2
IIa	4	12.9
IIb	4	12.9
IIc	2	6.5
IIIa	7	22.6
IIIb	4	12.9
IV	9	29.0
Total	31	100.0

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje

Estado Nutricional preoperatorio en el paciente sometido a restitución intestinal medido por escala de NRS 2002.

El estado nutricional es muy importante en el caso de la realización de la anastomosis y en la recuperación postquirúrgica del paciente, por lo que es fundamental previo a cualquier realización de anastomosis, independientemente de la patología de base, con la finalidad de mejorar la probabilidad del éxito de la cirugía. Entre las escalas más utilizadas es la de NRS 2002.

De los 31 pacientes analizados 18 no presentaron riesgo nutricional, y 13 pacientes mostraron desnutrición leve, representando el 45% y el 32.5 % respectivamente,

ningún paciente presento desnutrición moderada o grave. Como lo podemos observar en la tabla 5.

Tabla 5. Muestra el estrado nutricional por la escala de NRS 2002

	n	%
Sin desnutrición	18	58.1
Desnutrición leve	13	41.9
Desnutrición moderada	0	0
Desnutrición grave	0	0
Total	31	100.0
Total	40	%

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje

Calidad de vida en los pacientes posterior a la intervención quirúrgica basada en restitución intestinal con antecedente de abdomen hostil por medio de la aplicación de la SF-36

En los pacientes evaluados se obtuvo una adecuada respuesta al tratamiento, ya que 22 pacientes mencionaron una buena calidad de vida, y 9 pacientes refiriendo una muy buena calidad de vida, lo que representa el 71% y el 29% del total de los pacientes respectivamente. Por lo que el manejo quirúrgico tuvo un gran impacto en la morbimortalidad del paciente de manera positiva. Como lo podemos observar en la tabla 6.

Tabla 6. Muestra la calidad de vida de acuerdo con el cuestionario SF 36.

	n	%
Mala	0	0
Regula	0	0
Buena	22	71.0
Muy buena	9	29.0
Excelente	0	0
Total	31	100.0

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje.

La integración de los puntajes para evaluar la calidad de vida en los pacientes con reversión de la falla intestinal se presenta la tabla 7 donde se realiza un resumen acerca de los puntajes obtenidos de forma general y por cada ítem en el cuestionario SF-36 en los pacientes con restitución intestinal, lo que nos da una idea en que aspecto se ayudó en mayor medida. En el ítem referido como transición en salud, nos habla que el paciente cree que su salud es mejor después del tratamiento quirúrgico, que antes cuando aún presentaba el abdomen catastrófico, con un promedio de respuesta del 88.7%, el segundo aspecto de mayor importancia en donde influye el tratamiento en estos pacientes es en el dolor corporal, ya que en el 83.7% mejoro considerablemente. Como lo podemos observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Muestra la calidad de vida de acuerdo con el cuestionario SF 36 por Ítems

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Rol emocional	Transición de salud	Función social
n	31	31	31	31	31	31	31	31
Media	73.87	60.65	83.87	77.42	78.19	88.71	100.00	80.65
Mediana	80.00	66.00	100.00	75.00	66.00	100.00	100.00	100.00
Moda	80	66	100	75	100	100	100	100
Desv. Tip	10.856	22.962	37.388	18.658	23.865	21.251	.000	40.161
Mínimo	50	33	0	50	33	50	100	0
Máximo	90	100	100	100	100	100	100	100
Promedio	73.87	60.64	83.87	77.41	78.41	80.64	88.70	100

Abreviaturas: n=muestra

Seguridad del tránsito intestinal con antecedente de abdomen hostil.

Con la finalidad de demostrar este dato, se compararon el total de pacientes intervenidos quirúrgicamente y la presencia de complicaciones trans y posquirúrgicas.

La presencia de complicaciones nos ayuda a poder valorar la seguridad con la que se realiza una intervención quirúrgica, en este estudio se presentaron complicaciones en el 19.4% de los pacientes, con lo que tenemos una seguridad del 80.6% del procedimiento quirúrgico, como lo podemos apreciar en la tabla 8.

Tabla 8. Muestra la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas.

		n	%
Validos	Si	6	19.4
	No	25	80.6
	Total	31	100.0

Abreviaturas. n=muestra, %=porcentaje

Dentro de las complicaciones que se pudieron observar en los procedimientos realizados tuvimos dos principales, que fueron la presencia de infección de sitio quirúrgico y la presencia de fistula entero-cutánea. La infección de sitio quirúrgico ocupó el primer lugar con un 12.9% del total de procedimientos y la fistula un 6.5%, ambas complicaciones respondiendo adecuadamente a manejo médico sin ameritar reintervención quirúrgica. Como lo podemos apreciar en la tabla 9.

Tabla 9. Muestra el tipo de complicación.

		n	%
	Ninguna	25	80.6
Validos	Infección de sitio quirúrgico	4	12.9
	Fistula entero-cutánea	2	6.5
	Total	31	100.0

Abreviaturas. n= muestra, %= porcentaje

Se realizó la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la distribución de los datos, una $p < 0.05$, se consideró una población con distribución normal. Los datos obtenidos se muestran en la siguiente tabla. (Tabla 10).

Tabla 10. Se muestran las pruebas de normalidad.

	Cuestionario	Shapiro-Wilk		
	de calidad de vida	Estadístico	GL.	Sig
Género	Excelente	.592	13	.000
	Muy buena	.643	15	.000
	Buena	.750	3	.000
Edad	Excelente	.958	13	.717
	Muy buena	.952	15	.564
	Buena	.923	3	.463
Enfermedades crónicas degenerativas	Excelente	.592	13	.000
	Muy buena	.284	15	.000
	Buena	.964	3	.637
Índice de masa corporal	Excelente	.909	13	.178
	Muy buena	.910	15	.134
	Buena	.964	3	.637
Duración de la cirugía	Excelente	.799	13	.007
	Muy buena	.817	15	.006
	Buena	.750	3	.000
Estado nutricional	Excelente	.628	13	.000
	Muy buena	.603	15	.000
	Buena			

Abreviaturas: Sig=significativo, GL=Grupo local

*.Este es un limite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilifors.

Evaluación de la correlación entre los resultados mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Con la finalidad de poder correlacionar los valores obtenidos entre las variables las cuales en este estudio son ordinales se utiliza Spearman donde si tenemos un coeficiente entre -1 y 0, existe una correlación negativa, es decir, una relación negativa entre las variables. Si tenemos un coeficiente entre 0 y 1, hay una correlación positiva, es decir, una relación positiva entre las dos variables. Si el resultado es 0, no tenemos correlación. Obteniendo los resultados de la Tabla 11 y teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, podemos determinar lo siguiente:

Observamos que la edad tiene una fuerte correlación con los días de estancia hospitalaria, la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, y el índice de masa corporal, al tener coeficiente en estas entre 0 y 1.

Tabla 11. se muestra correlación de Spearman

		CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA	GENERO	EDAD	ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS	INDICE DE MASA CORPORAL	DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA	Coefficiente de correlación	1.000	.134	.080	.208	-.041	-.146
	Sig. (bilateral)	.	.474	.671	.263	.827	.434
	N	31	31	31	31	31	31
GENERO	Coefficiente de correlación	.134	1.000	.163	.045	-.123	-.100
	Sig. (bilateral)	.474	.	.380	.811	.509	.594
	N	31	31	31	31	31	31
EDAD	Coefficiente de correlación	.080	.163	1.000	-.522**	-.630**	-.112
	Sig. (bilateral)	.671	.380	.	.003	.000	.548
	N	31	31	31	31	31	31
ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS	Coefficiente de correlación	.208	.045	-.522**	1.000	.360*	-.079
	Sig. (bilateral)	.263	.811	.003	.	.047	.672
	N	31	31	31	31	31	31
INDICE DE MASA CORPORAL	Coefficiente de correlación	-.041	-.123	-.630**	.360*	1.000	.007
	Sig. (bilateral)	.827	.509	.000	.047	.	.969
	N	31	31	31	31	31	31

	Coeficiente de correlación	-.146	-.100	-.112	-.079	.007	1.000
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	Sig. (bilateral)	.434	.594	.548	.672	.969	.
	N	31	31	31	31	31	31

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 11 continuación. se muestra correlación de Spearman

	CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA	COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS	TIPO DE COMPLICACION	ABDOMEN HOSTIL BJORCK	ESTADO NUTRICIONAL	TIPO DE ANASTOMOSIS	
	Coeficiente de correlación	1.000	.133	-.075	.154	.033	.130
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA	Sig. (bilateral)	.	.474	.690	.407	.862	.484
	N	31	31	31	31	31	31
	Coeficiente de correlación	.133	1.000	-.444*	.000	-.411*	-.221
COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS	Sig. (bilateral)	.474	.	.012	1.000	.022	.232
	N	31	31	31	31	31	31
	Coeficiente de correlación	-.075	-.444*	1.000	-.050	.186	.127
TIPO DE COMPLICACION	Sig. (bilateral)	.690	.012	.	.789	.316	.497
	N	31	31	31	31	31	31
	Coeficiente de correlación	.154	.000	-.050	1.000	.116	-.148
ABDOMEN HOSTIL BJORCK	Sig. (bilateral)	.407	1.000	.789	.	.535	.427
	N	31	31	31	31	31	31
	Coeficiente de correlación	.033	-.411*	.186	.116	1.000	.006
ESTADO NUTRICIONAL	Sig. (bilateral)	.862	.022	.316	.535	.	.976
	N	31	31	31	31	31	31
	Coeficiente de correlación	.130	-.221	.127	-.148	.006	1.000
TIPO DE ANASTOMOSIS	Sig. (bilateral)	.484	.232	.497	.427	.976	.
	N	31	31	31	31	31	31

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Otros parámetros para tener en cuenta es la relación entre el grado de abdomen hostil y el tiempo quirúrgico durante la intervención, y como a su vez esta tiene influencia en la presencia de complicaciones trans y postquirúrgicas.

La aparición de complicaciones quirúrgicas influye de manera proporcional en el incremento de los días de estancia hospitalaria, al igual que influye de manera inversa en la calidad de vida del paciente posterior a la intervención quirúrgica.

Al momento de la aplicación de la encuesta a los pacientes de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio se evidencio que la mayoría de los pacientes mostraban una calidad de vida excelente de acuerdo con el cuestionario SF36, seguido de una calidad de vida muy buena. Fue un pequeño porcentaje los cuales mostraron una calidad de vida buena, y ninguno refirió tener una calidad de vida regular o mala.

Los pacientes que se sometieron a la restitución intestinal el 22.6% padecían de algún tipo de enfermedad crónico-degenerativa entre los que encontramos hipertensión y diabetes, y contaban en su mayoría un Índice de masa corporal saludable, el cual va de los valores de 18.5-24.9.

Del total de la muestra obtenida, de los pacientes que generaron complicaciones trans y postquirúrgicas fue del 12% de la población en estudio, y de estos el 100% contaba con algún tipo de enfermedad crónico-degenerativa, el resto de los pacientes cursaron con una evolución favorable.

6.- DISCUSIÓN

La incidencia de pacientes intervenidos en nuestra unidad de restitución del tránsito intestinal con diagnóstico de abdomen hostil fue del 22.14%, lo que no ha sido reportado en otros estudios. En el estudio se incluyeron a 31 pacientes que cumplieron los criterios de selección. Obtuvimos una media de edad de 53 ± 12.7 años, presentando una desviación estándar elevada, lo que se explica por la dispersión de nuestros datos y nuestro rango de 3 años, con predominio del grupo de edad de 50 a 60 años (37.5%), con el resto distribuido en los demás grupos de edad por lo que no se asocia con el diagnóstico de abdomen hostil.

El predominio de género fue masculino con 54.8% de los pacientes y las patologías de base no se asocian al género del paciente. El índice de masa corporal que predominó en el 100% de los pacientes fue un índice de masa saludable el cual va de 18.5-24.9 kg/m².

El estado de desnutrición por la presencia de abdomen hostil sin riesgo de desnutrición en el 58.4% de la población y del resto fue una desnutrición leve

De los 31 pacientes restituidos, 31 lograron una restitución exitosa reflejando en una eficacia en nuestro estudio de 100%, evaluada con la prueba estadística de McNemar con una $p=0.000$, siendo estadísticamente significativa y concluyendo que la restitución del tránsito intestinal es un procedimiento eficaz en pacientes con antecedente de abdomen hostil,

En el caso de la seguridad de la restitución de tránsito intestinal se obtuvo una seguridad de 87.1%, dado que las complicaciones presentadas fueron del 12.9%. Sin embargo, en otros estudios se ha reportado un porcentaje mayor de estas complicaciones.

La complicación más frecuente que se presentó es la fístula intestinal.

Analizando estos datos observamos que, aun presentando una incidencia elevada de morbilidad, no se ve afectada la efectividad del procedimiento y en el caso de la mortalidad tuvimos 0 pacientes lo que representa 0% de los procedimientos.

Existen múltiples factores que pueden contrastar con la aparición de las complicaciones postquirúrgicas los resultados, como en las que podemos encontrar en la literatura, tipo de asepsia que se realizó en ambos estudios o la técnica quirúrgica de la anastomosis manual o mecánica, para determinar el contraste en los resultados.

En esta unidad se le brinda un manejo conservador en de la mayoría de los pacientes que presentan fistula entero-cutánea y en pocas ocasiones, al cumplir criterios se opta por realizar manejo quirúrgico como es la realización de aseos quirúrgico a estos pacientes. Sin embargo, durante este estudio los pacientes analizados no ameritaron algún tipo de manejo quirúrgico.

7.- CONCLUSIONES.

1. La restitución del tránsito intestinal en pacientes con antecedente de abdomen hostil es segura y eficaz en el hospital de especialidades de Puebla.
2. La complicación más frecuente en restitución del tránsito intestinal en pacientes con antecedente de abdomen hostil es la fístula intestinal.
3. Un grado IV de abdomen hostil requerirá mayor tiempo quirúrgico y una estancia hospitalaria más prolongada.
4. La calidad de vida posterior a la restitución del tránsito intestinal fue de muy buena a excelente.
5. La presencia de comorbilidades, un grado de nutrición con riesgo leve se asocian a la predisposición de generar algún tipo de complicación.
6. En el caso de la edad y el estado nutricional fueron una constante en que la estancia hospitalaria fuera más corta.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Björck M, Kirkpatrick AW, Cheatham M, Kaplan M, Leppäniemi A, de Waele JJ. Amended classification of the open abdomen. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2016 Mar 1;105(1):5–10.
2. Coccolini F, Biffi W, Catena F, Ceresoli M, Chiara O, Cimbanassi S, et al. The open abdomen, indications, management and definitive closure, *World Journal of Emergency Surgery*. BioMed Central Ltd.; 2015.10: 2-10.
3. Petersson P, Montgomery A, Petersson U. Vacuum-Assisted Wound Closure and Permanent Onlay Mesh–Mediated Fascial Traction: A Novel Technique for the Prevention of Incisional Hernia after Open Abdomen Therapy Including Results From a Retrospective Case Series. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2019 Sep 1; 108(3): 216–226.
4. Leppäniemi A, Kimball EJ, De Laet I, Malbrain MLNG, Balogh ZJ, De Waele JJ. Management of abdominal sepsis - A paradigm shift? *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2015; 47(4):400–8.
5. Coccolini F, Montori G, Ceresoli M, Catena F, Moore EE, Ivatury R, et al. The role of open abdomen in non-trauma patient: WSES Consensus Paper., *World Journal of Emergency Surgery*. BioMed Central Ltd. 2017. 12 (1). 2-17.
6. Tolonen M, Mentula P, Sallinen V, Rasilainen S, Bäcklund M, Leppäniemi A. Open abdomen with vacuum-assisted wound closure and mesh-mediated fascial traction in patients with complicated diffuse secondary peritonitis: A single-center 8-year experience. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2017; Vol. 82(6):1100–5. DOI: 10.1097/TA.0000000000001452
7. Ordóñez CA, Sánchez Ál, Pineda JA, Badiel M, Mesa R, Cardona U, et al. Deferred primary anastomosis versus diversion in patients with severe secondary peritonitis managed with staged laparotomies. *World J Surg*. 2010 Jan; 34(1):169–76. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00268-009-0285-y>
8. Kirkpatrick AW, Coccolini F, Ansaloni L, Roberts DJ, Tolonen M, McKee JL, et al. Closed Or Open after Source Control Laparotomy for Severe Complicated Intra-Abdominal Sepsis (the COOL trial): Study protocol for a randomized controlled trial. *World Journal of Emergency Surgery*. 2018 Jun 22; 13(1): 2-16 DOI: <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0183-4>

9. Kubiak BD, Albert SP, Gatto LA, Snyder KP, Maier KG, Vieau CJ, et al. Peritoneal negative pressure therapy prevents multiple organ injury in a chronic porcine sepsis and ischemia/reperfusion model. *Shock*. 2010 Nov; 34(5):525–34.
10. Dávila Ruiz EO, García Manzano RA, Barker Antonio A, Hernández Cruz E, López Martínez E. Covered intestinal endoprosthesis for the management of enteroatmospheric fistula, case report and review of the literature. *Cirugía y Cirujanos*. 2022 Jan 1; 90(1):114–9.
11. Caballero Arévalo AM, Daza Caballero M, Lara Pérez CA. Abdomen hostil: complicación quirúrgica ulterior a 9 intervenciones. *Revista Científica Ciencia Médica*, 2018, 21(1), 107-112.
12. Llipsis FS, Jose Luis GG, Orlando ZS, Ivan PM, Miguel LV, Richard CM. Cirugía digestiva, reintervenciones y abdomen hostil. Presentado en: Convención Científica XL Aniversario; Octubre 2022; Hospital Hermanos Ameijeiras.
13. Atema JJ, Gans SL, Boermeester MA. Systematic review and meta-analysis of the open abdomen and temporary abdominal closure techniques in non-trauma patients. *World Journal of Surgery*. Springer Science and Business Media, LLC; 2015. 39(4):912–25. <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2883-6>
14. Revoredo F, Huaman E, Zegarra S, Auris H, Valderrama R. Perfil microbiológico de las infecciones intraabdominales en el Servicio de Cirugía de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú. *Rev Gastroenterol Peru*. 2016. 36(2): 115-122. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000200003&lng=es.
15. Huamán EH, Zegarra S, Paredes J, Echenique S, Malpartida O, Valderrama R. Manejo Multidisciplinario del Abdomen Catastrófico en la Unidad de Falla Intestinal. *Cirujano Revista de la sociedad de cirujanos de Peru*. 2018.15. (1):8-19. Disponible en: <https://revistascgp.org/index.php/cirujano/article/view/52>.
16. Di Saverio S, Villani S, Biscardi A, Giorgini E, Tugnoli G. Open abdomen with concomitant enteroatmospheric fistula: Validation, refinements, and adjuncts to a novel approach. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*. 2011 Sep; 71(3):760–2. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2014.11.020

17. Björck M, Bruhin A, Cheatham M, Hinck D, Kaplan M, Manca G, et al. Classification-important step to improve management of patients with an open abdomen. *World J Surg.* 2009 Jun; 33(6):1154–7. <https://doi.org/10.1007/s00268-009-9996-3>
18. Huamán E, Zegarra S, Niño R. Guía de Procedimiento Médico Asistencial: Abdomen Abierto. Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos Quirúrgicos. Hospital Guillermo Almenara, Lima, Perú. 2014.
19. Huamán E, Zegarra S, Valderrama R, Echenique S, Paredes J. Cirugía de Restitución Intestinal en Pacientes con Falla Intestinal Asociada a Síndrome de Intestino Corto. *Cirujano Revista de la sociedad de Cirujanos de Peru.* 2017; 14 (1): 8-22.
20. Andrade E, Mejia AF. Manejo de abdomen abierto: nuevo concepto en cirugía abdominal. *Univ Med.* 2003;12:22.
21. Zinner M. Maingot's abdominal operations. 13 edition. Stamford, CT. Appleton & Lange, 2007.
22. Wittman D, Walker A. Peritonitis and intrabdominal infection. In: Schwartz S., Shires G. editors. *Principles of surgery.* Sixth edition, New York: McGraw-Hill, 2017.
23. Borrález O. Abdomen abierto. Infección en cirugía. Bogotá, D.C. Editorial Médica Panamericana, 2001.
24. García-Sabrido JL, Tellado JM, Christou NV, Polo JR, Valdecantos E. Treatment of severe intra-abdominal sepsis and/or necrotic foci by an open-abdomen approach. Zipper and zipper-mesh techniques. *Arch Surg.* 1988; 123:152-156
25. Argenta LC, Morykwas MJ, Marks MW, DeFranzo AJ, Molnar JA, David LR. Vacuum-assisted closure: State of the clinic art. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 117 (7) Suppl:127S–42S.43. DOI: 10.1097/01.prs.0000222551.10793.51
26. Orgill DP, Bayer LR. Update on negative-pressure wound therapy. *Plast Reconstr Surg.* 2011; 127(1):105S–15S DOI: 10.1097/PRS.0b013e318200a427.
27. Garner GB, Ware DN, Cocanour CS, Duke JH, McKinley BA, Kozar RA, et al. Vacuum-assisted wound closure provides early fascial reapproximation. Trauma patients with open abdomen. *Am J Surg.* 2001; 182: 630–638.

28. Arenas MH. Manejo del abdomen abierto. Los mejores resultados. Cirujano General. 2010. 32 (1). S43-S45.
29. Asociación mexicana de cirugía general A.C. Comité de elaboración de guías de práctica clínica, guía de práctica clínica abdomen hostil, México D.F. octubre del 2014
30. Cheatham ML, Safcsak K, Brzezinski SJ, Lube MW. Nitrogen balance, protein loss, and the open abdomen. Crit Care Med. 2007 Jan; 35(1)127–31.
31. Majercik S, Kinikini M, White T. Enteroatmospheric fistula: From soup to nuts. Nutrition in Clinical Practice. 2012. 27(4): p.507–12. doi: <https://doi.org/10.1177/0884533612444541>
32. Collier B, Guillaumondegui O, Cotton B, Donahue R, Conrad A, Groh K, et al. Feeding the open abdomen. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2007 Sep; 31(5):410–415. doi: <https://doi.org/10.1177/0148607107031005410>.
33. Dissanaik S, Pham T, Shalhub S, Warner K, Hennessy L, Moore EE, et al. Effect of Immediate Enteral Feeding on Trauma Patients with an Open Abdomen: Protection from Nosocomial Infections. J Am Coll Surg. 2008 Nov; 207(5):690–597. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2008.06.332>
34. Montalvo Jave EE, Espejel Deloiza M, Chernitzky Camaño J, Peña Pérez CA, Rivero Sigarroa E, Ortega León LH. Síndrome compartimental abdominal: conceptos actuales y manejo. Revista Gastroenterología Mexico. 2020; 85(4): p 443–451. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2020.03.003>
35. Marik PE, Zaloga GP. Meta-analysis of parenteral-nutrition versus enteral nutrition in patients with acute pancreatitis, British Medical Journal. BMJ Publishing Group; 2004. 328. p.1407–10.
36. Tang QQ, Hong ZW, Ren HJ, Wu L, Wang GF, Gu GS, et al. Nutritional Management of Patients With Enterocutaneous Fistulas: Practice and Progression. Frontiers in Nutrition. Frontiers Media S.A.; 2020, 7. p. 1–12. DOI: 10.3389/fnut.2020.564379

37. Denicu MM, Cartu D, Ciorbagiu M, Nemes RN, Surlin V, Ramboiu S, et al. Therapeutic Options in Postoperative Enterocutaneous Fistula—A Retrospective Case Series. *Medicina*. 2022 Jun; 58(7):880. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina58070880>
38. Silva RF, Novaes MRCG, Guilhem DB. Clinical conditions and complications associated with parenteral nutrition use in critically ill patients admitted to an intensive care unit of a general hospital. *Nutr Hosp*. 2020; 37(4):645-653 DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03004>
39. Broadbent E, Kahokehr A, Booth RJ, Thomas J, Windsor JA, Buchanan CM, et al. A brief relaxation intervention reduces stress and improves surgical wound healing response: a randomised trial. *Brain Behav Immun*. 2012; 26(2):212-217. DOI: 10.1016/j.bbi.2011.06.014.
40. Anastasiu M, Şurlin V, Beuran M. The Management of the Open Abdomen-A Literature Review. *Chirurgia (Bucur)*. 2021; 116(6):645. doi: <http://dx.doi.org/10.21614/chirurgia.116.6.645>.
41. Alsubaie NM, Albdah AM, Alrushaid NR. Vacuum-Assisted Closure in a Patient with Entero-Atmospheric Fistula: A Case Report. *Cureus*. 2021; 13(1). doi: 10.7759/cureus.12777.
42. Schein M, Saadia R, Jamieson JR, Decker GA. The “sandwich technique” in the management of the open abdomen. *Br J Surg*. 1986; 73(5):369-70. DOI: <https://doi.org/10.1002/bjs.1800730514>
43. Chiara O, Cimbanassi S, Biffi W, Leppaniemi A, Henry S, Scalea TM, et al. International consensus conference on open abdomen in trauma. *J Trauma*

Acute Care Surg. 2016. 80:173-83. DOI:
<https://doi.org/10.1097/ta.0000000000000882>

44. Huang Q, Li J, Lau WY. Techniques for abdominal wall closure after damage control laparotomy: from temporary abdominal closure to early/delayed fascial closure - a review. *Gastroenterol Res Pract.* 2016; 2016: p. 1-15. 2073260. doi: <https://doi.org/10.1155%2F2016%2F2073260>
45. Brox JA, Ruiz LV, Torres AC, Parra MP, Díaz GD, Gómez BL, et al. Experiencia con la técnica de la bolsa de Bogotá para el cierre temporal del abdomen. *Cirugía Española.* 2007; 82(3):150-154. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-experiencia-con-tecnica-bolsa-bogota-13109518>
46. Buendía PJ, Vila SA, Gómez RR, Qiu Shao SS, Marré MD, Romeo M, et al. Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa: Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. *Cir plást iberolatinoam.* 2011. 37:P S65-S71 DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922011000500010>
47. Gao X, Liu Y, Zhang L. Effect of Early vs Late Supplemental Parenteral Nutrition in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2022; 157(5):384-393. doi: 10.1001/jamasurg.2022.0269.
48. Wainstein DL, Langer J. Abdomen abierto: indicaciones, manejo y cierre. *Enciclopedia de cirugía digestiva.* Buenos Aires: Editorial; 2014.

9. ANEXOS

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN			
Nombre del estudio:		Calidad de vida y seguridad de la restitución intestinal en pacientes con antecedente de abdomen hostil y falla intestinal manejados en el hospital centro médico nacional Manuel Ávila Camacho durante el periodo de marzo del 2021 a marzo del 2024	
Patrocinador externo (si aplica):		No aplica	
Lugar y fecha:		Puebla Pue a de de	
Número de registro:			
Justificación y objetivo del estudio:		Identificar la calidad de vida en pacientes sometidos a restitución de tránsito intestinal en pacientes con abdomen hostil para dar una aportación a la comunidad científica y valorar la calidad de vida posterior al manejo quirúrgico.	
Procedimientos:		Se le dará un cuestionario para que lo responda de acuerdo con su percepción sobre su vida.	
Posibles riesgos y molestias:		A pesar de que no hay riesgos, la aplicación de este cuestionario podría generarle niveles bajos de ansiedad y estrés.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:		A pesar de que el principal beneficio de este estudio es científico, si se detecta que usted tiene una calidad de vida baja podrá ser referido al servicio de psicología o el departamento que se requiera siempre que este hospital tenga los recursos y el espacio para atenderlo.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:		Con el investigador responsable.	
Participación o retiro:		Totalmente voluntario	
Privacidad y confidencialidad:		Se garantiza anonimato de sus datos.	
En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica.			
		No autoriza que se tome la muestra.	
		Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
		Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		No aplica.	
Beneficios al término del estudio:		Conocer su nivel de calidad de vida y complicaciones posterior a restitución del tránsito intestinal.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Con el investigador responsable.			
Investigador Responsable:		Dr. Carlos Alberto López Bernal	
Colaboradores:		Dr. Mateo Ponciano Guerrero Dr. Fernando Martínez Martínez	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			
Nombre y firma del participante _____		Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____	
Testigo 1 _____		Testigo 2 _____	
Nombre, dirección, relación y firma _____		Nombre, dirección, relación y firma _____	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.			
Clave: 2810-009-013			

TABLAS DE RECOLECCION DE DATOS

202_ (número de mujeres con características de la tabla 1, divididos por edad)							
	< 30 años	31-40 años	41-50	51-60	60-70	70-80	>80
Mes							
Enero							
Febrero							
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio							
Julio							
Agosto							
Septiembre							
Octubre							
Noviembre							
Diciembre							

índice de masa corporal

	Normal	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
Sexo					
Masculino					
Femenino					

Estado nutricional (escala CONUT)

	Normal 1	Leve 2	Moderado 3	Severo 4
Sexo				
Masculino				
Femenino				

Anexo 1: Cuestionario de calidad de vida SF36

Datos para el estudio

Día:	Mes:	Año: (20...)	Número identificador:
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Julio	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Agosto	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Septiembre	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Octubre	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Noviembre	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Diciembre	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 31		6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ₁ Excelente	<input type="checkbox"/> ₂ Muy buena	<input type="checkbox"/> ₃ Buena	<input type="checkbox"/> ₄ Regular	<input type="checkbox"/> ₅ Mala
--	--	--	--	---

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ₁	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ₂	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> ₃	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ₄	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ₅
--	---	--	--	---

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
f Agacharse o arrodillarse. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
h Caminar varios centenares de metros. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
i Caminar unos 100 metros. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³ -----	<input type="checkbox"/> ⁴ -----	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer? -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³ -----	<input type="checkbox"/> ⁴ -----	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³ -----	<input type="checkbox"/> ⁴ -----	<input type="checkbox"/> ⁵
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³ -----	<input type="checkbox"/> ⁴ -----	<input type="checkbox"/> ⁵

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Recuperado de: J A. Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Heal Surv. 2003 (1)

ANEXO 2

Grado:		Descripción
1a	1	Limpio sin adherencias
1b	2	Contaminado sin adherencias
1c	3	Líquido intestinal, asas no fijas
2a	4	Limpio con adherencias fijas
2b	5	Contaminado con adherencias fijas
2c	6	Líquido intestinal, asas fijas
3a	7	Abdomen congelado limpio
3b	8	Abdomen congelado contaminado
4	9	Abdomen congelado, fistula entero atmosférica establecida