

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMAN GUERRERO
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION**



**CARACTERÍSTICAS DEL ABDOMEN CATASTRÓFICO EN MAYORES DE 18 AÑOS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL EMERGENCIAS
CASIMIRO ULLOA, 2015 – 2018**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA GENERAL**

PRESENTADO POR: MOISÉS JOEL ROMÁN YRIGOÍN

LIMA-PERÚ 2021

INDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la realidad problemática	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación	4
1.5 Limitaciones	5
1.6 Viabilidad	5
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes de la investigación	5- 8
2.2 Bases teóricas	8-14
2.3 Definiciones conceptuales	14-15
2.4 Hipótesis	15
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	16
3.1 Diseño	16
3.2 Población y muestra	16
3.3 Operacionalización de variables	17-18
3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	18
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información	18-19
3.6 Aspectos éticos	19
CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA	20
4.1 Cronograma	20
4.2 Presupuesto	20

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Instrumentos de recolección de datos
3. Solicitud de permiso institucional

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1. Descripción de la realidad problemática

La presencia del abdomen abierto, con adherencias y asociado a filtración intestinal que imposibilita un control adecuado, es una condición post-operatoria peligrosa a la que se denomina Abdomen Catastrófico.¹

El cuadro fue descrito como tal por primera vez en el año 1937, y a pesar de tener una frecuencia baja (1/10000 pacientes quirúrgicos), su mortalidad puede superar el 50%.²

Las características que se pueden encontrar en un Abdomen Catastrófico varían desde: intestino edematoso y friable; mesenterio acortado, pared abdominal inflamada, no distensible, adherencias firmes y pérdida de los planos de disección.³

Se describen tres escenarios cuando se habla de Abdomen Catastrófico: el primer escenario describe un problema de infección intra-abdominal asociado a un cuadro de dehiscencia de anastomosis que necesita manejo quirúrgico inmediato, el segundo escenario describe el desarrollo del cuadro luego de 7 a 11 días con la aparición de una fístula intestinal, en donde el tratamiento es inicialmente médico.²

Por último, el tercer escenario, es el más complejo, evidenciándose la presencia de un abdomen abierto asociado a una filtración intestinal con adherencias, obstrucciones, edema intestinal y el no control del foco. En estos casos, se considera la realización de una ostomía proximal de descontaminación del abdomen, un cierre del abdomen abierto (temprano) y el uso de Nutrición parenteral total de inicio, por corto tiempo, para después llevarlo a nutrición enteral y finalmente a retomar la vía oral.²

El manejo, por ende, resulta indispensable pues las consecuencias de un mal manejo llevan a cuadros de falla intestinal, sepsis, abscesos, peritonitis, fístulas entero-cutáneo y entero-atmosférico, síndrome de intestino corto, oclusión intestinal recurrente; generando alto costo de atención pues es necesario un equipo multidisciplinario.³

I.2. Formulación del Problema:

¿Cuál son las características del abdomen catastrófico en mayores de 18 años atendido en el Servicio De Cirugía del Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, 2015 – 2018?

I.3. Objetivos:

I.3.1. Objetivo General:

Determinar las características del Abdomen Catastrófico en mayores de 18 años atendidos en servicio de Cirugía de Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, 2015 - 2018.

I.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características sociales y demográficas de los pacientes con diagnóstico de abdomen catastrófico en relación al total de pacientes con abdomen quirúrgico.
- Determinar las características clínicas y laboratoriales de pacientes con Abdomen Catastrófico.
- Describir el tipo de intervenciones quirúrgicas realizadas en pacientes con Diagnóstico Abdomen Catastrófico
- Describir el manejo realizado en pacientes con diagnóstico Abdomen Catastrófico.
- Determinar la frecuencia de pacientes con diagnóstico Abdomen Catastrófico en relación al total de pacientes con abdomen quirúrgico.
- Determinar el porcentaje de pacientes fallecidos con diagnóstico de abdomen catastrófico.

I.4. Justificación:

El cuadro de abdomen catastrófico si bien es cierto cuenta con una frecuencia de casos bajo, su mortalidad es muy alta. El llegar a dicho cuadro es un serio problema pues representa un mal pronóstico y limita los recursos del cirujano.⁴

La evolución de estos tipos de pacientes, inicia con una serie de problemas, como retraso en ser diagnosticados y de ser tratados, llevando de esta manera a estados de la enfermedad avanzada y a complicaciones tempranas de tipo sépticas.⁵

En nuestro país, pocos hospitales cuentan con un consenso para el manejo de abdomen catastrófico. El Hospital Guillermo Almenara es uno de los hospitales

que cuenta con un manejo protocolizado que incluye un elevado uso de recursos materiales y profesionales, con tiempos prolongados de hospitalización y la necesidad de nutrición parenteral de manera prolongada. A pesar de éste elevado gasto, los resultados han sido satisfactorios pues el Hospital Guillermo Almenara ha logrado con este manejo, reducir dramáticamente la mortalidad, además de reducir las complicaciones abdominales y extra-abdominales.²

Resulta de vital importancia, saber las características clínicas y laboratoriales de estos tipos de pacientes pues, a pesar de la elevada morbimortalidad, el manejo en una unidad especializada y bajo los parámetros correctos, logrará resultados favorables.⁴

Hasta la actualidad no se conoce la prevalencia del abdomen catastrófico en el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, y sería de mucha utilidad conocer la frecuencia de presentación; así como, las características clínicas y mortalidad con las que se presenta para que sea la base de posteriores estudios analíticos y/o experimentales.

Conocer las características y complicaciones del abdomen catastrófico dentro del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa hará que se realice un nuevo enfoque terapéutico para disminuir la morbi mortalidad de esta patología.

1.5. Delimitación

El presente estudio abarca las características del Abdomen Catastrófico en mayores de 18 años atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa, 2015- 2018.

1.6 Viabilidad

Se cuenta con datos de las historias clínicas de este periodo de tiempo, de las cuáles se procederá a extraer la información pertinente sobre las características clínicas, laboratoriales, así como el manejo del cuadro, para así posteriormente aplicar los instrumentos estadísticos pertinentes.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes nacionales

En un estudio descriptivo de una cohorte de 8 pacientes realizado por Huamán E.² sobre: "Manejo del Abdomen Catastrófico de manera multidisciplinaria en la Unidad de Falla Intestinal", analizaron a aquellos que tuvieron el diagnóstico de Falla Intestinal tipo II por abdomen catastrófico al ingreso o durante su estancia hospitalaria. Todos los pacientes fueron ingresados en la unidad de falla intestinal. El estudio se desarrolló entre 2015 a 2017.

Dicho estudio concluyó que: *"Pese a la gravedad de las lesiones intestinales y la alta demanda de recursos para la atención hospitalaria, así como una estancia prolongada, el abordaje de éstos pacientes complejos es posible en una Unidad Especializada con resultados favorables, disminuyendo la morbilidad y mortalidad."*

En un estudio realizado por Fernando Revoredo Rego et al.¹¹ se buscó determinar el perfil microbiológico y de resistencia de las infecciones intra abdominales (IIA) adquiridas en la comunidad y nosocomiales en el Servicio de Cirugía de Emergencia y Cuidados Críticos Quirúrgicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. En el estudio se incluyeron a los pacientes con drenaje quirúrgico o intervencionista de las IIA. Después de analizar los cultivos se concluyó que: "El microorganismo de mayor prevalencia en las infecciones intra abdominales IIA fue la E. coli.

2.1.2. Antecedentes Internacionales

Allan S. Brett⁶ realizó el estudio "Acute Abdominal Catastrophes in the Medical ICU". Estudio de tipo retrospectivo, en el cuál los investigadores de la Clínica Mayo revisaron 77 casos de pacientes en UCI. Se halló alrededor de 6000 ingresos a UCI durante un periodo de tiempo de 5 años, en los cuales, las catástrofes abdominales quirúrgicas agudas fueron identificadas durante su estancia en UCI, siendo isquemia intestinal el caso más común identificado (32%). Asimismo, de los 26 pacientes que no recibieron cirugía, todos murieron; mientras que de los 51 pacientes que sí se sometieron a cirugía 28 sobrevivieron.

Un estudio de tipo observacional, cohorte realizado por Atema, J.J.⁷ Publicado en 2015, llamado "Diagnosis of intra-abdominal infections and management of catastrophic outcomes" divide su trabajo en dos partes: La primera se centra en el diagnóstico de infecciones intraabdominales. La segunda explora diferentes aspectos del manejo de complicaciones catastróficas relacionadas con infecciones abdominales. Se incluyó a todos aquellos pacientes sometidos a cirugía electiva de reparación de algún defecto de la cavidad ventral abdominal, en los que se usó una malla biológica. El estudio se realizó entre enero 2011 a febrero 2015 en el

Centro Médico Académico de Amsterdam y en el Hospital St. Marks en Londres. En ambos centros la malla sólo se usó en aquellos pacientes con defectos de la pared abdominal contaminados. La decisión definitiva de usar malla biológica en la reparación se hizo intraoperatoria y se dejó a criterio de cada cirujano.

Martinez JL ⁸, et al. en su estudio "Factors predictive of recurrence and mortality after surgical repair of enterocutaneous fistula." Publicado en el año 2012 determinó los factores relacionados con la recurrencia y mortalidad de aquellos pacientes (71) que fueron intervenidos quirúrgicamente para la resolución de las fistulas enterocutáneas que presentaban. Los resultados fueron de una recurrencia de 31% de los casos con una mortalidad global del 20%, asociada a los niveles de albúmina preoperatoria menor de 3g/dl y de una edad mayor de 55 años.

Brenner M ⁹, et al. Realizaron un estudio retrospectivo denominado: "Risk factors for recurrence after repair of enterocutaneous fistula" publicado en 2009. Se presentó un total de 135 pacientes con fistula enterocutáneas manejados quirúrgicamente. Los resultados fueron: cierre completo el 84%, recurrencia en el 8% y mortalidad de 8%. El único factor relacionado con mortalidad fue el de la recurrencia asociado a pacientes con un periodo de espera mayor de 36 ss, con fistulas del intestino proximal, antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal y de anastomosis mecánica.

Visschers RGJ ¹⁰, en el estudio "Guided treatment improves outcomes of patients with enterocutaneous fistulas." Publicó en el 2012 que el 41 % de los pacientes tenían antecedentes de cáncer y el de enfermedad inflamatoria fue de 18% de una serie de 79 pacientes que fueron manejados en un Hospital de referencia. Además se apreció que los pacientes con recurrencia tenían un periodo de manejo de, 81 días en aquellos pacientes sin recurrencia comparado con los 53 días de aquellos manejados médicamente. Como conclusión del estudio se apreció que retrasar el periodo de espera aumenta el cierre espontáneo, y reduce la recurrencia.

Eduardo Bracho-Blanchet ¹ en la investigación "Utilidad de la ferulización intestinal (FI) en abdomen hostil secundario a bridas postoperatorias en pacientes pediátricos". Se trató de un estudio longitudinal, retrospectivo y analítico, de aquellos pacientes que fueron sometidos a ferulización intestinal. Los datos obtenidos fueron de las historias clínicas de aquellos pacientes que se le realizó la ferulización intestinal durante 11 años (del año 2000 a diciembre del 2011) y de esta manera se evaluó el seguimiento a largo plazo. Los resultados de este estudio fueron que con un seguimiento de aproximadamente entre 1-183 meses, hubo una oclusión quirúrgica recurrente, concluyendo así que: "*Esta es la segunda serie exclusiva en niños que muestra que la FI es eficaz para prolongar el tiempo libre de oclusión quirúrgica.*"

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Abdomen Abierto⁶

El abdomen se deja abierto deliberadamente para cumplir las siguientes indicaciones:

1. Cirugía de control de daños por hemorragia mayor.
2. Tratamiento/ prevención de hipertensión abdominal.
3. Manejo de sepsis abdominal severa.

2.2.2. Cirugía de Control de Daños

El principio de esta cirugía ha sido desarrollada en situaciones de trauma para limitar el procedimiento quirúrgico inicial al mínimo requerido para el control de la hemorragia y la contaminación entérica en pacientes inestables en las que se realiza el procedimiento quirúrgico mínimo y se lleva posteriormente al paciente a UCI con el fin de estabilizarlo, con la fascia abdominal no cerrada (colocación de bolsa de laparostomía).

El objetivo de dicha intervención es la corrección de acidosis, hipotermia y coagulopatía. Una vez estabilizado el paciente, usualmente en un periodo de tiempo entre 24-72 horas el paciente vuelve a sala de operaciones, donde se realiza la resección intestinal definitiva, anastomosis y cierre de cavidad.

2.2.3. Hipertensión Abdominal y Síndrome Compartimental

La presión intraabdominal normal va entre 0-5 mmHg, sin embargo, ésta puede incrementar en un conjunto de condiciones patológicas.

Se define hipertensión abdominal como una presión abdominal sostenida mayor a 12 mmHg. El aumento de la presión intraabdominal puede generar disminución del retorno venoso y aumentar las presiones ventilatorias.

La alteración hemodinámica resultado de la hipertensión abdominal puede llevar a disfunción renal y cardíaca, así como a isquemia. Sin tratamiento, ésta puede derivar en disfunción multiorgánica, una condición asociada con alta mortalidad.

Síndrome Compartimental Abdominal se define como aquella presión intraabdominal superior a 25 mmHg, asociado con disfunción orgánica. Dicho síndrome compartimental, puede ser categorizado como primario, si resulta directamente de una patología intraabdominal y de una cirugía asociada (trauma abdominal, hemorragia retroperitoneal) o secundario, si resulta de una resucitación masiva con fluidos o de una causa menos directa como pancreatitis, quemaduras, sepsis o trauma no abdominal.

Mientras que la terapia con fluidos, la ventilación y la función circulatoria es importante en pacientes con hipertensión intraabdominal, lo más importante en síndrome compartimental es la descompresión quirúrgica de emergencia.

2.2.4. Manejo Sepsis Severa Abdominal²

Mientras edema de pared abdominal o intestinal debido a sepsis o a la misma resucitación puede llevar a cuadro de Síndrome Compartimental, la contaminación peritoneal severa por sí sola, no es probablemente una indicación suficiente para dejar el abdomen abierto. A pesar que existe un aumento en la muerte de bacterias por una mejor oxigenación y un mejor drenaje puede facilitar la resolución de una infección intraabdominal, hay poca evidencia que respalde dicho proceso.

Existe por dicho motivo, una diferencia entre dejar un abdomen abierto como parte del manejo de sepsis severa y los dos escenarios discutidos previamente. En sepsis, normalmente hay un cuadro infeccioso severo previo que requiere un manejo a largo plazo. La situación clínica es más complicada, pues el abdomen abierto en estos casos requerirá un manejo más largo y el cierre se dará cuando el proceso de fibrosis resulte en rigidez de la pared abdominal.

2.2.5. Abdomen Catastrófico²

Es aquella condición grave del paciente que generalmente ha necesitado más de dos intervenciones quirúrgicas (laparotomías), asociado a la presencia de sepsis como consecuencia de fugas anastomóticas intestinales. Las causas principales de este tipo de patologías son las derivadas de aquellas complicaciones post operatorias de patologías agudas.

- **Factores de Riesgo:³**

- Antecedentes de múltiples cirugías (>2)
- Peritonitis secundaria
- Enfermedades granulomatosas (tuberculosis peritoneal, coccidioidomicosis)
- Carcinomatosis peritoneal
- Pacientes manejados con abdomen abierto por trauma abdominal
- Enfermedad de Crohn
- Radioterapia y trastornos de la cicatrización.
- Inmunosuprimidos

- **Mecanismo de Acción:³**

La reacción inflamatoria persistente causada por traumatismo de las superficies peritoneales (visceral y/o parietal) o al contacto con objetos extraños (suturas, talco, drenajes, material intestinal, etc.) produce una cascada de eventos moleculares que derivan en la generación de tejido fibrótico y cicatrizal entre estas estructuras adhiriéndose entre sí (abdomen congelado) y dificultando la separación de los planos de disección.

- **Manejo del Abdomen Catastrófico²**

Etapas 1: Control de Foco

Se trata en esta etapa de la realización de una serie de procedimientos encaminados a controlar el cuadro en aquellos pacientes que presentan un abdomen hostil asociado a pérdida de los espacios libres, además de la presencia de sepsis como consecuencia de las fugas anastomóticas o de raias intestinales.

Ante lo decrito anteriormente se propone lo siguiente:

- La realización de re-laparotomías dirigida a controlar la filtración intestinal mediante la realización de ostomías proximales (drenaje externo) para de esta manera poder descontaminar la cavidad abdominal a través de lavados sucesivos (solución fisiológica) y la realización de raias intestinales para de esta manera reducir la filtración.
- Cierre transitorio del abdomen, en caso se encuentren aquellos factores que llevaron a la falta de control del foco o si el paciente no presenta las condiciones para el cierre primario.
- El uso empírico y temprano de antibióticos asociado a la toma de cultivo de la secreción intestinal, hemocultivos, cultivos de la punta del catéter y del tracto urinario.
- Es de vital importancia el cambio del catéter periférico, del CVC o del sondaje vesical que provenga de otro Hospital.
- Es importante las medidas de bioseguridad para la vigilancia del catéter de nutrición parenteral.
- Evaluar las infecciones latentes que se podrían suscitar mediante una rigurosa evaluación clínica y la instauración de tratamiento empírico de acuerdo a los patrones de resistencia local.
- Aislamiento de contacto en aquellos pacientes en que se logra identificar gérmenes multi-resistentes (cultivos).
- Evaluar el score Cándida y dar Terapia anti-fúngica empírica para levaduras.

Etapas 2: Soporte metabólico y nutricional²

Este tipo de paciente presenta algún grado de desnutrición (tipo kwashiorkor o tipo mixta), además se asocia a problemas de desequilibrio hídrico y electrolítico y un estado hipercatabólico, muchas veces estos paciente no cuentan con un acceso enteral y con la posibilidad de riesgo de filtración intestinal.

El soporte nutricional en este tipo de pacientes será prolongado sobretudo en aquellos pacientes con alto débito intestinal y el estado séptico que generan una demanda proteica y calórica mayor.

Se plantea lo siguiente:

- La instalación de un catéter propio para nutrición parenteral total.
- Modificación de las alteraciones hidroelectrolíticas.
- Formulación de la nutrición parenteral individualizada.
- La instauración de nutrición enteral proximal; y que esta no produzca pérdidas intestinales mayores (>1000 cc) y no genere un SIC.
- En caso se disponga de un acceso enteral distal funcionando se puede progresar a NE o en caso que las pérdidas por el ostoma proximal no aumente más del 30% del flujo promedio o el gasto fistuloso es menor de mil centímetros cúbicos y de esta manera, poder llegar a la NE total.
- De acuerdo a un buen control bioquímico y de impedanciometría el paciente podrá tener una nutrición domiciliaria de tipo parenteral.

Etapas 3: Manejo del Abdomen Abierto ²

Los pacientes con abdomen abierto presentan adherencias severas y firmes asociados a filtración intestinal (Estadíos II, III y IV según la clasificación de Björk y Kirtpatrik). Estas adherencias son más intensas e imposibilitan o dificultan la exploración intrabdominal con el riesgo de lesión del intestino.

Por lo tanto se plantea lo siguiente:

- Cierre transitorio abdominal para la realización de laparotomías planificadas y de esta manera proceder a una descontaminación abdominal, para esto se prefiere el uso de una bolsa de laparostoma.
- Cierre transitorio abdominal mediante el uso de sistemas a presión negativa (VAC), y de esta manera reducir el tiempo de cierre definitivo; así como también la descontaminación. Previo resultado negativo de cultivos y ausencia de infección.
- Cierre de la pared abdominal por segunda intención. Existen situaciones en donde el abdomen abierto progresa a estadíos avanzados (IIIB o IV) y la posibilidad de cierre es mínima, en estos casos y cuando se cuente con un control de la filtración mediante un ostoma se puede usar el sistema VAC para conseguir un cierre por segunda intención.

Etapas 4: Cuidado del ostoma y peri-ostomal ²

En aquellos pacientes que presenten ostomas de alto débito o por otro lado aquellos pacientes que cuenten con fistulas del intestino o enteroatmosféricas no controladas en las que se pueden convertir en un ostoma para de esta manera controlar y dirigir la filtración intestinal.

Se recomienda lo siguiente:

- Al momento de la confección el ostoma se recomienda realizarla lo más distal al ligamento de Treitz y según la técnica de Brooke y lejos del borde de la laparotomía. Durante la realización del ostoma se aconseja que esta se realice en la piel sana para el correcto sellado posterior de la bolsa de colostomía. Importante la correcta fijación de la bolsa de colostomía (mediante sellos especiales) sobretodo en las yeyunostomías que cursan con volúmenes elevados. Cabe resaltar que el volumen ostomal se adapta y puede disminuir con el transcurrir de los días dependiendo de la longitud ostomal residual y la ausencia de inflamación.

Etapa 5: Diagnóstico y tratamiento de la patología intestinal ²

Existen otros trastornos; además de las complicaciones post-operatorias, que contribuyen o sean la causa de la complicación quirúrgica como los trastornos hematológicos que causan isquemia intestinal, enfermedades inflamatorias intestinales y alteraciones de la absorción o motilidad pueden contribuir al no control de esta patología. Por tal motivo, es esencial estudios de anatomía patológica y de endoscopías. Se aconseja lo siguiente:

- La realización de estudios endoscópicos (antes, durante y después de las terapias médicas) para evaluar el estado de la mucosa intestinal y mediante la toma de biopsia excluir signos de enfermedad intestinal activa. Estos estudios pueden ser complementados con la realización de un angiotomografía abdominal que permita la evaluación de la circulación intestinal. En caso se planea la restitución del tránsito intestinal, se debe realizar el procedimiento endoscópico idealmente durante el pre operatorio y en caso no sea posible durante el acto quirúrgico.

Etapa 6: Cirugía de reconstrucción del TGI ²

Este tipo de cirugía de plantea luego de haber conseguido todo lo descrito anteriormente y dependiendo de la enfermedad de fondo del paciente, el tiempo transcurrido de la última operación y el tipo de terapia nutricional.

Se debe tener las siguientes consideraciones:

- Se trata de una cirugía compleja, que puede durar varias horas y para esto se precisa de un personal calificado para que se acorte el tiempo de la cirugía.

- En pacientes multioperados se recomienda la intervención quirúrgica luego de 6-12 meses de la última operación.

- Importante la liberación desde el ángulo de Treitz hasta la VIC.

- Eliminar todas los ostomas y confeccionar el menor número de anastomosis intestinales que asegure el correcto funcionamiento intestinal. Las prioridades son la restitución del tránsito intestinal, el restablecimiento de la cavidad abdominal y de la pared abdominal.

- El paciente recibirá nutrición parenteral de inicio para pasar posteriormente a la vía oral luego de cinco o siete días del post quirúrgico. Importante la vigilancia estricta de signos y síntomas que indiquen filtración intestinal. Se podrá solicitar al paciente un control radiológico mediante el tránsito intestinal contrastado.

- La reconstrucción de la pared puede realizarse, si así lo justifica, con material protésico adecuado (malla de contacto visceral) en la misma intervención quirúrgica, o en un segundo tiempo de acuerdo al criterio del cirujano.

2.3. Definiciones conceptuales

- **El abdomen abierto¹³**: Es una técnica quirúrgica en la cual dejamos la cavidad abierta, cubriendo los órganos, para el manejo de diferentes entidades clínico-patológicas.
- **Abdomen agudo quirúrgico¹⁵**: Situación clínica que cursa con dolor abdominal intenso que involucra la vida del paciente y por lo tanto requiere de una cirugía de emergencia o de urgencia.
- **Abdomen catastrófico¹³**: Es aquella condición grave del paciente que generalmente ha necesitado más de dos intervenciones quirúrgicas (laparotomías), asociado a la presencia de sepsis como consecuencia de fugas anastomóticas intestinales.
- **Foco Infeccioso¹³**: Lugar en donde se inicia la infección en los pacientes.
- **Laparotomía¹³**: Es aquel procedimiento quirúrgico que tiene como finalidad abrir el abdomen para la exploración correspondiente y de esta manera tratar los problemas a nivel abdominal.
- **Peritonitis¹³**: Es el compromiso de tipo inflamatorio del peritoneo, la membrana serosa que recubre parte de la cavidad abdominal y las vísceras.
- **Sepsis¹³**: Es la respuesta desequilibrada del huésped ante cualquier proceso infeccioso que conlleva a la disfunción orgánica que puede ser mortal.
- **Sepsis abdominal¹³**: La sepsis abdominal es un proceso inflamatorio del peritoneo causada por un microorganismo patógeno, así como de sus productos. El proceso inflamatorio puede ser localizado o difuso de acuerdo con su naturaleza.

2.4 Hipótesis¹⁴

El siguiente trabajo de investigación es un estudio descriptivo y no requiere de hipótesis.

CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de la investigación

Es retrospectivo, debido a que tomará datos del año anterior (2015); observacional porque no presentará intervención o no se manipulará variables

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Se revisarán las historias clínicas de los pacientes mayores de 18 años con Abdomen Catastrófico perteneciente al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, 2015-2018.

3.2.2 Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios Inclusión

- Todo paciente con más de dos laparotomías, sin mejoría después de última intervención.
- Pacientes con cirugías previas (>2) con alteraciones en el tránsito intestinal asociada a la presencia de sepsis o presencia de fugas anastomóticas del intestino.
- Pacientes con edad mayor a 18 años.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas.
- Pacientes transferidos a Hospitales de mayor complejidad.

3.2.3 Muestra

Se tomará en cuenta a todos los pacientes con diagnóstico de Abdomen Catastrófico en Hospital Casimiro Ulloa entre enero del 2015 a diciembre del 2018.

3.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Edad	Número de años del paciente al momento de su hospitalización	Número de años indicado en la historia clínica	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Genero orgánico	Genero señalado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Femenino 1= Masculino
Comorbilidades	Patologías asociadas	Consignado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= No 1= Si
Estado nutricional	Determina el estado nutricional, reflejando las reservas de energía, característica del comportamiento de peso en relación con estatura del sujeto.	Cociente entre peso expresado en kilogramos y el cuadrado de la altura de persona expresada en metros.	Continua	Independiente Cuantitativa	<16: desnutrición calórico proteica grave 16-16.9: desnutrición calórico proteica moderada 17-18.4: desnutrición calórico proteica leve 18.5-24.9: Peso normal 25-26.9: sobrepeso grado I 27-29.9: Sobrepeso grado II 30-34.9: Obesidad.
Mortalidad total	Pacientes fallecidos por cualquier causa	Fallecimiento del paciente por cualquier	Nominal	Independiente Cualitativa	0= No 1= Si

		causa durante el periodo de seguimiento.			
Abdomen catastrófico	Es aquella condición grave del paciente que generalmente ha necesitado más de dos intervenciones quirúrgicas (laparotomías), asociado a la presencia de sepsis como consecuencia de fugas anastomóticas intestinales.	Si () No ()	Nominal	Dependiente Cualitativa	Si(), No ()
Consumo de tabaco	Alguna vez consumió tabaco	Si (/) No ()	Nominal	Independiente Cualitativa	Si(), No ()
Foco infeccioso	Punto de partida de la infección en pacientes con diagnóstico de sepsis.	Consignado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Ginecológico 1= Respiratorio 2= Urinario 3= Abdominal

3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

Para iniciar la recolección de datos se solicitó previamente el permiso requerido para extraer información de las historias clínicas respectivas.

Se recabará información de los servicios UCI, UCIN y Cirugía General de Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, luego se procederá a recolectar la información de la historia clínica donde se sacará información sobre características clínicas, laboratoriales y manejo mediante una ficha de recolección de datos.

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

Con los resultados obtenidos a partir de la revisión de historias clínicas de los pacientes con Abdomen Catastrófico de Hospital Casimiro Ulloa se realizarán graficas de barras y de pastel, presentándose en forma cuantitativa.

Se utilizará el SSPS para el análisis de datos haciendo uso de los diversos cuadros que se encontraron a nuestra disposición.

Además, se complementará con programas de Microsoft office tales como Microsoft Word y Microsoft Excel

3.6 Aspectos éticos

Para garantizar los aspectos éticos de esta investigación la información sobre el objeto del estudio se explicará a la Institución del área de salud ocupacional respectiva, para su aprobación y posterior desarrollo.

Se informará de los procedimientos que se van a realizar, así como del uso que se le dará a la información recabada. Se asegura la confidencialidad de datos y el cuidado de los mismos mientras estén bajo supervisión de los involucrados.

En ningún momento a las personas del estudio se les aplicará encuesta alguna.

CAPITULO IV CRONOGRAMA Y RECURSOS

4.1 Cronograma

ACTIVIDADES	SEMESTRE 2019 – I															
	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del Tema				X												
Planteamiento del Problema					X	X	X									
Revisión Bibliográfica								X	X	X						
Presentación de Protocolo Investigación											X	X				
Procesamiento, tabulación, interpretación de resultados													X	X		
Presentación del informe final															X	X

4.2 Presupuesto

NECESIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (s/.)	COSTO TOTAL (s/.)
-----------	----------	----------------------	-------------------

<i>Papel bond</i>	5	0.10	0.50
<i>Impresiones (por hoja)</i>	100	0.20	20.00
<i>Cuadernos</i>	1	5.00	5.00
<i>Folder</i>	2	3.00	6.00
<i>Anillado</i>	2	8.00	16.00
<i>Movilidad</i>	5	3.00	15.00
TOTAL			62.50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. E. Bracho-Blanchet, et al.: Utilidad de la ferulización intestinal (FI) en abdomen hostil secundario a bridas postoperatorias en pacientes pediátricos, Departamento de Cirugía General, Hospital Infantil de México Federico Gómez; Gac Med Mex. 2016; 152:47-56
2. Huamán E, et al: Manejo Multidisciplinario del Abdomen Catastrófico en la Unidad de Falla Intestinal, Unidad de Falla Intestinal – Hospital Almenara; CIRUJANO Vol. 15 N° 1 Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú
3. 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
4. Gerych I. Hostile Abdomen: Definition, predictors and classification. WJES & WSES Meeting; 2013. 2.
5. Leppäniemi AK.: The hostile abdomen-A systematic approach to a complex problema. Scand J Surg 2008; 97: 218-219
6. Gajic O et al. Acute abdomen in the medical intensive care unit. Crit Care Med 2002 Jun; 30:1187-90.
7. Atema, J. J. (2015). Diagnosis of intra-abdominal infections and management of catastrophic outcomes
8. Martinez, J.L., Luque-de-León, E., Ballinas-Oseguera, G. et al. J Gastrointest Surg (2012) 16: 156. <https://doi.org/10.1007/s11605-011-1703-7>
9. Brenner M, Clayton JL, Tillou A, Hiatt JR, Cryer HG. Risk Factors for Recurrence After Repair of Enterocutaneous Fistula. *Arch Surg*. 2009;144(6):500–505. doi:10.1001/archsurg.2009.66
10. Visschers RG, van Gemert WG, Winkens B, Soeters PB, Olde Damink SW. Guided treatment improves outcome of patients with enterocutaneous fistulas. *World J Surg*. 2012;36(10):2341-8.
11. Revoredo Rego F, Huamán Egoávil E, Zegarra Cavani S, Auris Mora H, Valderrama Barrientos R. Perfil microbiológico de las infecciones intra abdominales en el Servicio de Cirugía de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú. *Rev Gastroenterol Peru*. 2016;36(2): 115-22
12. Dutton WD, Diaz Jr JJ, Miller RS. Critical care issues in managing complex open abdominal wound. *J Intensive Care Med*. 2012; 27(3):161–71.

13. Victoriano Sáenz-Félix^a, Guillermo Arturo Galindo-Vázquez^b, Raúl Estrada-Herrera^a ^a Hospital Angeles del Carmen, Guadalajara, Jalisco. IMSS, Guadalajara, Jalisco. Sepsis abdominal.
14. MT. Icart Isern^a, J. Canela Soler^b the use of hypothesis in scientific research
15. Prof. Dra.C. Martha Larrea Fabra, Prof. Dr. Arturo Dubé Barrero, Prof. Dra C. Gerardo de la Llera Domínguez, prof. Dra.C. Martha Larrea Fabra, Hospital Uniersiarsitario general Calixto García. Habana, Cuba. Abomen agudo quirúrgico.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño	Población de estudio y procesamiento de datos
<p>¿Cuál es la característica del abdomen catastrófico en mayores de 18 años atendido en el Servicio De Cirugía del Hospital Casimiro Ulloa, 2015 – 2018?</p>	<p>Objetivo General: Determinar las características del Abdomen Catastrófico en mayores de 18 años atendidos en servicio de Cirugía de Hospital Casimiro Ulloa, 2015 - 2018.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de abdomen catastrófico en relación al total de pacientes con abdomen quirúrgico. •Determinar las características clínicas y laboratoriales de pacientes con Abdomen Catastrófico. •Describir el tipo de intervenciones quirúrgicas realizadas en 	<p>El siguiente trabajo de investigación es un estudio descriptivo y no requiere de hipótesis</p>	<p>El estudio es de tipo observacional descriptivo transversal de pacientes con diagnóstico Abdomen Catastrófico en Hospital Emergencias Casimiro Ulloa entre enero 2015 a diciembre 2018.</p> <p>Es retrospectivo, debido a que tomará datos del año anterior (2015); observacional porque no presentará intervención o no se manipulará variables</p>	<p>Se revisarán todas las historias clínicas de los pacientes mayores de 18 años con Abdomen Catastrófico perteneciente Hospital Emergencias Casimiro Ulloa, 2015-2018.</p> <p>Se tomará en cuenta a todos los pacientes con diagnóstico de Abdomen Catastrófico en Hospital Casimiro Ulloa entre enero 2015 a diciembre 2018.</p> <p>Se recabará información de los servicios UCI, UCIN y Cirugía General de Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa, luego se procederá a recolectar la información de la historia clínica</p>

	<p>pacientes con Diagnóstico Abdomen Catastrófico</p> <ul style="list-style-type: none"> •Describir el manejo realizado en pacientes con diagnóstico Abdomen Catastrófico. •Determinar la frecuencia de pacientes con diagnóstico Abdomen Catastrófico en relación al total de pacientes con abdomen quirúrgico. •Determinar el porcentaje de pacientes fallecidos con diagnóstico de abdomen catastrófico. 			<p>donde se sacará información sobre características clínicas, laboratoriales y manejo mediante una ficha de recolección de datos.</p> <p>Se utilizará el SSPS para el análisis de datos haciendo uso de los diversos cuadros que se encontraron a nuestra disposición. Además, se complementará con programas de Microsoft office tales como Microsoft Word y Microsoft Excel.</p>
--	--	--	--	---

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Mediante la ficha de recolección de datos se tomaron los datos de cada historia clínica, luego de lo cual se agregaron a la base de datos. Se respetaron los datos tal cual se encontraron en la historia clínica.

3. SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL

Solicito: Permiso para la realización del protocolo de investigación

SEÑOR DOCTOR
DIRECTOR DE LA OFICINA EJECUTIVA DE APOYO A LA INVESTIGACION Y
DOCENCIA

Por medio de la presente, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la aprobación del protocolo de investigación:

CARACTERÍSTICAS DEL ABDOMEN CATASTRÓFICO EN MAYORES DE 18 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA, 2015 – 2018.

El protocolo se llevará a cabo durante el año en curso, por el residente de Cirugía General, Moisés Joel Román Yrigoín y se desarrollará en el servicio de Cirugía General del Hospital Casmiro Ulloa.

Se adjunta requisitos señalados por la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia.

Es justicia que espero alcanzar.

Lima, 14 de Agosto de 2020

Moisés Joel Román Yrigoín

CMP: 67637

DNI: 45133760