

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION



**MEGARRECTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA COMPLICACIONES
QUIRURGICAS DE ANORECTOPLASTÍAS SAGITAL POSTERIOR
PRIMARIA EN PACIENTES CON MALFORMACION ANORRECTAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2019 – DICIEMBRE 2020**

**PROYECTO DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA
PEDIATRICA.**

PRESENTADO POR NAVARRO SEMINARIO PEDRO LUIS

ASESOR

Cesar Torres Miranda, Cirujano Pediatra

LIMA-PERÚ 2021

JURADO EVALUADOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Presidente: Ormeño Calderon Luis Edgardo, cirujano pediatra

Miembro: Berrocal Anaya Waldo Homero, cirujano pediatra

Miembro: Baca Carrasco Wilbert, cirujano pediatra

AGRADECIMIENTOS

A los tutores de residencia del Hospital Nacional Madre Niños San Bartolomé Dr. Hugo Delgado Bartra y Cesar Torres Miranda por su guía, consejos y enseñanzas.

A mis padres por ser mi ejemplo, mis guías y mi apoyo incondicional

A Dios.

INDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.....	5
1.2 Formulación del problema.....	6
1.3 Objetivos.....	6
1.4 Justificación.....	7
1.5 Limitaciones.....	8
1.6 Viabilidad.....	8

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....	8
2.2 Bases teóricas.....	10
2.3 Definiciones conceptuales.....	12
2.4 Hipótesis.....	13

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación.....	14
3.2 Población y muestra.....	15
3.3 Operacionalización de variables.....	16
3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos.....	17
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información.....	17
3.6 Aspectos éticos.....	18

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Cronograma.....	19
4.2 Presupuesto.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	22

ANEXOS

1. Cuadro de Operacionalización de variables	25
2. Matriz de consistencia.....	27
3. Instrumentos de recolección de datos.....	30
4. Reporte de Turnitin (Mínimo <25%, Ideal: <10%)	

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las malformaciones anorrectales afecta a 1 de cada 4000 recién nacidos vivos en el mundo y constituyen una patología muy heterogénea ya que varían desde cuadros leves hasta cuadros de gran complejidad, su tratamiento esencialmente quirúrgico.¹

En la actualidad las pautas para toma de decisiones quirúrgicas en pacientes con malformaciones ano rectales depende del tipo de defecto, condición clínica de paciente (estabilidad hemodinámica, patologías asociadas, edad gestacional, edad cronológica, etc) y experticia del cirujano tratante. Siendo así, se podría optar por realizar una anorectoplastía sagital posterior sin colostomía (reparación primaria) en pacientes con fístula rectoperineal o fístula rectovestibular en lugar de realizar una colostomía previa (reparación secundaria) si la condición del paciente es favorable y la experiencia del cirujano tratante lo permite.²

Una reparación primaria exitosa reduce la cantidad de procedimientos y costos quirúrgicos, y brinda mejores resultados cosméticos, en comparación cuando estas malformaciones son quirúrgicamente tratados con tres operaciones: colostomía, anorectoplastía sagital posterior y cierre de colostomía (reparación por etapas).²

Un recto muy dilatado e hipertrófico (megarrecto) es un hallazgo que se presenta en algunos pacientes tratados con este tipo malformación ano rectal asociada esta condición a un diagnóstico tardío o por una condición congénita. En estos pacientes, la anorectoplastía sagital posterior primaria podría convertirse técnicamente en un procedimiento exigente, con un mayor riesgo de lesión estructuras vecinas y una mayor susceptibilidad a la dehiscencia y la infección de la herida.³

En el Hospital Madre Niño San Bartolomé, de Lima-Perú, en el servicio de cirugía pediátrica y neonatal es vital conocer los factores de riesgo que podrían generar complicaciones quirúrgicas en una anorectoplastía sagital posterior primaria

1.2 Formulación del problema

En razón de todo lo expresado, se planteó la siguiente interrogante: ¿Es el megarrecto un factor de riesgo para complicaciones quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias de anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectoperineal y rectovestibular, hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero 2019 - diciembre 2020?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar si el megarrecto es un factor de riesgo para complicaciones quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias de anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectoperineal y rectovestibular, hospital Nacional Docente Madre Niño san Bartolomé, enero 2019 - diciembre 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar la incidencia de asociación de megarrecto y malformación anorectal con fistula rectoperineal, hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero 2019 - diciembre 2020.
2. Determinar la incidencia de asociación de megarrecto y malformación anorectal con fistula rectovestibular, hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero 2019 - diciembre 2020.
3. Determinar la incidencia de complicaciones quirúrgicas intraoperatorias (lesión uretral , lesión vaginal) y postoperatorias (dehiscencia , infección de sitio operatorio , estenosis del neo ano hasta 30 dias de la cirugía) al realizar una anorectoplastía

sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectoperineal y megarrecto, hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero 2019 – diciembre 2020.

4. Determinar la incidencia de complicaciones quirúrgicas intraoperatorias (lesión uretral , lesión vaginal) y postoperatorias (dehiscencia , infección de sitio operatorio , estenosis del neo ano hasta 30 días de la cirugía) al realizar una anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectovestibular y megarrecto, hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero 2019 – diciembre 2020.

1.4 Justificación

El correcto tratamiento quirúrgico de las malformaciones anorectales es primordial en el pronóstico de estos pacientes; es de entender entonces que las posibles complicaciones de dicha cirugía podrían devenir en menor calidad de vida del paciente. Las malformaciones anorrectales con fistula recto perineal y fistula rectovestibular podrían ser tratados en ciertos casos con una sola intervención quirúrgica (reparación primaria) siendo esto beneficioso para el paciente , se ha observado complicaciones de esta reparación primaria como lo son las lesiones de uretra y/o vagina durante el acto quirúrgico y también las dehiscencias e infecciones de sitio quirúrgico en el postoperatorio en pacientes que presentan de manera asociado un recto dilatado e hipertrófico (megarrecto) en comparación con pacientes que no presentan esta condición.

Debido a esta problemática, es muy importante realizar un estudio en el cual se asocie el megarrecto como fuente de posible complicación para este procedimiento, para lo cual se podría instaurar un estudio de imagen (rectograma) a modo de tamizaje de megarrecto a los pacientes a los que se les realizara una anorectoplastía sagital posterior primaria.

1.5 Delimitación

Pacientes neonatales y pediátricos con diagnóstico de malformación anorrectal con fistula rectoperineal y fistula rectovestibular que fueron tratados quirúrgicamente en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, servicio de Cirugía Pediátrica entre enero del 2019 y diciembre 2020

1.6 Viabilidad

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y el servicio de Cirugía Pediátrica autorizarán la investigación , contare con el apoyo de los especialistas y los recursos económicos propios para desarrollarla, se realizo un rectograma previo a los pacientes a quienes se les realizará una anorectoplastía sagital posterior primaria y se procederá a tomar datos de su historia clínica.

II. MARCO TEÓRICO

2. 1 Antecedentes de la Investigación

Claudia Bañuelos en el año 2019 realiza su tesis sobre la " Utilidad de la medición del tamaño del recto en la evaluación preoperatoria de pacientes con malformación anorrectal con fístula rectoperineal y rectovestibular" obteniendo como resultado que el rectograma parece ser una base segura para la toma de decisiones en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con malformación anorrectal y fístula clínicamente evidente independiente de la edad al diagnóstico. Se demuestra una fuerte asociación entre la presencia de megarrecto y las complicaciones quirúrgicas inmediatas de la ARPSP. Los resultados sugieren que ante la presencia de megarrecto, realizar una ARPSP

primaria mostrará altas tasa de complicaciones postoperatorias inmediatas que podrán contribuir al deterioro funcional fecal en etapas posteriores de la vida de estos pacientes.⁴

Luis De la Torre-Mondragón en su artículo publicado en la revista Journal of pediatric surgery “Megarecto inesperado: una posible fuente oculta de complicaciones en pacientes con malformación anorrectal” en el cual incluyo 30 pacientes de 1 día a 7 años, el 60% presentaba megarecto. Dieciséis pacientes se sometieron a reparación primaria: 6 con megarecto y 10 sin megarecto; las complicaciones ocurrieron en cuatro de los seis con megarecto, 66,7%, y no se observaron complicaciones en los 10 pacientes sin megarecto (F p = 0,008), concluyendo La evaluación preoperatoria integral en pacientes con malformación anorrectal con fístula rectoperineal o rectovestibular debería incluir un rectograma. El conocimiento de la presencia de megarecto podría ser información útil en la decisión de realizar una colostomía o realizar una anorrectoplastia sagital posterior primaria.⁵

Manuel Ignacio O. en el año 2011 realiza su tesis sobre “Frecuencia de megarecto diagnosticado por rectograma , en pacientes en edad pediátrica con malformación anorrectal con fistula recto perineal y fistula recto vestibular” concluyo que el rectograma es un estudio muy útil para el diagnóstico de megarecto en pacientes con MAR con fistula externa, que la incidencia de megarecto en pacientes con MAR con fistula externa es muy alto (78.5%) sin tener asociación directa con la edad pudiendo ser al nacimiento o en pacientes con diagnóstico tardío, de los 57 pacientes a los que se les realizo la medición del índice recto pelvico como criterio previo a toma de decisión de la técnica quirúrgica a realizar ninguno presento complicación postquirúrgica, en cambio a los 5 pacientes que no se les realizo dicho estudio todos presentaron dehiscencia en la anorrectoplastía.³

Basant Kumar et al en su artículo publicado en la revista Journal of pediatric surgery “Reparación en una sola etapa de fístulas vestibulares y perineales sin colostomía” en cual concluye que la anorrectoplastia primaria, ya sea por PSARP o ASARP, es factible en fístulas vestibulares y perineales sin cubrir la colostomía. La agenesia / hipoplasia sacra asociada, el colon rectosigmoide o en bolsa redundante y las infecciones de la

herida con dehiscencia son los principales factores de confusión que afectan el resultado general. Se puede lograr un mejor resultado en términos de continencia mediante una técnica quirúrgica cuidadosa y un seguimiento junto con un entrenamiento adecuado para ir al baño. La tasa de complicaciones fue mayor en los casos de fístula vestibular que de fístula perineal, independientemente de la técnica utilizada. A menudo se requieren algún tipo de laxantes y enemas. También se necesita la dilatación del neoano durante períodos variables.⁶

2.2 Bases Teóricas

Las malformaciones anorrectales son un espectro de malformaciones causadas por una alteración del desarrollo del polo caudal del embrión en las cual ocurrió una separación anormal del sistema genitourinario con estructuras del intestino posterior en etapas iniciales del desarrollo embriológico , estas se hacen evidentes durante el periodo neonatal, involucrando en menor o mayor proporción al ano, recto, musculatura e inervación de la pelvis y periné, hueso sacro, medula espinal baja y tracto genitourinario, constituyendo una emergencia y/o urgencia quirúrgica.^{8,1}

La clasificación actual de mayor relevancia es la orientada hacia la terapéutica en la cual se hace diferencia por sexo.⁷

Niños

1. Fístula Recto perineal
2. Fístula Recto uretral (Bulbar – Prostática)
3. Fístula Recto vesical
4. Ano imperforado sin fístula
5. Atresia rectal

Niñas

1. Fístula Recto perineal
2. Fístula Recto vestibular

3. Persistencia de cloaca
4. Ano imperforado sin fistula
5. Atresia rectal

Para realizar del diagnóstico es necesario un examen físico completo al nacimiento que debe incluir la exploración ectoscópica y la permeabilidad del ano.²

Se deben de hacer una serie de exámenes auxiliares que ayuden en la exactitud del diagnóstico para evaluar el problema, determinar pronóstico y elaborar el plan quirúrgico entre ellas encontramos: radiografía lateral en posición prona con pelvis elevada, radiografías sacras, rectograma, ecografía lumbar ultrasonido renal, ecocardiograma.²

El tratamiento ha evolucionado con los años desde el Dr. Stephens quien diseño el abordaje sacro perineal basando su tratamiento en la preservación de fascículo puborectal, el Dr. Peña quien comienza el abordaje sagital posterior que permitió exposición directa de esta área anatómica y mejores resultados quirúrgicos , y posteriormente la ayuda laparoscópica para casos determinados.^{2,9}

La orientación para toma de decisión quirúrgica de estos pacientes dependerá de varios factores como son la edad, sexo, asociación con otros defectos, estado clínico, experiencia del cirujano, etc.¹⁰

En varones y mujeres si existe una fístula rectoperineal o rectovestibular, el paciente puede ser tratado con una anorectoplastia sagital posterior sin necesidad de colostomía si las características clínicas y la experiencia del cirujano lo permiten, en caso contrario se indicará una colostomía de derivación y una cirugía correctora posterior.²

En los pacientes que nacen con este tipo de malformación es común que por haberse realizado una evaluación inadecuada esta condición pase desapercibida, llevando esto a un atraso del diagnóstico y del tratamiento definitivo, el paciente evacua por a

través de una fistula y podría ocasionarse estreñimiento que podría ser de difícil manejo médico, motivo por el cual es enviado a cirugía para su adecuado manejo.¹¹

Este retraso en el diagnóstico ocasionaría una dilatación de recto por efecto mecánico, esta condición conocida como mega recto fue definida por Van Der Pas quien estableció índice recto pélvico (IRP) (diámetro máximo del recto dividido entre el diámetro máximo de la pelvis) mayor a 0,61 para cuantificar esta condición

Algunos niños que nacen con malformación anorectal tienen dilatación del recto-sigmoides al nacimiento. Esto se ha descrito como ectasia rectal primaria con pobre motilidad del recto.^{12,13}

La ectasia rectal primaria o dilatación focal del intestino ha sido reportada al nacimiento o poco después del nacimiento en niños con anomalías anorrectales con fístula rectourgenital. Los niños con MA bajas, buen sacro, buenos nervios y músculos tienen alta incidencia de megarrectosigmoides y estreñimiento.^{12,13}

2.3 Definiciones Conceptuales

Megarecto: en niños, Van Der Plas lo define por un índice rectopélvico (IRP) (diámetro máximo del recto dividido entre el diámetro máximo de la pelvis) mayor a 0.61.¹⁰

Malformación ano rectal: son un espectro amplio y variado causado por la separación anormal del sistema genitourinario con estructuras del intestino posterior en una etapa temprana del desarrollo embriológico.^{1,2}

Malformación anorectal con fistula rectoperineal: porción terminal del tubo digestivo e intestino posterior no llega a desarrollarse hasta los límites del esfínter anal externo y el recto termina en un trayecto fistuloso, desplazado de manera anterior, encontrando

un orificio de salida en el periné, puede encontrarse en cualquier sitio, incluyendo el rafé del escroto.^{1,2}

Malformación anorectal con fistula rectovestibular: porción terminal del tubo digestivo e intestino posterior no llega a desarrollarse hasta los límites del esfínter anal externo y el recto termina en un trayecto fistuloso, desplazado de manera anterior, encontrando un orificio de salida en la horquilla vestibular.^{1,2}

Complicaciones quirúrgicas: cualquier alteración del curso previsto de la cirugía a consecuencia del procedimiento quirúrgico con una repercusión local o sistémica que puede retrasar la recuperación o poner en riesgo una función, esta puede ocurrir desde el inicio de la cirugía (intraquirúrgico) hasta 30 días posterior a esta (postquirúrgico mediatas y tardías).¹⁶

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

El megarrecto está asociado significativamente a complicaciones quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias en pacientes que son intervenidos de anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformaciones anorectales con fistula rectoperineal o rectovestibular en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo enero 2019 – diciembre 2020.

2.4.2 Hipótesis Específicas

El megarrecto está asociado a pacientes con diagnóstico de malformaciones anorectales con fistula rectoperineal,

El megarrecto está asociado a pacientes con diagnóstico de malformaciones anorectales con fístula rectovestibular

III. METOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El diseño de investigación del presente estudio es de tipo Observacional, cuantitativo, analítico- relacional, retrospectivo, de casos y control.

3.2 Diseño de la investigación

- **Observacional:** Porque no existe intervención. Es decir, no se manipulan las variables, sólo se las observa.
- **Cuantitativo:** Porque se utilizará datos recogidos de ficha de datos de elaboración propia y se estudiará con métodos estadísticos posibles relaciones entre las variables.
- **Analítico – Relacional:** Porque se pretende estudiar y analizar la relación o asociación entre las 2 o más variables que se van a utilizar en el estudio.
- **Retrospectivo:** De acuerdo al momento que ocurrirá el registro de los datos el estudio es retrospectivo
- **Casos y controles:** Estudio en el cual los sujetos se seleccionan en función de que tengan (**casos**) o no tengan (**controles**) una determinada patología, o un determinado efecto.

Casos: Pacientes con diagnóstico de malformación ano rectal con fistula recto perineal o recto vestibular intervenido quirúrgicamente de anorectoplastía sagital posterior primaria en hospital nacional docente Madre Niño San Bartolomé con megarecto(determinado en rectograma).

Controles: Pacientes con diagnóstico de malformación ano rectal con fistula recto perineal o recto vestibular intervenido quirúrgicamente de anorectoplastía sagital

posterior primaria en hospital nacional docente Madre Niño San Bartolomé sin megarecto(determinado en rectograma).

3.3 Población y Muestra

3.3.1 Población

La población de estudio estará conformada por todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente de anorectoplastía sagital posterior primaria con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectoperineal y fistula rectovestibular, atendidos en el hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el periodo enero 2019 a diciembre del 2020 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectoperineal
- Pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectovestibular
- Haber sido intervenido de anorectoplastía sagital posterior primaria en Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé
- Contar con rectograma previo a anorectoplastía sagital posterior primaria

Criterios de exclusión:

- Historia clínica con datos incompletos

3.3.2 Tamaño de la muestra

Se utilizara la formula para el calculo de muestra para poblaci3n finita , con un nivel de confianza de 95 % un margen de error de 5 % , siendo la muestra de 38 pacientes

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

3.3.3 Selecci3n de la muestra

No probabilístico: dado que se tomará toda la poblaci3n que cumpla con criterios de inclusi3n y exclusi3n

3.4 Operacionalizaci3n de Variables

Se presenta a continuaci3n cada una de las variables que se utilizan en el estudio. Luego se podr3 visualizar la matriz de operacionalizaci3n de variables en donde se expondr3 de forma detallada la denominaci3n, tipo, naturaleza, criterio de medici3n, forma de medici3n y escala de medici3n. **(ANEXO 1)**

- **Edad:** Tiempo transcurrido en días de la existencia de una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.
- **Sexo:** Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos.
- **Tipo de malformaci3n anorrectal:** lugar de desembocadura de la fístula
- **Megarrecto:** Recto hipertr3fico y dilatado con índice recto p3lvico mayor de 0.61

- **Complicaciones quirúrgicas:** eventos quirúrgicos no esperados y no controlados que se presentan durante (intraquirúrgico como la lesión de uretra o lesión de vagina) o después de la corrección quirúrgica (postquirúrgico mediatas como la infección de sitio operatoria o la deshiscencia o postquirúrgico tardía como la estenosis rectal)de una malformación ano rectal y que en general alteran el pronóstico de la enfermedad o provocan incremento de los costos tiempo de hospitalización.

3.5 Técnicas e instrumento de recolección de Información

Se llevará a cabo mediante el uso de fichas estructuradas para recopilar toda la información de datos que cumplan con los parámetros para medir las variables establecidas según los objetivos y se tomara un periodo de seguimiento de los pacientes de 30 días posterior al procedimiento quirúrgico (ver anexo 2)

Se solicitará los permisos correspondientes al Departamento de Docencia e Investigación y el Comité de Ética del hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé para poder proceder a recolectar los datos de las historias clínicas del Departamento de cirugía pediátrica de los pacientes hospitalizados en el hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé y cuyo diagnóstico fue de malformación anorrectal

Se tendrán en cuenta los criterios de inclusión para obtener datos fidedignos y así poder realizar el estudio sin ninguna complicación. Una vez obtenida la información, se procederá a tabular los datos y elaborar los gráficos y tablas para después formular las conclusiones correspondientes.

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

En el presente estudio se utilizará Ficha de Recolección de datos de elaboración propia como instrumento.

Para el control de calidad de los datos se revisarán cada una de las historias clínicas de los pacientes que hayan sido hospitalizados en el Servicio de Cirugía pediátrica del hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero 2019 a diciembre 2020 y no se tendrán en cuenta aquellas que no estén adecuadamente llenadas, que se encuentren incompletas o que estén comprendidas entre los criterios de exclusión.

Una vez que sean recolectados los datos a través de las fichas de datos se procederá al ordenamiento y tabulación, con el programa estadístico SPSS versión 24, para poder hallar el estadístico porcentual y de frecuencia.

Posteriormente se realizarán gráfico de barras en el programa MS EXCEL 2019, además para el análisis estadístico se utilizarán los métodos estadísticos de chi-cuadrado, medida de asociación, utilizando el Odds Ratio, con un intervalo de confianza del 95% y un $p < 0.05$.

La presentación de los resultados será básicamente, a través de cuadros y gráficas.

3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la Investigación con seres humanos.

En el presente trabajo de investigación se toma presente los aspectos éticos; se solicitará los permisos tanto al Departamento de Docencia e Investigación y el Comité de Ética del hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé previamente para poder proceder a la recolección de datos de las historias clínicas.

Los datos que serán recolectados se manejarán de manera confidencial y sin perjudicar a los participantes de la investigación.

IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	Etapas y Actividades de la Investigación	2019												2020												2021
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Planificación																									
1.1	Información básica	x																								
1.2	Investigación bibliográfica		x																							
1.3	Antecedentes bibliográficos			X																						
1.4	Elaboración del marco teórico			X																						
1.5	Formulación del proyecto				x																					
2	Metodología de la investigación																									
2.1	Método y diseño de la investigación								x																	

2.2	Elaboración del instrumento de investigación								x																										
2.3	Gestión del apoyo institucional								x																										
3	Ejecución y trabajo de campo																																		
3.1	Aplicación del instrumento									x	x	x	X	x																					
4	Análisis de datos																																		
4.1	Organización y tabulación de datos													x	x																				
4.2	Análisis e interpretación de los datos													x	x	x	x																		

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

5	Preparación del informe																					
5.1	Redacción del informe																					
5.2	Revisión del informe																					
5.3	Aprobación del informe																					
5.4	Tipeo y empastado																					
6	Presentación y sustentación																					
6.1	Presentación del trabajo																					
6.2	Sustentación del trabajo																					

4.2 PRESUPUESTO

El presupuesto de todas las actividades e insumos que se necesitarán para realizar el estudio se detalla en el siguiente cuadro:

MATERIALES	CANTIDADES	COSTO
LAPTOP	1	2500 soles
MOVILIDAD	20 viajes	300 soles
PRUEBA DE INSTRUMENTOS	100 hojas	30 soles
IMPRESIÓN DE INSTRUMENTOS	300 hojas	30 soles
PROGRAMA SPSS	1 programa	300 soles
REPRODUCCIÓN DE INFORME	300 hojas	600 soles
MATERIALES DE PAPELERIA		200 soles
TOTAL		3,960 soles

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Puri P, Hollwarth ME. Pediatric Surgery. Second. Springer: USA; 2021. P.261-267
2. Holcomb GW, Murphy JP, Peter SD. Holcomb and ashcraft's pediatric surgery E-book. 7a ed. Elsevier; 2019. . p 577-598
3. Ortega Molina MI. Frecuencia de megarrecto diagnosticado por rectograma, en pacientes en edad pediátrica con malformación anorrectal con fístula recto perineal y fístula recto vestibular que acuden al Hospital Para el Niño Poblano [Internet]. Unam.mx. [citado el 11 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000669357
4. Bañuelos Castañeda CJ. Utilidad de la medición del tamaño del recto en la evaluación preoperatoria de pacientes con malformación anorrectal con fístula rectoperineal y rectovestibular. 2019 [citado el 11 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/71>
5. De la Torre-Mondragón L, Bañuelos-Castañeda C, Santos-Jasso K, Ruiz-Montañez A. Unexpected megarectum: A potential hidden source of complications in patients with anorectal malformation. J Pediatr Surg. 2015 Sep;50(9):1560-2
6. Kumar B, Kandpal DK, Sharma SB, Agrawal LD, Jhamariya VN. Single-stage repair of vestibular and perineal fistulae without colostomy. J Pediatr Surg. 2008 Oct;43(10):1848-52.
7. Levitt MA, Peña A. Outcomes from the correction of anorectal malformations. Curr Opin Pediatr. 2005;17(3):394–401.
8. Moore K. Embriología clínica, Aparato digestivo. McGraw Hill Interamericana. 1999;12:287–320.

9. Holschneider AM, Hutson JM, editores. Malformaciones anorrectales en niños: embriología, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, seguimiento. 2006a ed. Berlín, Alemania: Springer; 2006. p3 – 16
10. Pena A, Bischoff A. Surgical treatment of colorectal problems in children. Cham, Suiza: Springer International Publishing; 2017
11. Fierro F, Ramírez I. Malformaciones anorrectales. Sociedad Colombiana de cirugía pediátrica. Texto de cirugía Pediátrica. Tercera edición 2009 ,cap 3: 221-231
12. Burjonrappa S, Youssef S, Lapierre S, et al: Megarectum after surgery for anorectal malformations. Journal of Pediatric Surgery 201 O; 45:762-768
13. Keshtgar AS, Ward HC, Richards C, et al: Outcome of excision of megarectum in children with anorectal malformation. Journal of pediatric Surgery 2007; 42: 227-233.
14. Van Der Plas RN , Benninga MA, Staalman CR, et al: Megarectum in constipation. Arch Dis Child 2000; 83:52-58
15. Brunnicardi FC, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE, Anderson D, et al. Schwartz's manual of surgery. McGraw-Hill Companies; 2006;313-342
16. Dindo D, Demartinez N, Clavien PA. Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg 2004; 240:205-13.

ANEXO

1) ANEXO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORIA DE UNIDAD
EDAD	Tiempo de vida expresado en días, meses o años, desde el nacimiento hasta la actualidad.	Días , meses o años cumplidos indicados en la historia clínica	Razón	Cuantitativo Independiente	Días , meses o años cumplidos
SEXO	Variable que permite clasificar a la población en femenino y masculino.	Genero señalado en la historia clinica	Nominal Dicotómica	Cualitativa independiente	0 = Masculino 1 = Femenino
Tipo de Malformación	lugar donde desemboca la fístula rectal	Lugar evidenciado en el examen físico en el cual desemboca la fistula rectal	Nominal Dicotómico	Cualitativo Independiente	0 = Fístula rectoperineal 1 = Fístula rectovestibular
Megarrecto	Recto hipertrófico y dilatado congénito o adquirido	Indice Recto pélvico medido en rectograma mayor de 0.61	Nominal Dicotómica	Cualitativa independiente	0 = No presente 1 = Presente

Complicaciones quirúrgicas	Situación de riesgo a consecuencia de un procedimiento quirúrgico , el cual puede ocurrir durante el acto quirúrgico (intraoperatorio) o posterior a este (postquirúrgico)	Suceso desfavorable que se presenta en los pacientes sometidos a cirugía	Nominal Politómica	Cualitativa dependiente	INTRAOPERATORIA 0 = Lesión uretral 1 = Lesión vaginal POSTOPERATORIA 2 = Estenosis 3 = Infección de sitio operatorio 4 = dehiscencia

1) ANEXO

MATRIZ DE CONSISTENCIA – PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**MEGARRECTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE ANORECTOPLASTÍAS SAGITAL POSTERIOR
PRIMARIA EN PACIENTES CON MALFORMACION ANORRECTAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2019 – DICIEMBRE 2020**

Problema General	Objetivos	Hipótesis.	Variables e Indicadores	Metodología
<p>Principal</p> <p>¿Es el megarrecto un factor de riesgo para complicaciones quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias de anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectoperineal y rectovestibular, hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero 2019 - diciembre 2020?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar si el megarrecto es un factor de riesgo para complicaciones quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias de anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectoperineal y rectovestibular, hospital Nacional Docente Madre</p>	<p>El megarrecto es un factor de riesgo para complicaciones quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias de anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectoperineal y rectovestibular, hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero 2019 - diciembre 2020</p>	<p>Para demostrar y comprobar la hipótesis anteriormente formulada, la operacionalizamos, determinando las variables e indicadores que a continuación se mencionan:</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>a. Edad Indicador 0 = Masculino 1 = Femenino</p> <p>b. Sexo Indicador 0 = Masculino 1 = Femenino</p> <p>c. Tipo de Malformación</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>El diseño de investigación del presente estudio es de tipo Observacional, cuantitativo, analítico-relacional, retrospectivo, de casos y control.</p> <p>Muestreo</p> <p>No probabilístico: dado que se tomará toda la población que</p>

<p>Problemas Secundarios</p> <p>a. ¿Cuál es la incidencia de asociación de megarrecto y malformación anorectal con fistula rectoperineal?</p> <p>b. ¿Cuál es la incidencia de asociación de megarrecto y malformación anorectal con fistula rectovestibular?</p> <p>c. ¿Cuáles son las principales complicaciones quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias de realizar una anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectoperineal en pacientes con megarrecto</p> <p>d. ¿Cuáles son las principales complicaciones quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias de realizar una anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectovestibular en pacientes con megarrecto?</p> <p>e. ¿Cuáles son las principales complicaciones quirúrgicas</p>	<p>Niño san Bartolomé, enero 2019 - diciembre 2020</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>a. Determinar la incidencia de asociación de megarrecto y malformación anorectal con fistula rectoperineal,</p> <p>b. Determinar la incidencia de asociación de megarrecto y malformación anorectal con fistula rectovestibular,</p> <p>c. Determinar la principales complicaciones quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias de realizar una anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectoperineal en pacientes con megarrecto,</p> <p>d. Determinar la principales complicaciones quirúrgicas intraoperatorias y postoperatorias de realizar una anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectovestibular en pacientes con megarrecto,</p> <p>e. Determinar la principales complicaciones quirúrgicas</p>		<p>Indicador 0 = Fistula rectoperineal 1 = Fistula rectovestibular</p> <p>d. Megarrecto Indicador 0 = No presente 1 = Presente</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>a. Complicaciones quirúrgicas Indicador INTRAOPERATORIA 0 = Lesión uretral 1 = Lesión vaginal POSTOPERATORIA 2 = Estenosis 3 = Infección de sitio operatorio 4 = dehiscencia</p>	<p>cumpla con criterios de inclusión y exclusión</p> <p>Técnicas. - Se llevará a cabo mediante el uso de fichas estructuradas para recopilar toda la información de datos que cumplan con los parámetros para medir las variables establecidas según los objetivos</p> <p>Instrumentos. - Fichas de Investigación</p>
---	---	--	---	---

<p><i>intraoperatorias y postoperatorias de realizar una anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico anorectal de malformación anorectal con fistula rectovestibular en pacientes con megarrecto,?</i></p> <p>f.</p>	<p><i>intraoperatorias y postoperatorias de realizar una anorectoplastía sagital posterior primaria en pacientes con diagnóstico de malformación anorectal con fistula rectovestibular en pacientes con megarrecto,</i></p>			
--	---	--	--	--

3) ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MEGARRECTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS DE ANORECTOPLASTÍAS SAGITAL POSTERIOR PRIMARIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE MALFORMACIONES ANORRECTALES CON FISTULA RECTOPERINEAL O RECTOVESTIBULAR EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ, ENERO 2022 – DICIEMBRE 2023

Fecha de hospitalización:

Peso (gr) :

Edad del paciente:

Sexo:

- Masculino: ()
- Femenino: ()

Tipo de malformación anorrectal:

- Fístula rectoperineal : ()
- Fístula rectovestibular : ()

Megarrecto:

- Si: ()
- No: ()

Complicaciones quirúrgicas

- Si ()
- No ()

Tipo de complicación:

- Dehiscencia ()
- Estenosis ()
- Otros ()

Intraoperatoria

- Lesión uretral ()
- Lesión vaginal ()
- Otras ()

Postoperatoria

- Infección de sitio operatorio ()

MEGARRECTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE ANORECTOPLASTÍAS SAGITAL POSTERIOR PRIMARIA EN PACIENTES CON MALFORMACION ANORRECTAL HOSPITAL

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	9%
2	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	3%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	cybertesis.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
7	www.bvs.hn Fuente de Internet	1%
8	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1%

9

www.schcp.cl
Fuente de Internet

1%

10

tesis.ucsm.edu.pe
Fuente de Internet

1%

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía Activo