

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se realizaron resección colónica en el Hospital General “Guasmo Sur” del 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019

AUTOR (ES):

**Castro Barrera Genesis Paola
Ramírez Molestina Joselyn Nicole**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: Médico

TUTOR:

Dr. Roberto John Rueda López

Guayaquil – Ecuador

1 de mayo, 2021

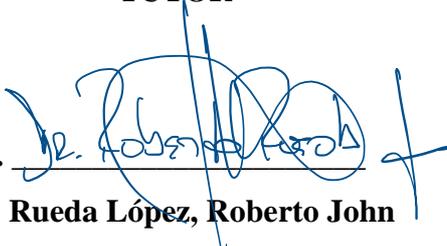


UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Castro Barrera, Genesis Paola y Ramírez Molestina, Joselyn Nicole**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR

f. 

Dr. Rueda López, Roberto John

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 1 de mayo de 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Castro Barrera, Genesis Paola y Ramírez Molestina, Joselyn Nicole.**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se realizaron resección colónica en el Hospital General “Guasmo Sur” del 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019**, previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de mayo de 2021

LAS AUTORAS

f. _____
Castro Barrera, Genesis Paola

f. _____
Ramírez Molestina, Joselyn Nicole



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Castro Barrera, Genesis Paola**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se Complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se realizaron resección colónica en el Hospital General “Guasmo Sur” del 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo de 2021

LA AUTORA:

f. _____

Castro Barrera, Genesis Paola



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Ramírez Molestina, Joselyn Nicole**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se realizaron resección colónica en el Hospital General “Guasmo Sur” del 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

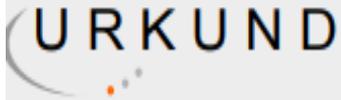
Guayaquil, 1 de mayo de 2021

LA AUTORA:

f. _____

Ramírez Molestina, Joselyn Nicole

REPORTE DE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS CASTRO-RAMIREZ PROM 66.docx (D100146071)
Submitted: 3/30/2021 6:22:00 AM
Submitted By: joselynnramirez97@gmail.com
Significance: 1 %

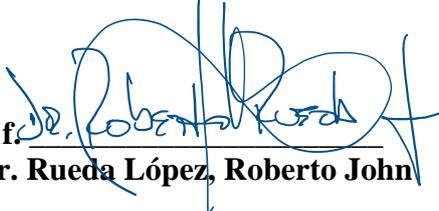
Sources included in the report:

BARAHONA CASTRO EDWIN GEOVANNY.docx (D81172135)

Instances where selected sources appear:

1

TUTOR


f. Dr. Roberto Rueda López
Dr. Rueda López, Roberto John

AGRADECIMIENTOS

Ante todo, queremos agradecerle a Dios por habernos dado la capacidad y haber sido nuestra guía en cada uno de los acontecimientos de nuestras vidas y pedimos que nos siga protegiendo en nuestras decisiones futuras, por ponernos esa meta de estudiar medicina en nuestra mente y nuestros corazones.

Agradecemos a nuestros padres que son nuestro pilar fundamental en nuestro crecimiento personal y profesional, que han velado por apoyarnos en seguir nuestros sueños y nos han brindado las herramientas necesarias para poder cumplirlos.

También queremos agradecer a nuestros docentes porque nos han ayudado en nuestro crecimiento profesional y porque nos han brindado sus conocimientos para hacernos crecer como médicos.

Una mención especial hacia nuestro tutor Dr. Roberto Rueda puesto que el nos ha brindado su apoyo y su paciencia en el proceso más importante de culminación de nuestra carrera que es la titulación médica.

Y por último y no menos importante a nuestros amigos que hemos conocido durante estos 6 años de carrera, lo cual se han convertido en nuestra familia y nos han dado su apoyo en los buenos y malos momentos.

DEDICATORIA

Dentro de esta sección quiero dedicar este trabajo a mi querida madre Obst. Celia Barrera Beltrán la cual ha sido mi pilar fundamental en cada momento de mi vida, una mujer admirable que es mi apoyo incondicional y mi consejera, siempre inculcándome a ser mejor, a nunca darme por vencida y lo más importante apoyándome en la idea que tuve de ser médico, ella siempre incentiva mi superación profesional. Ella jamás dejo de creer en mí. Recuerdo como de pequeña estudiaba conmigo y me apoyaba en cada cosa que hacía diciéndome que todo lo que me proponga lo lograre, me ayudo a ser quien soy y siendo sincera no sé dónde estaría si no fuera por mi madre, ella me ayudo a ser el ser humano que soy. Así mismo quiero agradecer a mi amado padre Víctor Castro Barreiro a quien siempre le ha apasionado los temas de la salud, al cual admiro profundamente, es un padre preocupado, dedicado y es quien desde el principio velo por mí, nunca me dejo sola, siempre se dio su tiempo para ayudarme a pesar de que tuviera muchas cosas que hacer, jamás deja de recordarme lo lejos que llegaré y que siempre contaré con él. La verdad solo puedo decir que hoy seré medico gracias a ellos, el triunfo no es tanto mío sino de mis padres. Me siento la persona más afortunada por haber tenido unos padres como ellos que jamás me abandonaron, que siempre creyeron en mis sueños me dirigieron y supieron aconsejarme en los momentos que mi falta de experiencia no podía ver el correcto camino a seguir.

Una mención especial a mis amigos que marcaron mi carrera, así como los doctores que a lo largo de mi carrera me ayudaron a formarme compartiendo su conocimiento para cada vez amar más este maravilloso mundo que es la medicina. Quiero agradecer a mi mejor amiga de la universidad Joselyn Ramírez Molestina la cual es mi compañera de tesis, y puedo decir que es una persona increíble que conocí desde el primer día de mi carrera y ha permanecido durante toda mi carrera, que me apoyo, compartió buenos y malos momentos, es una amistad que siempre quiero conservar y agradezco tenerla a lo largo de mi carrera universitaria a pesar de su entusiasmo extremo.

Génesis Paola, Castro Barrera.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios y a mis padres, Dr. Juan Ramírez y Dra. Maritza Molestina porque me han apoyado en cada paso y decisión que he tomado, porque han sido mi pilar y mi ejemplo a seguir, por los sacrificios que han hecho para que yo pueda cumplir mis metas y por su amor incondicional. Espero siempre hacerlos sentir orgullosos de mí porque este logro es más suyo que mío, los amo con todo mi corazón.

Gracias Dios por ser mi guía en toda esta hermosa etapa de mi vida, que es mi carrera universitaria, por levantarme con tu hermoso amor cada vez que me caía por ayudarme a siempre seguir adelante y por el gran amor y anhelo que depositaste en mí para ser doctora y ayudar a las personas.

Gracias mamá por hacerme los incontables cafés en las noches de estudio y por poner alarma para levantarme en plena madrugada para seguir estudiando, gracias por siempre darme ánimos cuando ya siento que no los tengo, por siempre creer en mí y en mis habilidades y por siempre impulsarme a cumplir todos mis sueños.

Gracias papá por todos los esfuerzos que has hecho para que yo pueda cumplir esta hermosa meta que desde pequeña la tuve en mi mente y en mi corazón por el gran ejemplo de padre y doctor que eres, siempre impulsándome a lo novedoso, creativo y a lo mejor. Te agradezco por tanto amor y por tanta fe que has depositado en mí.

También quiero dedicarle y agradecerle a mi compañera de tesis y a una de mis mejores amigas Genesis Castro Barrera, que la conozco desde el primer día de la universidad, gracias por estos 6 años llenos de apoyo incondicional, cariño, paciencia y felicidad contagiosa, le pido a Dios nos permita muchísimos años más de amistad.

Joselyn Nicole, Ramírez Molestina.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS, MGS
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. AYON GENKUONG ANDRES MAURICIO
COORDINADOR DE TITULACIÓN

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO.....	3
1.1 RESECCIÓN COLÓNICA.....	3
1.2 TIPOS DE RESECCIÓN COLÓNICA	4
1.2.1 Colectomía parcial	4
1.2.1.1 Hemicolectomía.....	4
1.2.1.2 Sigmoidectomía.....	4
1.2.1.3 Resección anterior inferior	5
1.2.1.4 Resección abdominoperineal	6
1.2.2 Proctocolectomía total.....	6
1.2.3 Colectomía total	7
1.3 EPIDEMIOLOGÍA	8
1.4 CAUSAS DE RESECCIÓN COLÓNICA.....	8
1.4.1 Cáncer Colorectal.....	8
1.4.2 Enfermedades Inflamatorias Intestinales	10
1.4.3 Diverticulitis.....	10
1.4.3.1 Diverticulitis complicada	10
1.4.3.2 Diverticulitis no complicada	10
1.4.4 Obstrucción intestinal.....	11
1.4.4.1 Obstrucción del intestino grueso	11
1.4.4.2 Obstrucción del intestino delgado.....	12
1.5 TÉCNICA QUIRÚRGICA	12
1.5.1 Preparación preoperatoria	12
1.5.2 Posición del paciente y configuración de la sala de operaciones.....	13
1.5.3 Procedimiento quirúrgico.....	13
1.6 COMPLICACIONES.....	14
1.6.1 Sepsis	15
1.6.2 Hemorragia.....	16
1.6.3 Dehiscencia o fuga de anastomosis.....	17
1.6.4 Lesión ureteral.....	17

1.6.5 Infecciones sobreañadidas a repetición.....	17
1.6.6 Complicaciones postquirúrgicas tempranas	18
1.6.7 Complicaciones quirúrgicas laparoscópicas	18
METODOLOGÍA	19
Objetivo General	19
Objetivos específicos	19
Diseño del estudio	19
Población del estudio	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión.....	20
Método de recogida de datos:	20
Variables	20
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIÓN.....	29
RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	34

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Variables del estudio	19
Tabla 2: Motivo de ingreso de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.....	38
Tabla 3: Complicaciones tempranas y tardías de los pacientes que ingresaron al estudio en el Hospital General Guasmo Sur.....	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Género de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.....	33
Gráfico 2: Edad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.....	33
Gráfico 3: Motivo de ingreso de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.....	34
Gráfico 4: Antecedentes patológicos personales de los pacientes intervenidos con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.....	34
Gráfico 5: Tratamiento quirúrgico de los pacientes intervenidos con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.....	35
Gráfico 6: Complicaciones tempranas que presentaron los pacientes intervenidos con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.....	36
Gráfico 7: Complicaciones tardías que presentaron los pacientes intervenidos con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.....	37

RESUMEN

La resección colónica es un método quirúrgico que se emplea por varios motivos sea por una enfermedad inflamatoria intestinal, por presentar abdomen agudo obstructivo o perforativo, o cualquier otra patología que afecte el colon, pero además puede presentar varios tipos de complicaciones. Nuestro objetivo general es determinar las complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se realizaron resección colónica en el Hospital General del Guasmo Sur desde el 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019. La metodología que utilizamos en nuestro estudio es observacional, transversal y retrospectivo.

Los resultados que obtuvimos están basados en 107 pacientes que se les realizó una resección colónica atendidos en el Hospital General Guasmo Sur en la que se encontró que la mayoría de los pacientes no presentaron algún tipo de complicación, pero tomando en cuenta los pacientes que si presentaron complicaciones llegamos a la conclusión que la complicación temprana que se presentó con mayor frecuencia es la infección de herida quirúrgica que representa el 29.9% de los pacientes totales de este estudio que equivale a 32 pacientes . Además, el síndrome adherencial postquirúrgico se presentó con un porcentaje de 9.3% en los pacientes estudiados que equivale a 10 pacientes en total, siendo la complicación tardía más frecuente presentada en el Hospital General del Guasmo Sur desde el 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019.

Palabras Claves: Resección colónica, complicación, infección de herida quirúrgica, pacientes., síndrome adherencial.

ABSTRACT

Colonic resection is a surgical method that is used for various reasons, be it due to inflammatory bowel disease, acute obstructive or perforative abdomen, or any other pathology that affects the colon, but it can also present several types of complications. Our general objective is to determine early and late complications in patients aged 30 to 80 years who underwent colonic resection at the General Hospital of Guasmo Sur from January 1, 2018 to December 31, 2019. The methodology we use in our study is descriptive, cross-sectional and retrospective. The results we obtained are based on 107 patients who underwent a colonic resection treated at the Guasmo Sur General Hospital in which it was found that most of the patients did not present any type of complication, but taking into account the patients who if they were complications, it was stated that the early complication that occurred most frequently is surgical wound infection, which represents 29.9% of the total patients in this study, which is equivalent to 32 patients. In addition, the post-surgical adherence syndrome presented with a percentage of 9.3% in the patients studied, which is equivalent to 10 patients in total, being the most frequent late complication in the General Hospital of Guasmo Sur from January 1, 2018 to January 31, December 2019.

Key Words: Colonic resection, complication, surgical wound infection, patients, syndrome adherence.

INTRODUCCIÓN

La resección colónica es un procedimiento que consiste en la extirpación del colon o parte del mismo por alguna causa ya sea traumática o degenerativa como lo es el cáncer. Al ser un procedimiento estándar y muy común la etiología es muy variada, pero al ser un procedimiento de colectomía se la recomienda muy frecuentemente en las patologías como Cáncer Colorrectal, la cual, al ser una de las patologías malignas más frecuentes en las personas mayores de 50 años, se les realiza este procedimiento como plan terapéutico. El cual involucra parte del colon descendente y el recto. (1) (2)

Por lo general la colectomía se acompaña de una ileostomía o una colostomía, la primera se aplica después de una proctocolectomía por colitis ulcerativa en los pacientes que presentan enfermedad de Crohn o poliposis. En cambio, la colostomía es usada cuando el colon distal o proximal es extirpado y funciona como protección de la anastomosis distal que se realiza después de una resección. (1)

La infección de la herida quirúrgica es la complicación más frecuente encontrada con un 23,3% en una muestra de 253 pacientes, seguido por neumonía intrahospitalaria con un 10,3%, y no menos importante la apertura natural de las heridas quirúrgicas con un 7,8% (Engida, Ayelign, & Mahteme, 2016). Así mismo en otro estudio con una muestra de 83 pacientes se demostró que la complicación tardía más frecuente a los 3 meses de seguimiento fue la dermatitis 17,24%, seguido del estroma plano 8,04%. A los 6 meses la complicación tardía más frecuente fue la hernia paraestomal 6,89% seguido del prolapso 3,44%, en comparación con otro estudio realizado con una muestra 85 pacientes en la que se evidenció que el 3% presentó infección de heridas quirúrgicas, 2% presento isquemia y 2% escoriaciones. (2)

MARCO TEÓRICO

1.1 RESECCIÓN COLÓNICA

La resección colónica conocida también como colectomía, consiste en la extirpación de todo el colón o parte de ello, incluyendo los ganglios linfáticos anexados. De acuerdo a su etiología, se decide si se aborda este procedimiento de forma abierta o laparoscópica, siendo esta última el tipo de resección con más beneficios, en las cuales tenemos menos riesgo de sangrado intestinal, disminución del tiempo de estancia hospitalaria, menor presencia de dolor posoperatorio. (3)

La colectomía es usada como tratamiento y prevención de algunas condiciones como un sangrado severo en politraumatismos que no se pueda controlar y requiere extirpación quirúrgica de la parte afectada, una obstrucción intestinal en casos muy severos requiere una colectomía parcial o hasta total dependiendo de la situación. (3)

El Cáncer colorrectal es una de las causas más comunes de extirpación colónica parcial en etapas tempranas, pero en etapas avanzadas se requiere una extirpación colónica total. En la enfermedad de Crohn cuando el tratamiento farmacológico fracasa se puede realizar una colectomía para evitar una malignización, como es el caso en una colitis ulcerosa con fracaso terapéutico. (3)

Hay dos posibilidades en cuanto al manejo quirúrgico una es una colectomía abierta y otra es laparoscópica. En una emergencia es necesario hacer una hemicolectomía o hasta una colectomía total y se ha observado una gran cantidad de pacientes con complicaciones terapéuticas por lo que se propuso un abordaje laparoscópico. (4)

Este tiene ventaja tanto a largo como a corto plazo, con menor cantidad de complicaciones perioperatorias, recuperación mucho más corta, alta hospitalaria temprana, menor cantidad de adherencias y hernias incisionales y mejor resultado estético. A pesar de eso el megacolon tóxico, hemorragia masiva e inestabilidad hemodinámica son una de las principales contraindicaciones de laparoscopia. (4)

1.2 TIPOS DE RESECCIÓN COLÓNICA

Existen varios tipos de resección colónica, entre ellas tenemos:

1.2.1 Colectomía parcial

Este procedimiento consiste en la extirpación de la parte patológica del colon y de una pequeña parte del tejido sano. En la mayoría de los casos, se amerita utilizar una colostomía u otro tipo de estoma que requiera el paciente. Se clasifica en Hemicolectomía, Sigmoidectomía, Resección anterior inferior y Resección abdominoperineal. (5)

1.2.1.1 Hemicolectomía

Consiste en la extirpación de una parte del colón, puede ser derecho o izquierdo. Este procedimiento se lleva a cabo en pacientes con cáncer de colon, diverticulitis y necrosis por falta de oxígeno. Además, se la indica en pacientes con enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa que no responden al tratamiento farmacológico. (6)

Si la hemicolectomía es derecha, se hace una exéresis que engloba estructuras tales como el intestino ciego, el colón ascendente, el ángulo hepático del colón y parte del colón transversal. (6)

Si la hemicolectomía es izquierda, se extirpa estructuras como, el sigmoideo, colón descendente, el ángulo esplénico del colón y parte del colón transversal. (6)

Entre las complicaciones más frecuentes encontramos a las infecciones de herida quirúrgica, riesgo de hemorragia, síntomas gastrointestinales como, estreñimiento y diarrea. (5)

1.2.1.2 Sigmoidectomía

Es el tipo de resección más frecuente que se utiliza y consiste en la extirpación del sigmoideo con anastomosis del colon descendente al recto. Está indicado en casos de

sigmoiditis recidivante, en presencia de vólvulos y en tumores benignos o malignos del sigmoideo. Además, entre una de sus indicaciones tenemos a la diverticulitis, de acuerdo con la escala de Hinchey, específicamente en casos III y IV se recomienda realizar este procedimiento quirúrgico. (7)

Se la puede realizar de forma laparoscópica o haciendo una incisión en la pared abdominal. Al terminar, en algunos casos se requiere usar una colostomía de manera temporal o, si la parte que queda del colon presenta buena vascularización y está sana, se sutura los segmentos y no se requerirá una colostomía. (7)

La sigmoidectomía es la que menos presenta complicaciones postquirúrgicas, ya que normalmente, no se produce alteraciones en el tránsito intestinal. En el caso que presente complicaciones, la más frecuente es la formación de una fístula digestiva que se produce por la separación de la sutura por mala cicatrización y esto puede llegar a provocar un absceso o en los peores de los casos, una peritonitis. (7)

1.2.1.3 Resección anterior inferior

Este procedimiento consiste en la extirpación de la parte superior del recto con anastomosis del colon descendente con el segmento restante del recto. Es el abordaje quirúrgico que está indicado en el cáncer de recto y diverticulitis grado III y IV según escala de Hinchey. (8)

La complicación más frecuente es la fuga anastomótica. Se ha evidenciado que entre los factores predisponentes a una fuga anastomótica encontramos a las cardiopatías coronarias, pacientes mayores de 80 años con diagnóstico de cáncer de recto y el número de disparos de la engrapadora mayor a 3. (8)

En estos casos, se recomienda realizar una ileostomía o el procedimiento de Hartmann que consiste en una colostomía terminal del segmento proximal y conlleva a otra cirugía para reconstruir el tránsito intestinal, pero se ha evidenciado que el 30- 50% no se le reconstruyen. Este procedimiento está indicado para la diverticulitis colónica complicada (Grado III de Hinchey). En un estudio que se realizó en Venezuela por Maurantonio, se evidencio que el procedimiento de Hartmann presentó más

complicaciones postquirúrgicas comparado con la resección colónica inferior baja. Además, que tiene una tasa de mortalidad de 18% comparado con la resección colónica que represento el 11% de mortalidad. (8)

1.2.1.4 Resección abdominoperineal

También conocida como “Amputación abdominoperineal de Miles”, consiste en la exéresis del colon sigmoideo, del recto y del ano. Debido a la exéresis del ano, se necesita la presencia permanente de una colostomía para la eliminación de las heces fecales. (9)

Está indicado para tumores ubicado en el tercio inferior rectal, tercio medio y cuando el cáncer se ha desplazado hasta el musculo del esfínter y eso ocasiona el impedimento de la salida de heces fecales, o se desplace hasta los músculos elevadores y se presencia incontinencia urinaria. (9)

Entre las complicaciones que podemos encontrar al momento de realizar este procedimiento, la más frecuente es la infección en la herida abdominal o perineal, seguida de una infección en el tracto urinario, evisceración, hernias incisiones o pericolestómica, necrosis y sepsis. El motivo de la mayoría de las complicaciones es por la presencia de la colostomía de forma permanente, ya que se deja expuesto por mucho tiempo la cavidad pelviana y dando como resultado un riesgo mayor de infecciones. (9)

Este procedimiento a nivel oncológico tiene una alta tasa de recurrencia local a pesar de la terapia coadyuvante. Se ha evidenciado que los tumores del recto inferior tienen mayor tendencia a diferenciarse de forma ineficiente y de presentar perforaciones intraoperatorias. (9)

1.2.2 Proctocolectomía total

Consiste en la extirpación del colon y recto con anastomosis de íleo- anal y está indicada en enfermedades intestinales inflamatorias como la Colitis ulcerosa que no

responde al tratamiento, en anomalías en el esfínter del ano o en pacientes con edad avanzada, poliposis familiar y trauma intestinal. (3)

La complicación posquirúrgica más frecuente es la Pouchitis, que se trata de una inflamación crónica idiopática que se presenta con síntomas como, dolor abdominal, aumento del número de deposiciones líquidas al día, tenesmo y calambres abdominales. En casos graves puede presentar también fiebre, deshidratación, malnutrición y hemorragias. Se ha evidenciado que uno de los factores de riesgo de presentar este tipo de complicación es la anemia, factores genéticos como la presencia de antagonistas del receptor IL-1, presencia de comorbilidades pulmonares, sexo femenino, ileitis por lavado retrógrado y factores modificables como el uso de los AINES y tabaquismo. (10)

El diagnóstico de esta complicación se lo confirma mediante una biopsia de mucosa y una endoscopia. La mayoría de pacientes responde de manera satisfactoria al esquema antibiótico que consiste en Metronidazol 750-1000 mg/ día o Ciprofloxacina 1000 mg/día. En caso de enfermedad refractaria, se puede administrar probióticos y budesónida. Esta complicación es frecuente en pacientes con Colitis ulcerosa que se han expuesto a este procedimiento. (10)

Otros tipos de complicaciones generales, tenemos a la hemorragia digestiva baja, sepsis, cicatrización deficiente de la herida quirúrgica y absorción deficiente de los alimentos causado por la ileostomía. (11)

1.2.3 Colectomía total

Otro tipo de resección colónica es la total, consiste en extirpar todo el intestino grueso con o sin restauración del tracto intestinal. Este tipo procedimiento no se lo realiza de manera frecuente, al menos, que se presente un problema que conlleve a realizar la extirpación total, tales como cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis adenomatosa familiar, cáncer hereditario sin poliposis, tumores sincrónicos, enfermedad de Lynch, diverticulitis complicada, sangrado intestinal excesivo y colitis ulcerativa. (13)

Entre las principales complicaciones que conlleva este procedimiento encontramos la hemorragia postquirúrgica intraabdominal y la fuga anastomótica. La puntuación ASA (American Society of Anesthesiologists) alta y el estado de emergencia son los que conlleva a las complicaciones sistémicas, en las cuales tenemos a las infecciones en las vías urinarias, complicaciones respiratorias como el tromboembolismo pulmonar y embolismo pulmonar, infarto agudo de miocardio e insuficiencia renal. (14)

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

El Cáncer Colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes en países Occidentales. En el 2017, fue el segundo tipo de neoplasia que tuvo más casos de mortalidad. En el 2018, fue la tercera neoplasia más frecuente a nivel mundial, siendo antes el Cáncer de pulmón y el Cáncer de mama. En el 2019, en España, el cáncer colorrectal representaba a la neoplasia más frecuente del país, seguido del cáncer de mama y cáncer de próstata. La incidencia aumenta a los 50 años. (16)

En un estudio en Nueva York, teniendo como referencia la base de datos de SPARCS se evaluó a pacientes jóvenes y mayores diagnosticados de Cáncer colorrectal del año 2000 al 2016 y se tuvo como conclusión que los pacientes jóvenes tienen una mayor tendencia a realizarse una resección colónica. (17)

Los afroamericanos tienen tendencias más altas de desarrollar cáncer colorrectal comparado con la raza blanca y tiene mayor tasa de mortalidad en individuos menores de 50 años comparado con los pacientes de mayor edad. (17)

1.4 CAUSAS DE RESECCIÓN COLÓNICA

1.4.1 Cáncer Colorectal

La indicación más frecuente para realizar una resección colónica es el cáncer colorrectal. El cáncer colorrectal se lo conoce como un crecimiento descontrolado de células del colon y recto, siendo el más frecuente, el adenocarcinoma. Tiene una tasa alta de mortalidad en individuos afroamericanos y en edades menores 50 años. (15)

Los jóvenes tienden a presentar un estadio más alto de la enfermedad ya que frecuentemente, el cáncer está ubicado en el colon proximal o tienden a contener mucinas. Los individuos con cáncer mucinosos o cáncer de colon proximal que puede presentarse en la válvula ileocecal a ángulo esplénico y este tipo de cáncer no responden satisfactoriamente al tratamiento. Los canceres mucinosos conlleva a un pronóstico malo ya que el tumor secreta mucinas y esto regula la virulencia bacteriana e incrementa la inflamación en el microambiente facilitando la propagación de la metástasis. (15)

En esta patología se debe realizar el procedimiento, teniendo en cuenta los principios oncológicos:

- Margen de 5 cm de resección proximal y distal del tumor
- Margen de 2cm de resección circunferencial para recto
- Eliminación de los vasos sanguíneos y del drenaje linfático del vaso de alimentación primario.

Esto permite la resección del mesenterio portador de ganglios linfáticos para lograr tener una estadificación. Por último, se realiza una anastomosis. (15)

En la mayoría de los casos, se detecta en etapas avanzadas. Para el diagnóstico en etapas tempranas, se realiza un tamizaje a pacientes que tienen factores de riesgos como antecedentes personales o familiares de pólipos intestinales y cáncer colorrectal edad mayor a 50 años y sexo masculino asociado al consumo excesivo de alcohol y de tabaco. (18)

Para obtener el diagnóstico clínico se debe considerar síntomas como melena, hematoquecia, exámenes de laboratorios donde se evidencia claramente una anemia o una cantidad elevada del antígeno carcinoembrionario. El diagnóstico definitivo se debe hacer una biopsia. (18)

Este procedimiento se realiza dependiendo de la etapa en la que se encuentra la neoplasia. Si se lo diagnostica en etapas tempranas, se puede requerir una colectomía parcial, pero si, se le diagnostica en etapas tardías, se realiza una colectomía total. (15)

El lugar de metástasis más frecuente es el hígado, ya que puede producir síndrome icterico, ascitis o hepatomegalia. (15)

1.4.2 Enfermedades Inflamatorias Intestinales

Enfermedad de Crohn: y Colitis Ulcerosa: Esta patología requiere una colectomía, al momento que el tratamiento farmacológico no funciona. En estos pacientes, es recomendado realizar una colonoscopia en busca de células precancerosas. (3)

1.4.3 Diverticulitis

La diverticulitis es la inflamación de los divertículos, es una de las afecciones más comunes en el mundo Occidental y es la complicación más frecuente en la Diverticulosis. En el 2012 en Estados Unidos fue la décimo sexta causa de muerte de enfermedades tracto gastrointestinal. (14)

La diverticulitis conlleva a la obstrucción del saco del divertículo por la presencia de un fecalito, dando como resultado la irritación de la mucosa causando inflamación y obstrucción. La diverticulitis se puede clasificar en complicada y no complicada (14)

1.4.3.1 Diverticulitis complicada

Este tipo de diverticulitis presenta dolor abdominal crónico puede llegar a producir fístulas, obstrucciones, perforaciones y abscesos, representa al grado I según la escala de Hinchey. (19)

Al momento de decidir si el paciente necesita hospitalización, se toma en cuenta el nivel de dolor que presenta, sus comorbilidades, la tolerancia a la ingesta oral y el apoyo social familiar. (19)

1.4.3.2 Diverticulitis no complicada

Es un tipo de diverticulosis crónica, se usa fármacos como la rifaximina, probióticos y mesalamina para el alivio de los síntomas, pero su tratamiento es más individualizado, ya que en otros pacientes se puede realizar la cirugía de resección

profiláctica electiva. Dependiendo del estilo de vida y de las comorbilidades del paciente. Se determinó que es recomendado la cirugía después del cuarto episodio de diverticulitis. (19)

El diagnóstico se lo hace mediante tomografía computarizada de abdomen y pelvis, cuando la inflamación se ha detenido se realiza una colonoscopia. En pacientes jóvenes y mujeres embarazadas se recomienda la resonancia magnética nuclear. (19)

El tratamiento de la diverticulitis no complicada se indica reposo en casa, dieta líquida, antibióticos y realizarse después de 3 meses control con colonoscopia. En cambio, en la diverticulitis complicada se requiere hospitalización, nutrición parenteral y administración de antibióticos por vía intravenosa. (20)

Si el paciente presenta peritonitis o perforación del intestino, síntomas graves como fiebre de 38.9, dolor abdominal y síntomas de infección se requiere realizar una resección colónica. (20)

1.4.4 Obstrucción intestinal

La obstrucción intestinal consiste en el bloqueo intestinal que se da por la detención del tránsito del contenido. Su etiología puede ser por la presencia de cálculos biliares o presencia de cuerpos extraños, hernias, bridas, diverticulitis, vólvulos. Puede ser obstrucción del intestino grueso o del intestino delgado. (13)

1.4.4.1 Obstrucción del intestino grueso

Este tipo de obstrucción ocasiona distensión abdominal, estreñimiento, cólicos abdominales, vómitos. En la exploración física el paciente presenta el abdomen distendido, sin presencia de dolor a la palpación y presencia de ruidos hidroaéreos aumentados en la cavidad abdominal. (13)

1.4.4.2 Obstrucción del intestino delgado

Se caracteriza por la presencia de vómitos, cólicos periumbilicales, dolor en el epigastrio. Los pacientes que presentan una obstrucción parcial pueden manifestarse con diarrea. En cambio, la obstrucción total se presenta con estreñimiento. Es común que se presente el peristaltismo hiperactivo. En casos, que la obstrucción se convierta en una estrangulación, el paciente presenta dolor intenso a la palpación y en los peores de los casos, shock y oliguria. (13)

Entre las causas menos frecuentes tenemos a la presencia de lesiones isquémicas provocadas por trombosis y a las enfermedades de tipo infecciosas, tales como Colitis Pseudomembranosa, infecciones bacterianas o parasitarias. (13)

El diagnóstico se lo realiza mediante una radiografía de abdomen en decúbito supino y bipedestación. La tomografía computarizada se lo realiza en casos de obstrucción del intestino delgado. (13)

El tratamiento implica una aspiración nasogástrica y administración intravenosa de líquidos y antibióticos. En casos graves, amerita una resección colónica, si el paciente rechaza el tratamiento farmacológico. (13)

1.5 TÉCNICA QUIRÚRGICA

1.5.1 Preparación preoperatoria

Se realiza exámenes de sangre de rutina, un electrocardiograma y radiografía de tórax, a pesar de que la preparación intestinal preoperatoria para una colectomía es muy debatida, la preparación intestinal mecánica generalmente se administra el día antes de la cirugía para evitar la hinchazón gaseosa del colon que puede crear dificultades técnicas durante el procedimiento quirúrgico. (21)

También se prescribe profilaxis anti-TVP (trombosis venosa profunda) en forma de heparina de bajo peso molecular y se administran antibióticos profilácticos en el quirófano durante la inducción de la anestesia. La combinación de cefuroxima 750 mg

y metronidazol 500 mg se administra como dosis única en la mayoría de los casos. En algunos casos, se administran dos dosis adicionales a las 8 y 16 horas del posoperatorio. La colectomía puede ser abierta o laparoscópica. (21)

1.5.2 Posición del paciente y configuración de la sala de operaciones

Bajo anestesia general con intubación endotraqueal, el paciente se coloca en decúbito supino sobre la mesa con ambos brazos doblados a los lados para dejar más espacio para que el cirujano y el asistente se muevan. Las piernas del paciente se colocan rectas.

Una vez que se induce la anestesia, se insertan una sonda nasogástrica y un catéter urinario, los cuales pueden retirarse al final de la operación. El cirujano principal se coloca del lado derecho del paciente y su asistente con la cámara del lado izquierdo del paciente. Los dos monitores se colocan al costado de las piernas del paciente para permitir al cirujano y al asistente las mejores y óptimas vistas de la pantalla. (21)

1.5.3 Procedimiento quirúrgico

El paciente se mueve en posición de Trendelenburg inversa, con el lado izquierdo inclinado hacia arriba. El ligamento se divide a partir del lado izquierdo del tronco de Henle, y el saco menor está completamente abierto. Se procura observar bien la cara superior del páncreas, el hilio esplénico. (4)

La sección del ligamento gastrocólico y la movilización del colon con el epiplón permiten una exposición rápida y fácil del páncreas, el hilio esplénico y el ángulo esplénico, minimizando el riesgo de lesión esplénica. El desprendimiento del epiplón mayor del colon es un procedimiento que requiere tiempo, sin ninguna ventaja práctica, y la preservación del epiplón aumenta el riesgo de adherencias en el momento de completar la proctectomía y la construcción de la bolsa íleo-anal. (4)

El pancreático-cólico, espleno-cólico, y los ligamentos frénico-cólicos se dividen y el ángulo esplénico se moviliza completamente entre la fascia de Toldt y Gerota. Luego

se observa el margen inferior del páncreas, cola del páncreas y bazo. Se coloca una pequeña gasa en el campo, el paciente se traslada en Posición de Trendelenburg, y el ángulo esplénico se reposiciona en su lugar original. (4)

El omento mayor se eleva por encima del colon transversal y el colon se retrae. De medial a lateral, la vena mesentérica inferior se aísla. Esta maniobra asegura un rápido aislamiento del vaso, ya que el margen inferior del páncreas ya ha sido aislado. (4)

Se procura la vena mesentérica inferior. Después de la división de la vena mesentérica inferior, se realiza la movilización del mesocolon izquierdo, desde el sacro promontorio a la vena mesentérica inferior dividida. Como el mesenterio del colon izquierdo perteneciente a la vena mesentérica inferior cefálica de la arteria se moviliza, el control de la arteria mesentérica inferior es seguro y fácil, y el nivel de la sección, con o sin extensión disección de ganglios linfáticos, se puede decidir. Este enfoque también visualiza y conserva la superioridad plexo hipogástrico. (4)

Después de la división de la arteria, una movilización completa del mesocolon izquierdo, de medial a lateral, hasta el canal paracólico izquierdo, se realiza. El canalón se deja intacto, mientras que él se eleva el colon y se visualiza el retroperitoneo del cuadrante abdominal izquierdo. El canalón paracólico izquierdo está dividido y todo el colon izquierdo movilizado. La arteria mesentérica inferior se retrae cefálicamente, y siguiendo su margen inferior, el control y la sección de la arteria rectal superior se consiguen fácilmente. Es de suma importancia no continuar con la disección más allá del promontorio del sacro. (4)

El colon es finalmente dividido en la unión recto-sigmoidea mediante un dispositivo de endograpado. acompañados utilizando el bisturí y se divide mejor con endograpadoras vasculares o con un sellador de vasos. (4)

1.6 COMPLICACIONES

La gran mayoría de las hemicolectomías son bien toleradas por los pacientes a pesar de un aumento transitorio en la frecuencia de las deposiciones, este procedimiento se

asocia con consecuencias fisiológicas menores. En cambio, en una proctocolectomía o una colectomía completa hay una mayor cantidad de complicaciones tanto a corto como a largo plazo, muchas de ellas están directamente relacionadas con una reconstrucción de la ileostomía para restaurar el tránsito intestinal. (22)

Las complicaciones tempranas asociadas a la anastomosis ileoanal con ileostomía después de una colectomía incluyen fuga anastomótica que ocurre aproximadamente en el 1% de los casos, una estenosis del sitio de la anastomosis con una frecuencia relativa del 11%, las sepsis pélvicas y los abscesos dentro de la ileostomía ocurren aproximadamente en el 5% al 20% de los pacientes, al final 30% de los pacientes tendrán falla de la bolsa, con una mortalidad del 3%. (22)

Los efectos a largo plazo de la cirugía de la bolsa ileal incluyen incontinencia, que ocurre con una frecuencia de aproximadamente 25%. La fertilidad es una consideración importante en pacientes con bolsa ileal. (22)

1.6.1 Sepsis

La sepsis es una de las complicaciones más frecuentes en la resección colónica, ya que al momento de dejar expuesto la cavidad abdominal/pelviana, el cuerpo está expuesto a los patógenos bacterianos. (23)

Se puede manifestar como peritonitis bacteriana, abscesos subfrénicos, septicemia, shock séptico, enterocolitis. Si la presentación es de un absceso, el paciente presenta dolor en el lugar de la anastomosis, que se irradia al hombro, náuseas y singulto persistente. (23)

Además, se puede presentar infecciones por la introducción de catéteres o de instrumental quirúrgico, el paciente puede presentar fiebre, escalofríos. Los síntomas típicos de la sepsis son la taquicardia, taquipnea hipotensión arterial y fiebre. (23)

Si la sepsis es ocasionada por un Gram negativo, el paciente presenta bradicardia, hipotermia, hipotensión arterial. Es normal que después de la cirugía, el paciente

presente signos de irritación peritoneal y presencia de ruidos hidroaéreos que desaparece después de 4 días. (23)

En examen de laboratorio podemos encontrar leucocitosis, neutrofilia, y en varias ocasiones leucopenia. Además, encontramos elevación de los reactantes de fase aguda, como la proteína C reactiva, fibrinógeno, velocidad de sedimentación. Se realiza también radiografía simple de tórax y abdomen en la que se evidencia neumonía, atelectasia, derrame pleural o edema intersticial y neumoperitoneo. (23)

El tratamiento depende al agente causante, pero se realiza la reposición de electrolitos, corrección de anemia y esquema antibiótico. En casos de septicemia grave, se realiza un drenaje o lavado de la cavidad abdominal. (23)

1.6.2 Hemorragia

El paciente presenta taquicardia, descenso de los niveles de hemoglobina e hipotensión. Si la hemorragia es intraabdominal, el paciente puede presentar la formación de una masa abdominal o de distensión abdominal. (24)

El paciente puede presentar una leve hemorragia después de la cirugía, pero si el paciente presenta sangrado excesivo y continuas, que su causa no está relacionado a trastornos de la coagulación. (24)

El manejo que se lleva en estos pacientes es, ante todo, reponer el volumen intravascular por medio de soluciones coloides y cristaloides. Si el paciente amerita se realiza una transfusión de concentrados de hematíes, plaquetas y plasma. La cirugía está indicada en pacientes que no cesa el sangrado, cuando ya se le ha tomado las medidas correctas y la administración de fármacos anticoagulantes. (24)

En hemorragia digestivas está indicado realizar una endoscopia que nos ayuda a visualizar el punto del sangrado y controlar la hemorragia mediante una esclerosis o coagulación. También, se usa una angiografía, en la que se visualiza el punto de sangrado y se emboliza. (24)

1.6.3 Dehiscencia o fuga de anastomosis

Es muy común que ocurra una fistula se estima que es del 2 al 5% de los pacientes en las cirugías colorrectales, siendo esta la complicación con mayor incidencia. Al haber una fistula con material fecaloide dentro del abdomen puede causar un absceso o una peritonitis fecaloide y terminaría en una sepsis abdominal, por lo general estas ocurren por una malnutrición del paciente, hipoproteinemia, mala técnica quirúrgica, mala anastomosis. Así mismo hay una hipótesis que dice que influye el motivo de la colectomía siendo mucho más frecuente que aparezcan en pacientes con una enfermedad inflamatoria intestinal como lo es Enfermedad de Crohn o una diverticulitis. (24)

El 50% de los pacientes con fugas anastomóticas terminan con sepsis por abscesos intraperitoneales, un 25% con una peritonitis fecaloidea generalizada, y un 15% en abscesos de pared o infección de herida quirúrgica. Las manifestaciones clínicas en el paciente difieren de la localización y la severidad de la colectomía. Puede ser dolor abdominal, malestar general, fiebre. (24)

1.6.4 Lesión ureteral

Esta complicación es muy frecuente después del procedimiento de resección colónica. Se lo visualiza como una laceración, fistula urinaria y puede provocar una hidronefrosis renal cuando la lesión ureteral es completa, en estos casos, se realiza una nefrostomía derivativa para mantener el funcionamiento del riñón y reparar el uréter, que consiste en realizar una anastomosis termino terminal monoplano, dejando un catéter doble J dentro uréter, que se retira cuando se comprueba que no hay fuga en la zona de la anastomosis. (24)

1.6.5 Infecciones sobreañadidas a repetición

Después de una colectomía subtotal 40% de pacientes reportan síntomas gastrointestinales y una disminución de la calidad de vida, puede ser por un incremento bacteriano o sobrecrecimiento fúngico causando diarrea o malestar intestinal en el paciente postoperatorio. (25)

1.6.6 Complicaciones postquirúrgicas tempranas

Entre las complicaciones postquirúrgicas ya pronunciadas, la principal es la infección en la herida quirúrgica que puede convertirse en el caso más grave, en peritonitis. Entre otras complicaciones que se da en las primeras horas del postoperatorio, son las hemorragias ocasionadas por laceraciones en la mucosa, que se controla con hemostasia, fistulas, abscesos cutáneos en las cuales se logra filtrar heces fecales al tejido celular subcutáneo y ahí se hace lavados y drenajes (23)

Otras de las complicaciones es la estenosis que puede ocasionarse al momento que se deja una colostomía sigmoidea, el principal síntoma es el estreñimiento y se ocasiona porque poco a poco disminuye el calibre del lumen. (23)

1.6.7 Complicaciones quirúrgicas laparoscópicas

Hoy en día se hace mucho abordaje laparoscópico es porque se ha descubierto que minimiza las complicaciones postoperatorias tanto tempranas como tardías, al ser mínimamente invasivas es mucho menor tanto la tasa de eventración, estancia hospitalaria, infección de herida quirúrgica, íleo paralítico, eventraciones etc. (23)

METODOLOGÍA

Objetivo General

Determinar las complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se realizaron resección colónica en el Hospital General del Guasmo Sur desde el 1 de Enero del 2018 hasta el 31 de Diciembre del 2019.

Objetivos específicos

1. Conocer el total de pacientes tratados con resección colónica y la causa por la que se realizó el procedimiento.
2. Identificar el tiempo transcurrido desde la resolución quirúrgica y la aparición de complicaciones postquirúrgicas.
3. Determinar la complicación postquirúrgica con mayor índice de incidencia y de morbimortalidad.
4. Comparar los factores de riesgos que desencadenan las complicaciones postquirúrgicas.

Diseño del estudio

Transversal

Población del estudio

Muestra de los pacientes de 30 a 80 años con resección colónica como resolución de una patología en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo Enero 2018 a Diciembre 2019.

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes que les realizaron resección colónica y colostomía.
- ✓ Pacientes de 30 a 80 años ingresados en el Hospital General Guasmo Sur.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes menores de 30 años.
- ✓ Pacientes con historia clínica incompleta.

Método de recogida de datos:

Revisión de historias clínicas y pruebas complementarias (radiografía de abdomen, ecografía abdominal, biometría hemática, marcadores tumorales).

Variables

Tabla 1: Variables del estudio

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	Resultado
Edad	Grupo etario	Cuantitativo	Grupo donde más se encontró complicaciones postquirúrgicas
Genero	-Masculino -Femenino	Cualitativa	Frecuencia de presentación
Diagnostico	-Colostomía -Ileostomía -Tumor maligno del ciego -Tumor maligno del recto -Pólipo del Colon	Cualitativo	Diagnostico por el cual el paciente fue ingresado

Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> -Cirugía Programada -Emergencia 	Cualitativo	Pacientes que ingresaron por cirugía con programación previa
Motivo de ingreso	<ul style="list-style-type: none"> -Abdomen agudo -Abdomen agudo perforativo -Abdomen agudo obstructivo -Neoplasia maligna de colon sigmoide -Neoplasia de colon ascendente -Trauma cerrado de abdomen -Apendicitis aguda complicada -Síndrome Adherencial -Enfermedad diverticular complicada -Megacolon Tóxico -Fistula recto-vaginal -Hernia incisional estrangulada -Obstrucción intestinal -Neoplasia colónica -Neoplasia de la válvula ileocecal -Trauma penetrante de abdomen -Poliposis colónica -Isquemia intestinal 	Cualitativo	Causa por el cual el paciente ingreso al hospital

	-Peritonitis generalizada		
Tratamiento quirúrgico	-Hemicolectomía izquierda -Hemicolectomía derecha -Colectomía total -Ileostomía -Colostomía -Laparotomía exploratoria -Resección del intestino delgado -Colecistectomía -Protolectomía	Cualitativo	Procedimiento quirúrgico que se le realizó al paciente
Comorbilidades	-Hipertensión arterial -Diabetes Mellitus -Depresión -Obesidad -Demencia senil -No refiere	Cualitativo	Patología de base en la muestra de estudio
Complicaciones inmediatas	-Absceso de pared abdominal -Adherencias intestinales -Dehiscencia o fuga de anastomosis -Dilatación de asas intestinales -Dolor en sitio quirúrgico -Fistula recto vesical	Cualitativo	Complicaciones post quirúrgicas que los pacientes presentaron en las primeras 72 horas.

	<ul style="list-style-type: none"> -Hemorragia de colostomía -Infección de herida quirúrgica -Dermatitis -Perforación de la válvula ileocecal -Plastrón apendicular -Prolapso de colostomía -Distensión abdominal -Dolor abdominal -No refiere 		
Complicaciones tardías	<ul style="list-style-type: none"> -Absceso de pared abdominal -Anemia -Enterorragia -Síndrome adherencial post quirúrgico -Ileostomía -Trastornos miccionales -Abdomen agudo -Peritonitis -Hernia paraestomal -Necrosis -Distensión abdominal -Dolor abdominal -Dermatitis -Infecciones recurrentes -Sepsis abdominal -Shock séptico -No refiere 		Complicaciones post quirúrgicas que los pacientes presentaron a los 5 días posteriores.

Fuente: HGGS: Castro, Ramírez; 2020

RESULTADOS

En este trabajo de investigación se incluyeron 107 pacientes que se les realizó una resección colónica atendidos en el Hospital General Guasmo Sur desde el 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019.

En su totalidad fueron intervenidos quirúrgicamente de los cuales el 31,8% (34 casos) pertenecen al género femenino y el 68,2% (73 casos) pertenecen al género masculino, con lo cual podemos decir que hay una mayor incidencia de pacientes del género masculino intervenidos con una resección colónica. (Anexos, Gráfico 1).

En los 107 pacientes que se les realizó resección colónica la edad mínima reflejada en este estudio fue 30 años y la máxima edad fue 79 años, aplicando las medidas de tendencia central obtuvimos una media de 50.7, con una desviación estándar como medida de dispersión de 12.62, la moda obtenida para la muestra es de 56 con un total de ocho casos registrados y una mediana de 51. (Anexo, Gráfico 2).

Se analizaron los diferentes motivos de ingreso de cada paciente estudiado dando como resultado que en 24 pacientes con un porcentaje de 22.4% de recurrencia debutaron con abdomen agudo obstructivo, mientras que solo 13.1% (14 casos) abdomen agudo perforativo, 12.1% (13 casos) presentaron síndrome adherencial con isquemia mesentérica por alguna cirugía previa, 9.3% (10 casos) presentaron trauma penetrante de abdomen, 6.5% (7 casos) de los pacientes estudiados presentaron neoplasia de colon descendente, 3.7% (4 casos) poliposis colónica, 2.8% (3 casos) peritonitis generalizada, 2.8% (3 casos) fistula recto vaginal, 1.9% (2 casos) presentaron obstrucción Intestinal, 1.9% (2 casos) neoplasia de colon ascendente. Se puede observar que hay una mayor incidencia de pacientes que ingresaron con diagnóstico de abdomen agudo obstructivo. (Anexos, Gráfico 3) (Anexos, Tabla 1).

Además, se tuvo en cuenta los antecedentes patológicos personales de cada paciente y podemos observar que el 43.9% (47 casos) de los pacientes que ingresaron al estudio no tenían ningún antecedente patológico previo mientras que el 15.9% (17 casos)

tenían apendicetomía, el 5.6% (6 casos) enfermedad diverticular, 4.7% (5 casos) malos hábitos alimenticios como tabaco, alcohol. (Anexo, Gráfico 4).

En cuanto al tratamiento quirúrgico realizado en los pacientes, tomamos en cuenta las intervenciones realizadas siendo laparotomía exploratoria con hemicolectomía izquierda y colostomía la cirugía de mayor recurrencia con un total de 53 pacientes con un porcentaje de 49.5%. Seguida por laparotomía exploratoria, hemicolectomía derecha, ileostomía que también tuvo una recurrencia del 14% (15 casos) de los pacientes investigados, el 11.9% (12 casos) corresponde al procedimiento quirúrgico de laparotomía exploratoria, colectomía, ileostomía. al 8.4% (9 casos) se les realizaron una laparotomía exploratoria, hemicolectomía derecha, colostomía y el 3.7% (4 casos) se les realizó laparotomía exploratoria, hemicolectomía izquierda, ileostomía. (Anexo, Gráfico 5).

Las complicaciones las clasificamos según su momento de presentación, complicaciones tempranas haciendo referencia a las complicaciones que se presentaron en el periodo de las primeras 48 horas posterior al desarrollo quirúrgico y complicaciones tardías las que se presentan después de las 48 horas de haber terminado la cirugía.

Encontramos que el 66.4% (54 casos) presentó algún tipo de complicación en etapa temprana, siendo la más frecuente la infección de herida quirúrgica con el 29.9% (32 casos), seguida de dolor abdominal con un 9.3% (10 casos), dolor de sitio quirúrgico 8.4% (9 casos), dehiscencia o fuga de anastomosis 4.7% (5 casos), adherencias intestinales 3.7% (4 casos), absceso de pared abdominal 1.9% (2 casos), plastrón apendicular 1.9% (2 casos), distensión abdominal 1.9% (2 casos), asas intestinales dilatadas 0.9% (1 caso), fistula recto vesical 0.9% (1 caso), hemorragia de colostomía 0.9% (1 caso), perforación de válvula ileocecal 0.9% (1 caso), prolapso de colostomía 0.9% (1 caso). El 33.6% (36 casos) no refirieron ningún tipo de complicación. (Anexos, Gráfico 6) (Tabla 2).

En cuanto a las complicaciones tardías, la mayoría de los pacientes que equivale el 54.2% (51 casos) si presentaron complicaciones siendo la más frecuente, el síndrome adherencial postquirúrgico representando el 9.3% (10 casos), seguido de hernia

paraestomal con 7.5% (8 casos), trastornos miccionales 6.5% (7 casos), dolor abdominal 5.6% (6 casos), absceso de pared abdominal 4.7% (5 casos), anemia 4.7% (5 casos), sepsis abdominal 3.7% (4 casos), shock séptico 3.7% (4 casos), dermatitis 2.8% (3 casos), abdomen agudo 1.9% (2 casos), necrosis 1.9% (2 casos), infecciones recurrentes 0.9% (1 caso), plastrón apendicular 0.9% (1 caso). El 45.8% (49 casos) de nuestra muestra no presentó ningún tipo de complicación. (Anexo, Gráfico 7).

DISCUSIÓN

Dentro de este trabajo investigativo tuvimos una base de datos de 513 pacientes, pero al tomar en cuenta los criterios de inclusión y exclusión planteados previamente en la investigación nos quedó una totalidad de 107 pacientes con los cuales, siguiendo un muestreo no probabilístico observamos en cuanto a la distribución del género. El género masculino con 73 pacientes, lo que equivale a un porcentaje de 68.2%, mientras que el género femenino con 34 pacientes, tuvo un porcentaje de 31.8%, reflejando que la resección colónica en nuestra muestra predomina el sexo masculino.

En cuanto a los resultados obtenidos por la edad aplicando las medidas de tendencia central obtuvimos una media de los pacientes investigados de 50 a 60 años, con una Moda de 56 años siendo un total de ocho casos registrados con esa edad.

El motivo de ingreso predominante en los pacientes que tuvieron como tratamiento quirúrgico una resección colónica es el abdomen agudo obstructivo con una recurrencia de 24 pacientes representando el 22.4% de nuestra muestra; siguiendo el diagnóstico de abdomen agudo perforativo con una muestra de 14 pacientes que equivale al 13.1% teniendo en cuenta en nuestro estudio el diagnóstico menos frecuente es la Neoplasia de colon ascendente con solo dos casos registrados con un porcentaje de 1.9%.

Así mismo, la intervención quirúrgica más frecuente llevada a cabo en los pacientes, fue la laparotomía exploratoria con hemicolectomía izquierda y colostomía con un total de 53 pacientes con un porcentaje de 49.5%. Lo cual podemos relacionar uno de los motivos de ingresos más frecuentes que es el abdomen agudo obstructivo de los cuales 12 pacientes de dicha muestra se les intervino quirúrgicamente con el procedimiento más realizado en nuestro estudio que es la laparotomía exploratoria con hemicolectomía izquierda y colostomía.

Tomando en cuenta las complicaciones nos damos cuenta que en nuestro estudio el 66.4% de los pacientes presentaron complicaciones dentro de las 48 horas después del procedimiento quirúrgico, conocidas como complicaciones “tempranas” y el 33.6% de

pacientes no refirieron alguna complicación. Refiriéndonos a las complicaciones que se presentaron después de las 48 horas, siendo conocidas como complicaciones “tardías” el 54.2% presentaron complicaciones tardías, mientras, el 45.8% no refirieron ningún tipo de complicación a largo plazo.

La complicación temprana que se manifestó con mayor incidencia es la infección de herida quirúrgica con una frecuencia de 32 pacientes que representan el 29.9% de los pacientes totales de la muestra, lo cual se puede presentar por la incorrecta asepsia y antisepsia de la herida después del procedimiento quirúrgico y la complicación menos frecuente es la hemorragia de colostomía con un total de 1 caso que equivale al 0.9%. En cambio, en un artículo publicado en PubMed en mayo del 2020, se comprueba mediante un estudio observacional que a los pacientes que se les realizó una hemicolectomía derecha por cáncer de colon, la complicación que se presentó de mayor forma es la fuga anastomótica y se asocia con un mayor porcentaje de mortalidad. (26)

El síndrome adherencial postquirúrgico es la complicación tardía más observada en los pacientes de la muestra estudiada con una frecuencia de 10 casos lo cual se ve reflejado en el 9.3% de los pacientes, este tipo de complicación se podría manifestar por el antecedente de infección, lo cual podría terminar en una obstrucción del tránsito intestinal. Otra complicación que se presentó frecuentemente en nuestros pacientes es el absceso de pared abdominal con un total de 4.7% lo cual también está directamente relacionado con el antecedente de infección previa del paciente no tratado o con un mal manejo antibiótico y antiséptico. Tomando en cuenta, el artículo publicado por Arnarson en Julio 2019 por medio de la plataforma PubMed, en su estudio el 76% de los pacientes con Cáncer Colorrectal que se les realizó una resección colónica no presentaron síntomas, mientras el 15% presentaron complicaciones no graves, y el 9% complicaciones graves, teniendo este último una tasa de supervivencia de 60%. (27)

El resultado final que obtuvimos en nuestro estudio fue infección de la herida quirúrgica es la complicación más frecuente dentro de las primeras 48 horas.

CONCLUSIÓN

Al terminar nuestro trabajo investigativo, y comparándolo con los objetivos planteados al inicio de nuestro proyecto podemos comprobar que nuestra hipótesis es certera, puesto que la infección de herida quirúrgica es la complicación más frecuente que los pacientes presentan luego del procedimiento quirúrgico.

En nuestro estudio trabajamos con 107 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión previamente planteados y obtuvimos como resultado que la causa más frecuente fue el abdomen agudo obstructivo seguido del abdomen agudo perforativo

Al referirnos a factores de riesgo que desencadenan las complicaciones postquirúrgicas podemos decir que la incorrecta asepsia y antisepsia de la herida puede llevarnos a una infección en sitio quirúrgico que puede progresar a un absceso de pared abdominal y si no es tratada correctamente y en el tiempo indicado puede ocasionar una peritonitis generalizada, otros factores de riesgo que encontramos en nuestra investigación es que la mala alimentación y por consiguiente la anemia nos puede ocasionar una falla al momento de cerrar la herida ocasionando fuga de anastomosis.

RECOMENDACIONES

Nosotras como autoras de este estudio transversal tipo observacional que consta de 107 pacientes consideramos que para obtener un mejor resultado se podría realizar el mismo estudio, pero en un hospital de tercer nivel ya que no contamos con una muestra muy amplia que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión expuestos en nuestra investigación y así continuar analizando las probabilidades de presentar alguna complicación postquirúrgica.

Fomentar la correcta asepsia y antisepsia de la herida quirúrgica realizada en el paciente ya que sería una forma de prevenir el ingreso de patógenos infecciosos. Así mismo realizar charlas educativas frecuentes al personal de la salud sobre el correcto manejo de estos pacientes para así evitar la presencia de infecciones recurrentes.

Promover la conciencia social tomando en cuenta el estilo de vida de los pacientes, así formando programas educativos para la prevención de las complicaciones que pueden presentar, puesto que con alimentos de alto valor proteico y una correcta higiene del paciente se podría reducir la incidencia de pacientes que presentan complicaciones luego de este procedimiento quirúrgico.

Nosotras recomendamos como último punto rehacer este estudio con una muestra más grande y que el modelo sea prospectivo porque así se lograría un mejor seguimiento de los pacientes involucrados en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

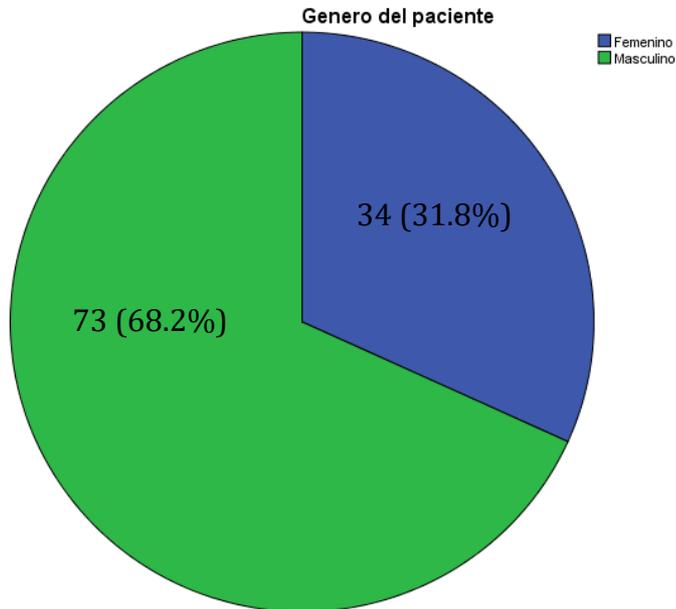
1. Engida, A., Ayelign, T., & Mahteme, B. (2016). Types and Indications of Colostomy and Determinants of Outcomes of Patients After Surgery. *Ethiop J Health Sci* , 26 (2), 117–120.
2. García, Pardo, Y., Rodríguez Maldonado, E., Martínez Savoini, R., Gómez de Antonio, G., Allo Miguel, F. J., et al. (2019). Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos. *Revista de Gastroenterología del Perú* , 19 (3).
3. Clinic, M. (2019, June 26). Colectomy.
4. Sampietro, G. and Colombo, F., 2020. Sequential Approach For A Critical-View Colectomy (SACCO): A Laparoscopic Technique To Reduce Operative Time And Complications In IBD Acute Severe Colitis. [online] Mdpi.com. Available at: <<https://www.mdpi.com/2077-0383/9/10/3382/pdf>>
5. Mayo Clinic. 2020. Colectomía Parcial. [online] Available at: <<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/colectomy/multimedia/partial-colectomy/img-20007580>> [Accessed 15 November 2020].
6. Salud Savia. 2020. Hemicolectomía - Salud Savia. [online] Available at: <<https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/otros-contenidos/hemicolectomia>>
7. Reyes-Espejel, L., Ruiz-Campos, M., Correa-Rovelo, J. and García-Osogobio, S., 2020. Sigmoidectomía Con Anastomosis Primaria Para Diverticulitis Complicada. *Science Direct*.
8. Pérez Garcia, L. and Vinardell Almira, M., 2020. Evaluación De Opciones Terapéuticas Para La Enfermedad Diverticular Del Colon. [online] Medigraphic.com. Available at: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcir/rcc-2018/rcc184c.pdf>>
9. Cancer.org. 2020. Cirugía Del Cáncer De Recto. [online] Available at: <<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/cirugia-rectal.html#:~:text=Resecc%C3%B3n%20anterior%20baja&text=En%20esta%20operaci%C3%B3n%2C%20se%20extrae,intestinales%20de%20la%20manera%20usual.>>> [Accessed 15 November 2020].

10. Meléndez Lugo, J., 2020. POUCHITIS: PRINCIPAL COMPLICACIÓN DE LA PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL RESTAURATIVA CON RESERVORIO ILEO-ANAL EN PACIENTES CON. [online] Binasss.sa.cr. Available at: <<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/600/art12.pdf>>
11. Uihealthcare.adam.com. 2020. Proctocoliectomía Total Y Bolsa Íleoanal - UI Health Care. [online] Available at: <<http://uihealthcare.adam.com/content.aspx?productid=118&isarticlelink=false&pid=5&gid=007380>>
12. Carlomagno, N., Santangelo, M., Amato, B., Calogero, A., Saracco, M., Cremone, C., Miranda, A., Dodaro, C. and Renda, A., 2015. Total Colectomy For Cancer: Analysis Of Factors Linked To Patients' Age. El sevier.
13. Hong, Zhi Geng, D., Nasier, B., Liu, H., & Gao. (2015). Meta-analysis of elective surgical complications related to defunctioning loop ileostomy compared with loop colostomy after low anterior resection for rectal carcinoma. Ann R Coll Surg Engl. , 97 (7).
14. Society, A. C. (2018, Octubre 20). Tratamiento del cáncer colorrectal . American Cancer Society .
15. Kieske, B., & Ahmad, H. (2020, July 06). Colon Resection . National University Hospital Singapore .
16. Flores, D. E. (2020, Enero 14). Cáncer colorrectal . Sociedad Española de Oncología Médica .
17. Altieri, M. S., Thompson, H., Pryor, A., & Yang, J. (2020, August 04). Incidence of colon resections is increasing in the younger populations : should an early initiation of colon cancer screening be implemented? (Pubmed, Ed.) Pubmed
18. Motta Ramírez, G., Alonso Blancas, E., Lozano Dubernard, G., Urbina de la Vega, J. and Valenzuela Tamariz, J., 2020. La Evaluación Del Cáncer Colorrectal Por Tomografía Computarizada Multidetector. [online] Elsevier.es. Available at: <<https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-la-evaluacion-del-cancer-colorrectal-X1665920111894251>> [Accessed 15 November 2020].
19. Rezapour, M., Ali, S. and Stollman, N., 2020. Diverticular Disease: An Update On Pathogenesis And Management.
20. Manual MSD versión para público general. 2020. Diverticulitis - Trastornos Gastrointestinales - Manual MSD Versión Para Público General. [online] Available at: <<https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-diverticular/diverticulitis>> [Accessed 15 November 2020].

21. Meshikhes, A., 2020. The Surgical Technique Of Hand-Assistedlaparoscopic Sigmoid Colectomy. [online] Colorectal-cancer.imedpub.com. Available at: <<https://colorectal-cancer.imedpub.com/the-surgical-technique-of-handassistedlaparoscopic-sigmoid-colectomy.php?aid=8717>>
22. Warner, B., 2015. Short- And Long-Term Complications Of Colectomy. [online] Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.
23. Ruiz Tobar, J. and Morales-Castiñeiras, V., 2014. Complicaciones Posoperatorias De La Cirugía Colónica. [online] Medigraphic.com. Available at: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc103o.pdf>> [Accessed 15 November 2020].
24. Kirchoff, P., Clavien, P. and Hahnloser, D., 2020. Complications In Colorectal Surgery: Risk Factors And Preventive Strategies.
25. Rao, S., Tan, G., Abdulla, H., Yu, S., Larion, S. and Leelasinjaroen, P., 2020. Does Colectomy Predispose To Small Intestinal Bacterial (SIBO) And Fungal Overgrowth (SIFO)
26. Pubmed. 2020. Predictors for Anastomotic Leak, Postoperative Complications, and Mortality After Right Colectomy for Cancer: Results From an International Snapshot Audit. Available at: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32032201/>>
27. Arnarson, Ö., Butt-Tuna, S. and Syk, I., 2019. Postoperative complications following colonic resection for cancer are associated with impaired long-term survival. [online] Pubmed.org. Available at: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30884061/>>

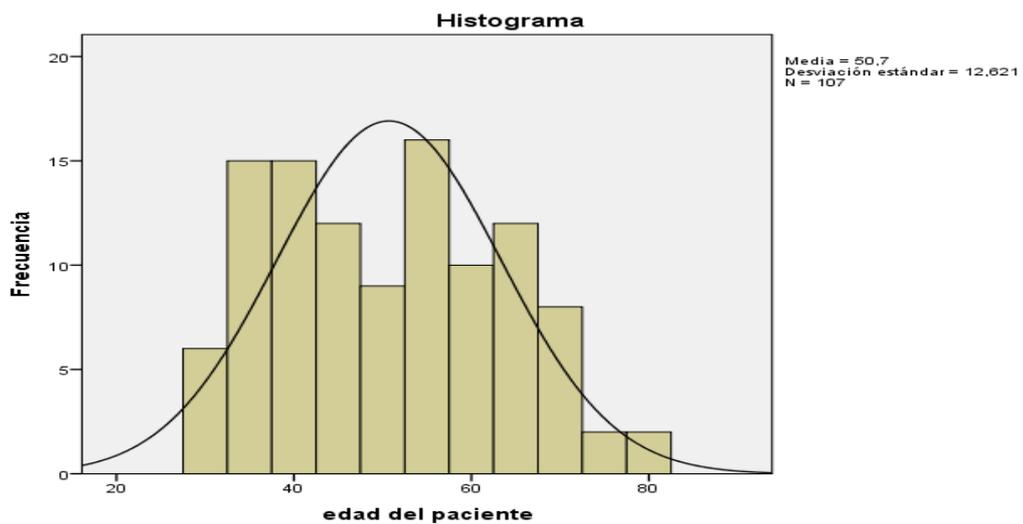
ANEXOS

Gráfico 1: Género de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.



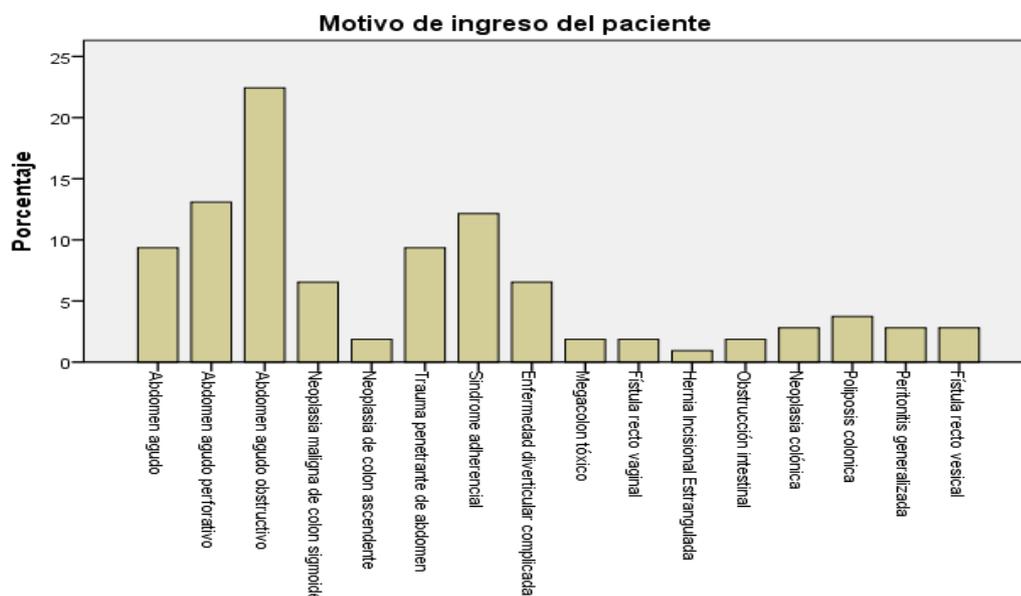
Fuente: Departamento de estadística del HGGG; Castro, Ramírez; 2020

Gráfico 2: Edad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.



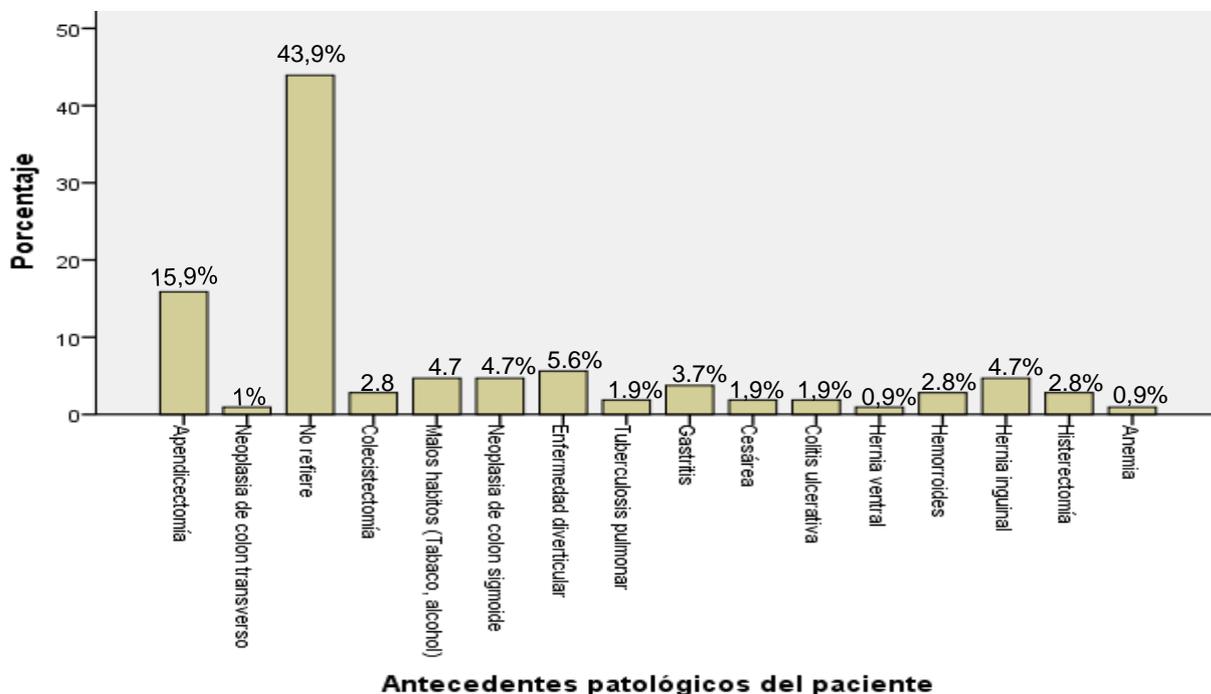
Fuente: Departamento de estadística del HGGG; Castro, Ramírez; 2020

Gráfico 3: Motivo de ingreso de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.



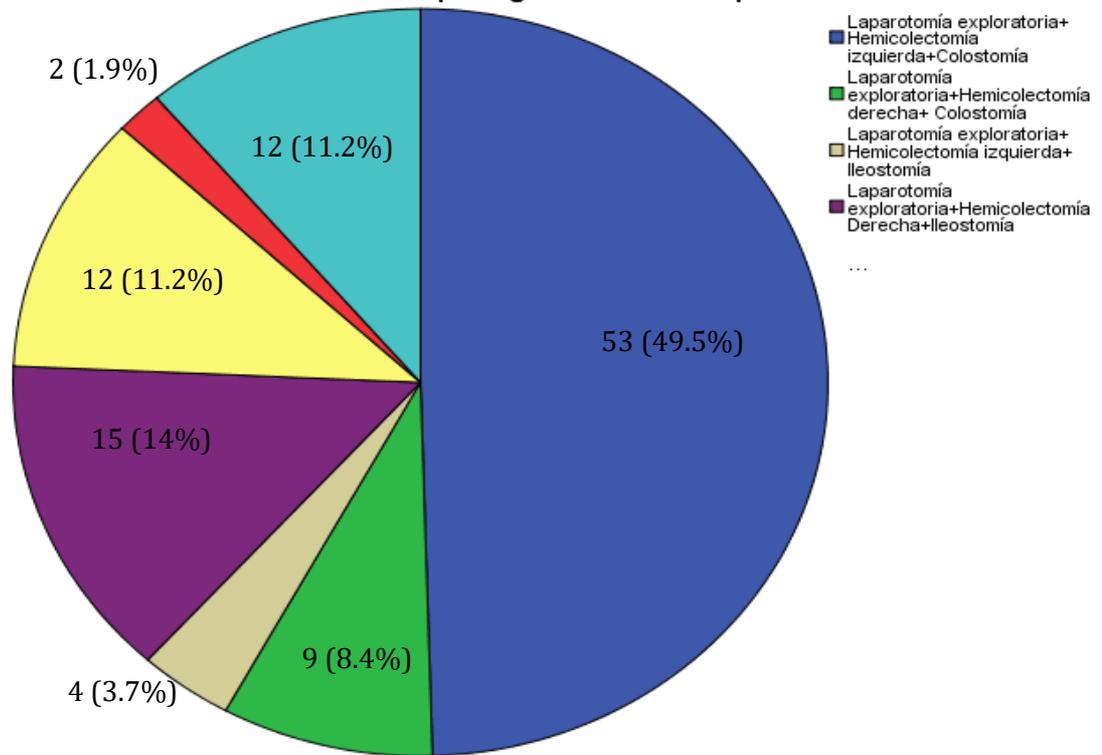
Fuente: Departamento de estadística del HGGS; Castro, Ramírez; 2020

Gráfico 4: Antecedentes patológicos personales de los pacientes intervenidos con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.



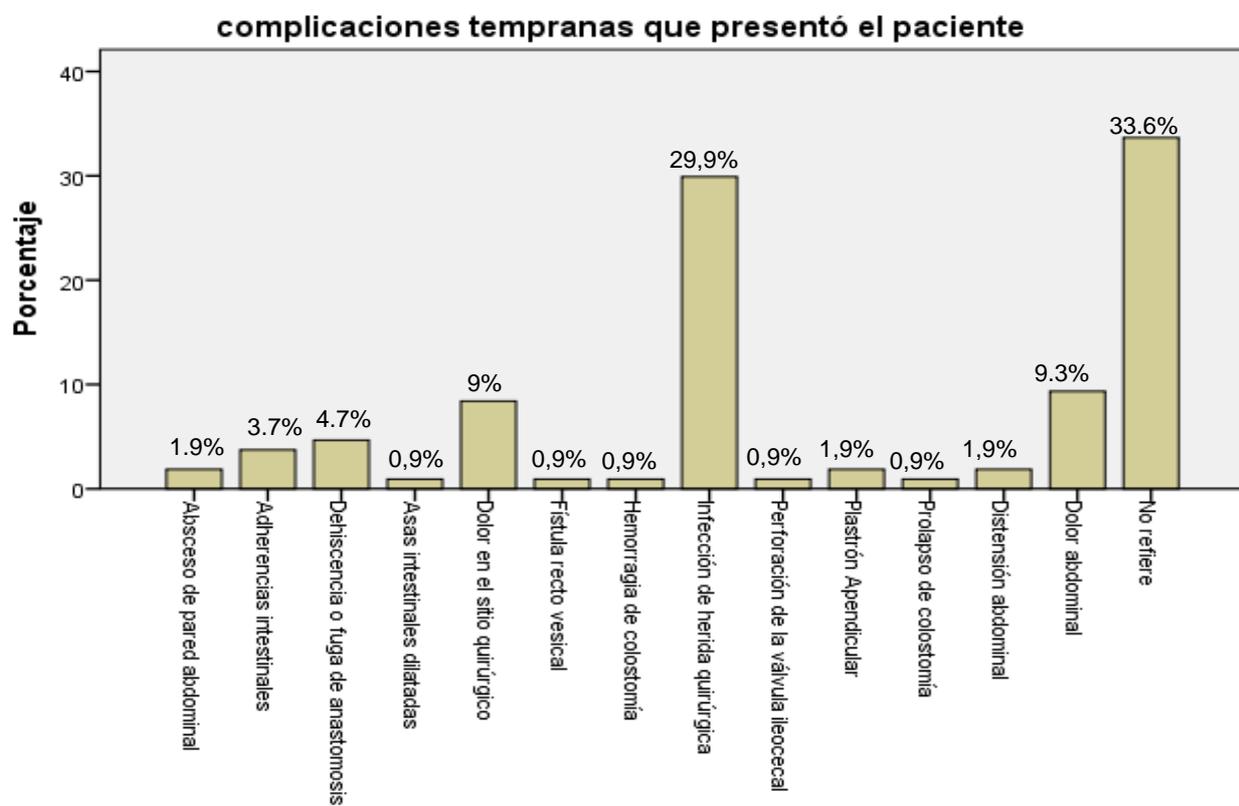
Fuente: Departamento de estadística del HGGS; Castro, Ramírez; 2020

Gráfico 5: Tratamiento quirúrgico de los pacientes intervenidos con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.



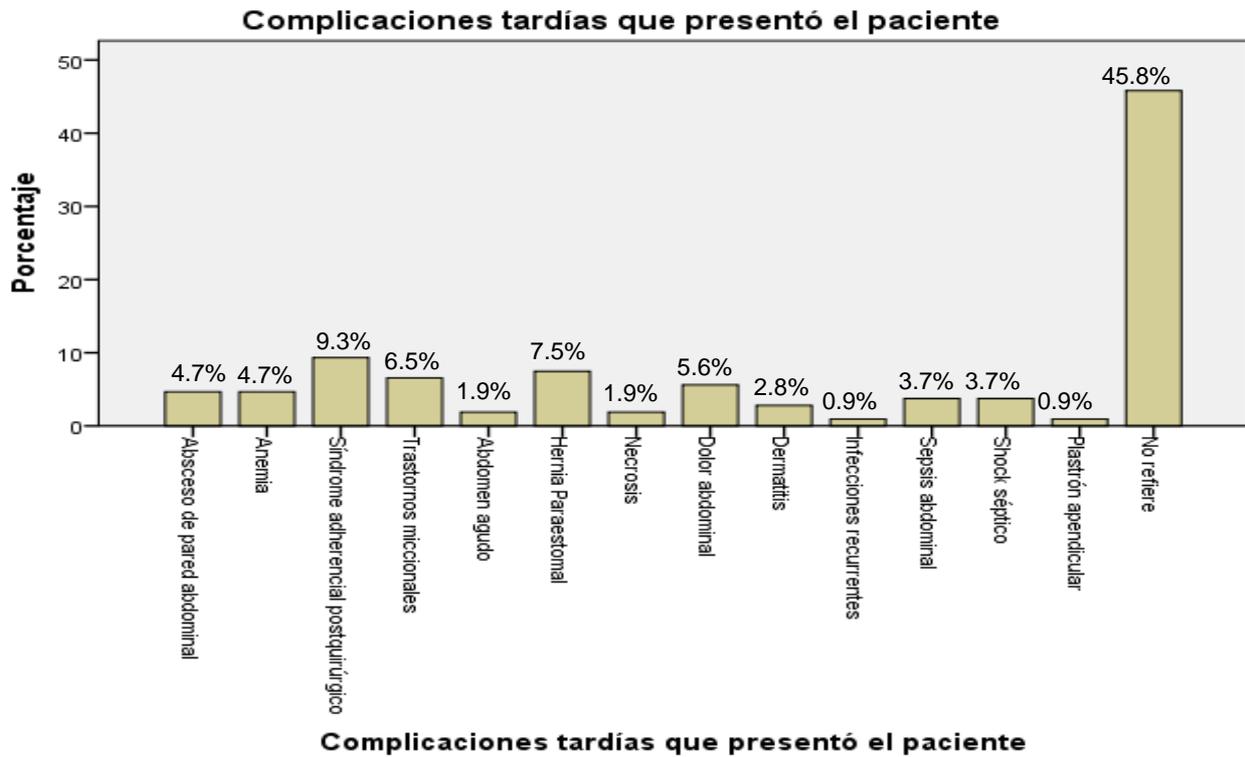
Fuente: Departamento de estadística del HGGS; Castro, Ramírez; 2020

Gráfico 6: Complicaciones tempranas que presentaron los pacientes intervenidos con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.



Fuente: Departamento de estadística del HGGG; Castro, Ramírez; 2020

Gráfico 7: Complicaciones tardías que presentaron los pacientes intervenidos con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.



Fuente: Departamento de estadística del HGGG; Castro, Ramírez; 2020

Tabla 2: Motivo de ingreso de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con una resección colónica en el Hospital General Guasmo Sur.

MOTIVO DE INGRESO	Frecuencia	Porcentaje
Abdomen agudo	10	9,3
Abdomen agudo perforativo	14	13,1
Abdomen agudo obstructivo	24	22,4
Neoplasia maligna de colon sigmoide	7	6,5
Neoplasia de colon ascendente	2	1,9
Trauma penetrante de abdomen	10	9,3
Síndrome adherencial	13	12,1
Enfermedad diverticular complicada	7	6,5
Megacolon tóxico	2	1,9
Fístula recto vaginal	2	1,9
Hernia Incisional Estrangulada	1	,9
Obstrucción intestinal	2	1,9
Neoplasia colónica	3	2,8
Poliposis colónica	4	3,7
Peritonitis generalizada	3	2,8
Fístula recto vesical	3	2,8
Total	107	100,0

Fuente: Departamento de estadística del HGGS; Castro, Ramírez; 2020

Tabla 3: Complicaciones tempranas y tardías de los pacientes que ingresaron al estudio en el Hospital General Guasmo Sur.

	Complicaciones Tempranas	No Refiere	Complicaciones Tardías	No Refiere
Pacientes	66.4%	33.6%	54.2%	45.8%

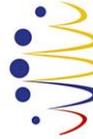
Fuente: Departamento de estadística del HGGS; Castro, Ramírez; 2020



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Castro Barrera, Génesis Paola**, con C.C: # **09302911141** autor/a del trabajo de titulación: **Complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se realizaron resección colónica en el Hospital General “Guasmo Sur” del 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

f. _____

Nombre: Castro Barrera, Génesis Paola
C.C: 09302911141



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ramírez Molestina, Joselyn Nicole**, con C.C: # **0931590053** autor/a del trabajo de titulación: **Complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se realizaron resección colónica en el Hospital General “Guasmo Sur” del 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **1 de mayo del 2021**

f. _____

Nombre: **Ramírez Molestina, Joselyn Nicole**

C.C: **0931590053**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	Complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se realizaron resección colónica en el Hospital General "Guasmo Sur" del 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019.	
AUTOR(ES)	Castro Barrera, Génesis Paola Ramírez Molestina, Joselyn Nicole	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Roberto John Rueda López	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Ciencias Médicas	
CARRERA:	Medicina	
TÍTULO OBTENIDO:	Médico	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2021	No. DE PÁGINAS: 40
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía, Medicina interna, Cuidados Postquirúrgicos, Epidemiología	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Resección colónica, complicación, infección de herida quirúrgica, pacientes., síndrome adherencial.	
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La resección colónica es un método quirúrgico que se emplea por varios motivos sea por una enfermedad inflamatoria intestinal, por presentar abdomen agudo obstructivo o perforativo, o cualquier otra patología que afecte el colon, pero además puede presentar varios tipos de complicaciones. Nuestro objetivo general es determinar las complicaciones tempranas y tardías en pacientes de 30 a 80 años que se realizaron resección colónica en el Hospital General del Guasmo Sur desde el 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019. La metodología que utilizamos en nuestro estudio es observacional, transversal y retrospectivo.</p> <p>Los resultados que obtuvimos están basados en 107 pacientes que se les realizó una resección colónica atendidos en el Hospital General Guasmo Sur en la que se encontró que la mayoría de los pacientes no presentaron algún tipo de complicación, pero tomando en cuenta los pacientes que si presentaron complicaciones llegamos a la conclusión que la complicación temprana que se presentó con mayor frecuencia es la infección de herida quirúrgica que representa el 29.9% de los pacientes totales de este estudio que equivale a 32 pacientes . Además, el síndrome adherencial postquirúrgico se presentó con un porcentaje de 9.3% en los pacientes estudiados que equivale a 10 pacientes en total, siendo la complicación tardía más frecuente presentada en el Hospital General del Guasmo Sur desde el 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del 2019.</p>	
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0994974690 - 0983147514	E-mail: g.castro.b@hotmail.com joselynnramirez97@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio	
	Teléfono: +593997572784	
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		