



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

PROCEDIMIENTO DE HARTMANN Y ANASTOMOSIS PRIMARIA EN
DIVERTICULITIS COMPLICADA CON PERITONITIS EN OPERADOS
DE EMERGENCIA

HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN

2015-2019

PRESENTADO POR
JEAN JARLE IZQUIERDO LOAYZA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL

ASESOR

DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ

LIMA – PERÚ

2019



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PROCEDIMIENTO DE HARTMANN Y ANASTOMOSIS PRIMARIA
EN DIVERTICULITIS COMPLICADA CON PERITONITIS EN
OPERADOS DE EMERGENCIA
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
2015-2019**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL**

**PRESENTADO POR
JEAN JARLE IZQUIERDO LOAYZA**

**ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

**LIMA, PERÚ
2019**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas	23
2.3 Definiciones de términos básicos	39
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	42
3.2 Variables y su operacionalización	43
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	45
4.2 Diseño muestral	45
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	46
4.4 Procesamiento y análisis de datos	49
4.5 Aspectos éticos	49
CRONOGRAMA	50
PRESUPUESTO	51
FUENTES DE INFORMACIÓN	52
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	

CAPÍTULO I: PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Se sabe que a nivel mundial la tasa de prevalencia de la enfermedad diverticular es más del 60% en la población mayor de 60 años de la cual el 5% desarrolla un cuadro de diverticulitis y es esta población que puede llegar a complicarse con peritonitis tanto purulenta como fecaloidea (hynchei 3 y 4 respectivamente) y deben recibir el manejo multidisciplinario correspondiente siendo el pilar del manejo la cirugía de emergencia.

Debemos quedar en claro que el hecho de ser operado de emergencia de por sí ya conlleva un riesgo inminente de complicaciones posquirúrgicas las cuales aumentan con los factores de riesgo que pueda presentar cada paciente y por la patología en sí.

En Sudamérica se han reportado que la mayoría de pacientes con diverticulitis complicada son mayores de 50 años y esto se debe a su dieta estilo de vida y hasta genética, estos pacientes acuden muchas veces a emergencia por cuadros ondulantes de dolor que se vuelven crónico y requieren un manejo medico conservador, pero aquellos que presentan un cuadro agudo de diverticulitis hynchey 3 o 4 requieren ser programados de emergencia por la alta tasa de mortalidad que presenta. Y aunque ya se han descrito diversos procedimientos, como el lavado laparoscópico, que también podrían ser una herramienta efectiva para el manejo debemos tener claro que el pilar del tratamiento es el procedimiento de Hartman y/o la anastomosis primaria y es justo tema de estudio y controversia de cual técnica quirúrgica es la mejor y más adecuada para este tipo de pacientes.

En el Perú sigue los lineamientos demográficos de la mayoría de países y la incidencia de pacientes con cuadros de diverticulitis aguda complicada va en aumento sobre todo en regiones donde se presenta el mayor consumo de carnes rojas asociado al estilo de vida, debemos aclarar que el manejo de estos cuadros va depender de la capacidad resolutive del centro hospitalaria y de la experiencia del cirujano debido a que, como ya se mencionó, existen otros procedimientos que podrían favorecer al paciente.

En Lima y el Callao la población que acude a emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, en su mayoría son pacientes mayores de 50 años con cuadros complicados con peritonitis (Hinchey 3 o 4) las cuales son referidos de centros de menor complejidad por la capacidad resolutoria pero a pesar de contar con la experiencia de manejar este tipo de patologías con otras técnicas quirúrgicas se opta en su mayoría el procedimiento de Hartman y/o la anastomosis primaria y la elección de las mismas va depender del cirujano no habiendo un estudio antes descrito realizado en dicho hospital la cual nos daría información importante motivo por la cual se decide realizar esta investigación y de esta forma poder tener evidencia científica de cuál es el mejor método quirúrgico entre ambos.

1.2 Formulación del problema

¿Qué diferencia existe entre procedimiento de Hartman y anastomosis primaria por diverticulitis complicada con peritonitis para evitar complicaciones en pacientes operados de emergencia en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2015 - 2019?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la diferencia entre procedimiento de Hartmann y anastomosis primaria por diverticulitis complicada con peritonitis para evitar complicaciones en pacientes operados de emergencia en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2015 - 2019.

Objetivos específicos

Determinar la menor de tasa de complicaciones posquirúrgicas.

Determinar la menor tasa de mortalidad.

Determinar la menor estancia hospitalaria.

Determinar la menor tasa de operaciones reiterativas.

1. 4 Justificación

Este trabajo tiene como fin demostrar que procedimiento es el más indicado para diverticulitis complicada de emergencia, con ello se busca diferenciar el más efectivo.

Cabe resaltar que, si es posible presentar el estudio a nivel administrativo en los hospitales a nivel nacional, así poder concientizar a las autoridades en relación a emplear el procedimiento más adecuado y buscar su pronta recuperación, así brindaríamos el tratamiento adecuado a los pacientes diagnosticados y con ello una mejor calidad de vida.

1.5 Viabilidad y factibilidad

Dicho estudio es viable ya que se cuenta con el apoyo de las autoridades del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

También, es factible ya que, se cuenta con los recursos humanos necesarios para la realización de dicho estudio sin ninguna complicación; además, los recursos económicos que se utilizarán serán mínimos y si fuera necesario se contará con el apoyo monetario del investigador.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Pérez L y Vinardell L, en 2018, realizaron una investigación con el objetivo de evaluar las diversas opciones terapéuticas para la peritonitis diverticular de colon izquierdo Grado III de Hinchey. El estudio que se empleó fue descriptivo, de serie de casos. Entre los resultados hallaron que el proceder quirúrgico más manejado fue la extracción con anastomosis primaria. Llegando a la conclusión que entre las técnicas quirúrgicas actuales para el tratamiento de la diverticulitis Grado III de Hinchey. El proceder de RAP constituye la terapéutica más adecuada (1).

Maurantonio R, en 2015, el objetivo planteado fue establecer cuál es la técnica quirúrgica adecuada en relación a la enfermedad diverticular complicada Hinchey III y IV. Para ello realizó un estudio de tipo metanalítico en el cual se incluyó 8 trabajos publicados con un total de 507 pacientes, de los cuales 251 fueron intervenidos con técnica de Hartmann y 256 con anastomosis primaria, y se llegó a determinar que la Técnica de Hartmann, presentó mayor presencia de complicaciones que la anastomosis primaria ($z > 1,95$ para $p < 0,05$). La técnica de anastomosis primaria tuvo un 19% de reducción del riesgo de mortalidad. Llegó a la conclusión que la resección con anastomosis primaria, actualmente es la técnica quirúrgica más adecuada para el tratamiento de la enfermedad diverticular complicada Hinchey III y IV (2).

Vergara-Fernández O et al., en 2006, realizaron una investigación cuyo fin consistió en identificar las premisas quirúrgicas para el malestar diverticular de colon y valorar los hallazgos en el manejo quirúrgico de la misma. La metodología aplicada consistió en el reconocimiento retrospectivo de los pacientes sometidos a cirugía por enfermedad diverticular de colon de 1979 al 2000. Las indicaciones de cirugía fueron diverticulitis aguda (54%) (grupo 1), estenosis (19%), fístula (9.5%), diverticulitis recurrente (9.5%) y hemorragia (8%) (grupo 2). Se llegaron a estudiar un total de 74 pacientes con una edad promedio de 56 años; 58% fueron del sexo masculino. La morbilidad de los pacientes operados por diverticulitis aguda fue de 55% y la mortalidad de 15%. El tipo de incisiones en este grupo fueron estomas derivativas (45%), procedimientos de

Hartmann (38%) y resecciones con anastomosis primaria (17%). La morbilidad y la mortalidad de las cirugías del segundo grupo fueron de 35 y 5.8%, respectivamente. 36 tuvieron dos o más operaciones, con diferencia significativa al comparar el grupo 1 con el grupo 2 (61 Vs. 28%; $p < 0.05$). Llegaron a la conclusión que la mortalidad de la cirugía para complicaciones de la enfermedad diverticular de colon se asocia a un grado de Hinchey elevado. La resección con anastomosis primaria es un procedimiento seguro en casos seleccionados (3).

García F, en 2014, realizó una investigación cuyo objetivo de estudio fue determinar la mortalidad de los pacientes sometidos al procedimiento de Hartmann con resección del segmento afectado por la diverticulitis complicada. El diseño del estudio fue retrospectivo descriptivo, sobre las complicaciones de la colostomía terminal o procedimiento de Hartmann como tratamiento a la diverticulitis aguda complicada. En sus resultados obtuvo que el 100% de los pacientes corresponden al tipo Hinchey III y IV. 40% presentó infección del sitio quirúrgico, 20% fallecimientos después de 15 días de operado. Llegó a la conclusión que la indicación para realizar la colostomía terminal encaja en los parámetros quirúrgicos internacionales (4).

En 2001, Bannura et al. se llegaron a analizar 220 casos de cierre de colostomías, las cuales correspondían a 30 ileostomías terminales, 18 ileostomías en asa, 46 colostomías en asa del transverso, 9 colostomías en asa del sigmoides, 17 colostomías terminales con fístula y 100 operaciones tipo Hartmann se destacó la importancia de manifestar los cabos por la misma contraventura para menguar los riesgos inseparables a la rehabilitación del tránsito (5).

En Cuba, Rodríguez Z et al. realizaron un estudio descriptivo de 53 pacientes operados con urgencia de vólvulo de los sigmoides. Entre los afectados predominaron los hombres de 60 a más años; la desvolvulación y pexia provocaron el mayor número de recidivas; la resección intestinal y colostomía fueron las técnicas más empleadas falleciendo, casi la sexta parte de los intervenidos, sobre todo los longevos, con afecciones agrupadas en los que hubo demora en el tiempo preoperatorio, así como necrosis y peritonitis local. Las

dificultades sépticas prevalecieron como causas de muerte, destacándose la bronconeumonía (6).

Ron et al., en 2010, realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de los factores socioeconómicos prevalentes en pacientes determinados con vólvulos de sigma, teniendo en consideración edad, domicilio, nivel de académico, actividad laboral y sexo de los pacientes. Se obtuvo que, la edad que presentó mayor incidencia en esta patología se halló entre los 41 y 60 años (46.10%), el 61.90% residía en zonas rurales, el 46.10% de los pacientes no tenía ninguna educación, el 68.50% los sujetos de estudio tenían como trabajo las actividades agrícolas y engloba que el 84.21% de los casos, se presentaron en el sexo masculino (7).

López et al. realizaron un estudio, donde se describe la reconstitución del tránsito intestinal luego de una OH es una intervención de complejidad variable, que exhibe una morbilidad no menor del 30% y una mortalidad alrededor del 2%. Este segundo turno no se logra en un alto porcentaje de los casos, especialmente de origen neoplásico. Es dudoso plantear esta intervención en toda urgencia colorrectal cuando no existe la necesidad imperiosa de reseca el foco séptico intra-abdominal (8).

Mulas et al. realizaron un estudio en relación al manejo diagnóstico-terapéutico del vólvulo de colon. Radicó en un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes determinados de vólvulo de colon entre enero de 1990 y septiembre de 2008, se han contenido un total de 75 pacientes, de edad media 72,7 años y, en su mayoría, con comorbilidades asociadas y estreñimiento. La zona de volvulación más frecuentemente implicada fue el sigma (85.3%). La sonda rectal fue utilizada como única medida terapéutica en 17 pacientes (22.4%), el tratamiento endoscópico en otros 17 (22.4%), y la cirugía en 41 (55.2%). La resección intestinal con anastomosis primaria fue la opción quirúrgica más empleada. La morbilidad postoperatoria fue del 43%, siendo las infecciones de herida la complicación más frecuente. En el grupo de tratamiento no quirúrgico la morbilidad fue del 26.4%, aunque con una mayor y más precoz tasa de recidivas. Concluyeron que la cirugía receptiva con anastomosis primaria en pacientes clínicamente estables es la opción terapéutica definitiva más adecuada y con menores tasas de recidiva (9).

2.2 Bases teóricas

Definición de divertículos (5)

Son herniaciones de porciones de la pared de este órgano (mucosa), que brotan a través de su capa muscular, formándose como dilataciones en la pared del intestino grueso. Hasta el 95% afirman en el sigma, que es la parte final del colon, antes de llegar al recto, y que queda situado abajo y a la izquierda del vientre. Los con divertículos no los tienen al nacer, sino que surgen a lo largo de la vida. Estos se constituyen por una dilatación de la presión dentro del intestino grueso. Esta estimula la mucosa (capa interna) a través de las franjas más débiles que existen en la capa muscular, allí donde los vasos sanguíneos la traspasan.

El término "enfermedad diverticular del colon" engloba tres situaciones distintas agrupadas a la presencia de divertículos en el intestino grueso: a) estado prediverticular, especializado por engrosamiento y acortamiento de la pared del colon sin divertículos reconocibles, b) la diverticulosis, viene a ser la forma más común, y se caracteriza por la aparición de un número variable de divertículos; y c) la diverticulitis, que es la hinchazón de los divertículos como resultado de su perforación micro o macroscópica.

Este padecimiento aumenta con la edad, siendo anómalos en menores de 40 años, aquejando a la tercera parte de los mayores de 60 y a más de la mitad de los mayores de 80. El malestar diverticular del colon ha sido considerado como un padecimiento típico de la cultura occidental, lo que, guarda relación con el cambio de alimentación que se da en los países europeos, EE.UU., Canadá y Australia, en los que la forma de alimentarse ingiriendo fibras vegetales fueron cambiadas por hidratos de carbono refinados, carnes, etc., y en general por dietas con insuficiente fibra.

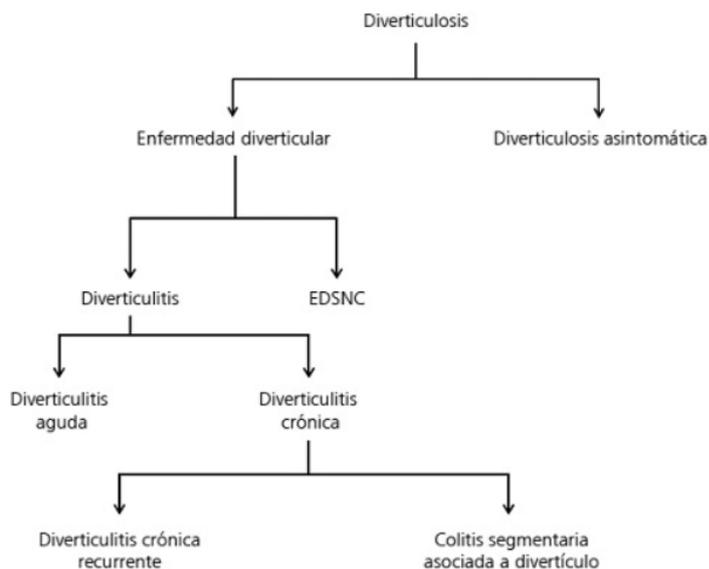


Figura 1. Términos relacionados con la diverticulosis y la enfermedad diverticular. Enfermedad diverticular sintomática no complicada (EDSNC).

Diverticulosis o enfermedad diverticular

El término diverticulosis hace mención a la existencia de divertículos en el colon.

Diverticulitis aguda

Es el cuadro agudo de inflamación de uno de estos divertículos presentes en el colon, el cual se puede convertir en una emergencia quirúrgica.

Se presenta por la perforación diminuta de un divertículo. Entre los síntomas se percibe, dolor en la fosa iliaca izquierda, similar al de la apendicitis (pero al lado contrario); calentura (fiebre) y escalofríos, y suele haber signos de irritación del peritoneo (dolor intenso, tendencia a la inmovilidad y dolor al apretar y luego soltar bruscamente).

A partir de los síntomas y algunos análisis es que se puede llegar a un diagnóstico, aunque a veces es necesario realizar una prueba de imagen (eco, tomografía computadorizada).

Tabla 1. Comparación de la clasificación de Hinchey y la clasificación de la diverticulitis aguda (DA)

<p>La inflamación o flegmón pericólica confinado</p>	<p>DA no complicada</p> <p>Presentación: fiebre, dolor abdominal y cambio en hábito intestinal</p> <p>Imágenes: Inflación localizada o pequeño absceso en la pared intestinal</p> <p>Tratamiento: Puede ser manejado en forma ambulatoria, dieta liviana, uso de antibióticos con discreción.</p>
<p>Ib Absceso localizado (pericolónico)</p> <p>II Absceso pélvico</p> <p>III Peritonitis purulenta</p> <p>IV Peritonitis fecaloidea</p>	<p>DA Complicada</p> <p>Presentación: Fiebre, masa abdominal inferior, íleo, peritonitis generalizada</p> <p>Imágenes: Inflamación pélvica o absceso distal, fístula, obstrucción intestinal</p> <p>Tratamiento: Paciente hospitalizado, antibióticos, eventual drenaje por radiología intervencional o cirugía</p>

Síntomas

Esta enfermedad, en diversas ocasiones avanza de manera silenciosa, sin dar síntomas, cuando estos se presentan, se manifiestan a través de episodios de dolor, casi siempre en la parte baja e izquierda del vientre (fosa iliaca izquierda), en ocasiones, se manifiestan luego de las comidas, que suelen aliviarse con la defecación. Junto al dolor, suele producirse distensión o hinchazón abdominal, estreñimiento o alternancia (diarrea y estreñimiento), sensación de evacuación incompleta tras la deposición y emisión de moco junto con las excreciones. Si no hay complicaciones, la indagación física abdominal suele ser normal o apreciarse como máximo distensión abdominal o molestias a la palpación. Estas sintomatologías suelen aparecer por temporadas.

Diagnóstico

La confirmación permite excluir otro tipo de enfermedades, se hace mediante una radiografía con contraste introducido por el ano (enema opaco), o por una colonoscopia.

Complicaciones

Alrededor del 25 – 30% de las personas con diverticulitis aguda desarrollan complicaciones las cuales son:

- Un absceso, que se produce cuando se acumula pus en los divertículos.
- Un canal anormal (fístula) entre las secciones de los intestinos o entre los intestinos y la vejiga.
- Peritonitis, que puede darse si un divertículo infectada o inflamada se rompe y derrama contenidos purulentos o secreciones intestinales en la cavidad abdominal. Esto requiere una atención inmediata.

Tratamiento

La forma con mayor grado de asertividad es la adecuada dieta, la cual debe ser a base de fibra. El fin de esta dieta es lograr una prevención de diverticulitis y así lograr evitar la progresión del malestar diverticular, de igual manera el poder tener alivio de los síntomas al ayudar el tránsito intestinal.

La forma más económica de incrementar el contenido de fibra en la dieta es la administración de salvado de trigo a una dosis de 25-30 gramos al día, lo que debe darse en las 3 comidas principales. Inicialmente la distensión abdominal y el meteorismo pueden agravarse, por lo que, conviene lograr la dosis plena de manera paulatina. Asimismo, se debe considerar que para mejorar deben pasar varias semanas de consumo. Otra manera de incrementar la cantidad de fibra en la dieta es mediante la ingesta de 150 gr al día de pan integral, cereales comercializados, fruta, etc.

En el cuestión de un padecimiento sintomático con dolor abdominal, puede ser necesario el empleo de fármacos espasmolíticos o analgésicos habituales.

En las diverticulitis leves, el procedimiento se hace con antibióticos vía oral administrados en casa, pero los asuntos más graves, precisan el ingreso con antibióticos intravenosos, dieta absoluta y sueroterapia. La cirugía será necesaria ante episodios repetidos, un absceso, una peritonitis, una fístula o una obstrucción intestinal. Otra indicación quirúrgica es la hemorragia grave o muy repetida.

Procedimiento de Hartmann

Es una técnica quirúrgica que consiste en la resección de recto o sigmoides cerrando el muñón distal y avocando el muñón proximal (colostomía) en fosa iliaca izquierda para la defecación.

El uso de esta técnica es muy frecuente en las patologías como diverticulitis aguda o tumores que comprometen rectas y sigmoides que se convierten en emergencia por cuadros obstructivos o perforaciones. Y se usa por la alta sospecha de dehiscencia de sutura en las intervenciones de emergencia.

La colostomía de estos pacientes casi en su totalidad suelen ser temporales, ya q al cabo de 6 – 8 semanas se realiza una intervención para la restitución del tránsito fecal de nuevo, de modo que el paciente regresa a su habitual estilo de vida.

Anastomosis primaria

Se define como anastomosis primaria a la comunicación entre un muñón distal y un muñón proximal luego de una resección de una parte del intestino delgado o grueso posterior a una cirugía de emergencia.

Muchos cirujanos tienen controversias con el uso de esta técnica en las patologías como diverticulitis aguda complicada debido a la inflamación y contaminación de toda esta zona, lo cual conlleva a la dehiscencia de la anastomosis.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Existe diferencia significativa para evitar las complicaciones entre el procedimiento de Hartman y la anastomosis primaria en los pacientes operados de emergencia por diverticulitis complicada con peritonitis en emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el 2015-2019.

3.2 Variables y su operacionalización

Variables	Definición	Tipos por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Procedimiento de Hartman	Resección de sigmoides más el cierre de muñón distal más colostomía del muños proximal.	Cualitativo	Presencia de diverticulitis complicada	Nominal	Si o no	Historia clínica
Anastomosis primaria	Unión entre un muñón distal y otro proximal luego de una resección de colon o intestino delgado.	Cualitativo	Presencia de diverticulitis complicada	Nominal	Si o no	Historia clínica

Diverticulitis complicada con peritonitis	Presencia de pus o contenido fecal en la cavidad abdominal producto de una perforación de un divertículo.	Cualitativa	Presencia o no de contenido purulento o fecal en cavidad abdominal	Escala de Hinchey	I absceso pericólico II absceso pélvico o intrabdominal Peritonitis purulenta Peritonitis fecaloidea	Historia clínica
Complicaciones en posoperados	Presencia de alguna complicación inherente a la cirugía.	Cualitativo	Presencia o no de complicaciones	Nominal	Sí o no	Historia clínica
Evolución del dolor	Dolor relacionado al acto quirúrgico.	Cualitativo	Presencia o no de dolor	Nominal Escala universal de dolor	1 no duele 10 no tolera	Historia clínica
Tiempo operatorio	Tiempo requerido en hora para una determinada cirugía.	Cuantitativo	Número de horas	Nominal	1 a 5 horas	Historia clínica
Tiempo de hospitalización	Estancia de días hospitalarios postquirúrgicos.	Cuantitativo	Número de días	Nominal	Indefinido	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador: Observacional

Según el alcance: Descriptivo Analítico

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: Transversal

Según el momento de la recolección de datos: Retrospectivo

4.2 Diseño muestral

Población universo

Todos los pacientes operados de emergencia por diverticulitis aguda complicada con peritonitis en Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Población de estudio

Todos los pacientes operados de emergencia de diverticulitis aguda complicada en Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren dentro del periodo 2015 2019.

Tamaño de la muestra

Todos los pacientes operados de emergencia de diverticulitis aguda complicada con peritonitis purulenta (Hinchey 3) o fecaloidea (Hinchey 4) teniendo un promedio por cada procedimiento de 100 pacientes operados, en Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren dentro del periodo 2015 2019.

Muestreo o selección de la muestra

Todos los pacientes registrados en el libro de intervenciones quirúrgicas mayores donde se describa los hallazgos relacionado a diverticulitis aguda complicada con

peritonitis en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo 2019 al 2020.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes posoperados de apendicetomía de emergencia con hallazgos relacionados a diverticulitis aguda complicada.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no fueron operados de apendicetomía de emergencia y que tengan hallazgos relacionados a diverticulitis aguda complicada con peritonitis.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Se revisará la historia clínica de dichos pacientes y nos enfocaremos en el reporte operatorio para luego hacer el seguimiento respectivo y así recolectar datos relacionados a sus complicaciones postquirúrgicas de todos los pacientes registrados en el libro de intervenciones quirúrgicas mayores operados emergencia de diverticulitis aguda complicada en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo 2019 al 2020.

Instrumentos de recolección y medición de variables

- Historia clínica
- Reporte operatorio

4.4 Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información será automático y se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 24.00, los datos obtenidos desde las historias clínicas serán pasados por una base de datos de este programa estadístico. Se empleará la prueba de Chi cuadrado, para el análisis de los datos. Se presentarán los resultados a través de tablas y gráficos.

4.5 Aspectos éticos

No se trabajará directamente con los pacientes, por lo que no es necesario el uso de consentimiento informado, solo se debe tener cuidado en la revisión y manejo de historias clínicas, así como de la privacidad de los pacientes y sus familiares al momento de la revisión de datos, como también al momento de la obtención de resultados y/o publicación de los mismos.

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Materiales de escritorio	400.00
Equipo de Software	900.00
Internet	300.00
Impresiones	400.00
Logística	300.00
Traslados	1000.00
TOTAL	3300.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Leandros Alberto Pérez Garcia y Lisandra María Vinardell. Evaluación de opciones terapéuticas para la enfermedad diverticular del colon [Revista de internet]. Marzo 2018. Citado el 04 de septiembre de 2019. Disponible en: <http://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/715/353>
2. Rosanna Maurantonio S. ¿CUÁL ES LA TÉCNICA QUIRÚRGICA MÁS ADECUADA EN LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA HINCHEY III Y IV? Tesis [Segunda especialidad]. Octubre 2015. Citado el 04 de septiembre de 2019. Disponible en: https://www.google.com/search?q=%C2%BFCU%C3%81L+ES+LA+T%C3%89CNICA+QUIR%C3%9ARGICA+M%C3%81S+ADECUADA+EN+LA+ENFERMEDAD+DIVERTICULAR+COMPLICADA+HINCHEY+III+Y+IV&rlz=1C1GGRV_enPE780PE780&oq=%C2%BFCU%C3%81L+ES+LA+T%C3%89CNICA+QUIR%C3%9ARGICA+M%C3%81S+ADECUADA+EN+LA+ENFERMEDAD+DIVERTICULAR+COMPLICADA+HINCHEY+III+Y+IV&aqs=chrome..69i57.1319j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8
3. Vergara-Fernández Ornar, Velasco Liliana, Zarate Xeily, Morales-Olivera José Martín, Remes José María, González Quintín H et al. Tratamiento quirúrgico para la enfermedad diverticular de colon: Experiencia en el INCMNSZ. Rev. invest. clín. [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 04 de setiembre de 2019]; 58(4):272-278. Disponible en: 21 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00343762006000400001&lng=es
4. García León Francia. Mortalidad de los pacientes sometidos al procedimiento de hart-man con resección del segmento en la diverticulitis complicada en el servicio de servicio de emergencia del hospital general Luis Vernaza de enero 2010 a diciembre 2012. [Revista en la internet]. Setiembre 2014. [Citado 04 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3757/1/T-UCSG-POS-EGM-CG-27.pdf>

5. Aller de la Fuente R. Enfermedad diverticular del colon. Rev. esp. enferm. dig. [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2015 Feb 21]; 97(6): 458- 458. Disponible en: 20 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000600009&lng=es.
6. Rodriguez Z, Deulofeu B, Valcarcel I, Casaus A, Falcón C. Perforaciones traumáticas de colon y recto. MEDISAN. 11(3). [Internet]. 2007. extraído el 14 de setiembre de 2019. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san06307.htm
7. Ron A, Andramuno V, Chicaiza J, Fiallo R. Factores Socioeconómicos Prevalentes en Pacientes Diagnosticados con Vólvulos de Sigma en el Servicio de Cirugía del Hospital Provincial General Latacunga. Tesis. Latacunga. Biblioteca Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. (Ecu.) 2009.
8. López-K F. Cirugía laparoscópica colorrectal: Análisis de 85 pacientes consecutivos. Rev Chil Cir 2004; 56: 255-252.
9. Mulas C, Bruna M, García-Armengol J, Roig J. Manejo del vólvulo de colon. Experiencia en 75 pacientes. SCIELO. 102(4) [Internet]. 2010 [extraído el 20 de setiembre del 2019] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082010000400004&script=sci_arttext
10. Fluxá Daniela, Quera Rodrigo. Enfermedad diverticular: mitos y realidades. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Feb [citado 2019 Oct 09]. 145(2):201-208. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000200009&lng=es.
11. Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. Adv Surg 1978; 12: 85-109.
12. Raskin JB, Kamm MA, Jamal MM, Márquez J, Melzer E, Schoen RE, et al. Mesalamine does not prevent recurrent diverticulitis in phase 3 controlled trials. Gastroenterology 2014; 147: 793-802.

ANEXO

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivo	Hipótesis	Tipos y diseño	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
Procedimiento de Hartmann y Anastomosis Primaria en Diverticulitis complicada con peritonitis en pacientes operados de emergencia Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2015-2019	¿Qué diferencia existe entre procedimiento de Hartmann y anastomosis primaria en pacientes operados de emergencia por diverticulitis complicada con peritonitis en emergencia Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en 2015 - 2019 ?	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la diferencia entre procedimiento de Hartmann y Anastomosis Primaria en Diverticulitis complicada con peritonitis en operados de emergencia es más efectivo en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el 2015-2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la menor de tasa de complicaciones posquirúrgicas .</p> <p>Determinar la menor tasa de mortalidad.</p> <p>Determinar la menor estancia hospitalaria.</p>	Existe diferencia significativa entre el procedimiento de Hartmann y la anastomosis primaria en los pacientes operados de emergencia por diverticulitis complicada con peritonitis en emergencia Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el 2015 – 2019.	Observacional Descriptivo Transversal Retrospectivo	Todos los pacientes operados de emergencia por diverticulitis aguda complicada con peritonitis en Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren dentro del periodo 2015 2019. SPSS Vr 24	Historia clínica

		Determinar la menor tasa de re operaciones.				
--	--	---	--	--	--	--