



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 20 de noviembre de 2018

Cirugía gastrointestinal y hepatobiliar

Mar273

TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LESIÓN BENIGNA DE LA VÍA BILIAR EN MÉXICO: PERFIL SOCIODEMOCRÁFICO DE PACIENTES Y ANÁLISIS DEL PATRÓN DE REFERENCIA A UN CENTRO CON CAPACIDAD DE REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA VÍA BILIAR

P. E. León-Cabral, J. D. Hernández-Acevedo, M. A. Mercado, I. Domínguez-Rosado, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La lesión benigna de la vía biliar (LBVB) posterior a una colecistectomía es una complicación grave que influye negativamente en la supervivencia, morbilidad y calidad de vida de los pacientes afectados por esta condición. Las condiciones sociodemográficas, infraestructura quirúrgica y particularidades en el patrón de remisión a un centro con capacidad de reparación de la vía biliar son únicas en el país y probablemente se encuentran relacionadas con los desenlaces clínicos de esta enfermedad.

Objetivo: Analizar los factores sociodemográficos determinantes dentro del perfil del paciente con LBVB, incluyendo al patrón de remisión, que puedan influir en los desenlaces clínicos de los pacientes que cursan con esta enfermedad.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo en una base de datos de una sola institución especializada con capacidad de reparación quirúrgica de la vía biliar (el INNSZ). Se incluyeron en el análisis 195 reparaciones de la vía biliar realizadas durante un periodo comprendido entre 2010 y 2018 en pacientes que presentaron LBVB después de someterse a una colecistectomía, los cuales se remitieron al INNSZ para reparar la lesión. Un perfil socioeconómico se determinó y asignó con base en una entrevista llevada a

cabo por especialistas en trabajo social de la institución. Se incluyeron variables sociodemográficas de interés, tales como estado de procedencia, nivel socioeconómico y distancia aproximada en kilómetros hasta el centro especializado. Se determinó la correlación entre estas variables y los intervalos de tiempo LBVB-atención en centro especializado y LBVB-cirugía de reparación.

Resultados: El grupo de pacientes analizado (n=195) tuvo una edad promedio de 39 ± 14 años al momento de la cirugía en la cual se produjo la lesión. Los hombres solamente representaron el 18.1 % de los casos. El 33.7 % de los pacientes se remitió de instituciones médicas privadas. Sin embargo, la mayor proporción de pacientes provino de hospitales generales de la Secretaría de Salud (43%), seguida de pacientes que contaban con servicios médicos del IMSS e ISSSTE. Es importante mencionar que solo en el 22.3% de los casos la lesión fue evidente al momento de la colecistectomía. La distancia aproximada en km desde el domicilio del paciente hasta el centro de referencia fue, en promedio, de 240 ± 116 km con un intervalo amplio que va desde 10 hasta 1,671 km. La distancia en kilómetros hasta el centro se correlacionó con el intervalo de tiempo para recibir atención en el centro especializado (coeficiente de correlación de Pearson [p]: 0.02, $p=0.76$). La Figura 1 es un mapa de densidad por estado de acuerdo con el origen de pacientes remitidos para reparación de la vía biliar. El intervalo de tiempo entre la cirugía en la cual se produjo la lesión y el nivel socioeconómico asignado no mostró una correlación significativa ($p: 0.006$, $p=0.93$). Asimismo, el nivel socioeconómico también mostró una correlación de ($p: 0.37$, $p=0.60$).

Conclusiones: El grupo de pacientes analizado tuvo, en gran medida, una composición sociodemográfica heterogénea, pues la población provino de distintas regiones del país y varió en cuanto a su nivel de ingresos económicos. Al menos en esta población, el nivel socioeconómico de los pacientes parece no estar directamente relacionado con el tiempo de remisión a un centro de tercer nivel con capacidad de reparación quirúrgica de la vía biliar. La distancia en kilómetros hasta centro de referencia tampoco parece influir significativamente

Figura 1. Mapa de densidad por estado de acuerdo con el origen de los pacientes remitidos para reparación de la vía biliar.



en el tiempo que tardan los pacientes en acudir a recibir atención especializada.

Financiamiento: Ninguno.

Mar274

UTILIDAD DEL ÍNDICE QSOFA EN LA SEPSIS ABDOMINAL POR PERITONITIS SECUNDARIA

A. R. Godínez-Vidal, N. I. Gracida-Mancilla, S. C. López-Romero, M. González-Calatayud, G. E. Gutiérrez-Uvalle, D. Enríquez-Santos, M. A. García-Puig, R. Gaxiola-Werge, A. R. Martínez-Martínez, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La evaluación de la gravedad de los pacientes con sepsis debe llevarse a cabo mediante la escala SOFA (del inglés *Sepsis-Related Organ Failure Assessment*). Se identificaron tres elementos clínicos (hipotensión, alteración del estado mental y taquipnea) que podrían utilizarse para reconocer a pacientes con infección en riesgo de muerte o estancia en UCI ≥ 3 días.

Objetivo: Evaluar la utilidad del índice qSOFA (del inglés *Quick Sepsis-Related Organ Failure Assessment*) como factor pronóstico de la mortalidad.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico de sepsis abdominal durante el periodo comprendido entre abril de 2017 y febrero de 2018. En todos los casos la gravedad se determinó mediante el índice qSOFA y esta se comparó con la escala SOFA. El mejor puntaje del índice qSOFA se obtuvo mediante una curva ROC con un área bajo la curva de 73.5 ($p=0.04$).

Resultados: Se evaluó a un total de 136 pacientes, 76 mujeres y 60 hombres, con una edad media de 44 años. Se encontró una mortalidad del 10% y el órgano causante más frecuente fue el apéndice, en 38% de los pacientes. Las mediciones de la gravedad se expresaron como media \pm desviación estándar (DE): SOFA, 3.52 ± 2.12 ; WSES, 3.14 ± 3.38 ; Mannheim, 12.3 ± 9.05 ; y CONUT, 3.73 ± 2.54 . Se observó que conforme aumenta el índice qSOFA, también aumenta la mortalidad. Con 1 punto fallecieron 22.7% de los pacientes, con 2 puntos 30% y con 3 puntos 100%. La muestra se dividió en dos grupos: uno

integrado por pacientes con un índice qSOFA de 0 y 1 puntos, con una mortalidad del 8%; y otro integrado por pacientes con un índice qSOFA de 2 y 3 puntos, con una mortalidad del 36.4%. La prueba exacta de Fisher arrojó un valor de p de 0.016.

Conclusiones: El índice qSOFA para evaluar la gravedad de la sepsis es un indicador útil en la sepsis abdominal, como ha demostrado serlo en otros tipos de sepsis.

Financiamiento: Sin financiamiento por empresas.

Mar275

CUANDO LA FUNDUPLICATURA FALLA. FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

L. Vázquez-Sánchez, V. M. Pinto-Angulo, J. García-Álvarez, Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México

Introducción: Las complicaciones durante la funduplicatura tienen una prevalencia de entre 3% y 30%, según la bibliografía. Se ha observado que el fracaso de la primera cirugía antirreflujo es multifactorial. La probabilidad de éxito para un segundo procedimiento antirreflujo es menor que en las cirugías primarias y su valor se estima entre 50% y 89%. En la segunda y tercera reintervención, la porcentaje de éxito disminuye hasta un 20%.

Objetivo: Conocer los factores de riesgo en esta población para recidiva de síntomas, determinar si existen complicaciones posquirúrgicas no tratadas y evaluar las características del primer procedimiento antirreflujo que podrían haber influido en el estado posquirúrgico del paciente.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se evaluaron pacientes tratados en el servicio de cirugía general del Hospital Juárez de México mediante algún procedimiento antirreflujo que posteriormente presentaron persistencia de los síntomas, así como pacientes que volvieron a operarse, en el periodo comprendido entre enero de 2010 y febrero de 2018.

Resultados: En un periodo de 8 años y 2 meses, se cuantificaron 199 funduplicaturas en el Hospital Juárez de México; no obstante, solo se obtuvo información de 153 pacientes. De este total, el 5.22%

se sometió por segunda vez a una cirugía antirreflujo; sin embargo, de los 8 pacientes que se sometieron a refunduplicatura, 3 se operaron inicialmente en nuestro hospital, lo cual indica un porcentaje de fracaso del 1.96% para la funduplicatura. De la población de 153 pacientes, 39 (25.8%) persistieron con síntomas (la pirosis fue el síntoma más frecuente). No todos los pacientes se volvieron a operar, el 5.22% se sometió a una refunduplicatura y el 20.5% del total de pacientes con persistencia de síntomas se volvió a operar. La funduplicatura de Nissen fue el procedimiento de elección. En las refunduplicaturas se prefirió el abordaje laparoscópico sin importar el abordaje inicial. Se observa una tendencia sin significación estadística en la que la obesidad desempeña un papel importante como factor de riesgo para el fracaso de la funduplicatura. Por lo general, muchos de los pacientes no contaron con alguno de los estudios prequirúrgicos esenciales, por lo que los doctores se guiaron principalmente por los hallazgos endoscópicos y la sintomatología del paciente; en consecuencia, varios pacientes que presentaban persistencia de síntomas nunca fueron candidatos ideales desde el comienzo.

Conclusiones: Aunque el porcentaje de éxito es elevado en los pacientes que se someten a una funduplicatura por primera vez, existe un porcentaje reducido de pacientes que presentarán síntomas persistentes, recurrentes o nuevos y requerirán un segundo procedimiento antirreflujo. Esto puede tener graves consecuencias económicas e incapacitantes para el paciente. Se requieren estudios a mayor escala para definir los factores de riesgo con significación estadística; sin embargo, creemos que el factor de riesgo más importante, al menos en nuestro medio, es la mala selección del paciente.

Financiamiento: Ninguno.

Mar276

COMPARACIÓN DEL ÍNDICE DE SEVERIDAD DE SEPSIS DE LA SOCIEDAD MUNDIAL DE CIRUGÍA DE URGENCIAS (WSES-SSS) Y DE LOS ÍNDICES SOFA E ÍNDICE DE PERITONITIS DE MANNHEIM, EN PACIENTES CON INFECCIONES INTRAABDOMINALES

A. R. Godínez-Vidal, J. L. Pérez-Hernández, A. Agüero-Sibaja, R. S. Vázquez-Rentería, J. L. De León-Rendón, N. I. Gracida-Mancilla, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El índice de gravedad de la sepsis de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (WSES-SSS) se derivó del estudio prospectivo observacional para la investigación de infecciones intrabdominales complicadas a nivel mundial (estudio CIAOW, por sus siglas en inglés) y consiste en un sistema de puntuación para predecir la mortalidad.

Objetivo: Comparar la certeza diagnóstica, como factor pronóstico de la mortalidad, que ofrece el WSES-SSS en comparación con los índices SOFA e IPM.

Métodos: Estudio retrospectivo y transversal de pacientes con diagnóstico de infección intrabdominal entre los meses de marzo y mayo de 2018.

Resultados: Se evaluó un total de 185 pacientes, 95 mujeres y 90 hombres, con una edad media de 45 años. El órgano causante más frecuente fue el apéndice en 74 casos y se presentaron 17 defunciones (9%). Las mediciones de gravedad se expresaron como una media: SOFA, 3.25; Mannheim (IPM), 13.7; y WSES-SSS, 2.5. Los puntos de corte más adecuados para los diferentes índices fueron los siguientes: SOFA, mejor punto de corte en 5; IPM, mejor punto de corte en 18; y WSES-SSS, mejor punto de corte en 5. Con el índice SOFA se encontró una mortalidad del 3.7% para los casos leves y del 50% para los casos graves ($p=0.000$). Con el índice IPM se encontró una mortalidad del 2.2% para los casos leves y del 28.6% para los

casos graves ($p=0.000$). Con el WSES-SSS se encontró una mortalidad del 2.6% para los casos leves y del 44.8% ($p=0.000$) para los casos graves.

Conclusión: El índice de gravedad de la sepsis de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (WSES-SSS) es un factor pronóstico de la mortalidad comparable a los índices SOFA y Mannheim en casos de infecciones intrabdominales.

Financiamiento: Ninguno.

Mar277

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RECURRENCIA DE SANGRADO DIVERTICULAR Y RESULTADOS DE CIRUGÍAS DE URGENCIA

O. Vergara-Fernández, E. Sánchez-García Ramos, J. T. Bañuelos-Mancilla, J. F. Molina-López, D. Velázquez-Fernández, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La diverticulosis colónica es la principal causa de sangrado del tubo digestivo bajo (STDB) en adultos. El 80%-90% del primer episodio de sangrado es autolimitado. La incidencia de resangrado se ha reportado hasta en un 38% de los casos; es de un 15% en el primer año e incrementa hasta un 30% en el segundo año. La colectomía electiva ha demostrado una menor morbimortalidad en diversos estudios. En algunos pacientes, el control de la hemorragia concluye en una colectomía total de urgencia con una mortalidad del 25%. Es importante identificar los factores de riesgo asociados al resangrado diverticular para intentar disminuir episodios posteriores.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados al sangrado y resangrado diverticular, así como analizar los resultados de la colectomía de urgencia por sangrado diverticular.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio de casos y controles en 52 pacientes con sangrado diverticular colónico durante un periodo comprendido entre 2006 y 2016 en un centro especializado. El diagnóstico se realizó mediante colonoscopia o gammagrafía. Las características generales, comorbilidades y tratamientos se recopilaron y analizaron. Este estudio se enfocó principalmente en la recurrencia de sangrado y los factores predisponentes a la cirugía de urgencia. Se utilizó un modelo de regresión logística univariado, bivariado y multivariado para todas las variables. Cualquier valor de $p \leq 0.05$ (o 5% [error tipo I]) se consideró estadísticamente significativo.

Tabla 1. Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a resangrado diverticular.

Variables	RM (IC95%)	Valor de P
Enfermedad coronaria	3.52 (0.67-18.36)	0.11
Enfermedad vascular cerebral	2.71 (0.28-26.20)	0.37
Neumopatía	2.40 (0.64-8.88)	0.18
Diabetes mellitus 2	6.33 (0.72-55.15)	0.64
Hipertensión	1.09 (0.32-3.74)	0.88
Enfermedad renal crónica	0.93 (0.14-6.12)	0.94
Sobrepeso	3.85 (1.12-13.19)	0.027
Dislipidemia	5.72 (1.64-19.94)	0.004
AINES	5.84 (1.58-21.51)	0.005
Enfermedad vascular periférica	1.96 (0.19-20.32)	0.56
Antiplaquetarios	1.26 (0.10-14.94)	0.85
Consumo de esteroides	1.96 (0.19-20.32)	0.56
Inmunosupresores	0.18 (0.02-1.89)	0.11

Resultados: Un total de 52 pacientes cumplió con los criterios de inclusión, de los cuales 32 desarrollaron hemorragia recurrente (grupo de resangrado) y 20 no (grupo de control). El sangrado diverticular se diagnosticó mediante colonoscopia en la mayoría de los pacientes (86.5%). Se dio seguimiento durante una mediana de 4.6 años. Diecinueve pacientes (36.5%) requirieron cirugía de emergencia. En el análisis multivariado, el consumo prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (razón de momios [RM]: 5.84, IC95%: 1.58-21.51, $p=0.005$), la dislipidemia (RM: 5.72, IC95%: 1.64-19.94, $p=0.001$) y el sobrepeso (RM: 3.85, IC95%: 1.12-13.19, $p=0.019$) resultaron ser

factores de riesgo independientes de resangrado diverticular (**tabla 1**). En los pacientes con 3 o más episodios de sangrado diverticular, el someterse a una cirugía de urgencia resultó ser un factor de riesgo estadísticamente significativo (RM: 7.22, IC95%: 11.44-36.22, $p=0.012$).

Conclusiones: El sobrepeso, la dislipidemia y el uso prolongado de AINES se asociaron a un incremento en el riesgo de resangrado diverticular. La cirugía podría ser benéfica en pacientes con tres o más episodios de sangrado diverticular con sobrepeso, dislipidemia o uso prolongado de AINES.

Financiamiento: Este estudio no tuvo financiamiento de ningún tipo.