

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"GUIAS DE MANEJO EN CIRUGÍA GENERAL"

ABRIL DE 2004

San Salvador, abril de 2004.

Señores
**DIRECTORES DE CENTROS DE ATENCIÓN
ISSS**
Presente.

Según el acuerdo # **2002-0521** del 29 de abril de 2002, el Honorable Consejo Directivo del ISSS, aprobó la nueva organización de la Subdirección de Salud con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los derechohabientes y la imagen del Instituto.

Para regular la calidad de la práctica clínica, la División Técnica Normativa a través del Proceso de normalización ha ESTANDARIZADO las Normas y Guías de Manejo Clínico y Manuales de Procedimientos Médicos.

En este contexto se resuelve oficializar las presentes "**GUÍAS DE MANEJO EN CIRUGÍA GENERAL**", para su implantación y debido cumplimiento en los Centros de Atención en Salud del ISSS.

Transcribo lo anterior para su conocimiento y efectos siguientes.

DR. CARLOS FIGUEROA BALTODANO

Subdirector de Salud.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"GUÍAS DE MANEJO EN CIRUGÍA GENERAL"

San Salvador, abril de 2004.

COMITÉ NORMATIVO

JEFE	<i>DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA</i>
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA	
TITULAR	<i>DR. HÉCTOR EMILIO CASTILLO</i>
DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	
FACILITADORES II	<i>DR. MARCO ANTONIO SALAZAR C.</i>
DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	<i>DR. CÉSAR EDUARDO JIMÉNEZ</i>

MÉDICOS CIRUJANOS QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE LAS GUÍAS DE MANEJO DE CIRUGÍA GENERAL.

1	Dr. Jaime Eduardo Quant Escobar
2	Dr. José Eduardo Santamaría
3	Dr. Raúl Rodrigo Romero Solórzano
4	Dr. Rafael Reyes Rodríguez
5	Dr. Mario Armando López García

MÉDICOS CIRUJANOS QUE PARTICIPARON EN LA VALIDACIÓN DE LAS GUÍAS DE MANEJO DE CIRUGÍA GENERAL

<i>Dr. Nelson Nolasco Perla</i>	Jefe de Departamento Cirugía H.M.Q.
<i>Dr. Marcos Guillermo Polanco</i>	Jefe de Servicio Cirugía HMQ
<i>Dr. Melvin Raúl Escobar</i>	Jefe de Enseñanza Cirugía H.M.Q.
<i>Dr. Guillermo Díaz Cuellar</i>	Jefe de Sala de Operaciones H. Especialidades.
<i>Dr. Luis Rolando Sermeño</i>	Jefe de Emergencia H. General
<i>Dr. Roberto Antonio Romualdo</i>	U.M. Atlacatl
<i>Dr. Eduardo Castillo S.</i>	H.M.Q.
<i>Dr. Isaías Cordero del Cid</i>	U.M. San Jacinto.
<i>Dr. Carlos A. Molina</i>	H.R. Santa Ana
<i>Dr. Juan Antonio Bustillo</i>	H.R. San Miguel
<i>Dr. Saúl Edgardo Brizuela</i>	H.R. Sonsonate
<i>Dr. Miguel Ángel Torres</i>	U.M. Zacatecoluca

INDICE

TEMA	Nº PÁG.
PRESENTACIÓN	1
OBJETIVO GENERAL	1
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
CAMPO DE APLICACIÓN	2
1. GUÍA DE MANEJO DE APENDICITIS AGUDA	3
2. GUÍA DE MANEJO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	7
3. GUÍA DE MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA	12
4. GUÍA DE MANEJO DE LITIASIS BILIAR	19
5. GUÍA DE MANEJO DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR	28
6. GUÍA DE MANEJO DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL	34
7. GUÍA DE MANEJO PARA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO.	40
8. GUÍA DE MANEJO PARA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO	44
9. GUÍA DE MANEJO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL	48
10. GUÍA DE MANEJO DE FISURA ANAL	52
11. GUÍA DE MANEJO DE ABSCESOS Y FÍSTULAS ANO RECTALES	55
OBSERVANCIA DE LAS GUÍAS	58
VIGENCIA DE LAS GUÍAS	58
BIBLIOGRAFÍA	59
VIGENCIA	62

PRESENTACIÓN

En el marco institucional y bajo el nuevo enfoque administrativo por procesos, corresponde al Proceso de Normalización y Estandarización la revisión, actualización y elaboración de guías de manejo de procesos mórbidos en los diferentes niveles de atención médica del ISSS.

Se espera que el presente documento “**GUÍAS DE MANEJO EN CIRUGÍA GENERAL**”, sirva de soporte a nivel nacional para que los médicos cirujanos generales proporcionen atención quirúrgica en forma uniforme, basada en evidencia científica y en la experiencia de médicos cirujanos que laboran en el Instituto.

Es necesario reconocer que el ISSS proporciona, al derechohabiente, atención oportuna y eficiente en cirugía general, sin embargo debe uniformizarse el manejo de los principales procesos mórbidos que se atienden en esta rama, a fin de reducir la variabilidad y darle la oportunidad al paciente de recibir una misma calidad de atención a lo largo y ancho del territorio nacional.

LAS GUÍAS DE MANEJO EN CIRUGÍA GENERAL se han elaborado con la participación de médicos cirujanos con experiencia en el instituto, quienes revisaron los ensayos elaborados previamente y bibliografía basada en evidencia y para su validación participaron los jefes de Departamento de Cirugía, Cirugía General , Emergencia de Hospital Médico Quirúrgico y médicos Cirujanos que representan los Centros de Atención y Hospitales Regionales en que se desarrolla la cirugía general; conducidos por los Médicos Facilitadores del Proceso de Normalización.

OBJETIVO GENERAL

Regular la calidad de la práctica clínica a través de la **estandarización** de los procedimientos de la atención en cirugía general que permitan realizar una intervención adecuada, eficiente, oportuna e integral, mejorando el pronóstico y la recuperación del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estandarizar los manejos de la práctica quirúrgica en todos los hospitales, para disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
2. Proporcionar a los médicos que atienden pacientes con compromiso quirúrgico en la institución, una herramienta que permita una atención adecuada, oportuna e integral.
3. Proporcionar a los médicos cirujanos un marco legal estandarizado ante demandas que se deriven de la práctica quirúrgica.
4. Mejorar la calidad de vida de la población derechohabiente a través de una práctica clínica y quirúrgica eficaz y eficiente.

CAMPO DE APLICACIÓN

Estas guías son de observancia obligatoria para todo el personal de salud que labora en los centros de atención a nivel nacional, que brindan atención a la población derechohabientes del ISSS.

Nº1 GUÍA DE MANEJO DE APENDICITIS AGUDA **(CIE-10:k-37)**

DEFINICIÓN

Es la inflamación del Apéndice Cecal.

EPIDEMIOLOGÍA

Es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Su frecuencia es mayor entre la segunda y la tercera década de la vida. La morbilidad aumenta según el estadio del apéndice y según la edad del paciente. La mortalidad total por apendicitis aguda no complicada es < 0.1% y del 3 % en la complicada, la cual aumenta al 15 % en la edad avanzada. El índice promedio de apéndices normales que se operan es del 16 %. El 84% de las apendicetomías se realizan en la etapa aguda del cuadro.

CLASIFICACIÓN

DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN

A. APENDICITIS AGUDA SIN PERFORACIÓN

1. Edematosa o hiperemia.
2. Fibrinosa o purulenta.
3. Gangrenosa o necrótica.

B. APENDICITIS AGUDA CON PERFORACIÓN

1. Flegmón
2. Absceso
3. Peritonitis

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

1. Dolor abdominal cólico de localización central (epigastrio o área periumbilical), con desplazamiento después de varias horas al cuadrante inferior derecho del abdomen, el cual se vuelve continuo.
2. Náuseas y vómitos.
3. Hiporexia.
4. Fiebre, usualmente, no mayor de 38° C.

*Se deberá incluir historial Gineco-obstétrico

Se deberá sospechar que el cuadro está complicado en presencia de:

1. Deterioro del estado general.
2. Dolor abdominal y signos de irritación peritoneal generalizados.
3. Masa palpable dolorosa en fosa iliaca derecha.
4. Elevación febril de 39-40 ° C.
5. Leucocitosis mayor de 18,000 x mm³.

SIGNOS MÁS FRECUENTES:

1. Mc Burney
2. ROUSING
3. PSOAS
4. OBTURADOR
5. BLOMBERG (Rebote en la fosa iliaca derecha)

Ante la duda diagnóstica es importante la realización de tacto rectal y vaginal, buscando otros hallazgos pélvicos. La dificultad diagnóstica es más frecuente en las edades pediátricas, seniles y en el embarazo.

LABORATORIO Y GABINETE

1. Leucograma: leucocitosis con neutrofilia (10,000 a 18,000 x mm³).
2. Examen general de orina: usualmente normal, a menos que exista irritación uretral o vesical revelará leucocituria o hematuria microscópica.
3. Ultrasonografía Abdomino-pélvica: indicada para excluir patología Gineco-obstétrica o colecciones (duda diagnóstica).

CRITERIOS DE INGRESO

Se ingresará a todo paciente con sospecha de apendicitis aguda, a observación del servicio de Emergencia.

TRATAMIENTO

MANEJO PREOPERATORIO

- Interrupción de la vía oral.
- Control de signos vitales.
- Evaluación y corrección del estado hemodinámico y metabólico.
- Exámenes de laboratorio y gabinete pertinentes y los preoperatorios Hemograma, T. y V. de Prot. Tipo Rh., Gral. de Orina.

- Evaluaciones por especialistas, según patologías asociadas.
- Antibióticos: Utilizados en forma profiláctica. Opciones:
 - Cefoxitina 1 gm E.V.
 - Gentamicina 1.5 mgs./ Kg E.V. + Metronidazol 500mgs E.V.
 - Amikacina 1 gm + Clindamicina 600 mgs E.V.
- Preparación de región operatoria, según manual de procedimiento.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

A. APENDICITIS AGUDA SIN PERFORACIÓN

- Apendicetomía abierta mediante incisión transversa en cuadrante inferior derecho del abdomen (Rockey-Davis).
- Apendicetomía Laparoscópica de acuerdo a recursos humanos e instrumental; preferentemente en mujeres obesas o con duda diagnóstica.
 - * En presencia de apéndice sana, además de practicarse la apendicetomía, deben explorarse el ciego, ileon terminal y órganos reproductores en la mujer.

B. APENDICITIS AGUDA CON PERFORACION

• FLEGMON:

El manejo inicial es MEDICO, y consiste en dieta liquida, reposo, control de signos vitales, evaluación periódico del estado abdominal, uso de antibióticos (Metronidazole 500 mg EV cada 8 horas). Si el proceso se resuelve con este tratamiento, el paciente se manejará ambulatoriamente, con Metronidazole oral 500 mg cada 8 horas, hasta completar 10 días de tratamiento. La apendicetomía se practicará en forma programada después de 8 semanas del episodio agudo, de acuerdo al criterio del cirujano tratante.

Si la evolución del cuadro progresa hasta la formación de un absceso, se manejará como sigue a continuación.

ABSCESO:

Deberá practicarse drenaje. Existen dos opciones:

- A) Por la vía percutanea guiado por ecografía o TAC
- B) **Drenaje quirúrgico** por medio de una incisión en el cuadrante inferior derecho del abdomen, por la vía extraperitoneal ó peritoneal dirigida al sitio del absceso. Podrá utilizarse la incisión por línea media.

Además puede drenarse por Laparoscopia. Se mantendrá drenaje por medio de un sistema cerrado.

En caso de absceso pélvico se podrá utilizar la vía transvaginal o transrectal.

La apendicetomía se practicará en forma programada a partir de las 8 semanas de realizado el drenaje, según criterio del cirujano tratante.

PERITONITIS:

En presencia de peritonitis secundaria a perforación apendicular, deberá practicarse laparotomía por línea media ó mediante técnica laparoscópica, drenaje de las colecciones abdominales y apendicetomía si es técnicamente posible. El cierre de la piel y el tejido celular subcutáneo será diferido, usualmente entre 3^{er} y 5^o si no hay evidencia de infección.

ANTIBIOTICOTERAPIA. Se continuarán o modificarán dependiendo de hallazgos intraoperatorios, evolución clínica y resultado de cultivos,

CRITERIOS DE EGRESO

1. Tolerancia de vía oral.
2. Afebril.
3. Sin dolor abdominal.
4. Evacuación y micción espontánea.
5. Herida quirúrgica cerrada.

INCAPACIDAD

Cirugía laparoscopia: 10 a 15 días.

Cirugía abierta no complicada: 15 a 30 días.

Cirugía abierta complicada: 30 días o más según complicaciones y debe de ser evaluado por el cirujano tratante preferentemente.

REFERENCIAS

Retiro de puntos en Unidad Médica de adscripción más cercana al domicilio del paciente, entre 7 a 15 días, según el caso.

Control en la consulta externa de cirugía en un período de 2 a 4 semanas.

Referencia a otras especialidades, de acuerdo a las enfermedades asociadas.

Nº2 GUÍA DE MANEJO DE OBSTRUCCION INTESTINAL **(CIE-10 : K-56)**

DEFINICIÓN

Es la interrupción total o parcial del tránsito normal del contenido intestinal.¹

Epidemiología

Se encuentra entre las primeras causas de ingreso a los servicios de cirugía y la mortalidad reportada es de aproximadamente un 10%. Las causas más frecuentes en intestino delgado son las bridas y hernias en un 70-75 % según estadísticas internacionales.

Clasificación

➔ SEGÚN EL MECANISMO DE LA OBSTRUCCION²

- A. MECANICA (alta o baja)
 - 1. INTRALUMINAL
 - a. Intususcepción
 - b. Ileobiliar
 - c. Impactación fecal
 - d. Parásitos
 - e. Otros
 - 2. PARIETAL
 - a. Neoplasias
 - b. Inflamatorias
 - c. Diversas
 - 3. EXTRAINTESTINAL
 - a. Adherencias (bridas)
 - b. Hernias
 - c. Vólvulos
 - d. Diversas

¹ NYHUS, BAKER Y FISCHER, “El dominio de la cirugía”, Tomo II. Editorial médica panamericana, Buenos Aires. Tercera edición. 1999.

² SCHWARTZ, Seymour I., “Principios de cirugía”, Volumen I. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. Séptima Edición. 2000.

B. MOTILIDAD PROPULSORA INADECUADA

- a. Íleo paralítico
- b. Íleo espástico
- c. Vascular(Isquemia mesentérica)
- d. Megacolon

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS

SÍNTOMAS:

- a. Dolor abdominal
- b. Distensión abdominal
- c. Dificultad para la evacuación parcial o total de gases y/o heces
- d. Vómitos de contenido intestinal

SIGNOS:

- a. sensibilidad abdominal de grado variable
- b. aumento del peristaltismo al inicio
- c. ruidos metálicos
- d. ausencia del peristaltismo al final
- e. deshidratación, oliguria o anuria

La presencia de los siguientes signos nos hace pensar en un cuadro complicado:

- Dolor abdominal continuo
- Signos de irritación peritoneal
- Rigidez de la pared abdominal
- Rectorragia
- Hipertensión compartimental abdominal
- Fiebre > 38 grados
- Taquicardia > 110 / min.
- Se debe de buscar cicatrices de operaciones anteriores, hernias e impactación fecal, o anomalías contributivas en el examen rectal. En el sexo femenino buscar anomalías en el examen ginecológico.

LABORATORIO Y GABINETE:

Hemograma, electrolitos, creatinina y nitrógeno ureico, amilasa serica, examen general de orina. Si se decide conducta quirúrgica indicar los exámenes preoperatorios pertinentes.

RADIOLOGÍA:

Esta indicada la serie radiológica abdominal en la que se debe investigar grado de dilatación intestinal, niveles hidroaéreos, edema de pared intestinal, falta de gas en el recto. Hay que tratar de identificar si las asas dilatadas son de intestino delgado y/o grueso, y algunas configuraciones sugestivas. Buscar presencia de gas libre bajo el diafragma.

Otros exámenes de gabinete quedarán a criterio médico dependiendo de la sospecha etiológica.

CRITERIOS DE INGRESO

El cuadro de obstrucción intestinal es de ingreso mandatorio a Observación del servicio de emergencia, por considerarse potencialmente quirúrgica.

Tratamiento

A SU INGRESO:

- 1) Suspender la vía oral y colocación de sonda nasogástrica más succión.
- 2) Tomar signos vitales con la frecuencia que amerite el estado del paciente.
- 3) Colocación de sonda vesical.
- 4) Balance hidroelectrolítico.
- 5) Reanimación parenteral. De acuerdo al estado hemodinámico del paciente se optará por Venoclisis periférica o la central
- 6) Control de estado abdominal c/ 4 horas o con la frecuencia que amerite el estado del paciente
- 7) Antibióticos: Al tomar decisión quirúrgica.
 - Cefoxitina 1 gm E.V. c / 6-8 h como primera elección.
 - Ceftriaxona 1-2 gms. E.V. c /12 h ó en combinación con Metronidazol 1gm E.V. al inicio y luego 500 mgs. E.V. c /8h

Dependerá de hallazgos operatorios, resultado de cultivos y evolución clínica el uso de otros antibióticos.

Con este tratamiento puede presentarse la resolución de algunos casos, sobre todo si esta es parcial o por bridas

Si con el tratamiento anterior no se presenta mejoría o el paciente empeora, en un periodo de 12 horas, estará indicado el manejo quirúrgico (Laparotomía exploradora) dirigida a resolver la causa de la obstrucción.

Algunos pacientes ameritan resolución quirúrgica inmediata a su ingreso (Franco cuadro de Obstrucción intestinal total con compromiso hemodinámico y metabólico y datos Radiológicos obvios) a los cuales se les darán sus medidas de reanimación y evaluaciones correspondientes en un periodo no mayor de 4 horas.

Otros pacientes presentarán mejoría del cuadro agudo pero sin resolución total de la obstrucción; en los cuales también estará indicada la intervención quirúrgica después de un periodo no mayor de 48 horas de manejo médico.

MANEJO POSQUIRÚRGICO:

1. Régimen peritoneal que se mantendrá de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios; procedimiento practicado y evolución clínica.
2. Restauración de la vía oral (usualmente entre el 3º-5º día) dependerá de la evolución clínica del paciente:
 - Ausencia de distensión abdominal y/o vómitos
 - Presencia de peristalsis
 - Expulsión de flatos y/o evacuaciones
 - No dolor abdominal
3. Deberá considerarse reintervención quirúrgica en presencia de uno o más de los siguientes signos y síntomas:
 - Dolor abdominal persistente
 - Signos de irritación peritoneal
 - Distensión abdominal
 - Sospecha de sepsis de origen abdominal
 - Fiebre y leucocitosis.

CRITERIOS DE EGRESO

1. Tolerancia a la vía oral
2. Sintomatología abdominal ausente
3. Expulsión de flatos y/o evacuaciones
4. Herida quirúrgica sin evidencia de complicaciones
5. No fiebre

INCAPACIDAD

Incapacidad inicial de 30 días a partir del ingreso, prorrogable de acuerdo a la evolución postoperatoria en la unidad medica de adscripción.

REFERENCIAS

Retiro de puntos en unidad medica de adscripción entre los 12 -15 días post operatorios ó de acuerdo a criterio del cirujano tratante.

Todo paciente ostomizado se referirá al comité de ostomizados de la unidad médica Atlacatl. Referir a las especialidades correspondientes si hay otras enfermedades concomitantes.

CONTROL POSTOPERATORIO

El control postoperatorio es recomendable hacerlo entre 2 a 4 semanas posterior a su egreso.

EDUCACIÓN

El paciente deberá ser instruido acerca de los siguientes aspectos:

- Higiene y cuidados generales
- Alimentación
- Actividades físicas permitidas
- Reincorporación al trabajo
- Presencia de síntomas de recurrencias.

Nº3 GUÍA DE MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA **(CIE-10:K-85)**

DEFINICIÓN

Proceso inflamatorio de la glándula pancreática como producto de la activación, liberación y retención de enzimas proteolíticas, que puede evolucionar al restablecimiento clínico y biológico de la glándula ò a una entidad potencialmente devastadora

EPIDEMIOLOGÍA

El 80% está asociada a cálculos biliares o antecedentes de abuso de alcohol (en nuestro medio el 67% es por litiasis de la vía biliar).

Otras causas asociadas:

- Factores metabólicos (hiperlipidemia).
- Factores mecánicos (post Colangiopancreatografía endoscópica retrograda (CPRE), trauma).
- Factores infecciosos (procesos virales).

La enfermedad varía desde síntomas leves y autolimitados (80%) hasta una enfermedad fulminante y altamente letal. Mortalidad global es del 10%, la mayoría de veces asociada a complicaciones metabólicas y/o sépticas.

CLASIFICACIÓN

Dependiendo de la evolución clínica la pancreatitis se divide:

- a)- Pancreatitis aguda
- b)- Pancreatitis crónica

La pancreatitis aguda se clasifica como:

- a) **Pancreatitis aguda leve** (edema intersticial de la glándula, mínima repercusión sistémica, mortalidad menor del 3%).
- b) **Pancreatitis aguda grave** (asociada a falla orgánica sistémica y/o complicación local como necrosis, pseudoquiste ó abscesos).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

En un 85-100% dolor abdominal alto y constante, que se irradia hacia la espalda en cinturón, en un 50% asociado a una comida copiosa (con alto contenido de grasas) o abuso de alcohol. Acompañado de nauseas y vómitos. Otros síntomas pueden ser plenitud, distensión abdominal, taquicardia, fiebre, deshidratación, shock, y ocasionalmente ictericia.

LABORATORIO:

Hemograma completo, Creatinina y nitrógeno ureico, glucosa, albúmina sérica, GOT, LDH, Sodio, Potasio, calcio, gases arteriales, amilasa sérica (nivel >500UI/dl). En caso de que la amilasa Sérica se encuentre dentro del rango normal, considerar amilasa en orina y lipasa sérica.

CRITERIOS PRONÓSTICOS DE RANSON

ADMISIÓN	48 HORAS
Edad > de 55 años	Calcio < 8 mg/dl
Leucocitos > 16,000	PO2 < 60 mmHg
Glicemia > 200 mg/dl	Déficit de base > 4
LDH > 350 UI/l	Aumento del BUN>5mg/dl
AST> 250 SF.Ul/dl	Disminución del Hcto.>10%
	Secuestro de líquidos >6 lts.

La evaluación de estos criterios se hará a las 48 horas de la siguiente manera:

0-2 CRITERIOS ----- ATAQUE LEVE

3-6 CRITERIOS ----- ATAQUE GRAVE

> 6 CRITERIOS ----- ATAQUE FULMINANTE

Mortalidad de acuerdo a los criterios:

< 3 CRITERIOS ----- < 1%

3-4 CRITERIOS ----- 16%

5-6 CRITERIOS ----- 40%

≥ 7 CRITERIOS ----- 100%

GABINETE:

- Radiografía de tórax: Se puede encontrar derrame pleural, Atelectasia basal y elevación del diafragma izquierdo. Puede servir para descartar otras patologías como: perforación de víscera hueca y neumonía.
- Radiografía simple de abdomen: puede observarse presencia de aire en el asa duodenal, signo del colon cortado, borramiento del psoas y calcificaciones en el área pancreática (considerar pancreatitis crónica).
- Ultrasonografía abdominal. Su verdadero rol está relacionado al diagnóstico de litiasis biliar; aunque puede evaluarse el páncreas en el 20-40% de los casos.
- Tomografía abdominal. Permite clasificar el grado de compromiso de la glándula. Esta indicada en casos de duda diagnóstica ò en pacientes con deterioro clínica evidente.
- Lavado Peritoneal Diagnóstico en síndrome de abdomen agudo lo cual no establece su relación directa de resultados con cirugía al comprobar pancreatitis.

CRITERIOS TOPOGRÁFICOS DE BALTHAZAR:

HALLAZGOS	GRADO	PUNTAJE
- Normal	A	0
- Aumento del tamaño del páncreas (focal o difuso). Pequeñas colecciones dentro de la glándula	B	1
- Cambios inflamatorios en la grasa peripancreática.	C	2
- Colección única bien definida ò flegmón.	D	3
- Dos ò más colecciones pobremente definidas ò presencia de gas en el páncreas ò adyacente al mismo.	E	4

PORCENTAJE DE NECROSIS DE ACUERDO A CRITERIOS TOPOGRÁFICOS.		PUNTAJE
Normal		0
0-30%		2
30-50%		4
> 50%		6
PUNTAJE TOTAL	MORBILIDAD	MORTALIDAD
0-3	0%	0%
4-6	4%	0%
7-10	92%	17%

El diagnóstico de necrosis, la determinación del riesgo de infección y la prevención de la infección siguen siendo las partes fundamentales del manejo de la pancreatitis aguda y estrategias que han probado reducción en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

CRITERIOS DE INGRESO

Todo paciente con sospecha diagnóstica de pancreatitis aguda deberá ingresarse a observación en el servicio de emergencia. Se debe considerar el ingreso a unidad de medicina crítica a todo paciente con cualquiera de los siguientes criterios:

- a- Criterios de Ranson ≥ 3 .
- b- APACHE ≥ 8 .
- c- Balthazar C, D y E.
- d- Índice de severidad ≥ 4 .
- e- Evidencia de falla multiorgánica

TRATAMIENTO

MANEJO MEDICO:

➔ Medidas de sostén:

- Suspender la vía oral
- Monitoreo de signos vitales y diuresis

- Régimen peritoneal (sonda nasogástrica más succión en distensión y dolor intenso)
- Soporte respiratorio
- Reposición de volumen circulante
- Reemplazo electrolítico
- Corregir déficit metabólico
- Bloqueadores H₂ y protectores de mucosa (Sucralfato)
- Nutrición enteral temprana con sonda nasoyeyunal (evita translocación bacteriana)
- Analgésicos (no utilizar opiáceos si la pancreatitis es de origen biliar por su efecto constrictor sobre el esfínter de Oddi)
- Antibióticos (pancreatitis grave necrotizante)

Se recomiendan las siguientes opciones de antibióticos:

1. Imipenem-cilastatina. 0.5-1 gmc/6h
2. la combinación de Ciprofloxacina y metronidazol : 200-400 mgs c/ 12 h y 7.5 mgs / Kg. /dosis c/6 h. Respectivamente.
3. Sulbactam/ Ampicilina 1.5 – 3 gms c/6h.
4. Aminopenicilina Inhibidores de Betalactamasas.

☛ **LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO:**

Para eliminar toxinas y diversos metabolitos de la cavidad peritoneal y reducir al mínimo su absorción sistémica, mejoría clínica (disminución de morbimortalidad). Será utilizado en los pacientes con más de tres criterios pronósticos de Ranson. Los componentes para el lavado peritoneal, el procedimiento y el número de días a utilizar serán establecidos en un protocolo adicional elaborado por comité de expertos.

☛ **ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR TAC:**

Establecer diferencia entre necrosis estéril vs. Infectada y determinar el tratamiento percutaneo para el manejo de las colecciones infectadas.

☛ **MANEJO ENDOSCÓPICO Y QUIRÚRGICO**

En Pancreatitis biliar leve se evaluará COLONGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA (CPRE) CON PAPILOTOMIA a corto plazo (primeras 24 horas de inicio del cuadro) y posteriormente Colectectomía laparoscópica o abierta.

De no contar con CPRE, y al resolverse el cuadro agudo Colecistectomía abierta o laparoscópica más colangiograma transoperatorio en mismo ingreso. La vía biliar se manejará de acuerdo a los hallazgos radiológicos y transoperatorios.

En pancreatitis grave se practicará ERCP CON PAPILOTOMIA previa estabilización y evaluación por cirujano Endoscopista.

Estará indicada la cirugía en las siguientes eventualidades:

- En la pancreatitis biliar persistente y grave:** Cuando la obstrucción por un calculo biliar que no puede retirarse por vía endoscópica y se aloja en la ampolla de Vater
- Duda diagnóstica: Dificultad de excluir otras patologías que son de resolución quirúrgica (trombosis mesentérica, perforación de víscera hueca, complicación de patología de vías biliares).**
- Deterioro progresivo del estado general y abdominal aún con soporte médico energético. (pancreatitis necrohemorrágica).**
- Tratamiento de complicaciones locales (abscesos, pseudoquistes pancreáticos, necrosis infectada, peritonitis hemorrágica).**

La cirugía con remoción del tejido pancreático necrosado es la mejor alternativa disponible y aunque son cirugías cruentas que con frecuencia terminan en el manejo de múltiples opciones de la cavidad abdominal

CRITERIO DE EGRESO

- Tolerancia a la vía oral
- Sintomatología abdominal ausente
- Expulsión de flatos y/o evacuaciones
- Ausencia de fiebre
- Heridas quirúrgicas sin evidencia de complicaciones.
- Estabilización de parámetros de laboratorio.

INCAPACIDAD:

- 1- La incapacidad por pancreatitis Aguda será de 30 días partir de la fecha de su ingreso, prorrogables de acuerdo a evolución clínica y/o postoperatoria en la unidad médica de adscripción.

2- En la pancreatitis biliar leve operada por vía laparoscopica será inicialmente de 15 días prorrogable según evaluación.

REFERENCIAS

- Retiro de puntos entre 10 y 15 días posteriores a la cirugía en unidad medica correspondiente.
- Medicina interna y gastroenterólogo en los primeros 30 días al egreso o con otras especialidades que el caso amerite.
- Cita con cirujano tratante en 4 a 6 semanas posteriores al egreso.

EDUCACIÓN

Medidas dietéticas que incluyen evitar ingesta de bebidas alcohólicas y comidas con alto contenido de grasas e irritantes.

Cumplir con sus citas de control.

Nº4 GUÍA DE MANEJO DE LITIASIS BILIAR **(CIE-10: K- 80-87)**

DEFINICIÓN

Es la presencia de cálculos en cualquier sitio de la vía biliar

EPIDEMIOLOGÍA

La litiasis biliar es la causa más común de colecistitis aguda (95%). La incidencia de cálculos biliares aumenta con la edad y la prevalencia es mayor en el sexo femenino en una proporción de 3:1. Es más frecuente en la población blanca. En nuestro medio es causa de elevado índice de morbimortalidad.

CLASIFICACIÓN

SEGÚN LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LOS CÁLCULOS

- a. Vesícula biliar (colecistitis)
- b. Vías biliares extrahepáticas (hepático común, colédoco)
- c. Sistema ductal intrahepático (conductos biliares intrahepáticos)

SEGÚN SINTOMATOLOGÍA

- a. Asintomático
- b. Sintomático

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Según el comportamiento del cuadro clínico se puede presentar de diferentes formas:

- LITIASIS BILIAR ASINTOMÁTICO
- CÓLICO BILIAR
- COLECISTITIS AGUDA
- COLECISTITIS CRÓNICA
- COLEDOCOLITIASIS - ICTERICIA OBSTRUCTIVA
- COLANGIITIS
- PANCREATITIS BILIAR.

LITIASIS BILIAR ASINTOMÁTICA:

Es la presencia de cálculos en la vía biliar que no provoca síntomas.

Los pacientes con litiasis biliar pueden estar asintomáticos en el 50%; sin embargo, de estos la mitad pueden presentar complicaciones serias. La tasa anual de este porcentaje que se vuelven sintomáticos es de 1-2 %. Generalmente es diagnosticada de manera casual en una radiografía simple de tórax o abdomen, Ultrasonografía o TAC abdominal.

LABORATORIO Y GABINETE:

Los exámenes estarán dirigidos a evaluar el funcionamiento hepático (transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, T y V de protrombina) y otras para complementar la evaluación preoperatorio, de acuerdo a edad y patología concomitante.

TRATAMIENTO:

Dado su curso habitualmente benigno, queda a criterio del cirujano tratante practicar colecistectomía video laparoscópica o abierta en forma electiva. A excepción de pacientes con calcificación de la pared vesicular (vesícula en porcelana), en quienes se recomienda la colecistectomía temprana por el alto índice de asociación con cáncer (25-60 %).

CÓLICO BILIAR:

Dolor continuo de intensidad creciente localizado en hipocondrio derecho, irradiado a región escapular derecha, que cede gradualmente en forma espontánea o con el uso de antiespasmódico. **La persistencia del dolor por más de 6 horas, sugiere la presencia de colecistitis aguda.**

LABORATORIO Y GABINETE:

- Pruebas hepatopancreáticas (transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, T y V de protrombina, y amilasa) y las necesarias para complementar la evaluación preoperatorio, de acuerdo a edad y patología concomitante.
- Ultrasonografía de vías biliares.

TRATAMIENTO:

Si el dolor cede, se manejará ambulatoriamente, para luego practicar colecistectomía electiva, por medio de técnica laparoscópica o abierta. Si el cuadro persiste, a pesar del tratamiento médico, se manejará como colecistitis aguda.

COLECISTITIS AGUDA

Inflamación bacteriana y/o química de la vesícula biliar. Constituye la complicación más frecuente de litiasis biliar, perforándose en un 10% de los casos, de los cuales existe una mortalidad del 20-70% en las diferentes series. Clínicamente se presenta con dolor moderado o intenso localizado en cuadrante superior derecho y/o epigastrio, irradiado al ángulo escapular u hombro derecho, frecuentemente asociado a la ingesta de comida abundante o grasosa. Presenta náuseas y vómitos, elevación febril y puede acompañarse de ictericia leve. Los signos que se presentan frecuentemente son: sensibilidad a la palpación en hipocondrio derecho, epigastrio o ambos; signo de Murphy; masa palpable en hipocondrio derecho.

Entre las complicaciones más frecuentes de colecistitis aguda tenemos: Hidrocolecisto, piocolecisto, vesícula gangrenosa, absceso perivesicular y perforación las cuales exacerban y comprometen el cuadro clínico.

LABORATORIO Y GABINETE:

- Hemograma, transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, amilasa, tiempo y valor de protrombina, y las necesarias para complementar la evaluación preoperatorio, de acuerdo a edad y patología concomitante.
- Se presenta con Leucocitosis moderada de 12 a 15 mil Glóbulos Blancos x mm³. Valores leucocitarios mayores de 20 mil GB x mm³ sugieren piocolecisto, colecistitis gangrenosa, perforación o colangitis.
- Ultrasonografía de las vías biliares.

CRITERIO DE INGRESO:

Todo paciente con cuadro de colecistitis aguda se ingresará a observación en el servicio de Emergencia.

TRATAMIENTO.

Manejo Preoperatorio:

1. Suspender vía oral.
2. Balance hemodinámica y metabólico.
3. Analgésico y/o antiespasmódico:

Opciones:

- Ketorolaco 30-60mgs E.V. c/6 horas,

- Diclofenac sodico 75 mgs I.M. c/12h
 - Clonixinato de lisina 100mgs +Propinoxato 15mgs E.V. c/4-6h
- Se podrán utilizar derivados opiáceos en presencia de dolor intenso.

4. Antibióticos: Cefazolina 2 gms. E:V: en casos iniciales y leves. ¹

- Ampicilina 1 gr. EV cada 6 horas + Gentamicina 1.5 mg./Kg./cada 8 horas en pacientes con alto riesgo de complicación.
- En el caso de insuficiencia renal se utilizará Ceftriaxona 1 gr. EV c/12 horas. Dependiendo de los hallazgos transoperatorios, se podrá continuar o modificar la antibióticoterapia.

5. Antieméticos: Metoclopramida 10 mgs E.V. c/8 h.

¹ Felac HIQ. “curso avanzado de cirujanos”,Marcela Caldas Cano 1999 Colombia.

CONDUCTA QUIRÚRGICA:

1. Colectectomía laparoscópica o abierta:

- a. De urgencia** Pícolecisto, colecistitis gangrenosa o enfisematosa, perforación y colecistitis acalculosa asociada a falla multiorgánica.
- b. Temprana Si con 72 horas del inicio de los síntomas y con tratamiento estos persisten, o cuadros de colecistitis aguda recurrentes se deberá intervenir en el mismo ingreso.**
- c. Diferida** si los síntomas ceden, se operará en forma electiva.

2. Colectostomía: En presencia de severa inestabilidad hemodinámica, o cuando exista franca dificultad técnica, es recomendable la colectostomía y diferir el procedimiento definitivo.

- Si durante el transoperatorio se encuentra vesícula gangrenosa, pícolecisto, perforación, franco proceso inflamatorio o sangrado en capa del lecho vesicular, se recomienda drenaje.
- La herida quirúrgica se sugiere dejarla abierta en caso de pícolecisto, vesícula gangrenosa y perforación.

MANEJO POSTOPERATORIO:

1. Régimen peritoneal.
2. Vigilancia del estado abdominal.
3. Iniciar dieta progresiva al recuperar peristalsis.

4. Analgésicos. Ketorolaco 30-60mg E.V c/6 horas,
5. Continuar antibióticoterapia en base a los hallazgos transoperatorios.
6. Evaluar retiro de drenos en 24 a 48 horas.

COLECISTITIS CRÓNICA:

Inflamación crónica de la vesícula, generalmente debida a litiasis biliar. Se presenta con síntomas vagos, intolerancia a las grasas, eructos, flatulencia y distensión, caracterizado por cólicos biliares recurrentes. Dolor a la palpación en hipocondrio derecho durante los episodios álgidos.

LABORATORIO Y GABINETE:

Igual que en la colecistitis aguda (Hemograma, transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, amilasa, tiempo y valor de protrombina). En caso de que la USG de vías biliares sea negativa a cálculos, la Colecistografía oral está indicada.

TRATAMIENTO:

Dieta baja en grasas, analgésicos y antiespasmódicos durante el período que antecede a la cirugía.

Quirúrgico: colecistectomía electiva por video laparoscopia o abierta. Se recomienda antibióticoterapia profiláctica con Cefazolina 1 gr. EV dosis única.

COLEDOCOLITIASIS

Presencia de cálculos en el conducto hepatocolédoco que pueden provocar o no obstrucción al paso de bilis hacia el duodeno. La mayoría de los cálculos se originan en la vesícula biliar, pero pueden ser primarios en un 5-10%.

El cuadro clínico puede ser asintomático pero comúnmente se presenta con ictericia obstructiva intermitente, coluria y acolia en diferentes grados, fiebre, dolor en el hipocondrio derecho.

LABORATORIO Y GABINETE

- Bilirrubinas, fosfatasa alcalina, transaminasas, amilasa, tiempo y valor de protrombina, leucograma y las necesarias para complementar la evaluación preoperatorio, de acuerdo a edad y patología concomitante.

La fosfatasa alcalina se encuentra entre los indicadores más sensibles de obstrucción biliar.

- ☑ Ultrasonografía de vías biliares, colangiografía endoscópica retrograda, colangiografía percutánea (en presencia de obstrucción distal del colédoco que no permita el paso retrogrado), colangiografía transoperatoria (Si no hay CPRE).

TRATAMIENTO:

MANEJO PREOPERATORIO:

1. Suspender vía oral.
2. Balance hemodinámico y metabólico.
3. Antibióticos: Se recomienda Ceftriaxona 1 gr. EV. Se mantendrá la terapia antibiótica o se modificará de acuerdo a los hallazgos endoscópicos o transoperatorios.
4. Analgésicos y/o antiespasmódicos.
Ketorolaco 30-60mgs E.V c/6 horas, Clonixinato de lisina 100mgs +Propinoxato 15mgs E.V. c/4 -6 horas.

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS:

1. **Colangiopancreatografía endoscópica retrograda (CPRE)**, con el objetivo de drenar la vía biliar y extraer los cálculos. Se practicará colecistectomía laparoscópica o abierta, 24-48 horas posteriores al CPRE.

Al no contar con recursos para practicar CPRE, se realizará colecistectomía abierta con colangiografía transoperatoria y exploración de las vías biliares, de no ser posible la extracción de los cálculos se optará por las siguientes alternativas: Colocación de un tubo en T y referencia a CPRE (donde se cuente con este recurso). Según la experiencia del cirujano debe evaluarse la utilización de canastillas, balones y podrá ser necesaria la derivación bilio-enterica o la esfinterotomía transduodenal en casos específicos. Esta misma conducta se tomará en casos de CPRE fallido.

2. Si en el transcurso de una colecistectomía abierta o laparoscópica se encuentra coledocolitiasis la conducta será similar al numeral anterior.

Manejo Post-Procedimientos:

- Suspender Vía Oral y colocación de sonda nasogástrica en presencia de distensión abdominal.
- Vigilancia del estado abdominal.

- Se iniciará la vía oral, al presentar peristaltismo y dependiendo del procedimiento quirúrgico realizado: CPRE: 12 horas después; Colectomía + Exploración de vías biliares: 24 horas después; Derivación bilio entérica: entre 4 y 5 días después.
- Analgésicos. Ketorolaco 30-60mgs E.V c/6 horas o Diclofenac sódico 75 mgs I.M. c/ 8-12h.
- Antibióticos. . Se mantendrá la terapia antibiótica preoperatoria o se modificará de acuerdo a los hallazgos endoscópicos o transoperatorios.
- Evaluar retiro de drenos en 48-72 horas.

COLANGITIS

Inflamación aguda y supurada de las vías biliares, generalmente secundaria a obstrucción por cálculos. Es la complicación más grave de la litiasis de las vías biliares. Clínicamente se manifiesta con dolor en el hipocondrio derecho, fiebre con escalofríos e ictericia (TRÍADA DE CHARCOT); tempranamente puede aparecer compromiso hemodinámico que evoluciona a un choque séptico acompañada de depresión del sistema nervioso central (PENTALOGÍA DE REYNOLDS).

LABORATORIO Y GABINETE:

- Hemograma, electrolitos, pruebas hepatopancreaticas, renales, de coagulación, gasometría, hemocultivo y otras para complementar la evaluación preoperatorio, de acuerdo a edad y patología concomitante.
- Ultrasonografía
- CPRE.

TRATAMIENTO

Manejo:

1. Régimen peritoneal.
2. Estabilización hemodinámica y metabólica.
3. Antibiototerapia enérgica: Ampicilina 1 gr. EV cada 6 horas + Gentamicina 1.5 mg./Kg./cada 8 horas. Otras opciones son: Piperacilina .
4. Analgésicos y/o antiespasmódico. Ketorolaco 30 - 60mgs E.V c/6 horas, Clonixinato de lisina 100mgs + Propinoxato 15mgs E.V. c/4 -6 horas.

El objetivo primordial del manejo es el drenaje de la vía biliar infectada, que se practicará por medio de procedimientos endoscópicos (CPRE) o drenaje percutáneo.

La descompresión biliar quirúrgica que consiste en colédocotomía y drenaje con tubo de Kehr, está indicada en aquellos pacientes que no pueden ser manejados por medios endoscópicos o percutáneos, y debe ser realizada de manera **urgente**. Si la condición del paciente lo permite, se podrá practicar la exploración del colédoco, junto con la colecistectomía.

PANCREATITIS BILIAR

Inflamación aguda del páncreas secundaria a impactación y/o migración de cálculo a través de la Ampolla de Vater. En nuestro medio constituye la primera causa de pancreatitis aguda. La persistencia de litiasis en las vías biliares hará que el paciente desarrolle entre 36 y 63% pancreatitis recurrente. Este porcentaje desciende a 2-8% al corregir el problema de litiasis.

Las manifestaciones clínicas, evolución y manejo de estos pacientes se desarrollan en la guía de manejo correspondiente.

CRITERIOS DE EGRESO

- Tolerancia de la vía oral.
- Hemodinámica y metabolíticamente estable.
- Tránsito intestinal restaurado
- Proceso infeccioso controlado (no fiebre, ni leucocitosis)
- Drenaje de la vía biliar controlado (tubo de Kehr)
- Ausencia de drenos en la cavidad abdominal
- Heridas quirúrgicas cerradas

INCAPACIDAD

- Cirugía laparoscopia sin complicaciones: 8-15 días.
- Cirugía abierta sin complicaciones: 21-30 días.
- Cirugías complejas y/o con complicaciones: 30 días o más.

EDUCACIÓN

- ☛ Instrucción sobre las medidas dietéticas: dieta baja en grasas y sin irritantes.
- ☛ Evitar esfuerzos físicos intensos por un mes.
- ☛ Cuidados de herida operatoria y tubo de Kehr cuando exista.

REFERENCIAS

- Retiro de puntos en Unidad Médica más cercana, en 7 a 15 días.
- Control en consulta externa de cirugía en 15 a 30 días.
- Paciente portador de tubo de Kehr, se evaluará el retiro previa colangiografía en 10 a 21 días.
- Segundo Control en consulta externa de cirugía en tres meses.
- Alta de cirugía, después de tres meses, sino hay complicaciones.
- Referencia a otras especialidades, si existen enfermedades asociadas.

Nº5 GUÍA DE MANEJO DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR (CIE-10: K-92.2)

DEFINICIÓN

Es la extravasación sanguínea hacia el tubo digestivo en un punto comprendido entre los Esfínteres esofágico superior y la flexura duodeno yeyunal (ángulo de Treitz).

EPIDEMIOLOGÍA

La mortalidad global del sangramiento es del 10%, siendo la úlcera péptica la causa más frecuente 27-46% con una mortalidad del 5-10%. El sangrado por varices esofágica tiene una mortalidad del 33% ; la incidencia y la morbimortalidad aumenta con la edad.

Clasificación

Dependiendo de los factores etiológicos desencadenantes:

- a) **Hemorragia digestiva alta de origen varicoso.** Secundaria a hipertensión portal ó trombosis de la vena esplénica.
- b) **Hemorragia digestiva alta de origen no varicoso.** La mayoría de los casos secundaria a enfermedad ácido-péptica, síndrome de Mallory Weiss, gastroduodenitis erosiva, úlceras por stress, neoplasias etc.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Dependerá de la severidad de la hemorragia.

- Presencia de hematemesis, melenas, hematoquezia actual o reciente
- Hemorragia leve: mareo, debilidad general, adinamia, cefalea.
- Hemorragia moderada a severa: palidez, sudoración, diaforesis, taquicardia, hipotensión, shock.

Los parámetros claves para evaluar y estimar las pérdidas del volumen sanguíneo lo constituye la medición del pulso y de la presión arterial (frecuentes a cambios ortostáticos). La primera evidencia de sangrado activo puede ser la inestabilidad de los signos vitales con taquicardia e hipotensión.

LABORATORIO:

- Ht-Hb seriados
- Plaquetas
- Tipo sanguíneo y Rh, prueba cruzada
- Tp, TPT.
- Cuerpos nitrogenados
- Glucosa
- Calcio Sérico
- Otros exámenes según la edad y enfermedades asociadas al paciente.

GABINETE:

El procedimiento de elección que define el diagnóstico, la terapéutica y pronóstico en el 95% de los casos es la endoscopia que debe ser practicada en presencia de sangrado activo o reciente, en las primeras 12 horas si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable.

CRITERIOS DE INGRESO

Todo paciente con hemorragia digestiva activa o reciente deberá ingresarse a observación del servicio de emergencia para determinar su magnitud y conducta terapéutica. Debe considerarse su traslado a la unidad de medicina crítica cuando reúna cualquiera de las siguientes condiciones:

- Inestabilidad hemodinámica
- Distress respiratorio
- Insuficiencia cardíaca
- Neumonía
- Diabetes Mellitus descompensada
- Otras entidades que compliquen esta patología.

TRATAMIENTO

MANEJO MÉDICO:

- Suspender la vía oral
- Monitoreo de signos vitales
- Mantener vías aéreas permeables (principalmente en pacientes con alteración de la conciencia).

- Toma mínima de dos venas periféricas de preferencia con catéter número 14, 16, 18. (vena central la cual se evaluará posteriormente).
- Reponer volumen con soluciones cristaloides
- Transfundir eritrocitos empacados o sangre completa tan pronto como sea evidente que la hemorragia es moderada o grave.
- Colocar sonda nasogástrica
- Corregir problemas de coagulación si están presentes
- Disminuir secreción gástrica con inhibidores de bomba de protones (Omeprazole 40 mg. E.V. cada 12 horas ò con anti H2 (Ranitidina 50 mg E.V. cada 8 ò 12 horas)
- Estudio endoscópico en las primeras horas de ingreso con el objetivo de hacer diagnóstico y elegir el tratamiento adecuado.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN QUIRÚRGICA

- Endoscopia diagnostica ò terapéutica fallida
- Inestabilidad hemodinámica persistente
- Transfusión de 4 a 6 unidades de glóbulos rojos empacados en las primeras 24 horas y persiste la hemorragia.
- Hemorragia recurrente intrahospitalaria
- Edad mayor de 60 años
- Tipo sanguíneo raro
- Enfermedades concomitantes que incidan negativamente en el pronóstico.

MANEJO QUIRÚRGICO:

Al decidir conducta quirúrgica ésta se enfocará en resolver el problema específico que causa la hemorragia.

OPCIONES QUIRÚRGICAS SUGERIDAS:

CAUSAS	CIRUGÍAS
MALLORY - WEISS	1. ASTROTOMIA ALTA CON SUTURA DEL DESGARRO DE MUCOSA
ULCERA PEPTICA GÁSTRICA	1. SUTURA DEL PUNTO HEMORRAGICO, TOMA DE BIOPSIA O EXTIRPAR LA ULCERA Y LUEGO VAGOTOMIA (TRONCULAR) MAS PILOROPLASTIA. 2. GASTRECTOMIA PARCIAL.
ULCERA PREPILORICA O ANTRAL	1. VAGOTOMIA Y ANTRECTOMIA
ULCERA DUODENAL	1. PILORODUODENOTOMIA, SUTURA DEL PUNTO SANGRANTE. VAGOTOMIA. 2. VAGOTOMIA Y ANTRECTOMIA.
GASTRITIS EROSIVAS	1 VAGOTOMIA Y PILOROPLASTIA SUTURA DE ULCERAS MAYORES QUE SANGRAN. 2 CASOS SEVEROS O RECURRENTES: RESECCIÓN GÁSTRICA PARCIAL O TOTAL.
NEOPLASIA SANGRANTE	1. TRATAMIENTO CONSERVADOR LOCAL DEL SANGRADO SI ES POSIBLE (PACIENTE CRITICO). 2. TUMORECTOMIA, GASTRECTOMÍA PARCIAL O TOTAL.

- ☛ EL CONTROL Y SUTURA DEL O LOS PUNTOS SANGRANTES PUEDEN SER MUCHAS VECES EL TRATAMIENTO SALVADOR Y CORRECTO EN ESTAS PATOLOGÍAS PARA PACIENTES COMPROMETIDOS.

MANEJO DE LA HEMORRAGIA VARICOSA AGUDA:

Éste grupo de pacientes tiene mayor índice de gravedad.

Presentan mayor frecuencia de gastritis alcohólica o úlceras pépticas sangrantes.

Hay que tener una apreciación del nivel de clasificación de CHILD para su pronóstico.

El ingreso en una unidad de terapia intensiva, la reanimación temprana con sangre fresca o hemoderivados son los únicos aspectos no controversiales del manejo.

ENFOQUE TERAPÉUTICO

1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: OCTREOTIDE

Bolus inicial de 50 a 100 microgramos, seguido por una infusión de 25 a 50 micro gr. /hora (reduce las presiones portales con muy pocos efectos colaterales).

Recomendando su uso al sospechar el Dx. De hemorragia varicosa y antes de la realización de una endoscopia de emergencia. Este plan tiene la ventaja de parar el sangrado y hacer el DX. y TX. Endoscópico inmediato más fácil.

2. ENDOSCOPIA DE EMERGENCIA Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO.

(Identifican los tres tipos de pacientes):

- a. Pacientes con hemorragia varicosa aguda continua
- b. Pacientes con hemorragia varicosa que ha cedido
- c. Pacientes con varices pero con hemorragia proveniente de otra lesión

En los casos a y b deben someterse a **ligadura con bandas o terapia de esclerosis** en forma inmediata (éxito entre el 90-95 %)

3. TAPONAMIENTOS CON Sonda DE BALONES:

(Sengstaken-Blackmore).

Usar esta alternativa si no se tienen las otras opciones previamente descritas 1 y 2

SI LA HEMORRAGIA CEDE DEBE CONTINUARSE CON:

1. Tratamiento endoscópico de erradicación de varices (ligadura o esclerosis)
2. Tratamiento farmacológico sistémico (Propanolol,suplemento, nutricional,etc.)
3. Completar estudios para determinar cirugía electiva mas acorde a cada caso (pacientes CHILD a y b). Cirugías recomendadas: Derivaciones esplenorenales, portocava ó mesocava con injerto en H, Sugiura tiempo abdominal.

SI LA HEMORRAGIA NO CEDE:

Cirugía de emergencia (paciente child a o b)

1. Transección esofágica con Engrapadora y ligadura de la vena gástrica izquierda y procedimiento de desague (piloroplastia o miotomía)
2. Tiempo abdominal de Sugiura
3. Derivación portocava ó mesocava con injerto en H.

- Paciente CHILD C no son candidatos para cirugía, su tratamiento será conservador
- Debe efectuarse Esplenectomía cuando exista Esplenomegalia con Hiperesplenismo.
- La colocación de dispositivo porto sistémico intrahepático transyugular con anestesia local podría en un futuro llegar a ser parte del manejo terapéutico en el ISSS.

CRITERIOS DE EGRESO

- Paciente sin sangramiento.
- Hemodinámica y metabólicamente estable.
- Tolerancia a la vía oral.
- Evacuación y micción normal.
- Con estudio Dx y Tx de la causa.

INCAPACIDAD:

30 DÍAS, PRORROGABLE DEPENDIENDO DE EVOLUCIÓN.

REFERENCIAS

Retiro de puntos a la segunda o tercera semana de efectuada la cirugía con el cirujano tratante.

Con Gastroenterólogo y medicina interna a los 30 días de su alta

EXÁMENES DE CONTROL

Serán indicados al dar el alta:

- Hemograma
- Pruebas de funcionamiento hepático (paciente con hepatopatía crónica)
- Otros dependiendo de enfermedades asociadas

EDUCACIÓN

- Evitar factores predisponentes: tabaco, alcohol, aines, etc.
- Mantener controles médicos y dietéticos (libre de irritantes).

Nº6 GUÍA DE MANEJO DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL (CIE-10: K-40-46)

DEFINICIÓN

Es la protrusión de una estructura u órgano a través de un defecto aponeurótico congénito o adquirido, de la pared abdominal.

EPIDEMIOLOGÍA

Son un motivo frecuente de consulta tanto electiva como de emergencia, siendo mas frecuentes en el sexo masculino y su frecuencia se incrementa conforme avanza la edad. Existen factores y enfermedades, como: hipertrofia prostática benigna, estreñimiento crónico, tos crónica y actividad física aumentada en el trabajo, que al aumentar la presión intraabdominal e independientes de la edad predisponen a la formación de hernias.

CLASIFICACIÓN

TIPOS DE HERNIA³

1. SEGÚN LA LOCALIZACION ANATOMICA

- a. INGUINAL⁴
 - i. INDIRECTA
 - ii. DIRECTA
 - iii. FEMORAL
- b. UMBILICAL
- c. EPIGASTRICA
- d. DE SPIEGEL
- e. LUMBAR
- f. PELVICA
- g. PARAESTOMAL
- h. INCISIONAL

³ SCHWARTZ, Seymour I., "Principios de cirugía", Volumen II. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. Séptima Edición. 2000.

⁴ ROESCH DIETLEN, Federico. "Hernias de la pared abdominal". Editorial El manual Moderno. México. 2001.

Existe otro criterio para tipificar las hernias según el estado del contenido herniario, que mencionaremos por razones de pronóstico y manejo:

- a) **REDUCIBLE:** cuando el contenido se puede hacer regresar a la cavidad.
- b) **IRREDUCIBLE:** cuando pese a las maniobras el contenido no se puede hacer que regrese.
- c) **ESTRANGULADA:** es irreducible, hay dolor y el contenido tiene cambios isquémicos debido a un anillo herniario ajustado, lo que sino se corrige a tiempo puede llevar a la necrosis.

Cuando el contenido del saco herniario es un asa intestinal, las hernias irreducibles y estranguladas frecuentemente producen obstrucción intestinal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico es eminentemente clínico mediante la historia y el examen físico.

- HISTORIA:** es la aparición de una masa de crecimiento lento en la pared abdominal, que suele modificarse con los esfuerzos físicos o los cambios de posición, muchas de ellas aumentan en el transcurso del día y se reducen o desaparecen con el decúbito.
- EXAMEN FÍSICO:** Es preferible con el paciente de pie, se identifica una masa en el área afectada no adherida a la piel, que frecuentemente se logra reducir y en ocasiones se palpa el defecto aponeurótico o anillo herniario.

* Todo paciente que será intervenido con diagnóstico de hernia, deberá ser investigado sobre: enfermedades pulmonares crónicas, tabaquismo, uropatía obstructiva, estreñimiento y otras condiciones que impliquen aumento de la presión intraabdominal.

EXÁMENES DE GABINETE

Las hernias no detectables en un examen físico, pueden diagnosticarse mediante ultrasonografía (USG). Casos muy excepcionales podrán necesitar Tomografía Axial computarizada (TAC) o resonancia magnética nuclear (RMN) y herniografía.

CRITERIOS DE INGRESO

En general todas las hernias deben de repararse a menos que el estado local o sistémico del paciente impida un resultado final seguro; son criterios de manejo como emergencia los episodios de encarceración dolorosa o la estrangulación herniaria, en todos los demás

casos se manejaran en forma electiva con una preparación preoperatorio estándar según el estado del paciente.

Los criterios de ingreso son:

1. **Cirugía de emergencia:** Incarceración dolorosa, estrangulación herniaria, obstrucción o perforación intestinal.
 2. **Cirugía electiva:** en pacientes con enfermedades sistémicas asociadas que necesiten manejo médico pre y/o post operatorio.
 3. **Hernias incisionales que requieran uso de material protésico para su corrección.**
 4. **Hernias inguinoescrotales grandes fijas de larga evolución (hernias por deslizamiento).**
- Los pacientes con hernias que no reúnan los criterios anteriores deberían ser manejados en el programa de cirugía ambulatoria.

TRATAMIENTO

A. CIRUGÍA ELECTIVA:

El manejo quirúrgico tendrá como objetivo el cierre del defecto herniario y dependerá de la localización topográfica, el tipo de hernia y el tamaño del defecto aponeurótico.

1. **Hernia inguinal:** Preferentemente, la reparación del defecto aponeurótico se hará con una técnica libre de tensión con material protésico (Lichtenstein). En los centros donde no se tenga material protésico, también se podrá reparar la hernia con la técnica tradicional con tensión (Shouldice o Bassini).
Las hernias femorales se corregirán con material protésico o mediante sutura para el cierre del canal femoral. En los hombres estas hernias se convertirán en directas para luego cerrarlas con técnica libre de tensión.
2. **Hernia inguinal recidivante:** La corrección se hará con técnica libre de tensión, ya sea en forma abierta o por laparoscopia. En los casos que la hernia vuelva a recidivar, se recomienda la técnica preperitoneal abierta de Stoppa.
3. **Hernias bilaterales:** A menos que existan contraindicaciones técnicas o médicas, las hernias bilaterales se reparan en una misma operación utilizando incisiones separadas o por vía laparoscópica⁵, especialmente en pacientes obesos.

⁵ Nyhus, Lloyd M; Baker & Fisher. "El dominio de la cirugía". Editorial Panamericana. Tomo II. Buenos Aires. 1999.

4. **Hernias de otro tipo:** Se corregirán por medio de cierre del defecto aponeurótico con sutura no absorbible (monofilamento sintético); en caso de defectos muy grandes se usará material protésico.

B. CIRUGÍA DE EMERGENCIA:

1. El manejo inicial, como en toda emergencia, será dirigido a corregir de manera inmediata los problemas hemodinámicos y/o metabólicos del paciente.
2. Se realizarán las evaluaciones e interconsultas pertinentes de acuerdo a cada caso.
3. En presencia de hernia incarcerada dolorosa y/o sospecha de estrangulación, el procedimiento se realizará usualmente bajo anestesia general; si bien se puede utilizar anestesia regional.

La incisión dependerá del sitio anatómico en que se encuentre la hernia y el estado del contenido (isquemia, necrosis y/o perforación). En casos de signos de irritación peritoneal, o que técnicamente no se puede realizar el procedimiento adecuado por la incisión inicial, recomendamos el abordaje por laparotomía exploratoria.

4. El objetivo de intervenir en estos casos de emergencia es corregir los daños viscerales encontrados, el cierre del defecto herniario se practicará dependiendo de las condiciones locales y generales del paciente. En presencia de contaminación, evitar en lo posible, el uso de material protésico.
5. En caso de lesión intestinal se deberá instaurar el siguiente manejo:
 - A. Régimen peritoneal.
 - B. Vigilancia hemodinámica.
 - C. Control de estado abdominal cada 6 horas.
 - D. Si hay evolución satisfactoria, se podrá iniciar la vía oral entre el tercero y quinto día, en forma progresiva.
 - E. Antibióticos. Para peritonitis leve a moderada: Ampicilina /Sulbactam 1.5 a 3 gms. E.V. c/6h.
En Peritonitis severa Ciprofloxacina 200 a 400 mgs E.V. c/12h+ Metronidazol 500 mgs E.V. c /6-8 hs.
 - F. Vigilancia del área operatoria (hematoma, edema escrotal, etc.)

CRITERIOS DE EGRESO

- A los casos electivos no complicados, operados bajo anestesia local, regional o general, se les podrá iniciar la vía oral de la siguiente manera: local: 1 hora después; regional y general: 8 horas después, previa evaluación post quirúrgica.
- Los pacientes operados bajo anestesia local o regional se les dará el alta a las 12 horas después de la cirugía. A los operados bajo anestesia general se les dará el alta 12 horas después de iniciada la vía oral, salvo que se presenten complicaciones o exista contraindicación médica.
- En pacientes operados en condiciones de emergencia y sin compromiso de ningún órgano intraabdominal, se seguirán los lineamientos anteriores.
- En caso de lesión intestinal se deberá dar el alta cuando en el paciente esté restablecido el tránsito intestinal y tolere la vía oral, salvo contraindicación médica.

INCAPACIDAD

De 4 semanas después del ingreso. Se evaluará prorroga en consulta externa de acuerdo a evolución y actividad física que desarrolla en su trabajo.

REFERENCIAS

Control en consulta externa de 4 a 6 semanas post ingreso. Las curaciones y el retiro de puntos se pueden efectuar en el servicio de salud más cercano al domicilio del paciente, a juicio del cirujano. Si el paciente realiza actividad física extrema referirlo al médico de salud ocupacional, para cambio temporal de puesto de trabajo. Se harán las referencias necesarias a otras especialidades de acuerdo a la condición del paciente.

EXAMEN DE SEGUIMIENTO

Control en seis meses y al año.

EDUCACIÓN

1. Evitar el tabaquismo.
2. En pacientes operados por hernia incisional se debe recomendar llegar a su peso ideal.
3. Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de recidiva de la hernia.
4. Evitar esfuerzos físicos extremos en los siguientes 6 meses.

Nº7 GUÍA DE MANEJO PARA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO (ISO) (CIE-10:)

DEFINICIÓN

SITIO QUIRÚRGICO:

Todo lugar donde se generó una herida durante un procedimiento operatorio incluye: piel, tejido celular subcutáneo aponeurosis, músculo, el órgano blanco y la cavidad que lo contiene.

EPIDEMIOLOGÍA

En la actualidad se hace referencia a la infección del sitio quirúrgico como la complicación más frecuente de las heridas operatorias. La herida quirúrgica acompaña a más del 50% de los pacientes hospitalizados. Sus complicaciones más comunes son infección, dehiscencia y defectos en la cicatrización.

CLASIFICACIÓN

Según el grado de contaminación de la herida.

- 1- **Herida limpia:** Herida no infectada, ningún tipo de reacción inflamatoria, no penetración del tracto respiratorio, gastrointestinal, genital, ni urinaria. Incluye la herida con sistema de drenaje cerrado. (Porcentaje de infección 1-5%)
- 2- **Herida limpia contaminada:** penetración del tracto respiratorio, gastrointestinal, genital, o urinario en situación previamente controlada y sin contaminación inusual. (Porcentaje de infección 3-11%).
- 3- **Herida contaminada:** todas aquellas heridas traumáticas y de corta evolución, con contaminación importante del tracto gastrointestinal, con proceso inflamatorio agudo en el que no se encuentra material purulento (porcentaje de infección 10-40%).
- 4- **Herida sucia o infectada:** heridas traumáticas de larga evolución, con presencia de tejidos necróticos, infección o perforación de víscera hueca.

CRITERIOS DE PREDICCIÓN

Sistema SENIC como predictor de riesgo de ISQ.

CRITERIOS A VALORAR	PUNTOS
CIRUGÍA ABDOMINAL	1
CIRUGÍA > 2 HORAS	1
CIRUGÍA CONTAMINADA O SUCIA	1
>3 DIAGNÓSTICOS POST-SALIDA	1
NUMERO DE CRITERIOS POSITIVOS	RIESGO DE INFECCIÓN
0	1.0%
1	3.6%
2	9%
3	17%
4	27%

SENIC: Estudio de la eficacia del control de las infecciones Nosocomiales (CDC Atlanta):

Sistema NNIS como predictor de riesgo de ISO

CRITERIOS A VALORAR	PUNTOS
CLASIFICACIÓN ASA 3,4,5	1
HERIDA CONTAMINADA O SUCIA	1
CIRUGÍA >2 HORAS	1
NUMERO DE CRITERIOS POSITIVOS	RIESGO DE INFECCIÓN
0	1.0%
1	3.0%
2	7.0%
3	15.0%

NNIS Vigilancia nacional de infecciones nosocomiales (CDC Atlanta):

CRITERIOS DE PREVENCIÓN

1- Estado general del paciente.

- ❖ Identificar factores de riesgo modificables.
 - Hiperglicemia
 - Mala nutrición (obesidad, desnutrición).
 - Control respiratorio, hemodinámico, hematológico.
 - Inmuno deficiencia.
 - Tabaquismo y uso de drogas.
 - Enfermedad vascular periférica.

- 2- Disminución del recuento de colonias bacterianas en la región operatoria (bacterias del medio ambiente o bacterias propias del paciente)
- ❖ Ducha preoperatoria noche anterior
 - ❖ Estancia hospitalaria lo más corta posible .
 - ❖ Asepsia y antisepsia de quirófano, recurso humano y paciente.
 - ❖ Evitar rasurado de región operatoria,
 - ❖ Se recomienda recorte de pelo de región operatoria si es necesario.
 - ❖ Erradicar infecciones concomitantes.
 - ❖ Antibioticoterapia profiláctica (30 minutos antes de iniciar la incisión quirúrgica).

Antibióticos recomendados según tipo de cirugía :

- **Cirugía electiva.** En la mayoría de las cirugías (abdominal, vascular periférica, tejidos blandos, ortopédica, etc) se recomienda **cefazolina** 1 gr. E.V. como dosis única. Si el procedimiento dura más de tres horas se administrará una segunda dosis.
- **Cirugía de Colon** (Incluir preparación mecánica).

A) Día preoperatorio

Dieta líquida

Polietilenglicol (Fortrans) 1 litro/hora 2-4 horas ò hasta evidenciar evacuaciones líquidas y claras. En caso de bolsa de Hartmann enemas Evacuantes vía anal con solución salina

Opción inicial:

- Eritromicina 1 gr. Por vía oral 1 pm. , 2 pm. y 11 pm. Alternativa:
Aminosidina 1gm oral 12 md y 11 pm.

B) Día de la Cirugía

Alternativas recomendadas

1. Clindamicina 600 mg. + Amikacina 1gr. Endovenoso.
2. Metronidazol 500 mg. + Gentamicina 1.5 mg/kg. Endovenoso
Si la Cirugía dura más de 3 horas se aplicará una segunda dosis.
3. Ceftriaxona 1.5 gr. Endovenoso.

- **Apendicectomía**

Alternativas recomendadas

1. Clindamicina 600 mg. Y Amikacina 1gr. Endovenoso.

2. Metronidazol 500 mg. Y Gentamicina 1.5 mg/kg. Endovenoso

3. Cefoxitin 1 gr. Endovenoso.

Si la Cirugía dura más de 3 horas se aplicará una segunda dosis.

3- Estado de la herida al final de la Cirugía.

- ❖ Adecuado aporte de oxígeno a los tejidos.
- ❖ Evitar utilización exagerada de cauterio.
- ❖ Tejidos bien vascularizados.
- ❖ Evitar presencia de tejido necrótico, cuerpos extraños, hematomas.
- ❖ Manejo adecuado de apósitos postoperatorios (Evitar cambio de apósito en las primeras 48 horas).

Tipo de cierre de herida:

- Heridas limpias y limpia contaminada realizar cierre primario.
- Heridas contaminadas y sucias se dejarán abiertas (piel y tejido celular subcutáneo).
- Cierre terciario en 3-4 días previa valoración.

Nº8 GUÍA DE MANEJO PARA **INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO** **(CIE-10:)**

DEFINICIÓN

Herida quirúrgica que se acompaña de uno ó más de los signos ó síntomas de infección (dolor, hiperemia, tumefacción, calor local, supuración, fiebre etc.)

EPIDEMIOLOGÍA

La infección del sitio quirúrgico constituye la primera ó segunda causa de infección nosocomial en los hospitales del mundo. La tasa global entre 3-5%.

CLASIFICACIÓN

Dependiendo de la profundidad de la infección:

1. Infección de sitio quirúrgico incisional superficial (piel y tejido celular subcutáneo).
No se incluyen quemaduras, reacción a cuerpo extraño, episiorrafias
2. Infección de sitio quirúrgico incisional profundo (aponeurosis y músculos).
3. Infección del órgano ó de la cavidad que lo contiene.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1- Infección incisional superficial (60-80% de las infecciones).

- Presencia de secreción purulenta.
- Signos locales de infección.
- Cultivo positivo. Realizado de manera aséptica.
- Diagnóstico hecho por el Cirujano.

2- Infección incisional profunda.

- Secreción purulenta proveniente de las capas músculo aponeuróticas.
- Dehiscencia de aponeurosis.
- Absceso que afecta la incisión profunda
- Diagnóstico hecho por el Cirujano.

3- Infección del órgano ó cavidad que lo contiene.

- Secreción purulenta a través de drenos colocados en el órgano ó en el espacio orgánico que lo contiene.

- Cultivo positivo obtenido por técnica aséptica proveniente de líquido ó fluido encontrado en el área del órgano ó en el espacio orgánico.
- Absceso localizado en el espacio orgánico.
- Diagnóstico hecho por el cirujano.

CRITERIOS DE INGRESO

1. Todo Paciente con infección superficial que reúna las siguientes características:
Signos francos de sepsis local (edema, hiperemia, supuración , necrosis).
2. Infección de sitio quirúrgico profundo.
3. Infección del órgano o cavidad que lo contiene.
4. Pacientes con signos y síntomas sépticos

TRATAMIENTO

1. INFECCIÓN INCISIONAL SUPERFICIAL.

- Apertura de la herida.
- Drenaje del material purulento y toma de cultivo de manera aséptica.
- Curación frecuente con solución salina normal.
- Cierre diferido de la herida al encontrarse limpia.
- Se utilizará antibióticoterapia solamente cuando existan signos francos de diseminación (celulitis bacteriana). Cefalosporina de 2ª generación, el cual podrá ser sustituido dependiendo de la evolución clínica y del resultado del cultivo.

Se recomienda como alternativas de Cefalosporina de 2ª generación el uso de Ampicilina.

1 gm E.V. c/6h + Gentamicina 1.7 mg /kg c/8h. ó Ciprofloxacina 200 a 400 mgs E.V. c/12h.

2. INFECCIÓN INCISIONAL PROFUNDA

- Apertura de la herida drenaje de materia purulento y de desbridación con toma de cultivo de manera aséptica.
- Curación frecuente con solución salina normal.
- Antibiototerapia dirigida a bacterias Gram. (-), aerobios facultativos y anaerobios.

Se recomienda iniciar con Cefoxitina 1-2 gr. E.V. c/6 horas ò la combinación Gentamicina 1.7 mg./kg. c/ 8 horas + Clindamicina 150 a 900 mg. c/ 8 horas.

Estos podrán modificarse de acuerdo a evolución clínica y resultado del cultivo.

- ☑ Cierre diferido de los diferentes planos al controlar la infección y la incisión se encuentre limpia.

3. INFECCIÓN DEL ÓRGANO Ó LA CAVIDAD QUE LO CONTIENE

a)- Infección generalizada intrabdominal (peritonitis).

Manejo adecuado de la fuente de contaminación mediante Intervención quirúrgica.

- Remover cuerpos extraños
- Desbridamiento, lavado abundante y drenaje de la cavidad abdominal.
- Desviar contenido intestinal (ostomías) u otras fuentes de infección (secreción pancreática, bilis, etc.)

b)- Infección localizada (abscesos, colecciones intrabdominales)

- En presencia de colección unilocular, bien definida, y accesible el tratamiento consistirá en drenaje percutáneo dirigido por ultrasonografía ó tomografía axial computarizada.
- La intervención quirúrgica está indicada en presencia de abscesos múltiples, abscesos complejos (interasas, esplénicos, del epiplón menor ò mal definidos) y cuando falla el drenaje percutáneo.

ANTIBIÓTICOTERAPIA:

- Cuando el origen de la infección proviene del tracto digestivo superior se recomienda la asociación de una Cefalosporina de tercera generación y un aminoglicocido.
- Cuando el origen de la infección se encuentra en el tracto digestivo inferior se recomienda las combinaciones siguientes:
 - Cefalosporina (de tercera generación) asociada a un antianaerobio o un aminoglicocido asociado a un antianaerobio
 - Ciprofloxacina asociado a un antianaerobio.

Dosis recomendada:

- ☑ Ceftriazona 1-2 gr. E.V. cada 12 -24 horas
- ☑ Gentamicina 1.7 mg. / Kg./ E.V.dosis cada 8 horas.
- ☑ Amikacina 7.5 mg./kg./ E.V.dosis cada 12 horas
- ☑ Metronidazol iniciar con 15 mg./kg./dosis E.V. y luego 7.5 mg/kg/dosis E.V. cada 6 horas.
- ☑ Clindamicina 600mg E.V. cada 8 horas.
- ☑ Ciprofloxacina 200-400 mg. E.V. c/12 horas.
- ☑ **La antibioterapia se suspenderá cuando :**
 - El paciente se encuentre Afebril, recuento leucocitario normal, recuento de bandas menor de 3% por mas de 48 horas.
 - Mejoría clínica.

CRITERIO DE EGRESO

Los criterios de egreso, incapacidad laboral y las referencias dependerán de la patología de base por la que se practicó la Cirugía. Retiro de puntos de 10 a 15 días en la unidad medica correspondiente.

Nº9 GUÍA DE MANEJO DE
ENFERMEDAD HEMORROIDAL (E.H.)
(CIE-10:I-84)

DEFINICIÓN

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Ingurgitación de los cojinetes hemorroidales con dilatación y estiramiento en sentido distal del ligamento de Treitz. Los cojinetes están localizados en el conducto anal en sitios bien definidos: lateral izquierdo, anterolateral derecho y posterolateral derecho.

HEMORROIDES

Formaciones anatómicas normales de naturaleza vascular, más arterial que venosa, situadas en la submucosa y anodermo del canal anal.

EPIDEMIOLOGÍA

Enfermedad más frecuente del canal anal de etiología desconocida que afecta por igual ambos sexos, la prevalencia es mayor entre la tercera y sexta década de la vida. No se conoce con exactitud la prevalencia global. Esta muy relacionada a la dieta baja en fibra, sedentarismo y al estreñimiento.

CLASIFICACIÓN

➤ **SEGÚN SU LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:**

- 1- Externas (debajo de la línea anorectal)
- 2- Internas (arriba de la línea anorectal)
- 3- Mixtas (ambas localizaciones)

➤ **SEGÚN EL GRADO DE PROLAPSO MUCOSO TRANSANAL**

(A utilizarse como guía terapéutica).

- Grado I:** Protruye dentro dentro de la luz pero no sale del canal anal
- Grado II:** Prolapsa externamente durante el esfuerzo defecatorio, se reduce espontáneamente.
- Grado III:** Prolapsa externamente durante el esfuerzo defecatorio pero requiere Reducción digital
- Grado IV:** No reducibles.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Sangrado transanal indoloro durante la defecación, sensación de inflamación perianal, masa palpable, prolapso de los cojinetes, prurito anal y ocasionalmente dolor.

TROMBOSIS HEMORROIDAL. Puede ser única o múltiple

Única: masa palpable perianal muy dolorosa, de coloración azul oscuro.

Múltiple: Tumefacciones múltiples acompañadas de edema de la piel perianal y/o prolapso de las hemorroides internas, secreción serohemática, dolor.

LABORATORIO:

No existen exámenes de laboratorio específicos. Se indicaran los exámenes preoperatorios y evaluaciones pertinentes según edad y enfermedades concomitantes al existir indicación quirúrgica.

GABINETE:

- **Anoscopia** Indispensable para confirmar diagnóstico

CRITERIOS DE INGRESO

Todo paciente con cuadro agudo de Trombosis múltiple ò enfermedad hemorroidal acompañada de sangrado anemizante será ingresado a observación en el servicio de emergencia.

La cirugía hemorroidal electiva debe ser ambulatoria. Solamente serán ingresado aquellos pacientes con enfermedades concomitantes que requieran tratamiento médico pre ó post operatorio.

TRATAMIENTO

MANEJO MEDICO:

El 80% de los casos con enfermedad hemorroidal grado 1 y 2 responden a este

TRATAMIENTO:

- ❖ Dieta rica en fibra
- ❖ Psyllium plantado equivalente a una cucharada (15 ml.) una a dos veces al día
- ❖ Recomendar ejercicios
- ❖ Baños de asiento (sediluvios) durante 10 minutos 3 veces al día

- ❖ Tratamiento tópico: aunque no existe consenso de su beneficio podrán ser utilizados aquellos que contengan un anestésico local, emolientes y/o lubricantes. (xilocaína al 2% + dobesilato de calcio) aplicada 2 v/d.
- ❖ Analgésicos: Podrán ser utilizados cualquiera de las siguientes opciones:
 - Ibuprofeno 400 mgs c/8h. oral.
 - Diclofenac Sódico 50 mgs c/ 8 -12h oral.
 - Acetaminofén 300-500 mgs, c/6h. oral.

PROCEDIMIENTOS ALTERNOS Y CIRUGÍA:

E.H. GRADO I CON SANGRADO FRECUENTE.	Colocación de bandas de goma
E.H. GRADO II.	Colocación de bandas de goma
E.H. GRADO III	Hemorroidectomía (técnica abierta) Mucosectomía (técnica de Longo con utilización de engrapadora circular)
E.H. GRADO IV	Hemorroidectomía (técnica abierta)
TROMBOSIS HEMORROIDAL ÚNICA.	Drenaje quirúrgico de hematoma Subcutáneo.
TROMBOSIS HEMORROIDAL MÚLTIPLE	Cuando el diagnóstico se haya realizado en las primeras 48 hs. de iniciado el cuadro agudo se practicará hemorroidectomía de emergencia (técnica abierta). Después de 48 hs. es preferible el manejo médico siguiendo las recomendaciones previamente descritas.
Cuando se practique hemorroidectomía enviar muestra para estudio histopatológico.	

CRITERIO DE EGRESO

- Tolerancia a la vía oral
- Micción y defecación espontánea
- Control del dolor, sangrado e inflamación perianal

INCAPACIDAD:

La incapacidad laboral será de 21 a 30 días posterior a la cirugía.

REFERENCIAS

- Con el cirujano tratante entre la cuarta y sexta semana postoperatorio.
- Con otras especialidades, dependiendo enfermedades concomitantes.

EDUCACIÓN

MEDIDAS HIGIÉNICAS DIETÉTICAS

- 1- Dieta rica en fibra,
- 2- Ingesta de líquidos abundantes,
- 3- Aseo perianal y baños de asiento con agua tibia 3 v/d.,
- 4- No uso de papel de aseo.

N°10 GUÍA DE MANEJO DE FISURA ANAL **(CIE-10: K-60.2)**

DEFINICIÓN

Ulceración lineal dolorosa del canal anal que se extiende desde la línea dentada hasta el margen del ano.

EPIDEMIOLOGÍA

Enfermedad característica del adulto joven y edad media, su frecuencia es igual en ambos sexos; representa entre el 5% y 10% de la consulta proctológica y el 10% de intervención quirúrgica del área anal. Se desconoce la causa exacta, su etiología se relaciona con isquemia del anodermo principalmente en la comisura posterior (90% de las fisuras son posteriores), heces duras y grandes, dieta baja en fibras y abuso de laxantes.

CLASIFICACIÓN

SEGÚN SU ETIOLOGÍA:

- a- Ideopáticas (80 % - 90%)
- b- Secundarias (Sífilis, Tuberculosis, Leucemia, SIDA, Enfermedad Crohn, Colitis ulcerosa etc.)

SEGÚN SU EVOLUCIÓN CLÍNICA

- a- Agudas
- b- Crónicas (criterios de cronicidad: hemorroide centinela, úlcera lineal con bordes indurados, papila anal hipertrofia)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Dolor anal urente que se exacerba con la defecación acompañado de sangramiento escaso e intermitente. A la inspección se observa la úlcera y puede ir acompañada de pequeña elevación de piel (hemorroide centinela). El tacto rectal generalmente es doloroso debido a hipertonia esfinteriana y puede palparse los borde endurecidos de la úlcera y la papila anal aumentada de tamaño.

En presencia de una fisura anal de localización atípica (fuera de la línea media ó múltiple) debe sospecharse enfermedades inflamatorias crónicas, sífilis, leucemia, SIDA etc.

LABORATORIO:

No hay exámenes específicos para el diagnóstico de fisura Ideopáticas. En presencia de una fisura atípica se enviarán los exámenes pertinentes de acuerdo a la sospecha etiológica.

Se indicaran los exámenes y evaluación preoperatorios dependiendo de la edad y las enfermedades asociadas al existir indicación quirúrgica.

GABINETE:

Únicamente las fisuras atípicas deben someterse a rectosigmoidoscopia, estudio bacteriológico y biopsia para descartar patologías asociadas

CRITERIOS DE INGRESO

El manejo médico y quirúrgico de las fisuras anales generalmente es ambulatorio, únicamente se ingresarán pacientes con fisuras atípicas y padecimientos asociados que necesiten estudios ó manejos especiales.

TRATAMIENTO

FISURA AGUDA:

- Dieta rica en fibra
- Ingesta Abundante de líquidos
- Ablandadores del bolo fecal (laxantes de volumen)
- Baños de asiento con agua tibia (sediluvio) durante 10 minutos 3 veces al día.
- Pomadas tópicas con anestésico local preferentemente sin esteroides(xilocaína al 2 % + Dobecilato de calcio) aplicada 2 v/d.

Estas medidas son efectivas en el 90% de los casos para la cicatrización temporal de la fisura.

FISURA CRÓNICA:

- El tratamiento es quirúrgico: Esfinterotomía anal lateral interna con receción de la fisura (fisurectomía) enviando muestra para estudio histopatológico.

INCAPACIDAD:

- Los pacientes manejados por fisuras agudas generalmente no son sujetos de incapacidad.
- En caso de cirugía la incapacidad laboral será de 15-21 días posterior a la realización quirúrgica.

REFERENCIAS

- Con el cirujano tratante 4 ó 6 semanas posteriores a la cirugía.
- Casos de fisuras atípicas deben de ser referidas al coloproctólogo

EDUCACIÓN

MEDIDAS HIGIÉNICAS DIETÉTICAS

1. Dieta rica en fibra
2. Ingesta de líquidos abundantes
3. Aseo perianal y baños de asiento con agua tibia 3 v/d.
4. No uso de papel de aseo.

Nº11 GUÍA DE MANEJO DE ABSCESOS Y FÍSTULAS ANO RECTALES (CIE-10 : K-61.2, 60.5)

DEFINICIÓN

Enfermedad supurativa anorectal caracterizada por presentarse en su forma aguda como un absceso y en su forma crónica como una fístula anoperineal.

EPIDEMIOLOGÍA

90% - 95% de los abscesos como las fístulas tienen un origen común (criptoglandular) excepto las fístulas extraesfintéricas que son generalmente de origen pélvico.

Representan uno de los cinco padecimientos más frecuentes de consulta coloproctológica; su frecuencia es mayor en hombre que en mujeres en proporción de 3 a 1. El 50% de los abscesos progresan a fístulas.

CLASIFICACIÓN

SEGÚN ETIOLOGÍA:

- a- Inespecíficas (95%) criptoglandular
- b- Específicas (5%)
 - Trauma anorectal
 - Cuerpos extraños
 - Enfermedades inflamatorias inespecíficas
 - Neoplasias
 - Radioterapia
 - Inmunosupresión etc.

DEPENDIENDO DE LA LOCALIZACIÓN:

Abscesos:

- a- Perianal (50%)
- b- Interesfintérico (30%)
- c- Isquiorectal (15%)
- d- Submucoso (4%)
- e- Supraelevador (1%)

DEPENDIENDO DE LA ORIENTACION DEL TRAYECTO FISTULOSO

Fístulas

- a- Interesfintericas (45%)
- b- Transefintéricas (30-40%)
- c- Supraesfintérica (4%)
- d- Extraesfintérica (2%) origen pélvico

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Abscesos:

El síntoma principal es el dolor que se localiza en el conducto anal, región perianal o en las fosas isquiorectales, que aumenta con la maniobra de valsalva (tos, pujo) y disminuye con el drenaje espontáneo ó quirúrgico. Si el absceso se encuentra en el espacio supraelevador el dolor es mal localizado e irradiado al abdomen. Pueden acompañarse de fiebre, tumefacción, eritema y provocar dificultad a la bipedestación o al sentarse.

Fístula:

Se presenta con inflamación, dolor y secreción hemopurulenta a través del orificio fistulosos secundario de tipo intermitente el cual se observa edematoso ò con formación de tejido de granulación periorificial. El orificio puede localizarse en diferentes sitios de la región perineal.

LABORATORIO:

El Leucograma puede demostrar Leucocitosis con Neutrofilia. Otros exámenes de acuerdo a la sospecha etiológica (tuberculosis, leucemias, neoplasias etc.)

GABINETE:

Se practicarán según el caso y sospecha diagnóstica:

- Anoscopia
- Rectosigmoidoscopia
- Ultrasonografía endoanal ó endorectal
- Fistulografía: es de utilidad para definir el trayecto de una fistula extrafinterica de origen pélvico (absceso apendicular, diverticulitis, etc.)

CRITERIOS DE INGRESO

Todo paciente con diagnóstico o sospecha de absceso ano rectal será ingresado a observación del servicio de emergencia.

Los pacientes con fístulas anoperineal únicamente serán ingresados para realizar intervención quirúrgica electiva.

TRATAMIENTO

Abscesos:

- a- Drenaje quirúrgico: Este debe realizarse inmediatamente después de hacer el diagnóstico de certeza, sin esperar a que el absceso fluctúe o "madure". (la incisión se hará lo más cercanamente posible al orificio anal).
- b- Antibióticoterapia: esta será utilizada solamente en casos de celulitis extensa, alteraciones inmunitarias, diabetes o cardiopatía valvular.

Se recomienda una cefalosporina de tercera generación o bien la combinación un aminoglicosido y un antianaerobio; así:

- CEFTRIAXONA 1-2 gms E.V. c /12-24 h.
- GENTAMICINA 1.5 MGS / Kg c/8h. + METRONIDAZOL 500 mg E.V. c /8 h.

Fístulas:

- a- **F. simples:** Fistulotomía con curetaje del trayecto fistuloso
- b- **F. Complejas:** Serán intervenidas por coloproctólogo
 - Si el trayecto sobrepasa al músculo puborectal se practicará fistulotomía, curetaje del trayecto y colocación de sedal.
 - Si el trayecto de la fístula comunica con la cavidad pélvica (F.extraesfintérica) el tratamiento quirúrgico será resolver el problema abdomino pélvico que la origino.

CRITERIOS DE EGRESO

TOLERANCIA A LA VÍA ORAL, Micción y defecación espontánea, Proceso infeccioso controlado (no fiebre, Leucograma normal, no dolor en región operatoria).

INCAPACIDAD:

ABSCESOS:

Incapacidad laboral entre 7 a 10 días a partir de la fecha de la operación, prorrogables dependiendo gravedad y evolución.

FÍSTULAS:

21 a 30 días a partir de la fecha del ingreso prorrogable de acuerdo a la evolución.

REFERENCIAS

ABSCESOS:

Con el cirujano tratante en la unidad medica de adscripción entre el séptimo y décimo día postoperatorio.

FÍSTULAS:

Entre 4 a 6 semanas postoperatoria.

Las recidivantes deben ser referidas a coloproctologo

CON OTRAS ESPECIALIDADES DEPENDIENDO DE LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS.

EDUCACIÓN

Medidas higiénico dietéticas:

- Dieta rica en fibra
- Ingesta abundante de agua
- Aseo perianal y Baños de asiento con agua tibia tres veces al día
- Instrucción sobre signos y síntomas de recidiva.
- Evitar uso de papel de aseo.

OBSERVANCIA DE LAS GUÍAS

La vigilancia del cumplimiento de las presentes **Guías de Manejo de Cirugía general** corresponde a las direcciones de Centros de atención del ISSS a nivel nacional, donde se proporciona atención quirúrgica, en el ámbito de sus competencias.

VIGENCIA DE LAS GUÍAS

Las presentes guías entrarán en vigencia a partir de esta fecha y sustituyen a todas las guías e instructivos que han sido elaborados previamente por los diferentes centros de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. GUÍA DE MANEJO DE APENDICITIS AGUDA:

- ☛ MAINGOTH. " OPERACIONES ABDOMINALES" . TOMO I. AÑO 2000.
- ☛ Sabiston. "Tratado de patología Quirúrgica" Tomo I. Año 1999.
- ☛ Schwartz, Shires, Spencer. " Principios de cirugía" Vol. II. 7ª Edición. Año 2000.
- ☛ Felac "HIQ" Curso avanzado para cirujanos, editorial Marcela Caldas Cano, Santa Fe de Bogota Colombia 1999.

2. GUÍA DE MANEJO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:

- ☛ MAINGOTH. " OPERACIONES ABDOMINALES" . TOMO II. AÑO 2000.
- ☛ SABISTON. "TRATADO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA" TOMO I. AÑO 1999.
- ☛ SCHWARTZ, SHIRES, SPENCER. " PRINCIPIOS DE CIRUGÍA" VOL. I. 7ª EDICIÓN. AÑO 2000.
- ☛ NYHUS, LLOYD M.; BAKER & FISHER. "EL DOMINIO DE LA CIRUGÍA". EDITORIAL PANAMERICANA. TOMO I BUENOS AIRES. 1999
- ☛ Felac "HIQ" Curso avanzado para cirujanos, editorial Marcela Caldas Cano, Santa Fe de Bogota Colombia 1999.

3. GUÍA DE MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA

- ☛ Maingoth. " Operaciones abdominales" . Tomo II. Año 2000.
- ☛ Sabiston. "Tratado de patología Quirúrgica" Tomo I. Año 1999.
- ☛ Schwartz, Shires, Spencer. "Principios de cirugía" Vol. II. 7ª Edición. Año 2000.
- ☛ Nyhus, Lloyd M.; Baker & Fisher. "El dominio de la cirugía". Editorial Panamericana. Tomo I Buenos Aires. 1999.
- ☛ Felac "HIQ" Curso avanzado para cirujanos, editorial Marcela Caldas Cano, Santa Fe de Bogota Colombia 1999.

4. GUÍA DE MANEJO DE LITIASIS BILIAR:

- ☛ Maingoth. " Operaciones abdominales" . Tomo II. Año 2000.
- ☛ Sabiston. "Tratado de patología Quirúrgica" Tomo II. Año 1999
- ☛ Schwartz, Shires, Spencer. " Principios de cirugía" Vol. II. 7ª Edición. Año 2000.
- ☛ Nyhus, Lloyd M.; Baker & Fisher. "El dominio de la cirugía". Editorial Panamericana. Tomo II. Buenos Aires. 1999.
- ☛ Felac "HIQ" Curso avanzado para cirujanos, editorial Marcela Caldas Cano, Santa Fe de Bogota Colombia 1999

5. GUÍA DE MANEJO DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR:

- ☛ Maingoth. "Operaciones abdominales". Tomo I y II. Año 2000.
- ☛ Sabiston. "Tratado de patología Quirúrgica" Tomo I. Año 1999.
- ☛ Schwartz, Shires, Spencer. "Principios de cirugía" Vol. II. 7ª Edición. Año 2000.
- ☛ Nyhus, Lloyd M.; Baker & Fisher. "El dominio de la cirugía". Editorial Panamericana. Tomo I. Buenos Aires. 1999

6. GUÍA DE MANEJO DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

- ☛ Maingoth. "Operaciones abdominales". Tomo I. Año 2000.
- ☛ Sabiston. "Tratado de patología Quirúrgica" Tomo II. Año 1999.
- ☛ Schwartz, Shires, Spencer. "Principios de cirugía" Vol. II. 7ª Edición. Año 2000.
- ☛ Nyhus, Lloyd M.; Baker & Fisher. "El dominio de la cirugía". Editorial Panamericana. Tomo II. Buenos Aires. 1999
- ☛ ROESCH DIETLEN, Federico. "Hernias de la pared abdominal". Editorial El manual Moderno. México. 2001.

7. GUÍA DE MANEJO PARA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO

- ☛ FELAC, Federación Latinoamericana de cirugía. "HIQ Herida e infección quirúrgica". Bogotá Colombia 1999.
- ☛ Clínicas quirúrgicas de Norteamérica "Infecciones quirúrgicas" volumen 3/1994. Director. Edwin A. Deitch, MD.
- ☛ Sabiston. "Tratado de patología Quirúrgica" Tomo I. Año 1999.

8. GUÍA DE MANEJO PARA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO

- ☛ FELAC, Federación Latinoamericana de cirugía. "HIQ Herida e infección quirúrgica". Bogotá Colombia 1999.
- ☛ Clínicas quirúrgicas de Norteamérica "Infecciones quirúrgicas" volumen 3/1994. Director Edwin A. Deitch, MD.
- ☛ Sabiston. "Tratado de patología Quirúrgica" Tomo I. Año 1999

9. GUÍA DE MANEJO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL

- ☛ Heraus Geber, H. J. Peipen, M. Allgauer Chirurgische Gastro-Enterologie tomo II (editorial) springer – verlag berlin – new york 1994.
- ☛ Fernando López – Ríos Fernández Enfermedades Anorectales diagnóstico y tratamiento editorial: harcourt brace 1999 – 1ª. Edición
- ☛ Stanley Goldberg, Phipip Gordon, Santhat Nivatvongs- Fundamentos de Cirugía Anorectal editorial limusa 1986

10. GUÍA DE MANEJO DE FISURA ANAL

- ☛ Heraus Geber, H. J. Peipen, M. Allgouer Chirurgische Gastro-Enterologie tomo II (editorial) springer – verlag berlin – new york1994.
- ☛ Fernando López – Ríos Fernández Enfermedades Anorectales diagnostico y tratamiento editorial: harcourt brace 1999 – 1ª. Edición
- ☛ Stanley Goldberg, Phipip Gordon, Santhat Nivatvongs- Fundamentos de Cirugía Anorectal editorial limusa 1986.

11. GUÍA DE MANEJO DE ABSCESOS Y FISTULAS AÑO RECTALES

- ☛ Heraus Geber, H. J. Peipen, M. Allgouer Chirurgische Gastro-Enterologie tomo II (editorial) springer – verlag berlin – new york1994.
- ☛ Fernando López – Ríos Fernández Enfermedades Anorectales diagnostico y tratamiento editorial: harcourt brace 1999 – 1ª. Edición
- ☛ Stanley Goldberg, Phipip Gordon, Santhat Nivatvongs- Fundamentos de Cirugía Anorectal editorial limusa 1986

VIGENCIA

Las presentes Guías de Manejo de Cirugía General del Instituto Salvadoreño de Seguro Social, entrarán en Vigencia a partir del mes de julio de 2004 y sustituye a todas las guías e instructivos que han sido elaborados previamente por los diferentes Centros de Atención.

San Salvador, abril de 2004.

Vo.Bo.:

DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA

Jefe División Técnica Normativa

DR. CARLOS FIGUEROA BALTODANO

Sub director de Salud.



PROCESO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2004

Snl/Djgav.