



“Vigencia de la operación de Hartmann en el tratamiento de la diverticulosis colónica complicada”

“Estudio realizado en pacientes tratados durante el periodo 2009-2018, en Hospital de Clínicas de Montevideo”.

Metodología Científica II, año 2019, grupo 32.

da Silva Bottaro, Sofía

De Moraes Barros Stephan, Carolina

Méndez Araujo, Verónica

Ripoll Jure, Monserrat

Silva Ferraz, Marilena

Souza Silva, Lucía

Docentes responsables:

Carlos Barberousse. Prof. Agdo Clínica Quirúrgica A

Luciano Ramirez. Asist. Clínica Quirúrgica A

Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Clínica Quirúrgica A.

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

Resumen.....	2
Introducción.....	4
Objetivo general y objetivos específicos.....	10
Metodología.....	11
Resultados.....	13
Discusión.....	19
Conclusiones y perspectivas.....	22
<i>Conflicto de intereses</i>	
<i>Dificultades</i>	
Referencias bibliográficas.....	24
Agradecimientos.....	27
Anexos.....	28

RESUMEN:

Estudio observacional, descriptivo y transversal, analítico en pacientes mayores de 20 años, con diagnóstico de diverticulosis colónica complicada, operados en el Hospital de Clínicas en el periodo 2009-2018.

Objetivo: evaluar la vigencia de la intervención de Hartmann en el tratamiento de la diverticulosis colónica complicada frente a otras técnicas disponibles en la actualidad.

Método: Se estudió el manejo actual de la diverticulosis complicada, accediendo a historias clínicas y mediante encuestas telefónicas. Se analizaron las siguientes variables: procedimientos quirúrgicos, complicaciones perioperatorias, reintervenciones, tasa y tiempo de reconstrucción y mortalidad.

Resultados: Se operaron 27 pacientes. La media de edad fue de 59,4. Veinticuatro de urgencia, en 19 de los cuales se realizó una resección. En 15 de ellos se realizó un procedimiento de Hartmann, en tres una anastomosis primaria y en uno se abocaron ambos cabos en “cañón de escopeta”. Los cinco restantes fueron abordados en forma laparoscópica, sin resección, con lavado y drenaje. A los tres intervenidos de coordinación se les realizó una resección con anastomosis primaria. Presentaron complicaciones perioperatorias 11 pacientes. La mortalidad perioperatoria fue de cuatro pacientes, correspondiendo todos a la operación de Hartmann. La tasa de reconstrucción fue seis de 11 pacientes sobrevivientes.

Conclusión: En la presente serie, si bien es corta, reproduce lo revisado en la bibliografía. La operación de Hartmann mantiene vigencia y es el procedimiento más utilizado. Siendo su morbilidad considerable y la tasa de reconstrucción de aproximadamente en la mitad de los pacientes. La anastomosis primaria debe ser reservada para casos seleccionados, y el desarrollo de la cirugía laparoscopia también ha permitido procedimientos conservadores, como el lavado y drenaje, evitando la resección en agudo. La tendencia es cada vez mayor a utilizar abordaje laparoscópico y drenaje.

Palabras claves: diverticulosis colónica, operación de Hartmann, clasificación de Hinchey, colostomía, reconstrucción.

Abstract:

Descriptive and cross-sectional observational study, in patients older than 20 years, with diagnosis of complicated colonic diverticulosis, operated at Hospital de Clínicas period 2009-2018.

Objective: evaluate the validity of Hartmann's intervention in the treatment of complicated colonic diverticulosis versus other techniques currently available.

Method: The current management of complicated diverticulosis was studied accessing medical records and through telephone surveys. The following variables were analyzed: surgical

procedures, perioperative complications, reinterventions, reconstruction rate and time and mortality.

Results: Veintisiete patients were operated. The average age was 59.4. Twenty-four were emergencies, in 19 a resection was performed. In 15 a Hartmann procedure was performed, in three a primary anastomosis and in one both ends were engaged in “shotgun spout”. The remaining five were approached laparoscopically, without resection, with washing and drainage. Three intervened patients underwent a resection with primary anastomosis, 11 patients presented perioperative complications. Perioperative mortality resulted in four patients, all corresponding to Hartmann’s operation. The reconstruction rate was six of 11 surviving patients.

Conclusion: In this series, although it is short, it reproduces what is reviewed in the bibliography. The Hartmann operation remains valid and is the most used procedure. Having a considerable morbimortality and the reconstruction rate of approximately half of the patients. Primary anastomosis should be reserved for selected cases. The development of laparoscopic surgery has also allowed conservative procedures, such as washing and drainage, avoiding acute resection. Increasing tendency to use laparoscopic approach and drainage.

Keywords: colonic diverticulosis, Hartmann operation, Hinchey classification, colostomy, reconstruction.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad diverticular fue descrita por Alexis Littre por primera vez a fines de 1700. Comenzó a considerarse un problema de salud cuando su incidencia aumentó drásticamente a principios del siglo XX dado a la realización de autopsias que informaban la presencia de esta patología en los mismos (1). Es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial y se ha convertido en una carga importante para los sistemas de salud. Su incidencia depende de la edad, a medida que la población envejece esta se incrementa; siendo infrecuente en menores de 30(1), aumentando luego de los 40, llegando a una incidencia del 65% en personas de 80 años(2). En cuanto a los pacientes jóvenes, a pesar de su escasa frecuencia, la agudización de esta patología es más agresiva, aunque menos extensa. Además tienen una mayor tendencia a la recurrencia en comparación con pacientes de mayor edad, por lo que esto obliga a un reconocimiento y tratamiento inmediato(1)(3).

Se cree que la etiopatogenia de la enfermedad diverticular es multifactorial, siendo el factor principal una dieta pobre en fibras y rica en carbohidratos y proteínas, a la que se suman las causas genéticas(4)

La diverticulosis es una afección dada por la presencia de divertículos en el intestino, estos son herniaciones saculares de la mucosa y submucosa que protruyen a través de la capa muscular de la pared colónica donde penetra la vasa recta, más frecuentemente en zonas inter tenías, que pueden ser únicas o múltiples, congénitas o adquiridas.

Es un conjunto de cambios anatómicos y fisiopatológicos en relación a la presencia de divertículos a nivel del colon; que afecta sobre todo al sigmoides pero no exclusivamente.

Los divertículos pueden ser falsos, también llamados de pulsión, ó verdaderos. Los primeros son adquiridos debido al aumento de la presión intra colónica durante las contracciones segmentarias del colon y afectan a la mucosa/submucosa/serosa, y los verdaderos son congénitos debido a un debilitamiento de toda la pared de colon pudiendo afectar todas las capas.

La mayoría de los divertículos son pseudodivertículos, que pueden variar en número, desde solitarios hasta centenares, suelen medir desde 5-10 mm de diámetro hasta 2 cm, y excepcionalmente pueden hallarse divertículos gigantes.(4)

La forma de presentación más frecuente de la diverticulosis es la asintomática, la detección de divertículos es uno de los hallazgos más comunes realizados durante estudios imagenológicos o endoscópicos. Cuando se presentan síntomas se habla de enfermedad diverticular, estos se pueden clasificar en inflamatorios y no inflamatorios. Los síntomas inflamatorios corresponden a un 75% (5) y dentro de estos se pueden dividir en infecciosos y no infecciosos. El dolor abdominal, es un síntoma frecuente de esta patología, pudiendo estar presente, tanto en la inflamatorio como la no inflamatoria(5). El mismo es característico que sea de inicio brusco,

persistente y recurrente, localizado en fosa iliaca izquierda. Es frecuente que se incremente luego de las comidas y que se alivie de forma característica tras la defecación o expulsión de gases. Puede estar acompañado de fiebre y síntomas similares al síndrome de intestino irritable, dado por la presencia de distensión abdominal junto con alteraciones del hábito defecatorio impactando en la calidad de vida del paciente(4).

Con respecto a la clasificación de etiología infecciosa y debido a sus episodios repetidos, encontramos complicaciones que en conjunto forman parte de la enfermedad diverticular complicada, tales como abscesos, fístulas, estenosis, perforación. En cuanto a las complicaciones no infecciosas encontramos a las enterorragias.

El diagnóstico de una diverticulitis aguda complicada suele sospecharse a través de la anamnesis y el examen físico confirmándose luego mediante pruebas complementarias como la ecografía, y tomografía computarizada de abdomen.

Los abscesos, constituyen la complicación supurativa de un flemón. La diseminación limitada de la perforación da lugar al mismo, mientras que al seguir avanzando (aunque manteniéndose localizado) se crea un absceso. Clínicamente se presenta con fiebre y leucocitosis, a pesar del tratamiento antibiótico, o ante la presencia de una masa en la exploración física.(6)

De manera clásica el algoritmo diagnóstico-terapéutico de la enfermedad se ha basado desde 1978 en la clasificación de Hinchey, que emplea una escala ordinal creciente, en etapas de 0 a IV, para categorizar el grado de severidad(3)(7). La misma ha sufrido modificaciones a lo largo de los años y es tomada en cuenta como un factor predictor de mortalidad(5).

Hinchey		Hinchey modificada	
I	Absceso o flemón pericólico	0	Diverticulitis clínica leve
		Ia	Pared colónica engrosada/inflamación pericólica confinada
II	Absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal	Ib	Absceso pericólico pequeño confinado (<5cm)
		II	Absceso pélvico, intraabdominal distante o retroperitoneal
III	Peritonitis purulenta generalizada	III	Peritonitis purulenta generalizada
		IV	Peritonitis fecaloidea
IV	Peritonitis fecaloidea		

Los pacientes dentro del estadio Hinchey III generan gran dificultad a la hora de decidir el procedimiento óptimo para su tratamiento, por el contrario no cabe duda que los pacientes con Hinchey IV (peritonitis fecaloidea) se benefician de la realización del procedimiento de Hartmann hablando en términos de mortalidad(8)(9).

La formación de fístulas, como lo mencionamos anteriormente, es una de las complicaciones de la diverticulitis, su incidencia parece estar en aumento y ocurre en aproximadamente el 12% de los pacientes(10)(11). Estas se tratan de conexiones entre dos superficies epitelizadas que se nombran o clasifican según los órganos que conecta. Las fístulas colovesicales son las más frecuentes, seguidas de las colovaginales, colo-cutáneas y entero-cólicas(3). La edad promedio de presentación es entre 55 y 75 años. Predomina en el sexo masculino frente a las mujeres, dada la protección que otorga el útero.

Los síntomas incluyen neumaturia, dolor abdominal, cistitis, fecaluria y en menor medida diarrea y hematuria. Para confirmar el diagnóstico y determinar la etiología subyacente se pueden requerir varios estudios, uno de ellos la tomografía axial computada con más del 90% de precisión.

Por otro lado, según artículos consultados, se ha observado obstrucción intestinal en el 20% de los pacientes operados por diverticulitis complicada(12), la misma se da a causa del edema (colónico, o peri-colónico) o por compresión debido a un absceso. En su mayoría son parciales, y se produce como resultado de una combinación de edema, espasmo intestinal y cambios inflamatorios crónicos(3). Siendo la completa relativamente rara, correspondiendo al 10% del total, requiriendo intervención quirúrgica urgente(1).

Los síntomas en estos casos pueden presentarse de forma brusca, pero en la mayoría se dan como resultado de múltiples procesos inflamatorios llevando a una fibrosis que determina dicha complicación(1).

Respecto a la hemorragia como complicación no infecciosa, la enfermedad diverticular es una causa común de sangrado digestivo bajo, responsable de 30% a 50% de los casos(1). Se estima hasta un 15% de pacientes con diverticulosis sangrara en algún momento de su vida.

La hemorragia se produce debido a la estrecha relación anatómica entre los divertículos y las ramas penetrantes de la arteria marginal del colon, originándose por lesión estructural directa del vaso, por la presencia de sustancias que originan daño químico o mecánico en el divertículo. La hemorragia suele ser cuantiosa y en un tercio de los casos, requiere de soporte transfusional. Cede espontáneamente en el 75%, pero una tercera parte experimentan recidiva.

El tratamiento de la diverticulitis aguda complicada Hinchey I, debe realizarse inicialmente con antibiótico intravenoso, mientras que la Hinchey II si son abscesos de pequeño tamaño pueden ser manejados de forma conservadora con antibióticos intravenoso(1). Si no responde a esta

medida o tiene un tamaño superior a 4-5cm se indica drenaje percutáneo guiado por ecografía o por tomografía computarizada(13). Únicamente abscesos de difícil abordaje, multiloculares o refractarios al drenaje percutáneo son tributarios de cirugía. La controversia se genera en casos de Hinchey II con grandes abscesos o no accesibles percutáneamente, y finalmente estadio Hinchey III/ IV donde no se discute que el tratamiento a realizar debe ser quirúrgico. Casi todos los autores coinciden en la necesidad de resecar el colon afectado, inflamado y perforado; sin embargo, en cuanto a la técnica quirúrgica, algunos defienden la realización de anastomosis primaria y otros la operación de Hartmann(9)(2)(7). Dentro de los tratamientos quirúrgicos tenemos el que clásicamente se ha utilizado desde que Henri Hartmann en 1921 lo describiera, el cual consta en resecar el colon sigmoides afectado, realizando una colostomía en el colon proximal, y el cierre y abandono del cabo distal en la pelvis(5).

La colostomía es el abocamiento del colon a la piel, en un sitio diferente al ano, dejando salir contenido colónico a su través. Existen diferentes tipos, clasificándose según su morfología (terminales o laterales), capacidad de continencia (continentes o incontinentes), posibilidad de restablecimiento del tránsito colónico (transitorias o definitivas), y al procedimiento quirúrgico empleado. También existe colostomía en cañón de escopeta, de tipo terminal, es decir, interrumpen totalmente la continuidad colónica y tienen por objeto derivar todo el contenido intestinal. Este tipo de colostomía no siempre se puede realizar por motivos técnicos (divertículos son más frecuentes en colon sigmoides, por lo tanto al resecar el segmento afectado, no basta con la longitud del cabo distal para poder abocarse al exterior), de ser posible es una mejor opción frente al procedimiento de Hartmann, dado que a la hora de reconstruir el tránsito implica una intervención quirúrgica más simple.

Algunos trabajos informan que dicha técnica quirúrgica, presenta desventajas evidentes. Por un lado asocia a una morbilidad de hasta el 60% y mortalidad de hasta el 30%(14) y por otro, que la misma requiere un nuevo ingreso para la reconstrucción del tránsito intestinal(15), de la que se reportan cifras de mortalidad y morbilidad postoperatorias de hasta 4 y 30% respectivamente, provocando que en muchos de los casos, no se lleve a cabo(16). En cambio, la anastomosis primaria es el procedimiento preferido en la mayoría de los pacientes sometidos a una correcta preparación del intestino, pero está contraindicada si la situación del paciente es inestable, si tiene una peritonitis fecaloidea, si presenta una desnutrición severa, o está inmunocomprometido. La resección con anastomosis primaria y estoma proximal es un procedimiento modificado empleado de manera individualizada y menos invasivo, realizado en un solo tiempo(14). Dicho procedimiento presenta cifras de mortalidad similares al procedimiento de Hartmann pero una mejor morbilidad(2), ya que evita inconvenientes tales como, la presencia de un estoma, que produce en el paciente una alteración de la imagen

corporal, con la consecuente afectación en la calidad de vida. Igualmente para muchos autores, Hartmann sigue siendo considerada una buena y segura alternativa quirúrgica(17).

En base al tratamiento de las complicaciones infecciosas, especialmente de algunas fístulas, se cierran espontáneamente a medida que se resuelve el proceso inflamatorio, por lo tanto la operación se debe ofrecer a los pacientes que los síntomas persisten por más de 5 a 6 meses luego de un ataque agudo. La mayoría de estos casos deben ser susceptibles de resección con anastomosis primaria siendo el procedimiento de elección, evitando la necesidad de un estoma temporal. Los pacientes con alto riesgo de una fuga anastomótica, por ejemplo fístula en contexto de un campo contaminado por heces o absceso deben realizarse una operación por etapas, siendo la primera una anastomosis primaria con ileostomía proximal de derivación o procedimiento de hartmann y la segunda etapa la reversión de la ostomía(18). En muchos de los procedimientos llevados a cabo en centros hospitalarios de nuestro medio lo que se realiza es la resección del trayecto fistuloso, cierre de la brecha vesical y sutura de los órganos en comunicación. Todos los pacientes sometidos necesitarán un catéter de Foley de vejiga durante un periodo de 7 a 10 días luego de la operación(19).

Por último, en relación al tratamiento de las hemorragias como complicación no infecciosa, depende de las características del sangrado y el estado hemodinámico del paciente; en pacientes con sangrado activo y hemodinámicamente estables se procede a la realización de colonoscopia dentro de las primeras 12-24 horas. Mediante la colonoscopia es posible identificar el origen del sangrado y aplicar en muchos casos tratamiento hemostático.

La cirugía de urgencia se reserva cuando el sangrado no responde a las medidas habituales, en pacientes con inestabilidad hemodinámica, politransfundidos (mayor a 2 litros) o con hemorragia recurrente masiva.

La reconstrucción es considerada a partir de los 3 a 6 meses luego de realizado el procedimiento(3)(16)(4).

En cuanto a la técnica quirúrgica se realiza una incisión periostomal y se cierra herméticamente la colostomía, la cual se libera hasta alcanzar el plano peritoneal. Posteriormente se realiza una laparotomía e identifica el muñón distal, el cual se anastomosa con el colon proximal.

En el último tiempo se ha incrementado la tasa de reconstrucción, y esto es debido al avance de las técnicas y materiales quirúrgicos, aunque teniendo en cuenta la morbilidad y mortalidad propia de la operación no se realiza de rutina, sino que su indicación surge de la evaluación individual de cada paciente(20)(21).

Por otro lado, hay evidencia que alrededor de 30 a 50% de los pacientes sometidos a esta operación no se le reconstruye el tránsito, quedando con una colostomía permanente afectando considerablemente su calidad de vida con múltiples repercusiones(22)(16).

En la actualidad se han propuesto otras alternativas quirúrgicas como la resección del sector afectado mediante la anastomosis primaria con o sin ileostomía de protección o el lavado peritoneal y colocación del drenaje.(23)

Con respecto al lavado peritoneal laparoscópico es considerado en algunas revisiones bibliográficas como una opción efectiva y segura para el tratamiento de pacientes con diverticulitis sigmoidea con peritonitis en estadio III de Hinchey(23). También se puede considerar como un paso quirúrgico "puente" para una posterior sigmoidectomía laparoscópica tardía y electiva evitando así un procedimiento de Hartmann. Este último debe considerarse para pacientes sin toxicidad sistémica y en centros con experiencia en técnicas de cirugía mínimamente invasiva.

Las ventajas que presentan estas técnicas mínimamente invasivas son: reducción del dolor postoperatorio, menor tasa de infección de la herida quirúrgica, reducción importante en la formación de eventraciones, y por tanto, una mejoría general en el postoperatorio. Además se ha visto, que en caso de precisar una posterior resección colónica, las adherencias tras el lavado laparoscópico son menores, lo que facilita la cirugía. Su principal ventaja es la no realización de laparotomía y procedimientos derivativos, lo que reduce significativamente las complicaciones posteriores.

Con respecto a la anastomosis primaria, existe una tendencia en las últimas décadas a su realización ya sea con o sin estoma derivativo(1)(8). Si bien se han realizado múltiples estudios al respecto, en ninguno se puede concluir que la anastomosis primaria sea superior en términos de mortalidad al procedimiento de Hartmann dado que ni las características demográficas de las muestras ni el riesgo quirúrgico de los pacientes logran igualarse, por lo tanto estos trabajos presentan importantes sesgos de selección al incluir tanto pacientes con elevado riesgo quirúrgico como quienes tienen bajo riesgo(24)(1).

En términos de morbilidad, si existe evidencia de superioridad de la anastomosis primaria con respecto a Hartmann.

OBJETIVOS:

Objetivo general

- Evaluar la vigencia de la intervención de Hartmann en el tratamiento de la diverticulosis colónica complicada frente a otras técnicas disponibles en la actualidad.

Objetivos Específicos

- Evaluar el desarrollo de complicaciones perioperatorias
- Valorar los motivos por los cuales no se realizó la reconstrucción del tránsito digestivo
- Determinar la mortalidad.

METODOLOGÍA:

Universo de estudio:

Pacientes intervenidos quirúrgicamente por diverticulosis colónica complicada en Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintelas.

Selección y tamaño de la muestra:

Pacientes intervenidos quirúrgicamente por diverticulosis colónica complicada en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela en período 2009-2018 . El tipo de muestreo será no probabilístico, de conveniencia, respetando los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión:

Para evitar sesgos de selección se establecieron los siguientes criterios de inclusión, se incluirán pacientes pertenecientes al Hospital de Clínicas, mayores de 20 años, con diagnóstico de enfermedad diverticular colónica complicada que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo de 2009-2018.

En este estudio se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de enfermedad diverticular complicada que no recibieron tratamiento, o que recibieron únicamente tratamiento médico; así como también aquellos pacientes menores de 20 años. También pacientes en los cuales no se pueda tener acceso a sus historias clínicas.

Tipo de estudio:

Se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal, analítico. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de diverticulitis complicada intervenidos quirúrgicamente en el periodo entre 2009-2018 en el Hospital de Clínicas, Dr Manuel Quintela.

Diseño general:

Para valorar las variables cuantitativas utilizamos media, varianza y desvío estándar. Para valorar las variables cualitativas se utilizaran medidas de frecuencias y gráficos. .

Procedimientos para garantizar aspectos éticos:

- Asesoramiento con departamento de bioética de la Facultad de Medicina
- Elaboración de un consentimiento informado telefónico para acceder a la historia clínica de los pacientes

Definición operacional de las variables:

- Mortalidad perioperatoria por diverticulitis: cuantitativa
- Complicaciones post-operatorias: cualitativa nominal (complicaciones de la herida, complicaciones de la colostomía, abscesos y complicaciones parietales) y cuantitativa
- Reintervenciones por complicaciones: cuantitativa (cantidad de pacientes que requirieron una segunda cirugía)
- Tiempo de estadía hospitalaria: cuantitativa continua (días transcurridos desde fecha de ingreso hasta fecha de egreso)

- Reversión de la Colostomía: variable cuantitativa (porcentaje de personas que tuvieron una reintervención para reconstruir el tránsito digestivo)

Procedimientos para la recolección de datos:

El Hospital de Clínicas cuenta con el departamento de metodología estadística a quien se le solicitó asistencia, brindándoles criterios de inclusión y exclusión detallados anteriormente, logrando así obtener el marco muestral que se utilizó como columna vertebral de nuestra investigación. Respetando los principios éticos de la investigación en seres humanos se realizó por parte del equipo de investigación un consentimiento informado telefónico para luego realizar la revisión de historias clínicas , recolección de datos personales, encuestas personales (por vía telefónica) y revisión de registros de personas fallecidas .

Instrumentos a utilizar:

- Computadora
- Teléfono celular
- Búsqueda bibliográfica a través de las distintas bases de datos de importancia clínica utilizando términos como “Diverticulosis”, ”Hartmann”, ”Colostomía”, la búsqueda fue acotada a los últimos 10 años.

Programas a utilizar en el análisis de los datos:

Para realizar el procesamiento de datos cualitativos se utilizara el software profesional SPSS.

RESULTADOS:

En el periodo 2009-2018, en el Hospital de Clínicas, un total de 27 pacientes con diverticulosis colónica complicada fueron intervenidos quirúrgicamente mediante diferentes técnicas, 15 de ellos correspondientes al sexo femenino (55,6%) y 12 al sexo masculino (44,4 %). La media de edad fue de $59,41 \pm 14,3$ años. (Tabla 1)

Del total de pacientes, 24 (88,9%) fueron operados de urgencia y tres (11,1%) de coordinación.

Dentro de los 24 operados de urgencia, 22 corresponden a complicaciones infecciosas y los dos restantes a complicaciones no infecciosas: una enterorragia y una obstrucción intestinal.

Las complicaciones infecciosas se clasifican según Hinchey, presentándose en un caso (4,5%) Hinchey I, en tres casos (13,6%) Hinchey II, en 14 casos (63,6%) Hinchey III, y en cuatro (18,3%) Hinchey IV; siendo la oportunidad en su totalidad de urgencia. A su vez hubieron cinco complicaciones no infecciosas, dentro de estas dos fueron estenosis (7,4%), dos fístulas de igual porcentaje y una enterorragia (3,7%). (Tabla 1)

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes incluidos	
Características	n= 27
<i>Edad, media $\pm$ DE</i>	
<i>Sexo, n (%)</i>	
<i>Masculino</i>	12 (44%)
<i>Femenino</i>	15 (55,6%)
<i>Clasificación de Hinchey, n (%)</i>	
<i>1</i>	1 (4,5%)
<i>2</i>	3 (13,6%)
<i>3</i>	14 (63,6%)
<i>4</i>	4 (18,2%)
<i>No Hinchey, n (%)</i>	
<i>Fístula</i>	2 (40%)
<i>Obstrucción</i>	2 (40%)
<i>Enterorragia</i>	1 (20%)
<i>DE: desvío estándar</i>	

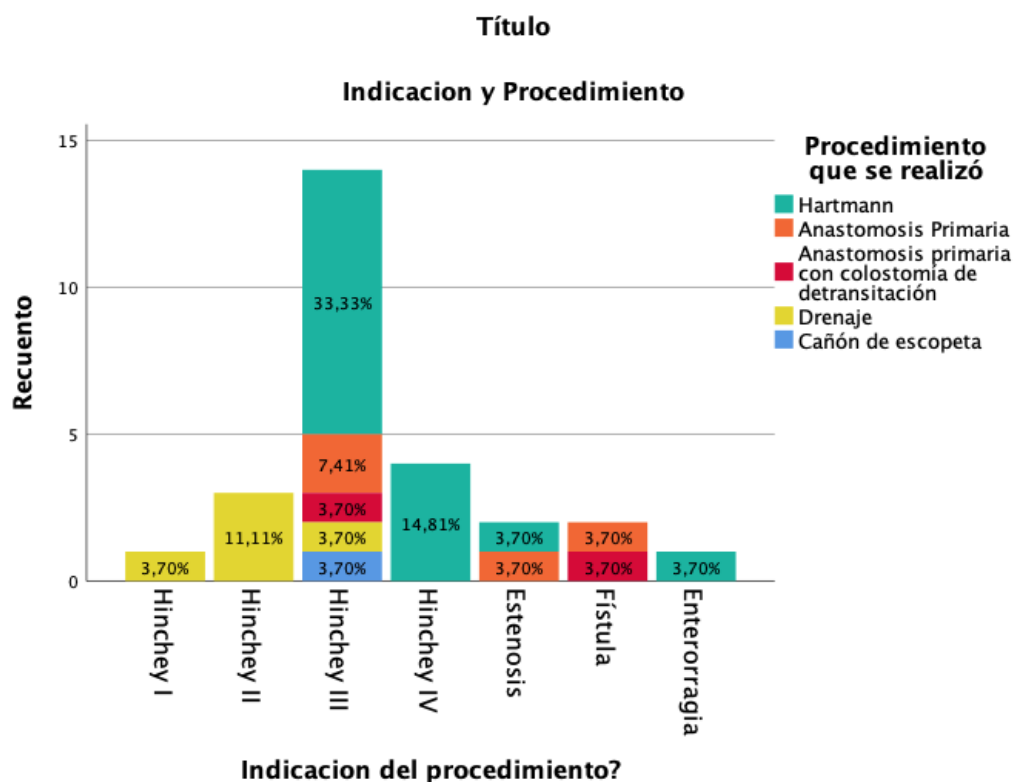
Del total de pacientes intervenidos de urgencia n=24 (88,9%), a 19 se les realizó una resección sigmoidea, dentro de estas, 15 (55,6%) fueron procedimientos de Hartmann, dos anastomosis primarias sin estoma (7,4%), una anastomosis primaria con colostomía de detransición (3,7%) y un Cañón de escopeta (3,7%). Los cinco restantes (18,5%) que tenían indicación por complicaciones infecciosas, se los trató por vía laparoscópica con lavado y drenaje, pero no hubo resección. (Tabla 2)

De las coordinadas n=3 (11,1%) todas fueron anastomosis primaria, siendo una de ellas con colostomía de detransitación. En cuanto a sus indicaciones, fueron complicaciones no infecciosas; siendo una estenosis y dos fístulas. (Gráfico 1).

Tabla 2.

<u>Resección sin anastomosis</u>	n= 16
<i>Hartmann</i>	n= 15
<i>Cañón de escopeta</i>	n= 1
<u>Resección con anastomosis</u>	n= 6
<i>Anastomosis primaria</i>	n= 4
<i>Anastomosis con colostomia de detransitación</i>	n= 2

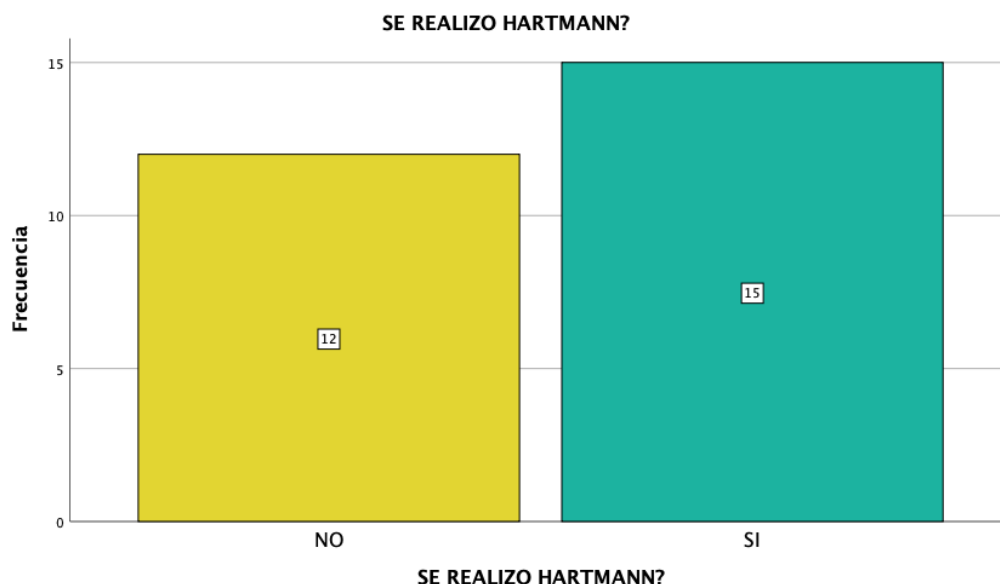
Gráfico 1



Encontrando por ende, que del total de pacientes intervenidos, en un 55,6% (n=15) de los casos se realizó procedimiento de Hartmann (Gráfico 2), con una media de edad de $64,60 \pm 12,26$.

En cuanto a los cinco pacientes tratados mediante lavado y drenaje por vía laparoscópica la media de edad fue de $54,8 \pm 10,62$. Por otro lado, la media de edad de los pacientes intervenidos mediante anastomosis primaria en oportunidad de urgencia fue de $47 \pm 25,5$ (n=3) y de coordinación la media fue $59 \pm 10,4$ (n=3). La edad del paciente en el que se realizó colostomía en “cañón de escopeta” fue 43.

Gráfico 2



Once pacientes presentaron complicaciones peri operatorias (morbilidad total 40,7%).(Tabla 3). Siete de ellos correspondieron a operación de Hartmann, tres a anastomosis primaria y uno a lavado y drenaje.

Obteniendo así, que del total de pacientes operados con Hartmann (n=15), siete (46,7%) se complicaron por diferentes causas, incluso uno de ellos presentó dos complicaciones. Las complicaciones fueron: lesión de la arteria iliaca externa de tipo intraoperatoria y seis complicaciones postoperatorias inmediatas (un seroma, cuatro sepsis con fallecimiento y una supuración periestomal). En uno de los casos se presentó además una hemorragia tardía autolimitada.(Gráfico 3).

De los restantes, cuatro pacientes que presentaron complicaciones, en los tres casos de anastomosis primaria las complicaciones fueron: un hemoperitoneo, una peritonitis residual y un seroma de la herida, teniendo buena evolución en todos los casos. Finalmente, el paciente con lavado y drenaje laparoscópico presentó como complicación fue una fístula enteral que se manejó en forma conservadora con evolución favorable. (Tabla 3).

Tabla 3.

Pacientes con complicaciones

Hartmann n= 7 (63,64%)

Otros procedimientos n= 4 (36,36%)

Complicaciones en los procedimientos

Hartmann

Intraoperatoria n= 1 (9,09%)

Lesión de la arteria iliaca externa

Tempranas n= 6 (64,55%)

Sepsis

Supuración peristomal

Seroma

Tardías

Hemorragia

Otros procedimientos

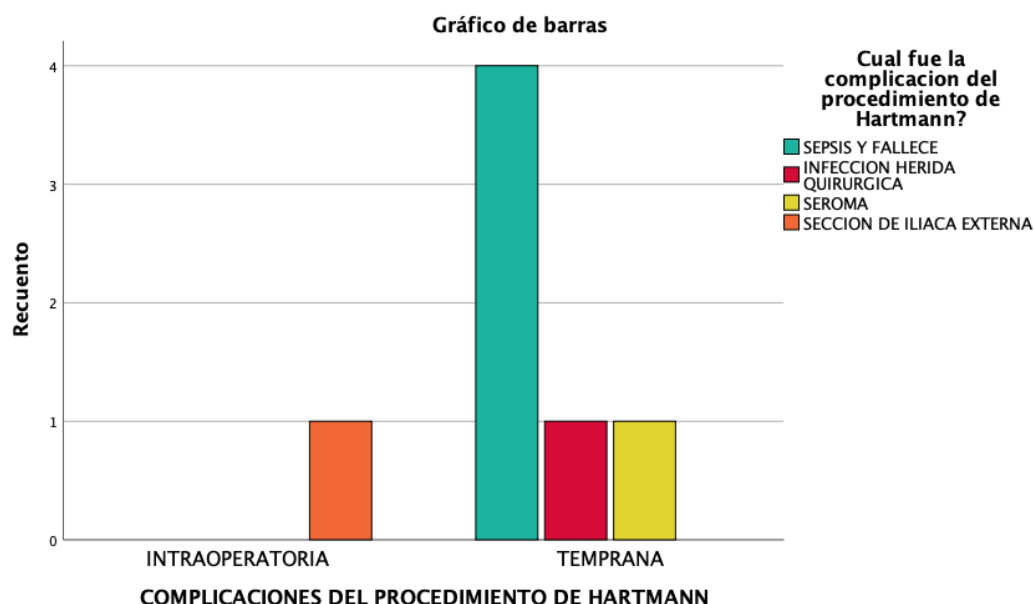
Fistula enteral del drenaje n= 1 (9,09%)

Hemoperitoneo n= 1 (9,09%)

Peritonitis residual n= 1 (9,09%)

Seroma n= 1 (9,09%)

Gráfico 3



La media de estadía hospitalaria para los pacientes intervenidos por operación de Hartmann fue de $18,64 \pm 8,3$ días, obteniendo estos datos a partir de un $n=11$ ya que no contábamos con la estadía hospitalaria de todos los pacientes por diversos motivos, como por ejemplo traslado a otro centro hospitalario y pérdida de seguimiento. La media de estadía hospitalaria de anastomosis de urgencia fue de 9,5. De las de coordinación fue 10 días. El tiempo de estadía del

drenaje fue de 10,5. En el único caso del paciente en el cual se realizó una resección con caño de escopeta la estadía fue de 18 días. (Tabla 4)

Tabla 4.

		Estadísticos	
		Cuantos días permanece internado luego del Hartmann?	Cuantos días permaneció internado luego de realizarse un procedimiento que no es hartmann?
N	Válido	11	9
	Perdidos	16	18
Media		18,64	11,22
Desv. Desviación		27,536	3,346
Mínimo		1	8
Máximo		92	18

De los once pacientes sometidos al procedimiento de Hartmann que sobrevivieron, seis de ellos (54,54%), fueron reconstruidos (Tabla 5 y Gráfico 5), en una media de tiempo de 18,3±10 meses.

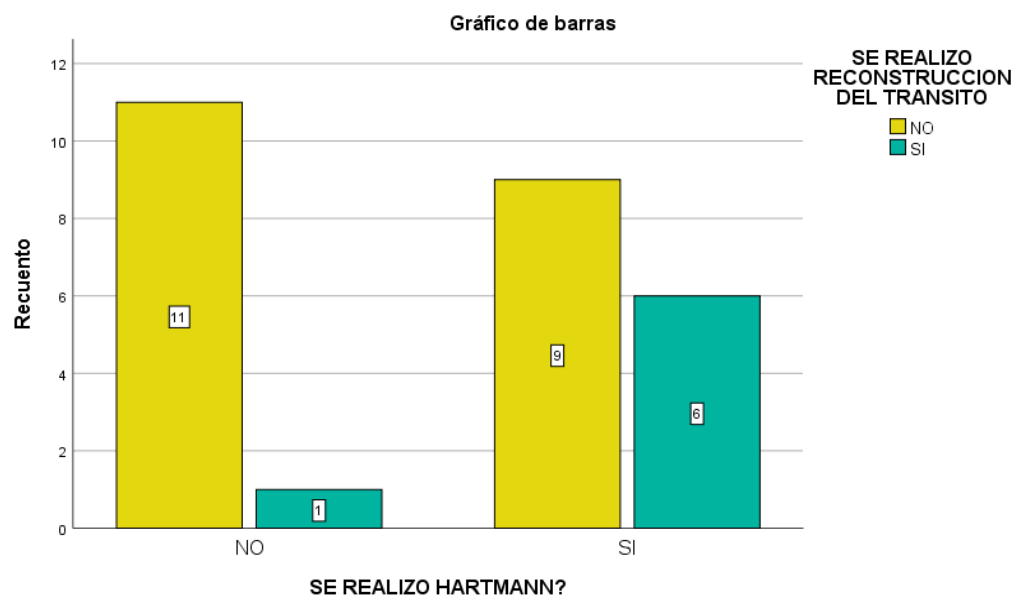
Tablas cruzadas

Tabla cruzada SE REALIZO HARTMANN?*SE REALIZO RECONSTRUCCION DEL TRANSITO

			SE REALIZO RECONSTRUCCION DEL TRANSITO		Total
			NO	SI	
SE REALIZO HARTMANN?	NO	Recuento	11	1	12
	SI	Recuento	9	6	15
Total		Recuento	20	7	27

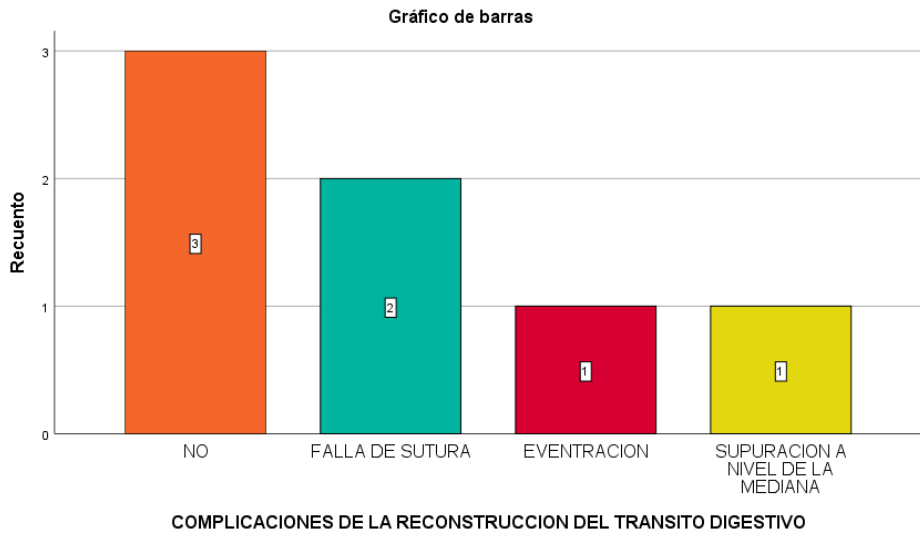
Tabla 5.

Gráfico 5.



No hubo mortalidad en los pacientes reconstruidos. Tres presentaron complicaciones (morbilidad = 50%). Uno de los casos presentó una falla de sutura. Este paciente debió ser re-intervenido, volviendo a realizarse un procedimiento de Hartmann con buena evolución. Posteriormente se volvió a reconstruir, siendo protegida la anastomosis con una colostomía transversa, que posteriormente fue cerrada exitosamente. Este paciente presentó también una eventración del sitio de la colostomía que luego fue reparada. Otro paciente presentó una infección del sitio quirúrgico, con evolución favorable con tratamiento conservador. Finalmente el tercer paciente, presentó como complicación una eventración que fue resuelta con una plastia con malla en forma tardía, también con evolución favorable (Gráfico 6). El paciente en el que se realizó una anastomosis primaria con una colostomía de detransitacion, al ser reconstruido presentó una falla de sutura, con peritonitis fecaloidea, debiendo ser laparostomizado y requiriendo nuevamente una colostomía. Este paciente fue dado de alta pero fue perdido en su seguimiento posterior.

Gráfico 6.



DISCUSIÓN

Se obtuvieron datos a partir de la revisión de 31 historias clínicas. De éstas, cuatro fueron excluidas dado que no cumplían con los criterios de inclusión acordados. Obteniéndose un “n” total de 27 historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente por enfermedad diverticular.

Se objetivó que esta patología afecta de forma similar a ambos sexos, predominando levemente en el sexo femenino (55,6%).

Si bien se encontró una media de edad de 59,41 sabemos que dentro de la muestra se incluyen dos pacientes de corta edad (21 y 37 años) hecho poco frecuente en esta patología. En base a esto, se considera importante destacar que el 66,7% de los pacientes sobrepasa los 60 años.

Veintisiete pacientes fueron operados por diverticulosis complicadas con diferentes indicaciones. Dentro de ellas, la más frecuente fue la infección con diferentes grados de severidad. Predominando ampliamente la categoría Hinchey III, siendo casi la mitad los pacientes, seguido por Hinchey IV (8)

Por otro lado, solamente cinco pacientes, fueron intervenidos por sintomatología asociada a una complicación no infecciosa de esta enfermedad, como lo son las fístulas, estenosis y enterorragia.

En aquellos pacientes intervenidos de urgencia, en orden de frecuencia el tipo de intervención realizada fue: procedimiento de Hartmann, toilette y drenaje laparoscópico, anastomosis primaria y finalmente colostomía en forma de “cañón de escopeta”. A pesar de que las técnicas modernas son cada vez más utilizadas, la mayoría de los cirujanos siguen prefiriendo la operación de Hartmann en el tratamiento de urgencia de ésta patología. Especialmente en casos de procesos infecciosos evolucionados y pacientes con mal terreno. Evidenciando la alta frecuencia con la que se sigue realizando el procedimiento de Hartmann en nuestro medio(25).

Se considera fundamental correlacionar la edad, el terreno y el cuadro clínico del paciente para poder evaluar el tipo de procedimiento a realizar(26)(27)(12)(28). Dada la epidemiología de esta enfermedad y de nuestra muestra, la mayoría de los pacientes sometidos al procedimiento de Hartmann, son de edad avanzada, con múltiples comorbilidades, o cuadros graves muy evolucionados.

A pesar de que a lo largo de las últimas décadas se han adoptado nuevas líneas terapéuticas más conservadoras, es necesario considerar la morbimortalidad de manera individual para cada una de ellas. El procedimiento de Hartmann a pesar de tener una alta morbilidad, presenta una baja mortalidad(14)(17)(24). En aquellos casos que se optó por otras técnicas, se consideró que las variables en juego permitían procedimientos más arriesgados. Por lo que se considera importante destacar que la media de edad en aquellos pacientes tratados mediante Hartmann es considerablemente mayor que la de los otros procedimientos ya mencionados(28).

Se vio que menos de la mitad de los pacientes operados por técnica de Hartmann sufrieron alguna complicación perioperatoria, siendo en su mayoría tempranas. Dentro de estas, se vieron seromas e infecciones de herida quirúrgica, predominando la sepsis que en su totalidad llevó a la muerte del paciente (n=4). Estos pacientes se presentaron con cuadros infecciosos avanzados desde su ingreso al centro hospitalario, en su mayoría con peritonitis fecaloidea y un solo caso de peritonitis purulenta. De ahí, que no es completamente atribuible esta complicación al procedimiento de Hartmann, sino que al estado evolutivo de la enfermedad. Con respecto a las complicaciones intraoperatorias, se presentó una lesión de la arteria iliaca externa, que fue resuelta de manera eficaz no presentando grandes consecuencias. En cuanto a las complicaciones tardías, la única fue una supuración periostomal.

El promedio de estadía hospitalaria en los pacientes intervenidos por técnica de Hartmann fue de 18 días, que tuvo como limitante la pérdida de seguimiento de cuatro pacientes, los cuales no fueron incluidos en este cálculo. En cuanto a los otros procedimientos la media fue menor a la mencionada, en la anastomosis primaria de urgencia 9,5 días, de coordinación 10 días. En ambos grupos no contamos con la información de un paciente, lo que explicaría la diferencia entre ambas medias. En cuanto al lavado y drenaje, la media de la estadía fue 10,5 días.

En suma, la estadía hospitalaria en los procedimientos de Hartmann fue considerablemente mayor.

La reconstrucción del tránsito digestivo se realizó en seis de los pacientes (54,5%) que sobrevivieron luego de la operación de Hartmann (n=11), en concordancia con las cifras consultadas en la bibliografía(15). A pesar de que no existe un consenso sobre el tiempo esperado para realizar la reconstrucción del tránsito intestinal, es recomendada su realización en tiempo alejado (3 a 9 meses)(4). La media de tiempo en nuestra muestra fue de 18 meses, desconocemos los motivos por los cuales este periodo fue tan extenso. Estos pacientes, fueron en su totalidad menores a 73 años. Destacando, que una edad mayor de 80 es considerado un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad en la evaluación de la reconstrucción intestinal. Aquellos no reconstruidos, tuvieron como motivo: el mal terreno y riesgo anestésico-quirúrgico, el fallecimiento por otra causa, o la pérdida de seguimiento.

La tasa de complicaciones en la reconstrucción luego de Hartmann fue de 50%, lo que coincide con la bibliografía consultada. El alto nivel de complicaciones en la reconstrucción del tránsito luego de Hartmann lleva a una alta mortalidad, aunque en la muestra estudiada no se presentaron fallecimientos. De las complicaciones, la más grave fue la falla de sutura; presentándose en un solo paciente, quien fue re-intervenido mediante Hartmann procediendo meses después a la restauración del tránsito intestinal. Dada la edad (57 años) y el buen terreno anestésico quirúrgico del paciente fueron posibles estas reintervenciones con un resultado exitoso.

En suma, en nuestra serie el procedimiento de Hartmann fue la técnica más utilizada en pacientes intervenidos de urgencia por diverticulosis colónica complicada. La tasa de reconstrucción fue de aproximadamente la mitad, lo que es coincidente con lo analizado en la bibliografía. Ello se debe a que se trata de pacientes añosos, con muchas comorbilidades, donde una vez superado el proceso agudo no se justifica la re-intervención alejada.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS:

Concluyendo así, que la operación de Hartmann mantiene vigencia, siendo el procedimiento más utilizado en un período de 10 años en pacientes con enfermedad diverticular complicada, intervenidos de urgencia; y la técnica de elección en la etiología infecciosa, principalmente en estadios más avanzados como Hinchey IV.

La anastomosis primaria realizada de urgencia es excepcional, en casos seleccionados, cuadros de baja gravedad y corta evolución. En forma electiva sigue siendo el procedimiento realizado con mayor frecuencia(2).

Finalmente, siguiendo la tendencia moderna, el abordaje laparoscópico, con lavado y drenaje, sin resección colónica, permite un tratamiento más conservador, con resultados exitosos, e incluso evitando resecciones intestinales posteriores como en nuestra serie(7). Según los datos recabados y en concordancia con la bibliografía consultada, se encontró que la morbilidad y la estadía hospitalaria es mayor en Hartmann(16)(15). Revelando que éstas dependen en gran medida del grado de sepsis preoperatoria, terreno del paciente, cirujano experimentado en la técnica y hospital capacitado(29)(20)(30). En cuanto a la reconstrucción del tránsito intestinal, la misma se realizó en más de la mitad de quienes sobreviven luego de la primera intervención, con una media de tiempo extensa.

En la presente serie, si bien es corta, reproduce lo revisado en la bibliografía. la operación de Hartmann mantiene vigencia y es el procedimiento más utilizado. Siendo su morbimortalidad considerable y la tasa de reconstrucción de aproximadamente en la mitad de los pacientes(16). La anastomosis primaria debe ser reservada para casos seleccionados(2), y el desarrollo de la cirugía laparoscopia también ha permitido procedimiento conservadores, como el lavado y drenaje evitando la resección en agudo. tendencia cada vez mayor a utilizar abordaje laparoscópico y drenaje. En cuanto a la mortalidad perioperatoria fue de cuatro pacientes, correspondiendo todos a la operación de Hartmann, no asociándolo al procedimiento sino al proceso infeccioso evolucionado.

Conflicto de interés: la realización de este trabajo de investigación es obligatorio en sexto año de la carrera Doctor en Medicina. Este fue el motivo principal para la realización del mismo. A pesar de esto, se considera que al ser una patología frecuente en nuestro medio es un tema importante a investigar.

Dificultades: Si bien es sabido que Uruguay es un país pequeño y con una población reducida, el estudio se realizó en un centro hospitalario de referencia, por lo pese a la limitante de tener una muestra pequeña, los resultados son de relevancia. Por el corto tiempo disponible para la realización del mismo no fue posible investigar en otros centros hospitalarios de referencia en el país. Por otro lado, al ser la revisión de historias clínicas una fuente de base de datos, y en un

período de tantos años, nos encontramos con sesgos de información. En varias oportunidades la caligrafía fue ilegible, números de contacto desactualizados e información incompleta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Morales S, Bellido J, Linares E, Ortega J, Cantillana J. Complicaciones de la enfermedad diverticular del colon . Tratamiento quirúrgico y su morbilidad.
2. García-osogobio JMCS. Sigmoidectomía con anastomosis primaria para diverticulitis complicada. Rev Gastroenterol México [Internet]. 2015;80(4):255–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.07.005>
3. Dozois EJ. Operative Treatment of Recurrent or Complicated Diverticulitis. 2008;(May 2006):1321–3.
4. Resio BJ, Jean R, Chiu AS, Pei KY. Association of Timing of Colostomy Reversal With Outcomes. 2018;06519:1–7.
5. Cirocchi R, Afshar S, Saverio S Di, Popivanov G, Sol A De, Gubbiotti F, et al. A historical review of surgery for peritonitis secondary to acute colonic diverticulitis : from Lockhart-Mummery to evidence- based medicine. 2017;1–25.
6. Diagnosis MH. Enfermedad diverticular del colon. :581–92.
7. Treatment of acute diverticulitis laparoscopic lavage vs . resection (DILALA): study protocol for a randomised controlled trial Treatment of acute diverticulitis laparoscopic a randomised controlled trial. 2011;186(August):1–6.
8. Halim H, Askari A, Nunn R, Hollingshead J. Primary resection anastomosis versus Hartmann ' s procedure in Hinchey III and IV diverticulitis. 2019;4:4–11.
9. Javier F, Fernández M, Jiménez ND, Belén A, Herrera G, Luque IG, et al. Nuevas tendencias en el manejo de la diverticulitis y la enfermedad diverticular del colon. 2015;107:162–70.
10. Wieghard N, Geltzeiler CB, Tsikitis VL. Trends in the surgical management of diverticulitis. Ann Gastroenterol. 2015;28(1):25–30.
11. Charúa-Guindic L, Jiménez-Bobadilla B, Reveles-González A, Avendaño-Espinosa O, Charúa-Levy E. Incidencia, diagnóstico y tratamiento de la fístula colovesical. Cir Ciruj [Internet]. 2007;7575(5):343–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2007/cc075e.pdf>
12. Gallego MJ, Miguel V, Peñarroja J, Miro F, Pinazo MD, Peñarroja C, et al. Enfermedad diverticular. Rev Esp Enferm Apar Dig. 1980;57(5):577–94.
13. Lambrechts DP V. The Multidisciplinary Management of Acute Complicated Diverticulitis. 2018;80–90.
14. Ceresoli M, Coccolini F, Montori G, Catena F, Sartelli M, Ansaloni L. Laparoscopic lavage versus resection in perforated diverticulitis with purulent peritonitis : a meta-analysis of randomized controlled trials. 2016;1–8.
15. Pla-martí V. The American Journal of Surgery Outcomes of Hartmann ' s procedure and

- subsequent intestinal restoration . Which patients are most likely to undergo reversal ? 2019;(xxxx).
16. Sherman KL, Wexner SD, Ed F. Considerations in Stoma Reversal. 2017;172–7.
 17. A DCS, D PA, D CM. Procedimiento de Hartmann vs resección y anastomosis primaria en peritonitis diverticular de colon izquierdo por cirugía abierta . Revisión sistemática de la literatura *. 2013;65:271–8.
 18. Garber A, Hyman N, Osler T. Complications of Hartmann takedown in a decade of preferred primary anastomosis. *Am J Surg* [Internet]. 2014;207(1):60–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.05.006>
 19. Rodríguez-wong U, Manuel J, Reyes C, Chavelas MM. *Artemisa*. 2008;30:51–5.
 20. Rosenthal R, Kettelhack C, Oertli D. Reversal after Hartmann ’ s procedure in patients with complicated sigmoid diverticulitis. 2016;582–8.
 21. Roig V, Salvador A, Frasson M, Garcí L, Hernandis J, Ruiz-carmona D, et al. ´ A ESPAN ~ OLA Original article Stoma Reversal After Surgery for Complicated Acute Diverticulitis : A Multicentre Retrospective. 2018;6:2–10.
 22. Hallam S, Mothe BS, Tirumulaju RMR. Hartmann ’ s procedure , reversal and rate of stoma-free survival. 2018;301–7.
 23. Hupfeld L, Burcharth J, Pommergaard H, Rosenberg J. The Best Choice of Treatment for Acute Colonic Diverticulitis with Purulent Peritonitis Is Uncertain. 2014;2014.
 24. A DCS, D PA, D CM. Procedimiento de Hartmann vs resección y anastomosis primaria en peritonitis diverticular de colon izquierdo por cirugía abierta . Revisión sistemática de la literatura *. 2013;65:271–9.
 25. Sciuto P, Rappa J, Meineri J, Ruso L, Temesio R. Restitución del procedimiento de Hartmann por vía laparoscópica . Análisis de nuestra experiencia en el Hospital Maciel de Montevideo , Uruguay , Clínicas Quirúrgicas 2 y 3 de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR). 2017;69(6).
 26. Ec ZV, No Z, Costea R, Rahau L, Neagu S. Morbidity after reversal of Hartmann operation : retrospective analysis of 56 patients. 2015;8(4):488–91.
 27. Biondo S, Borao JL, Millan M, Kreisler E, Jaurrieta E. Current status of the treatment of acute colonic diverticulitis : a systematic review. 2011;1–11.
 28. Lee JM, Chang JBP, Hechi M El, Kongkaewpaisan N, Bonde A, Mendoza AE, et al. Hartmann ’ s Procedure vs Primary Anastomosis with Diverting Loop Ileostomy for Acute Diverticulitis : Nationwide Analysis of 2 , 729 Emergency Surgery Patients. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2019;229(1):48–55. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.03.007>
 29. Aquina CT, Probst CP, Becerra AZ. Colon / rectum The impact of surgeon volume on

- colostomy reversal outcomes after Hartmann ' s procedure for diverticulitis. Surgery [Internet]. 2016;160(5):1309–17. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2016.05.008>
30. Bridoux V, Regimbeau JM, Ouaisi M, Mathonnet M, Mauvais F, Houivet E, et al. Hartmann's Procedure or Primary Anastomosis for Generalized Peritonitis due to Perforated Diverticulitis: A Prospective Multicenter Randomized Trial (DIVERTI). J Am Coll Surg [Internet]. 2017;225(6):798–805. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.09.004>

AGRADECIMIENTOS

Por su asesoramiento y docencia al Prof. Agdo. Carlos Barberousse, al Asist. Luciano Ramírez de la Clínica Quirúrgica A del Hospital de Clínicas.

Por su colaboración inicial al Asist. Gastón Cáceres de Clínica Quirúrgica A.

Agradecemos a la Clínica Quirúrgica A por el espacio físico brindado

Por el asesoramiento agradecemos a Silvina Bartesaghi.

Extendemos el agradecimiento al Departamento de Métodos Cuantitativos, al Departamento de Estadística del Hospital de Clínicas y al Comité de Ética de Investigaciones del Hospital de Clínicas

Agradecemos a los pacientes que permitieron el acceso a su historia clínica

ANEXOS

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE PROYECTO

Montevideo, 27 de Mayo de 2019

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela
Comité de Ética de investigación

Mediante la presente solicitamos la evaluación del proyecto de investigación del grupo 32, “Tasa de reconstrucción en pacientes intervenidos mediante operación de Hartmann por diverticulosis colónica complicada, periodo 2009-2018 en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela”, elaborado en el marco del curso Metodología Científica II de la carrera Doctor en Medicina, por las estudiantes: da Silva Bottaro, Sofía; De Moraes Barros Stephan, Carolina; Méndez Araujo, Verónica; Ripoll Jure, Monserrat; Silva Ferraz, Marilena; Souza Silva, Lucía. Este proyecto se desarrolla con la colaboración de la Clínica Quirúrgica A del Hospital de Clínicas, encabezado por Prof. Agdo. Carlos Barberousse, y el Asist. Gastón Cáceres.

Quedando a las órdenes ante cualquier duda o información que nos deseen consultar mediante el e-mail vero_mendez12@hotmail.com teléfono: 098269632 o en secretaria de Clínica Quirúrgica A del Hospital de Clínicas, piso 10, teléfono: 480.9203.

Firma del investigador responsable

Firma del investigador responsable

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. MANUEL QUINTELA"
SECRETARÍA GENERAL
DEPARTAMENTO DE COMISIONES
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Montevideo, 24 de Julio de 2019

Se transcribe resolución del Comité de Ética del Hospital de Clínicas de fecha 24 de Julio de 2019

En relación al proyecto presentado por la Clínica Quirúrgica A:

"Tasa de reconstrucción en pacientes intervenidos mediante operación de Hartmann por diverticulosis colónica complicada durante el período 2009-2018 en el Hospital de Clínicas"

Investigadores responsables: Bres. Sofia de Silva, Carolina de Moraes, Verónica Méndez, Monserrat Ripoll, Marilena Silva, Lucía Souza

Tutores Responsables: Dr. Carlos Barberousse, Dr. Gastón Cáceres

El Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas resuelve aprobar la realización de este proyecto en esta Institución.

La aprobación otorgada por este Comité de Ética es desde el 24 de Julio de 2019 hasta la fecha de finalización del mismo.


Prof. Dr. Raúl Ruggia
Coordinador del Comité de Ética de la Investigación

SANDRA TORRES
Directora Departamento
Secretaría General
Investigación Clínicas

Integrantes del Comité de Ética del Hospital de Clínicas

Prof. Dr. Raúl Ruggia	Coordinador – Ex Director de Neuropediatría
Dra. Gabriela Ballerio	Abogada- Asistente Académica de Dirección
Prof. Adj. Dra. Aurana Erman	Ex- Profesora Adjunta de Neurocirugía Especialista en Medicina Legal
Prof. Agda. Lic. Enf. Inés Umpiérrez	Integrante Licenciada en Enfermería
Prof. Adj. Dra. Leticia Cuñetti Terapéutica	Ex- Profesora Adjunta de Farmacología y Especialista en Nefrología y Farmacología
Lic. Psic. Sandra Torres	Secretaría Administrativa

Información al paciente

Adjuntamos a continuación el diálogo que será leído por vía telefónica a los sujetos de investigación:

Buenos días / buenas tardes, mi nombre es, estudiante de la facultad de medicina.

Estamos realizando en conjunto con la Clínica Quirúrgica A del Hospital de Clínicas, con el respaldo de la Facultad de Medicina UDELAR un estudio de investigación científica.

Nos dieron su contacto en el Hospital de Clínicas, a usted lo operaron del intestino verdad? SÍ / NO

Nos estamos comunicando telefónicamente con usted para invitarlo a participar en este.

Es una investigación voluntaria, la decisión la toma usted, pudiendo negarse si así lo desea. Si decide participar necesitaremos su autorización para abrir su historia clínica y que nos responda unas preguntas de un formulario, no demorara mas de 10 minutos. Los únicos que vamos a tener acceso a esta información somos los integrantes del equipo de investigación, ningún dato personal va a ser publicado.

Es importante que sepa que no va a tener beneficio alguno por participar, ni remuneración de cualquier tipo pero sí ayudará a la investigación quirúrgica de la patología que usted posee.

Todo esto que le acabamos de decir lo puede pensar, evaluar y consultar con familiares o con un médico de confianza si usted desea.

Quiere participar de esta investigación científica?

SI..... NO.....

Firma del investigador que da veracidad de la solicitud del consentimiento informado.

Fecha: ____/____/____