

CIRUGÍA GENERAL

9.-CAMBIOS EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA APENDICITIS AGUDA EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2010 Y 2020

Juan Ignacio Silva ,Javiera Araya, Matías Panza, Attila Csendes

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más frecuente en Chile y a nivel global. Esta patología ha sido ampliamente estudiada a nivel mundial, con una incidencia global de 96,5 c/100.000 habitantes, demostrando grandes diferencias en distintos países, un estudio anterior ha concluido que Chile tiene una incidencia mayor a 150 c/100.000 habitantes, encontrándose en la estratificación más alta de los países estudiados a nivel global

OBJETIVOS: El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia y tasa de incidencia cruda y ajustada de la apendicitis aguda en Chile entre los años 2010 y 2020. Se evaluaron los cambios en la distribución geográfica, la incidencia por región y grupo etario, y la distribución de mortalidad según grupos etarios.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio transversal descriptivo utilizando datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Se analizaron los egresos hospitalarios por apendicitis aguda y derivados según la codificación CIE-10. Se calcularon las tasas de incidencia cruda y se estandarizaron ajustándolas por edad y región mediante el método directo, usando los datos de población del censo 2017 y analizando la significancia estadística mediante el método T-Student, con $p < 0,05$ significativo.

RESULTADO: En el período, se registraron 413,941 egresos hospitalarios por apendicitis aguda, un promedio anual de 37,630 casos. La tasa de incidencia ajustada nacional disminuyó un 22.8%, de 191.2 a 168.4 casos por 100,000 habitantes ($p < 0.05$). El año con mayor incidencia fue 2012, con una tasa ajustada de 209.6/100,000 habitantes, el 2020 tuvo la menor incidencia, con 168.5/100,000 habitantes, con Los Ríos presentando la incidencia promedio más alta y Coquimbo la más baja. La tasa cruda de incidencia promedio a nivel nacional fue de 214.4/100,000 habitantes. Geográficamente, se observó una mayor incidencia en regiones del sur comparadas con el norte, con diferencia significativa ($p < 0.05$). El grupo etario más afectado fue de 0-19 años, aunque su porcentaje disminuyó con el tiempo, la incidencia en mayores de 40 años aumentó. La mortalidad total en el período fue 342 pacientes, con mayor mortalidad en el grupo de mayores de 60 años. Las diferencias geográficas y el cambio en la distribución etaria sugieren la necesidad de más investigaciones para comprender factores de riesgo asociados.

CONCLUSIÓN: Se concluye que la incidencia de apendicitis aguda en Chile muestra tendencia decreciente y distribución geográfica desigual, con mayor afectación en jóvenes, pero con aumento relativo en adultos mayores, con mayor mortalidad en este grupo etario respecto a edades menores.

VIDEO

4.-CATASTROFE ABDOMINAL: "CUANDO LA ESPERANZA PARECE PERDIDA"

Christian Romero, Maria Fernanda Brito, Victor Martinez, Haylin Vilches , Nasser Eluzen, Carmelo Romero

Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: El abdomen abierto o también conocido como protocolo de cierre diferido de pared abdominal, se caracteriza por la ausencia de cierre de la misma tras una intervención quirúrgica, puede resultar de una variedad de causas, incluyendo complicaciones quirúrgicas o como una técnica terapéutica para abordar cuadros clínicos abdominales complejos. Cuando esta condición se combina con inflamación, infección y múltiples cirugías abdominales previas, dando lugar a órganos frágiles, fístulas intestinales y complicaciones adicionales, se configura lo que se conoce como abdomen catastrófico. La fístula enteroatmosférica, es una comunicación entre el tracto digestivo y tejido granulatorio del paciente con abdomen abierto, representa un desafío particularmente complejo. El manejo de estos pacientes requiere un enfoque multidisciplinario centrado en la estabilización hemodinámica, terapia antimicrobiana, nutrición adecuada y el control de la infección. Se han empleado diversas estrategias, así como el sistema de cierre por presión negativa (VAC), para el manejo de las fístulas enteroatmosféricas. La mortalidad asociada a estas condiciones puede ser muy alta, llegando hasta el 50%. Este estudio presenta un caso ilustrativo de manejo exitoso del abdomen catastrófico en el Hospital Regional de Antofagasta, donde se aplicó un enfoque multidisciplinario para abordar esta situación.

OBJETIVOS: 1. Demostrar que con la aplicación combinada de Toxina Botulinica , neumoperitoneo y sistema de presión negativa se puede realizar cierre definitivo de pared abdominal. 2. Evidenciar que en un solo tiempo quirúrgico con cirugía definitiva se pudo resolver fístula enteroatmosférica y restablecer el tránsito intestinal. 3. Disminuir tiempo de hospitalización, riesgo de mortalidad y los altos costos hospitalarios al manejar pacientes con fístulas enteroatmosféricas complejas de manera integral con técnicas combinadas, tratamiento médico y quirúrgico.

CONTENIDO DE VIDEO: Introducción Metodos Presentación de caso clínico Discusión Conclusiones

10.-APLICACIÓN LA SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE SHOCK DE LA EMERGENCIA DE CIRUGÍA DE ADULTOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA.

Kimberly S. Luna D., Hugo F. Alvarado

Hospital Roosevelt, Guatemala.

INTRODUCCIÓN: El manejo de la vía respiratoria en situaciones de emergencia constituye una parte fundamental del protocolo inicial para atender a pacientes críticos, y su correcta ejecución es crucial para el curso y desenlace del tratamiento. La secuencia adecuada y organizada de los procedimientos en el entorno de urgencias determina el éxito o fracaso de la intervención, destacando la importancia de seguir pautas y protocolos establecidos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención médica. Estos protocolos están diseñados para prevenir las complicaciones esperadas tanto de la enfermedad subyacente como de los posibles efectos secundarios del procedimiento, lo que favorece una gestión más efectiva de los casos clínicos. La aplicación de la Secuencia Rápida de Intubación (SRI) en el entorno de Urgencias se configura como un procedimiento estratégico que anticipa y gestiona los posibles efectos secundarios de los medicamentos empleados, adaptándose al contexto específico de cada paciente. Esta individualización en el manejo reduce el riesgo de complicaciones y favorece una evolución clínica satisfactoria. En este sentido, el cumplimiento riguroso de la SRI en Urgencias para el abordaje avanzado de la vía aérea se rige como un protocolo esencial para mejorar las probabilidades de éxito en la intubación orotraqueal y, en consecuencia, optimizar el pronóstico de los pacientes críticos. Para poder llevar a cabo una Secuencia Rápida de Intubación (SRI) debemos llevar a cabo las 7 p's descritas para el mismo, 1. Preparación 2. Preoxigenación 3. Pre inducción 4.

Sedación / Inducción 5. Paralización 6. Posicionamiento 7. Cuidados Post Intubación

En el Hospital Roosevelt se pretende llevar a cabo una investigación enfocada en la aplicación de la SRI en el manejo de la vía aérea mediante intubación orotraqueal en pacientes atendidos en el área de shock de cirugía, con el propósito de determinar su relevancia y utilidad en este contexto clínico específico.

OBJETIVOS: 3.1 Objetivo General 3.1.1 Determinar la aplicación de la secuencia de Intubación rápida orotraqueal en pacientes atendidos en el área de shock de la emergencia de cirugía de adultos en el Hospital Roosevelt, por los residentes de los diferentes años de residencia. 3.2

Objetivos Específicos 3.2.1 Describir los pasos de la secuencia de intubación rápida orotraqueal que no se cumplen en el área de shock de la emergencia de cirugía de adultos en el Hospital Roosevelt por la falta de recursos. 3.2.2 Describir los pasos de la secuencia de intubación rápida orotraqueal que no se cumplen en el área de shock de la emergencia de cirugía de adultos en el Hospital Roosevelt por la falta de conocimiento de los residentes. 3.2.3

Identificar cuales son los principales insumos faltantes en el área de Shock de la Emergencia para cumplir con la aplicación de la secuencia de Intubación rápida orotraqueal.

MATERIAL Y MÉTODO: 4.1 TIPO DE ESTUDIO - Descriptivo, prospectivo, analítico 4.2

UNIDAD DE ANÁLISIS - Boletas de recolección de datos llenadas por residentes de los diferentes años de cirugía después de realizada una intubación orotraqueal en el área de Shock de la Emergencia de Cirugía del Hospital Roosevelt. 4.3 POBLACIÓN - Pacientes intubados en el

área de shock de la emergencia de Cirugía en el Hospital Roosevelt durante el mes de abril. 4.4

MUESTRA 4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN - Pacientes intubados por los diferentes residentes

de cirugía en el área de shock de la emergencia de cirugía del Hospital Roosevelt. 4.6 CRITERIOS

DE EXCLUSIÓN - Pacientes intubados en las diferentes áreas del Hospital Roosevelt - Pacientes intubados por médicos jefes del Hospital - Pacientes intubados en sala de operaciones -

Pacientes que lleguen intubados extrahospitalariamente. PROCESO Se utilizará una boleta de recolección de datos, los datos obtenidos después de la recolección de la información se procesarán en el programa Microsoft Excel, que permite organizarlos, empleando escalas cualitativas (nominales y ordinales) y cuantitativas (de razón y proporción) según las variables utilizadas. Los resultados son expresados en gráficas.

RESULTADO: Se presentan resultados de 21 pacientes que fueron sometidos a una intubación orotraqueal durante el mes de abril del año 2024 en el área de Shock de Cirugía del Hospital Roosevelt. GRÁFICA NO. 1 Nivel de Residencia de quienes realizaron la intubación orotraqueal Fuente: Datos obtenidos de la hoja de instrumento utilizada durante esta investigación. GRÁFICA NO. 2 Fuente: Datos obtenidos de la hoja de instrumento utilizada durante esta investigación.

CONCLUSIÓN: El área de Shock de Cirugía del Hospital Roosevelt es el sitio donde ingresa el total de pacientes con historial de trauma, la primera causa de trauma documentada en este centro asistencial es el trauma craneoencefálico, siendo atendidos en su mayoría por los residentes del primer año en un 63%. Previo a la enseñanza del orden de la secuencia rápida de intubación un 89% de los médicos residentes desconocían el orden o los componentes de esta, posteriormente a la enseñanza se evidenció que el 90.5% de los residentes sí realizó la secuencia de intubación de acuerdo a las 7p. Se evidenció que los médicos residentes de los diferentes años el 90% tenían conocimiento parcial de otros medicamentos que son utilizados durante la pre inducción, inducción y relajación muscular, por lo que es necesario mejorar la educación de los médicos residentes a todo nivel.

11.-RESULTADOS DE CIRUGIA EN GANGRENA DE FOURNIER, EN PACIENTES MANEJADOS EN EL HOSPITAL EL PINO. PERIODO DE ESTUDIO 2019-2023

Carol Escalona Boada, Jaime Esteban Castiblanco, Manuel Rodriguez Contreras, Andre Mesias, Joaquin Ponce Henriquez, Vicente Fernandez Rodriguez, Jorge Arche Prats, Sergio Aranda Gancedo

Hospital El Pino

INTRODUCCIÓN: La gangrena de Fournier se describe como una fascitis necrotizante de la región genitoperineal, que ocurre tanto en hombres como en mujeres y que es provocada por una infección polimicrobiana sinérgica entre microorganismos aerobios y anaerobios.¹ Existe gran cantidad de factores predisponentes, dentro de los que destacan la diabetes mellitus, el alcoholismo y la inmunodepresión de diferentes causas². Esta tiende a propagarse a lo largo de los planos fasciales con afectación inicial de los planos fasciales superficiales (fascia de Colles), la infección de la fascia de Colles puede luego propagarse al pene y al escroto a través de la fascia de Buck y Dartos, o a la pared abdominal anterior a través de la fascia de Scarpa, o viceversa.³ Aunque esta entidad clínica se atribuye epónimamente al venerólogo parisino Jean-Alfred Fournier, quien la describió como una gangrena fulminante del pene y el escroto en hombres jóvenes, Baurienne en 1764 y Avicena en 1877 habían descrito la misma enfermedad anteriormente. ⁴ A pesar del tratamiento oportuno y agresivo, la afección es potencialmente mortal, ya que la mayoría de los estudios informan tasas de mortalidad de entre el 20% y el 40% con un rango del 4-88%.³ El desbridamiento quirúrgico precoz de los tejidos necróticos y la administración de antibióticos son fundamentales en el tratamiento de la GF.⁴

OBJETIVOS: Describir los resultados de cirugía en Gangrena de Fournier, en pacientes manejados en El Hospital El Pino, periodo de estudio 2019-2023.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un diseño de tipo transversal, en que se evaluará la evolución clínica de pacientes manejados quirúrgicamente con diagnóstico de (GF) en El Hospital El Pino, periodo de estudio 2019-2023. Dado que se pretende evaluar a la totalidad de los pacientes, intervenidos durante el periodo, no se realizará un cálculo de tamaño muestral.

RESULTADO: Nuestro estudio se trata de un diseño de tipo transversal, en que se evaluará la evolución clínica de pacientes manejados quirúrgicamente con diagnóstico de (GF) en El Hospital El Pino, periodo de estudio 2019-2023. En este periodo se hospitalizaron en nuestro centro un total de 43 pacientes con diagnóstico de gangrena de Fournier la edad media de ellos fue de 57 años, 57,83 18 (41.86%) de los cuales fueron mujeres y 25 (58.13%) son hombres. Con respecto al estado nutricional de los pacientes atendidos por este diagnóstico 68,29% de ellos tenían un IMC igual o mayor a 20, con respecto a la comorbilidades asociadas, destaca que 76,74% de los pacientes tenían diabetes, 60,47% hipertensión y 60,47%, sin diferencias significativas entre ellas. El 69,77 % de los pacientes observados tuvieron su primera intervención quirúrgica en menos de 24 horas de su llegada a urgencias (tabla 2) y 100% de ellos fue tratado con antibióticos de amplio espectro. Con respecto a las comorbilidades que se asociaron durante la estadía hospitalaria, se evidencio, 34,88% desarrollaron anemia, 20.93% tuvo algún tipo de trastorno hidroelectrolítico, 11.63 % tuvo curso con desnutrición hipoproteica, 20,93% presentó durante su hospitalización insuficiencia respiratoria y 18,60% insuficiencia cardiaca sin embargo no hubo una diferencia significativa entre ellas. En total la mortalidad de los pacientes ingresados por gangrena de Fournier en el periodo de estudio fue del 16.28%. Para la confirmación diagnóstica al total de los pacientes se les solicitó tomografía axial computarizada a su ingreso 97,22% de ellas confirmaron diagnóstico de gangrena de Fournier. La media de intervenciones quirúrgicas que requirieron los pacientes con gangrena de Fournier de este estudio fue de 7.39 (tabla 3 y 4), el 100% de los pacientes tenia compromiso de mas de 50% del perine; solo 18,60% de los pacientes ingresados requirió de colostomía para derivación fecal; para el cierre definitivo del defecto posterior a la debridación a 27.91% de ellos se les realizó colgajo para el cierre, mientras 72.09% tuvieron un cierre por segunda intención, con respecto a complicaciones de las cirugías realizadas el 8% de los pacientes tuvo complicaciones tipo 1 y 2 en la escala de Clavien Dindo. Analizando la estadía hospitalaria en pacientes con gangrena, la media de días de hospitalización fue de 56 días. De todos los pacientes hospitalizados por esta causa sólo 25,58% ameritó ingreso a una unidad de Cuidados intensivos

(UCI), el promedio de estadía en UCI fue de 7,74 días.

CONCLUSIÓN: La gangrena de Fournier sigue siendo una causa potencialmente letal de infección en el área perineal, el desbridamiento quirúrgico precoz antes de las primeras 24 horas y el antibiótico de amplio espectro sigue siendo un elemento fundamental en el manejo de la misma. Además que el uso de tomografía axial computarizada ha facilitado el diagnóstico de manera precoz. La diabetes y el IMC sobre 20 se han visto implicados en la mayoría de las series publicadas sobre esta enfermedad como las comorbilidades más frecuentemente asociadas a la misma. Ambas son gran causa de morbilidad en el mundo moderno, lo que consecuentemente podría verse implicados en más casos de hospitalización por esta infección, esto ya confiere una causa importante de costos hospitalarios.

VIDEO

5.- CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL: TÉCNICA DE INSERCIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA

Paulina Abara C, Antonella Sanguineti M, Constanza Dicter R, Tomás González A.

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La diálisis peritoneal ha emergido como una excelente alternativa como terapia de sustitución renal respecto a la hemodiálisis en contexto de enfermedad renal crónica terminal. Las técnicas laparoscópicas ofrecen una instalación más segura y con mejores resultados en términos de posicionamiento, menores tasas de revisión y menor tiempo de espera para su uso. La inserción laparoscópica del catéter de diálisis peritoneal ha evolucionado rápidamente, existiendo múltiples versiones de la misma con el objetivo de obtener mejores resultados. Entre las variantes de esta técnica se encuentra descrita la fijación con sutura del catéter al peritoneo, la cuál ha demostrado reducir la tasa de migración del catéter.

OBJETIVOS: El objetivo es presentar un video de técnica quirúrgica de la inserción laparoscópica de un catéter de diálisis peritoneal con fijación peritoneal, mostrando de forma detallada cada paso de la técnica para poder estandarizarlo, realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

CONTENIDO DE VIDEO: Se muestra la técnica de inserción laparoscópica de un catéter de diálisis peritoneal instalado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, mostrando y explicando de forma detallada cada paso de la técnica, y además se muestra cómo se comprueba la funcionalidad del catéter.

12.-APENDICITIS AGUDA, UN DIAGNÓSTICO QUE TODAVÍA NOS SORPRENDE CLÍNICAMENTE. DESCRIPCIÓN DEL SIGNO TQP.

1.Rodrigo Torres-Quevedo Q. , Rogelio Parra V., Cristóbal Pérez S., Raúl Orellana S., Nicolás Pérez T.

Universidad de Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias. Su diagnóstico es eminentemente clínico y el objetivo de este trabajo es presentar el signo Torres-Quevedo-Parra (TQP). Se diseñó un estudio de prueba diagnóstica. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años con dolor abdominal agudo y se excluyeron pacientes con antecedentes de apendicectomía. Se reclutaron 356 en un servicio de urgencias de un hospital público durante el periodo del 31 de julio de 2023 al 14 de julio de 2024. Se investigó la presencia del signo TQP, definido como positivo cuando el paciente experimenta dolor localizado y punzante al comprimir la fosa iliaca derecha con el paciente en decúbito lateral izquierdo, y negativo cuando el dolor es difuso o se irradia al flanco derecho. Los resultados mostraron una sensibilidad del 94.1% y una especificidad del 96.7%, con un valor predictivo positivo de 97.5% y un valor predictivo negativo del 92.5%. La exactitud fue del 95.2%. El signo TQP se presenta como una nueva herramienta diagnóstica prometedora para la apendicitis aguda.

OBJETIVOS: La apendicitis aguda sigue siendo un desafío diagnóstico en la medicina de urgencias. La identificación temprana y precisa de esta condición es crucial para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas. Este estudio tiene como objetivo presentar el signo TQP como una herramienta diagnóstica novedosa para la apendicitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODO: Se diseñó un estudio de prueba diagnóstica en el que se incluyeron 356 pacientes ingresados con sospecha de apendicitis en el servicio de urgencias de adultos de un hospital público. El estudio se llevó a cabo desde el 31 de julio de 2023 hasta el 14 de julio de 2024 e incluyó pacientes mayores de 15 años de la red pública y el extrasistema que consultaron por dolor abdominal agudo, se excluyeron pacientes con apendicectomía previa. Se investigó la presencia del signo TQP, definido como positivo cuando el paciente experimenta dolor localizado y punzante al comprimir la fosa iliaca derecha con el paciente en decúbito lateral izquierdo, y negativo cuando el dolor es difuso o se irradia al flanco derecho. Los resultados del diagnóstico de apendicitis fueron confirmados por biopsia (Gold standard).

RESULTADO: Se incluyeron 356 pacientes, 184 hombres y 172 mujeres, con edades comprendidas entre 15 y 91 años. De los pacientes, 204 presentaron apendicitis confirmada por biopsia, mientras que 152 no presentaron apendicitis. El signo TQP mostró una sensibilidad del 94.1% y una especificidad del 96.7%. El valor predictivo positivo fue del 97.5%, y el valor predictivo negativo del 92.5%, con una exactitud del 95.2%.

CONCLUSIÓN: Los resultados de este estudio indican que el signo TQP es una herramienta diagnóstica altamente sensible y específica para la apendicitis aguda. La alta exactitud y los valores predictivos positivos y negativos sugieren que el uso del signo TQP puede mejorar el diagnóstico oportuno de la apendicitis, reduciendo así la necesidad de procedimientos diagnósticos más costosos e invasivos. Es importante seguir investigando y validando esta herramienta en diferentes poblaciones y entornos clínicos, como pueden ser los servicios de pediatría. El signo TQP se presenta como una nueva herramienta diagnóstica para el diagnóstico clínico de apendicitis que, debido a su elevada sensibilidad y especificidad, permitiría hacer un diagnóstico más oportuno, centrándose en un diagnóstico clínico el cual produce un ahorro en costos tanto monetarios como de tiempo.

13.-NEUROMA APENDICULAR, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA

Ana Gómez A, Antonio Mercandino S, Pablo Gonzalez B, Macarena Martínez C, Joaquin Zambrano F, Patricio Toro E

Hospital Carlos Cisternas, Departamento de Cirugía General

INTRODUCCIÓN: El neuroma apendicular, descrito por primera vez por Masson en 1928, es una lesión proliferativa del apéndice caracterizada por la proliferación de células endocrinas y nervios. Los síntomas imitan una apendicitis aguda, y el diagnóstico se realiza principalmente mediante examen histopatológico después de una apendicectomía.

OBJETIVOS: Este estudio busca investigar la prevalencia y las características del neuroma apendicular en pacientes sometidos a apendicectomías de urgencia.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el Hospital Carlos Cisternas, Calama, entre Enero de 2017 y Marzo de 2022. Se incluyeron pacientes sometidos a apendicectomías de urgencia con diagnóstico anatomopatológico de neuroma apendicular, excluyendo casos asociados con síndromes MEN IIb, ganglioneuromatosis y schwannomas. La recolección de datos se llevó a cabo mediante Excel, y se analizaron variables demográficas, parámetros de laboratorio, informes de imagenología, detalles quirúrgicos y hallazgos histológicos. Las muestras fueron revisadas por dos patólogos para confirmar el diagnóstico. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para el análisis descriptivo, y el programa estadístico STATA 17 para el análisis de datos.

RESULTADO: Se analizaron 1,642 pacientes sometidos a apendicectomías de urgencia, con una distribución de género de 53.8% masculino y 46.2% femenino. La edad promedio fue de 31.6 años. Se diagnosticaron 10 casos de neuroma apendicular (0.61%), con una edad media de presentación de 41.2 años. Todos los pacientes presentaron dolor abdominal en fosa iliaca derecha, y los análisis de laboratorio mostraron un recuento leucocitario medio de 9,472 y una media de PCR de 52.06 mg/L. Se realizaron tomografías a seis pacientes, con hallazgos compatibles con apendicitis aguda en cuatro casos. Todos los pacientes fueron operados mediante cirugía abierta. Histológicamente, todos los casos confirmaron la presencia de neuroma apendicular.

CONCLUSIÓN: El neuroma apendicular puede confundirse fácilmente con apendicitis aguda debido a la similitud de los síntomas clínicos. Este estudio confirma que la prevalencia del neuroma apendicular es baja pero significativa como diagnóstico diferencial. La mayoría de los casos se diagnostican incidentalmente post-apendicectomía, lo que resalta la importancia de una evaluación histopatológica detallada. El tratamiento adecuado es la apendicectomía, y el seguimiento muestra que los pacientes permanecen asintomáticos sin complicaciones mayores. La importancia radica en su potencial de evolución a neoplasias carcinoides y su contribución al dolor abdominal crónico.

14.-APLICABILIDAD DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA EXTRACCIÓN DE INFORMACIÓN QUIRÚRGICA

Brandon Valencia-Coronel, Claudia Marin Heise, Julian Peña Herrera, Maria Renee Gomez Zuñiga, Erik Manriquez, Mariano Gimenez, Julian Varas.

Pontificia Universidad Católica De Chile, Hospital Dr. Sotero del Rio, Universidad de Estrasburgo

INTRODUCCIÓN: Los Grandes Modelos de Lenguaje (LLMs, por sus siglas en inglés) muestran potencial para el procesamiento de información médica, pero su aplicación en el campo de la cirugía sigue sin ser totalmente explorada. Este estudio evalúa la efectividad de una técnica de "zero-shot prompting" para la generación de resúmenes de información quirúrgica en cirugía general utilizando LLMs.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad de una técnica de "zero-shot prompting" modificada para generar resúmenes de información quirúrgica en cirugía general utilizando Grandes Modelos de Lenguaje (LLMs). Además determinar la calidad y utilidad de la información quirúrgica generada por LLMs en términos de precisión, relevancia, comprensión, claridad, coherencia y utilidad práctica, según la evaluación de cirujanos formados.

MATERIAL Y MÉTODO: Catorce cirujanos formados (9 hombres, 5 mujeres; edades entre 32 y 49 años) de diversas especialidades evaluaron resúmenes quirúrgicos generados por LLMs, en este caso se utilizó la plataforma ClaudeAI creada por Anthropic sobre patologías esenciales en cirugía general. Se crearon resúmenes que abarcaban diversas patologías quirúrgicas de cirugía general utilizando la técnica de "zero-shot prompting" modificada. Los participantes calificaron los resúmenes en una escala Likert de 5 puntos en cuanto a precisión, relevancia, comprensión, claridad, coherencia y utilidad práctica. Se utilizaron estadísticas descriptivas, pruebas t y el alfa de Cronbach para el análisis. Las estadísticas descriptivas y las pruebas t se calcularon utilizando Python. La consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

RESULTADO: Todos los aspectos evaluados recibieron altas calificaciones (medias entre 4.00 y 4.57). Las pruebas t mostraron que todas las calificaciones fueron significativamente superiores. La encuesta demostró alta consistencia interna (α de Cronbach=0.82). La claridad recibió la puntuación media más alta (4.57), mientras que la utilidad práctica obtuvo la puntuación más baja pero aún favorable (4.00).

CONCLUSIÓN: La técnica modificada "zero-shot prompting" utilizando 7 parámetros para la extracción de información quirúrgica utilizando LLMs para la educación en cirugía general demostró una alta efectividad en todos los criterios evaluados. Este enfoque muestra un potencial significativo para mejorar el acceso a información quirúrgica precisa y relevante, lo que podría mejorar la extracción de información en cirujanos en formación. Se requiere más investigación para validar estos hallazgos en diversos entornos clínicos.

VIDEO

6.- TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE CON LESIÓN HEPÁTICA Y VESICULAR INADVERTIDA, REPORTE DE CASO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

Nicolás Drolett S., Antonia Gómez R., Javiera Hernández M., Rodrigo Peña J., Bárbara Silva P., y Christian Romero B.

Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: El manejo conservador del trauma abdominal penetrante por arma blanca es una opción en pacientes estables debido al desarrollo de las pruebas de imagen, permitiendo un diagnóstico y tratamiento menos invasivo, reduciendo el tiempo de recuperación y estadía hospitalaria. Sin embargo, destaca la importancia de al menos 24 horas de observación en centro hospitalario capacitado para cirugía de urgencia debido a la posibilidad de presentar lesiones no visibles en estudios de imagen, las cuales no serán reflejadas por la sintomatología del paciente hasta horas después de ocurrido el trauma.

OBJETIVOS: Exponer la importancia de la monitorización continua en el manejo conservador de trauma abdominal a través de la presentación de un caso de lesión hepática y vesicular inadvertida.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso de paciente masculino de 36 años, sin antecedentes, que ingresa en estado etílico, posterior a agresión por terceros con arma blanca, resultando en herida penetrante a nivel de reborde costal derecho de aproximadamente 2 centímetros de longitud, sin sangrado activo. Al examen físico, hemodinámicamente estable y con dolor abdominal difuso EVA 4, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza ecografía FAST, donde se descarta neumotórax y líquido libre en cavidad abdominal. En tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis con contraste se evidencia "Pequeño foco de laceración hepática, asociado a leve hemoperitoneo". Se hospitaliza para observación. 48 horas después presenta dolor abdominal, distensión y vómitos explosivos, al examen físico presenta abdomen blando, depresible, doloroso de manera difusa y blumberg positivo. Se realiza tomografía computarizada de control que reporta "laceración hepática, sin evidencia de sangrado activo actual, engrosamiento parietal de región antroplórica asociado a moderada ascitis y cambios inflamatorios". Debido a clínica de abdomen agudo inespecífica se decide realizar laparoscopia exploradora. Ingres a cirugía donde se evidencian aproximadamente 3000 cc de bilis y sangre libre en los cuatro cuadrantes de cavidad, lesión hepática segmento V grado III con hemorragia activa, lesión vesicular transfixiante grado II con salida de bilis. Se procede con aseo de cavidad, colecistectomía y hemostasia de lesiones hepáticas. Se instalan dos drenajes Jackson-Pratt uno hacia espacio de Morrison y el otro a corredera parietocólica y fondo de saco. Paciente evoluciona favorablemente, tolerando régimen alimentario, se retiran drenajes a los dos días. En este caso, se destaca la importancia de la monitorización del paciente con manejo conservador. De esta forma, disminuimos la mortalidad al evitar el alta precoz, permitiendo la resolución quirúrgica de manera oportuna.

15.-MANEJO LAPAROSCÓPICO DE PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS: EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN UN HOSPITAL DEL NORTE GRANDE DE CHILE.

Antonio Mercandino S, Pablo Gonzalez B, Macarena Martinez C, Ana Gómez A, Joaquin Zambrano F, Bárbara Carreño M.

Hospital Carlos Cisternas

INTRODUCCIÓN: Los pseudoquistes pancreáticos (PP) son acumulaciones de líquido con enzimas pancreáticas, rodeadas por una pared fibrosa sin epitelio verdadero. Requieren tratamiento cuando presentan síntomas como dolor abdominal, saciedad temprana y pérdida de peso, o por complicaciones como infecciones y obstrucciones. Las opciones de manejo incluyen drenaje percutáneo, endoscópico y quirúrgico

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es presentar una serie de 3 casos de drenajes laparoscópicos realizados por el equipo de Cirugía General del Hospital Carlos Cisternas en pseudoquistes pancreáticos sintomáticos y hacer una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con PP sintomático desde junio de 2022 hasta enero de 2024. Todos los pacientes contaban con un diagnóstico previo de pancreatitis aguda. Los PP se confirmaron mediante tomografía axial computarizada (TAC), evaluándose su tamaño y localización exacta. Se excluyeron los pacientes con PP complicados y aquellos con necrosis encapsulada. La cistogastroanastomosis se llevó a cabo utilizando enfoques exogástrico y transgástrico, seleccionando la técnica según la localización del pseudoquiste. Todos los procedimientos fueron realizados por un equipo quirúrgico especializado en laparoscopia avanzada. Las variables que se utilizaron fueron clínicas, quirúrgicas, complicaciones postoperatorias y recurrencia a los 6 meses mediante TAC. Para el análisis descriptivo, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

RESULTADO: Durante el período de estudio, se operaron tres pacientes: dos mujeres y un hombre, con una edad promedio de 53.3 años (DS: ± 5.1 años). El tamaño medio de los pseudoquistes fue de 15.7 x 12.3 cm (DS: ± 3.2 cm x ± 2.5 cm). La etiología incluyó pancreatitis alcohólica en un caso y biliar en dos casos. Los principales síntomas presentados fueron saciedad precoz, dolor y distensión abdominal. Se aplicó el enfoque exogástrico en dos casos y el transgástrico en uno. El tiempo quirúrgico promedio fue de 136.7 minutos (DS: ± 16.2 minutos) y la estancia hospitalaria promedio fue de 4.3 días (DS: ± 0.6 días). No se reportaron complicaciones postoperatorias ni recurrencias durante seis meses de seguimiento.

CONCLUSIÓN: Como muestra la literatura, el drenaje mediante cistogastroanastomosis es una técnica segura y efectiva para el manejo de pseudoquistes pancreáticos, especialmente en casos donde el enfoque endoscópico no es viable. Aunque este estudio involucra solo tres casos, los resultados son consistentes con otras investigaciones, apoyando la cistogastroanastomosis laparoscópica como una opción válida.

16.-APENDICITIS AGUDA EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: ¿AÚN UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO?

Carlos Arce N., Pablo Rivano G., Angeline San Martín C., Rodrigo Peña J., Erik Suarez B.

Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de apendicitis ha sido históricamente clínico, sin embargo, dada la judicialización quirúrgica y la accesibilidad del estudio imagenológico, existe una tendencia a respaldarse en estudios confirmatorios. El presente trabajo busca objetivar la utilidad del Puntaje de Alvarado en el diagnóstico clínico de apendicitis aguda en la Unidad de Emergencias (UE) del Hospital Regional de Antofagasta (HRA) durante el año 2022, y su correlación con el uso de tomografía computarizada (TC) como método diagnóstico complementario.

OBJETIVOS: Objetivo general: objetivar la utilidad del Puntaje de Alvarado en el diagnóstico clínico de apendicitis aguda en el Hospital Regional de Antofagasta, durante el año 2022. . Objetivos específicos: Determinar la proporción de TC solicitados según riesgo en base a score de Alvarado. Determinar la proporción de TC solicitados según sexo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, observacional. Se identificaron aquellos pacientes operados bajo diagnóstico de apendicitis aguda en HRA durante el año 2022, excluyendo casos con datos insuficientes, imágenes diagnósticas del extrasistema, menores de 15 años y embarazadas. De 395 pacientes, 221 cumplieron criterios de inclusión. Se revisaron sistemáticamente Datos de Atención de Urgencias (DAU) y Laboratorios para calcular el puntaje Alvarado; posteriormente se registró el informe de TC, mientras que el diagnóstico postoperatorio fue extraído del Protocolo Operatorio.

RESULTADO: Total 221 pacientes. 133 hombres y 88 mujeres. La edad promedio fue 34 años, siendo el grupo etario de 15-25 años aquel con mayor número de intervenciones (32.13%). El signo de Blumberg y dolor en fosa iliaca derecha fueron los hallazgos más frecuentes. Respecto al puntaje Alvarado, 61.09% presentó Riesgo Alto (RA), 29.41% Riesgo Moderado (RM) y 9% Riesgo Bajo (RB). Se indicó TC abdomen y pelvis a 142 pacientes (64.25%), siendo un 55.63% (79) RA, 31.69% (45) RM, y 12.68% (18) BR. En proporción, se solicitó TC a un 85.71% de pacientes BR, 69.23% de pacientes RM, y 58.52% de pacientes RA. El Puntaje de Alvarado fue positivo para apendicitis en 99%. La TC confirmó apendicitis en un 95% de los casos. Destaca el sexo femenino del grupo AR por presentar mayor tasa de solicitud de TC, respecto al masculino (75,93% vs 45,68%).

CONCLUSIÓN: Se identificó alta sensibilidad del Puntaje de Alvarado y un alto uso de TC en todos los grupos de riesgo, siendo el grupo BR considerablemente más pequeño respecto a los MR y AR. El mayor uso de TC en el sexo femenino es constante en todos los grupos, y más aún en el grupo AR, donde paradójicamente, existe un sobreuso del TC como herramienta complementaria. El sesgo en este trabajo, insta al personal de salud a completar los registros de atención de forma más exacta, permitiendo un mejor registro y estudio.

