



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Esta licencia permite que otros distribuyan, mezclen, adapten y construyan sobre su trabajo, incluso comercialmente, siempre que le reconozcan la creación original. Esta es la licencia más complaciente que se ofrece. Recomendado para la máxima difusión y uso de materiales con licencia.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVISCERACIÓN EN PACIENTES
OPERADOS DE LAPAROTOMÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2021 A
2025**

Presentado por:

DÍAZ CRISOSTOMO JOSEKARLO ALONSO

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **3%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 26 de febrero del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. LUIS E. CURIÑO PALOMINO
Director de la Unidad de Investigación (e)

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC**

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
“DANIEL ALCIDES CARRIÓN”



TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVISCERACIÓN EN
PACIENTES OPERADOS DE LAPAROTOMÍA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA 2021 A 2025**

Línea de investigación

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

JOSEKARLO ALONSO DÍAZ CRISOSTOMO

ASESOR

DR. KONG CHIRINOS JOSE

ICA – PERÚ

2026

Dedicatoria

A Dios, por darme la vida, iluminar cada paso de mi camino y rodearme de seres tan maravillosos que me sostienen con su amor. Gracias por permitirme llegar con bien a esta etapa tan significativa de mi vida.

A mis padres, por su amor infinito, su dedicación y su ejemplo; por motivarme a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles, celebrando mis logros como si fueran propios y enseñándome a nunca rendirme en este camino hacia la Medicina.

A mis hermanos, por su compañía, su cariño y por ser un apoyo constante que me inspira a crecer y luchar por mis sueños.

A mis abuelitos y tíos, por su aliento, su confianza y su presencia constante, que me impulsan a dar siempre lo mejor de mí.

Sin todos ustedes, este logro no habría sido posible. Gracias por ser mi fuerza, mi hogar y mi inspiración.

Agradecimiento

A Dios, por iluminar mi camino, darme fuerza y permitirme cumplir este sueño de ser Médico Cirujano.

A mis padres, por su amor infinito, paciencia, ejemplo y enseñanzas; por motivarme a dar siempre lo mejor de mí, acompañarme en cada paso y celebrar conmigo cada logro. A mis hermanos, por ser mi inspiración, apoyo incondicional y guía constante, recordándome que con esfuerzo y perseverancia todo es posible.

A mis abuelitos, tíos y amigos, por su cariño, aliento y motivación, que hicieron más llevadero este camino y más valioso cada logro alcanzado.

A mi asesor de investigación y a mis revisores, por su guía, paciencia y valiosas observaciones que enriquecieron este trabajo.

Al equipo de la Facultad de Medicina, por su apoyo, disposición y acompañamiento en todo el proceso.

A los profesionales y al personal del Hospital Regional de Ica, por sus enseñanzas, orientación y colaboración, que me permitieron aprender de manera práctica y desarrollar esta investigación.

A mis perritos, Tobys y Kiry, por su alegría, ternura y compañía, que llenaron de luz mis días más exigentes.

A todos los que, de alguna manera, caminaron conmigo y me ayudaron a alcanzar este logro: gracias por ser parte de mi vida, por enseñarme que los sueños se alcanzan con amor, esfuerzo y compañía, y por recordarme que cada paso valió la pena.

INDICE

	Pag
Portada.	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice de contenido	4
Índice de tablas	5
Índice de figuras	6
Resumen	7
Abstract	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	33
III. RESULTADOS	36
IV. DISCUSIÓN	42
V. CONCLUSIONES	47
VI. RECOMENDACIONES	48
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
VIII. ANEXOS	55

Índice de tablas

N°	Tabla	Pág
Tabla 1	Edad asociada a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	36
Tabla 2	Sexo asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	36
Tabla 3	Tabaquismo asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	37
Tabla 4	Diabetes mellitus asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	37
Tabla 5	Hipoxia asociada a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	38
Tabla 6	Hipoalbuminemia asociada a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	38
Tabla 7	Tiempo operatorio asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	39
Tabla 8	Peritonitis infecciosa asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	39
Tabla 9	Peritonitis química asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	40
Tabla 10	Reintervención asociada a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	40
Tabla 11	Regresión logística de los factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025	41

Índice de figuras

N°	Figura	Pág
Figura 1	Regresión logística de los factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025: Forest Plot	41

Resumen

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025. **Metodología.** Es un estudio observacional, retrospectiva, trasversal, analítica de nivel explicativo, de diseño casos y controles y de enfoque cuantitativo, en 73 casos (pacientes eviscerados) comparados con 146 controles (pacientes no eviscerados). La información se obtuvo de las historias clínicas y fueron procesadas en el programa estadístico SPSS v29. **Resultados.** Las variables independientes que demostraron asociación directa con la variable dependiente (Evisceración) son: Edad ≥ 60 años $p= 0,021$ ORa= 2,752 (IC95%: 1,161-6,522), sexo masculino $p= 0,035$ ORa= 2,652 (IC95%: 1,072-6,560), consumo de tabaco $p= 0,005$ ORa= 4,967 (IC95%: 1,641-15,035), tener diabetes Mellitus tipo 2 $p= 0,044$ ORa= 5,107 (IC95%: 1,048-24,878), Hipoxia Perioperatoria $p= 0,000$ ORa= 9,152 (IC95%: 2,970-28,202), Hipoalbuminemia $p= 0,000$ ORa= 11,492 (IC95%: 4,178-31,609), Tiempo Operatorio > 120 minutos $p= 0,011$ ORa= 3,053 (IC95%: 1,287-7,242), Peritonitis Infecciosa $p= 0,000$ ORa= 8,186 (IC95%: 2,873-23,322), Peritonitis Química $p= 0,002$ ORa= 5,680 (IC95%: 1,923-16,778), Reintervención $p= 0,009$ ORa= 5,149 (IC95%: 1,516-17,489). **Conclusiones:** Los factores de riesgo para evisceración son: Edad ≥ 60 años, sexo masculino, consumo de tabaco, tener diabetes Mellitus tipo 2, Hipoxia Perioperatoria, Hipoalbuminemia, Tiempo Operatorio > 120 minutos, Peritonitis Infecciosa, Peritonitis Química, Reintervención.

Palabras clave: Factores, riesgo, asociados, evisceración, laparotomía.

Abstract

Objective: To determine the risk factors associated with evisceration in patients who underwent laparotomy at the Hospital Regional de Ica from 2021 to 2025. **Methodology:** This was an observational, retrospective, cross-sectional, analytical study at an explanatory level, with a case-control design and a quantitative approach. The study included 73 cases (patients with evisceration) compared with 146 controls (patients without evisceration). Data were obtained from medical records and processed using SPSS v29 statistical software. **Results:** The independent variables that showed a direct association with the dependent variable (evisceration) were: Age \geq 60 years ($p = 0.021$, aOR = 2.752, 95% CI: 1.161–6.522), male sex ($p = 0.035$, aOR = 2.652, 95% CI: 1.072–6.560), tobacco use ($p = 0.005$, aOR = 4.967, 95% CI: 1.641–15.035), type 2 diabetes mellitus ($p = 0.044$, aOR = 5.107, 95% CI: 1.048–24.878), perioperative hypoxia ($p = 0.000$, aOR = 9.152, 95% CI: 2.970–28.202), hypoalbuminemia ($p = 0.000$, aOR = 11.492, 95% CI: 4.178–31.609), operative time $>$ 120 minutes ($p = 0.011$, aOR = 3.053, 95% CI: 1.287–7.242), infectious peritonitis ($p = 0.000$, aOR = 8.186, 95% CI: 2.873–23.322), chemical peritonitis ($p = 0.002$, aOR = 5.680, 95% CI: 1.923–16.778), and reoperation ($p = 0.009$, aOR = 5.149, 95% CI: 1.516–17.489). **Conclusions:** The risk factors for evisceration were: age \geq 60 years, male sex, tobacco use, type 2 diabetes mellitus, perioperative hypoxia, hypoalbuminemia, operative time $>$ 120 minutes, infectious peritonitis, chemical peritonitis, and reoperation.

Keywords: Factors, risk, associated, evisceration, laparotomy.

I. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

El abdomen abierto postoperatorio (AAP) agudo también llamado evisceración constituye una condición clínica de etiología multifactorial que presenta desafíos significativos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. A pesar de los avances tecnológicos incluyendo mejoras en los materiales de sutura, innovaciones en las técnicas quirúrgicas y optimización de los cuidados perioperatorios, así como el desarrollo de modelos predictivos para AAP, no se ha logrado una disminución sustancial en la incidencia de casos agudos no planificados. Por este motivo, la intervención del cirujano sigue siendo un elemento clave e insustituible en todas las fases del abordaje diagnóstico y terapéutico de esta entidad¹.

El abdomen abierto se define por la presencia de una apertura persistente de la cavidad abdominal, situación que con frecuencia se complica con la aparición de fistulas enterocutáneas o enteroatmosféricas. Estas complicaciones se asocian a tasas elevadas de morbilidad y mortalidad, alcanzando cifras cercanas al 40%, lo que repercute de manera significativa en la calidad de vida de quienes la padecen^{2,3}.

En el contexto español, un análisis multivariante permitió identificar diversos factores que incrementan el riesgo de evisceración postoperatoria, tales como la edad avanzada, la presencia de antecedentes de enfermedad vascular o coronaria, concentraciones reducidas de albúmina en el periodo preoperatorio, episodios de inestabilidad hemodinámica y una duración prolongada del acto quirúrgico⁴.

Por otro lado, en Etiopía, la mortalidad asociada a la laparotomía de emergencia se sitúa entre el 13% y el 18%, lo que representa una tasa cinco veces superior a la observada en procedimientos electivos de alto riesgo. Además, el índice de complicaciones mayores puede alcanzar el 50%, siendo la evisceración una de las complicaciones más frecuentes⁵.

La evisceración figura consistentemente entre las tres principales causas que motivan la necesidad de relaparotomía. De acuerdo con datos publicados, las causas más comunes de reintervención son: el absceso intraabdominal (57 casos, 44.23%), la dehiscencia de la herida quirúrgica o evisceración (17 casos, 13.2%) y la fuga anastomótica (15 casos, 11.6%)⁶.

En relación a la prevalencia, una investigación desarrollada en La Habana evidenció que el 1,68% de los pacientes sometidos a laparotomía presentaron evisceración postoperatoria⁷.

La incidencia global de hernia incisional después de una laparotomía oscila entre el 2% y el 30%, dependiendo de diversos factores relacionados tanto con el paciente como con la técnica quirúrgica empleada. Es ampliamente reconocido que la optimización de factores de riesgo antes de la intervención como la reducción ponderal y el adecuado control glucémico en pacientes diabéticos constituye una estrategia fundamental para minimizar complicaciones. En cuanto al uso de fajas abdominales en el periodo postoperatorio, la

evidencia científica actual respalda su seguridad, aunque no se ha podido demostrar una ventaja significativa en cuanto a la reducción de complicaciones⁸.

En un estudio llevado a cabo en Aguascalientes, México, se reportó que la proporción de evisceraciones en pacientes sometidos a laparotomía de urgencia alcanzó el 41.7%⁹.

Por su parte, una investigación realizada en Cuba identificó una mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus entre los pacientes que desarrollaron evisceración postoperatoria, lo que sugiere una posible asociación entre estas comorbilidades y el riesgo de esta complicación¹⁰.

Estudios a nivel nacional son escasos y a nivel regional no se encuentran investigaciones que aborden científicamente esta complicación de la laparotomía que lleva consigo una alta tasa de mortalidad, de allí la importancia de tratar este problema de manera científica que será útil para evidenciar una realidad de la calidad de las intervenciones quirúrgicas en un hospital Referencial de Ica.

Antecedentes

Internacionales

Hernández S¹¹. Impacto del índice de masa corporal en las complicaciones inmediatas de pacientes posoperados de colostomía en el Hospital General de Xoco y el Hospital General Rubén Leñero, Secretaría de Salud, Ciudad de México, 2024. Objetivo: La finalidad de este estudio fue evaluar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la aparición de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a colostomía en los hospitales General de Xoco y Rubén Leñero. Para ello, se llevó a cabo una investigación de tipo clínico, transversal, observacional, descriptiva y retrospectiva. La muestra estuvo conformada por 328 pacientes, de los cuales 192 correspondieron al sexo masculino (58,5 %) y 136 al sexo femenino (41,4 %). El análisis del IMC reveló un promedio de 30,33 con una desviación estándar de 6,03, abarcando un rango de valores que oscila entre 18,8 y 48,2 kg/m². De los 328 expedientes revisados, el 75,91 % (249 pacientes) no presentó complicaciones relacionadas con el estoma, mientras que el 24,09 % (79 pacientes) sí desarrolló algún tipo de complicación inmediata. Entre estas, los abscesos paraestomales fueron los más frecuentes, observándose en el 10,67 % de los casos; la isquemia o necrosis se presentó en el 6,10 % y las retracciones en el 3,66 %. En conclusión, los resultados obtenidos en este estudio no demostraron diferencias significativas en la incidencia de complicaciones postoperatorias entre pacientes obesos y no obesos, manteniéndose en concordancia con lo reportado en la literatura científica previa.

Rojas Hurtado, M¹². Aplicación de la escala de evisceración de Van Ramshorst en pacientes sometidos a laparotomía de urgencia, México 2024. Objetivo: El propósito de este trabajo

fue evaluar la utilidad de la escala de evisceración postquirúrgica de Van Ramshorst en pacientes que requirieron laparotomía exploradora de urgencia. Materiales y métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo, de tipo observacional, analítico y descriptivo. La muestra incluyó a 80 pacientes, de los cuales el 41,3 % correspondía al sexo femenino y el 58,5 % al sexo masculino, con una edad promedio de 47,75 años (desviación estándar: 18,9). Resultados: La incidencia de evisceración en la población analizada fue del 41 % (n = 33). De este grupo, 11 pacientes (13,8 %) obtuvieron una puntuación superior a 6 en la escala de Van Ramshorst, resultado que alcanzó significancia estadística ($p = 0,000$). El análisis individual de los parámetros que integran la escala reveló que tanto la infección del sitio quirúrgico ($p = 0,007$) como la presencia de tos ($p = 0,001$) constituyeron factores de riesgo estadísticamente significativos para la aparición de evisceración. Conclusiones: El porcentaje total de evisceración observado en esta serie (41,7 %) se encuentra en concordancia con los valores reportados en la literatura internacional para cirugías de urgencia, donde las tasas pueden llegar hasta el 40 %. Los principales factores de riesgo identificados en este estudio fueron la infección del sitio quirúrgico y la presencia de tos en el periodo postoperatorio.

Fica L¹³. Evisceración postoperatoria: prevención, diagnóstico y tratamiento. Una perspectiva internacional. Facultad de Medicina de Chile, 2022. Objetivo: Identificar las características clínicas y laboratoriales de los pacientes que presentan evisceración postquirúrgica. La manifestación clínica de la evisceración postoperatoria puede ser heterogénea; sin embargo, ciertos signos predominan en la mayoría de los casos. Entre los hallazgos más frecuentes se encuentran la presencia de secreción tipo “lavado de carne” que mancha el apósito (77 %), aparición de íleo paralítico (75,5 %), abultamiento en la zona de la herida quirúrgica (49 %), dolor abdominal (35 %), náuseas y vómitos (31,5 %), tos (14 %) y ascitis (5 %). Desde el punto de vista de laboratorio, diversos parámetros pueden contribuir al diagnóstico de evisceración, tales como leucocitosis, niveles bajos de proteínas en sangre, anemia, elevación de urea e incremento de creatinina sérica. Al analizar 18 factores relacionados con el riesgo de evisceración, se evidenció que la inestabilidad hemodinámica y el incremento de la presión intraabdominal estuvieron presentes en la totalidad de los pacientes evaluados. Además, el 80 % de los individuos afectados cumplía con al menos nueve de estos parámetros. Entre los factores asociados destacan la realización de cirugía urgente, infección de la herida o de la pared abdominal, anemia, edad superior a 65 años, sepsis, uremia, ausencia de bordes cicatriciales adecuados e hipertensión arterial.

Osmar C¹⁴. Técnica de refuerzo de la pared abdominal con sutura longitudinal lateral a la incisión (reinforced tension line - RTL) para el cierre de la línea media como prevención de

evisceración. Paraguay, 2025. Objetivo: El propósito de este estudio fue describir los resultados obtenidos al aplicar la técnica RTL como método preventivo de evisceración en pacientes con alto riesgo. Material y método: Se llevó a cabo una investigación prospectiva, de corte transversal, con enfoque observacional y descriptivo, dirigida a pacientes con puntajes superiores a 6 en la escala de Van Ramshorst—indicativos de elevado riesgo de evisceración—. El procedimiento consistió en el cierre de la línea media utilizando la técnica de refuerzo longitudinal lateral (RTL) y se desarrolló entre marzo de 2023 y febrero de 2024 en la IICCQ del Hospital de Clínicas, FCM-UNA. Resultados: Fueron incluidos 30 pacientes, todos ellos con al menos seis factores de riesgo de evisceración según la escala de Van Ramshorst. Entre los factores detectados con mayor frecuencia se encontraron la edad, el tipo de intervención quirúrgica, anemia, presencia de ascitis y tos. La edad promedio de los participantes fue de $55,2 \pm 10,3$ años. El 63 % presentó incisiones quirúrgicas mayores a 18 cm y el tiempo operatorio promedio fue de 180 ± 165 minutos (registrado en el 50 % de los casos). La infección del sitio quirúrgico se reportó en un 20 % y se produjo un caso (3,3 %) de fallecimiento por sepsis abdominal. La incidencia de evisceración fue de 2 casos (6,7 %). Conclusión: Los hallazgos sugieren que la aplicación de la técnica RTL representa una alternativa segura, ágil y técnicamente sencilla para el cierre de la línea media, con potencial para reducir la aparición de evisceraciones en pacientes con factores de riesgo elevados.

Morillo Lemus, L¹⁵. Factores de riesgo asociados a la dehiscencia de herida quirúrgica tras cirugía abdominal en pacientes del Servicio de Cirugía General, Hospital Regional Pemex Poza Rica, enero 2011 – septiembre 2021. Objetivo: El propósito de la investigación fue identificar y analizar los principales factores de riesgo relacionados con la dehiscencia de heridas quirúrgicas a lo largo de una década. Material y método: La recolección de información se realizó a través de la revisión de expedientes clínicos electrónicos, seleccionando variables conforme a los objetivos específicos definidos al inicio del estudio. Resultados: En la cohorte analizada, predominó el grupo de pacientes menores de 65 años (57 %), con mayor representación femenina (63 %) y una proporción considerable de personas no activas laboralmente (73,5 %), característica que podría influir en el incremento del riesgo de complicaciones postoperatorias. Las patologías más comunes fueron la coledocistitis (25 %) y la oclusión intestinal (17 %), observándose una alta prevalencia de cirugías de carácter urgente (63,5 %). La dehiscencia de aparición tardía resultó ser más habitual que la de presentación temprana; además, la incisión en línea media fue la técnica quirúrgica más empleada (79 %). El tiempo promedio de duración de los procedimientos quirúrgicos fue de 2,66 horas, empleándose habitualmente suturas continuas y absorbibles. El 17,5 % de los casos requirió estancias hospitalarias prolongadas, y la incidencia de infecciones se mantuvo baja (2,3 %). Entre las comorbilidades más frecuentes destacaron la

hipertensión arterial (43,6 %) y la diabetes mellitus tipo 2 (27,4 %). Se observó una prevalencia elevada de desnutrición (86,2 %), anemia (79,6 %) y alteraciones leucocitarias (38,2 %) entre los pacientes evaluados. Conclusiones: Los resultados sugieren que tanto la edad como el sexo constituyen factores que inciden en la aparición de dehiscencia de heridas quirúrgicas, en el contexto de cirugía abdominal.

Carlos Jiménez S¹⁶. Factores de riesgo asociados a la ocurrencia de dehiscencia aguda de la pared abdominal (DAPA) en pacientes posoperados de laparotomía por línea media. Metaanálisis de factores de riesgo. México, 2025. Se llevó a cabo un metaanálisis enfocado en el estudio de doce variables, cada una evaluada de manera independiente, para estimar el Odds Ratio (OR) junto con su intervalo de confianza al 95 %. Los resultados individuales para cada factor de riesgo se detallan a continuación: Anemia: OR = 7.03, IC 95 % [1.03, 17.46], Infección del sitio quirúrgico: OR = 5.87, IC 95 % [2.72, 12.68] Ascitis: OR = 5.21, IC 95 % [3.71, 7.32] Ictericia: OR = 2.8, IC 95 % [0.52, 15.33] EPOC: OR = 2.16, IC 95 % [1.63, 2.89] Edad mayor de 60 años: OR = 2.1, IC 95 % [1.9, 2.34] Cirugía de urgencia: OR = 2.05, IC 95 % [1.61, 2.61] Sexo masculino: OR = 1.99, IC 95 % [1.6, 2.16] Edad (como variable continua): OR = 1.42, IC 95 % [1.08, 1.94] Insuficiencia renal: OR = 1.4, IC 95 % [1.17, 1.68] Diabetes: OR = 1.05, IC 95 % [0.89, 1.25]. Es relevante señalar que, aunque se observaron valores elevados de OR en variables como anemia, cáncer, diabetes e ictericia, estas no alcanzaron significación estadística, con la excepción de la anemia, que mostró un límite inferior del intervalo de confianza apenas por encima de la unidad. Por otro lado, la edad mostró una significancia estadística marginal al considerarla de manera global; sin embargo, el análisis de sensibilidad, al categorizar a los pacientes en mayores de 60 años, evidenció que el riesgo de desarrollar DAPA se incrementa al doble en este subgrupo. Estos resultados subrayan la importancia de la edad avanzada, la presencia de ascitis, la infección del sitio quirúrgico y la condición respiratoria (EPOC), así como la urgencia de la intervención y el sexo masculino, como factores con asociación significativa al desarrollo de dehiscencia aguda de la pared abdominal tras laparotomía por línea media.

Choca-Paguay G¹⁷. Intervenciones de enfermería en dehiscencia de herida quirúrgica: revisión sistemática. Ecuador, 2025. Objetivos: El propósito central de esta revisión fue detallar las intervenciones de enfermería recomendadas para el abordaje de la dehiscencia de heridas quirúrgicas, a partir de una revisión sistemática de la literatura disponible. Método: Se optó por una investigación cualitativa, descriptiva y de carácter no experimental, fundamentada en una búsqueda sistemática en fuentes bibliográficas especializadas. Resultados: De un total inicial de 60 publicaciones identificadas, 15 cumplieron con los criterios de inclusión para el análisis detallado. Entre los factores de riesgo que se asociaron

recurrentemente a la dehiscencia de heridas quirúrgicas destacan la edad avanzada, la obesidad, la diabetes mellitus, estados nutricionales deficitarios, presencia de infecciones en el sitio quirúrgico y hipoalbuminemia. En cuanto a las intervenciones de enfermería con mayor respaldo en la evidencia, se señalaron la implementación de medidas para prevenir la hipotermia, el control eficaz del dolor, la vigilancia y manejo riguroso de infecciones, la educación dirigida al paciente sobre el autocuidado, así como la utilización de terapia de presión negativa como recurso avanzado para optimizar la recuperación de la herida.

Gonzalez, M. et al¹⁸. Dehiscencia fascial: ¿complicación predecible? Desarrollo y validación de un modelo de riesgo. Estudio de cohorte retrospectivo. Objetivo: El propósito de este estudio consistió en identificar los factores preoperatorios e intraoperatorios que incrementan el riesgo de dehiscencia fascial, así como en crear y validar una escala predictiva que facilite la implementación de estrategias preventivas adecuadas. Métodos: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de cohorte, en el que se incluyó a todos los pacientes adultos sometidos a laparotomía media sin antecedentes previos de cirugía abdominal. Resultados: La población final del estudio estuvo compuesta por 594 sujetos, de los cuales 41 (6,9 %) desarrollaron dehiscencia fascial. El análisis multivariado permitió identificar ocho factores asociados a un mayor riesgo: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), inmunosupresión, consumo de tabaco, hiperplasia prostática, empleo de anticoagulantes, presencia de sepsis y sobrepeso. Sobre la base de estos factores, se construyó una escala de puntuación que abarca valores de 1 a 8. Aquellos pacientes que obtuvieron una puntuación superior a 3 presentaron una probabilidad del 18 % de desarrollar dehiscencia, con una sensibilidad del 70 % y especificidad del 80 %, y un área bajo la curva ROC de 0,88, lo que indica un excelente desempeño predictivo del modelo.

Dwirian Putra, MA¹⁹. (2023). Determinantes de la dehiscencia de la herida abdominal (AWD) en pacientes poslaparotomía en el Hospital General Dr. Mohammad Hoesin, Palembang, Indonesia. Objetivo: Este estudio se propuso identificar los principales determinantes de la aparición de dehiscencia de la herida abdominal en pacientes sometidos a laparotomía. Métodos: Se diseñó una investigación cuantitativa de tipo analítico, empleando un enfoque transversal para evaluar los factores asociados a la dehiscencia de la herida abdominal (DAA) en la población poslaparotomía. Resultados: El análisis reveló que aquellos sometidos a procedimientos de emergencia presentaron una probabilidad 0,4 veces menor de desarrollar DAA en comparación con quienes fueron intervenidos de manera electiva. En contraste, la presencia de hipoalbuminemia se asoció con un aumento del riesgo (OR = 1,8), mientras que los pacientes de edad superior a 60 años experimentaron un riesgo 0,5 veces mayor. La sepsis elevó la probabilidad de DAA en 1,5 veces, y el antecedente de

traumatismo incrementó el riesgo en 0,8 veces. Conclusión: De acuerdo con los hallazgos obtenidos, la cirugía de emergencia emerge como el factor más determinante en la incidencia de dehiscencia de la herida abdominal en esta cohorte de pacientes.

Murugavel J²⁰, Estudio prospectivo sobre los resultados tras el cierre masivo de la dehiscencia de la herida postlaparotomía en un hospital de atención terciaria, Tamil Nadu, India, 2024. Objetivo: La finalidad principal de esta investigación fue analizar los resultados clínicos y las complicaciones asociadas al cierre masivo de la dehiscencia de la herida abdominal posterior a una laparotomía. Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo que incluyó a 50 pacientes sometidos a cierre masivo de la herida tras la aparición de dehiscencia. Resultados: La intervención fue más común en hombres, representando el 74 % (n = 37) de los casos, mientras que el grupo etario de 20 a 30 años estuvo subrepresentado con solo un 12 % (n = 6). Se identificó que el incremento en el tiempo de sangrado y el tiempo de coagulación tras la cirugía se correlacionaron significativamente con la presencia de evisceración, evidenciado por valores p de 0,007 y 0,001, respectivamente. La detección de albúmina en orina también mostró una asociación significativa con la evisceración (p = 0,02). Por otra parte, la infección del sitio quirúrgico como complicación postoperatoria estuvo relacionada tanto con la evisceración como con la prolongación de la duración quirúrgica, con valores p de 0,004 y 0,03, respectivamente. Conclusión: La dehiscencia de la herida abdominal, particularmente tras procedimientos de laparotomía, constituye una complicación postoperatoria de alta gravedad y complejidad, que demanda intervenciones inmediatas y un seguimiento clínico exhaustivo para optimizar el pronóstico del paciente.

Prakash A²¹. Evaluación de los factores de riesgo de dehiscencia de la herida abdominal poslaparotomía en un hospital universitario de tercer nivel, 2021. Objetivo: El estudio tuvo como finalidad identificar los factores que predisponen a la evisceración tras cirugía abdominal y analizar la relación entre estos determinantes. Material y métodos: La investigación adoptó un enfoque prospectivo, abarcando a 68 pacientes, de los cuales 52 eran hombres y 16 mujeres, con edades comprendidas entre 17 y 85 años. Resultados: La media de edad registrada fue de 41,13 años, observándose un claro predominio del sexo masculino, con una razón hombre:mujer de 3,25:1. Se evidenció que la incidencia de abdomen en estallido mostró un incremento pronunciado conforme aumentaba el índice de masa corporal (IMC). Factores como la anemia, la hipoproteïnemia, la presencia de diabetes mellitus y el consumo de sustancias psicoactivas fueron identificados como determinantes independientes tanto para la dehiscencia de la herida como para la aparición de abdomen en estallido. Cabe destacar que la mayoría de los casos de dehiscencia se presentaron en pacientes sometidos a

intervenciones quirúrgicas de emergencia. Asimismo, se documentó que una proporción significativa de quienes desarrollaron dehiscencia y abdomen en estallido habían experimentado infección temprana de la herida en el postoperatorio inmediato. Conclusión: La dehiscencia de la herida abdominal tras laparotomía persiste como una complicación frecuente, asociada a una morbilidad considerable, lo que subraya la importancia de su prevención y manejo oportuno.

Rahman UA²², Incidencia de dehiscencia de la herida y factores asociados en pacientes sometidos a laparotomía en un hospital de tercer nivel, 2023. Objetivo: La investigación se centró en analizar la magnitud y los factores causales de la dehiscencia de la herida como complicación relevante tras procedimientos de laparotomía. Diseño del estudio: Se implementó un estudio transversal en el que participaron 86 pacientes intervenidos quirúrgicamente. Resultados: La edad promedio de la muestra fue de $35,66 \pm 15$ años, con un índice de masa corporal medio de $19,99 \pm 4,201$ kg/m². De los procedimientos realizados, 23 correspondieron a cirugías de emergencia (26,7 %) y 63 a intervenciones electivas (73,2 %). La incidencia global de dehiscencia de la herida se situó en 3,03 %. Al desglosar por tipo de procedimiento, se observó que la tasa de dehiscencia fue considerablemente mayor en el contexto de intervenciones de urgencia (8,7 %) en comparación con las electivas (1,6 %). Además, los casos de dehiscencia se presentaron con mayor frecuencia en pacientes que presentaban un IMC reducido, anemia, enfermedades malignas, hipoproteïnemia o cuadro de peritonitis. Conclusión: Los hallazgos de este estudio sugieren que la dehiscencia de la herida postlaparotomía es más común en pacientes sometidos a cirugía de urgencia frente a aquellos intervenidos de manera electiva, y se asocia principalmente con condiciones como bajo índice de masa corporal, presencia de anemia, patologías malignas, hipoproteïnemia y peritonitis.

Ekollu, S²³. Estudio analítico de la dehiscencia de heridas abdominales y su manejo, 2025. Objetivo: La investigación se orientó a identificar los factores que predisponen a la aparición de dehiscencia de la herida abdominal y a examinar las estrategias terapéuticas implementadas en estos casos. Resultados: El análisis comprendió a 50 pacientes diagnosticados con dehiscencia de herida abdominal (DAA), predominando el sexo masculino (56 %) y el grupo etario de 51 a 60 años. La mayoría de los episodios de DAA se relacionaron con cirugías de emergencia (62 %), siendo la laparotomía por úlcera perforada el antecedente quirúrgico más recurrente (18 %). Entre los factores de riesgo más notables se identificaron la anemia (62 %) y la hipoalbuminemia (54 %). El microorganismo más frecuentemente aislado fue *Escherichia coli* (56 %). En cuanto a la presentación clínica, el 64 % de los casos correspondió a dehiscencia parcial, mientras que la dehiscencia completa

representó el 36 %, con predominio masculino (72 %). Se observó una mayor incidencia de dehiscencia asociada al empleo de suturas de poliglactina (52 %). La estancia hospitalaria media alcanzó los 23,5 días, observándose que la aparición de complicaciones prolongaba el proceso de recuperación. Conclusión: La incidencia de la dehiscencia de la herida abdominal (DAA) está fuertemente condicionada por factores individuales del paciente, como la edad avanzada, la presencia de anemia y hipoalbuminemia. Es fundamental reconocer y abordar comorbilidades tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad, ya que su manejo oportuno puede contribuir a reducir la frecuencia de esta complicación postoperatoria.

Aregawi, AB²⁴. (2024). Determinantes de la dehiscencia de la herida abdominal: un estudio de casos y controles. Objetivos: La finalidad de este trabajo fue cuantificar la incidencia y establecer los principales factores predictivos asociados a la dehiscencia de la herida abdominal en pacientes sometidos a procedimientos de laparotomía. Métodos: Se adoptó un diseño de casos y controles, integrando tanto población pediátrica como adulta, para identificar los determinantes de la dehiscencia de la herida abdominal en el contexto poslaparotomía. El análisis incluyó a un total de 196 participantes, de los cuales 63 presentaron la complicación y 133 conformaron el grupo control. Resultados: La frecuencia de dehiscencia de la herida abdominal fue estimada en un 1,66 %. Entre los factores estadísticamente relevantes se identificaron: la residencia en áreas rurales (OR = 13,94; IC 95 %: 3,57-54,45), la presencia de complicaciones postoperatorias (OR = 20,40; IC 95 %: 6,79-61,25), la existencia de anemia (OR = 4,01; IC 95 %: 1,32-12,17) y la realización de cirugía de emergencia (OR = 10,17; IC 95 %: 2,28-45,25). Conclusión: En base a los hallazgos, se recomienda priorizar la vigilancia en pacientes provenientes de zonas rurales y en aquellos sometidos a intervenciones de urgencia, dado su riesgo incrementado de desarrollar dehiscencia de la herida abdominal tras la laparotomía.

Sá B²⁵. Incidencia de hernia incisional después de una laparotomía en Portugal, 2024. Metodología: En este análisis se recopilaron datos relativos a las características demográficas de los pacientes, los métodos quirúrgicos empleados y las complicaciones observadas en el periodo postoperatorio. Resultados: Entre los 1134 sujetos evaluados, la incidencia acumulada de hernia incisional a los cinco años alcanzó el 22,7 %. El modelo multivariado reveló que un índice de masa corporal incrementado (OR 1,056; p = 0,007), la aparición de infección superficial del sitio quirúrgico (OR 3,001; p = 0,024), la infección de órgano-espacio (OR 2,686; p = 0,004) y la dehiscencia de la herida (OR 4,787; p < 0,001) constituyeron factores de riesgo independientes para el desarrollo de hernia incisional. Por otro lado, la utilización de una incisión transversal (OR 0,189; p = 0,007) y el cierre

abdominal por capas (OR 0,503; $p < 0,001$) se asociaron con una reducción significativa del riesgo, en comparación con la técnica de incisión media y el cierre por masa, respectivamente. Conclusión: Los resultados obtenidos evidencian que el aumento del índice de masa corporal, la presencia de infección en el sitio quirúrgico y la dehiscencia de la herida actúan como factores predisponentes para el desarrollo de hernia incisional tras una laparotomía. Técnicas quirúrgicas como la incisión transversal y el cierre por planos parecen ofrecer un efecto protector frente a esta complicación.

Naz, S²⁶. (2025). Factores de riesgo de dehiscencia de heridas abdominales en el Servicio de Cirugía del Hospital Lady Reading de Peshawar. Propósito: El objetivo principal de esta investigación fue identificar los determinantes asociados al riesgo de evisceración (AWD) en pacientes que se sometieron a intervenciones quirúrgicas abdominales. Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal, abarcando un periodo de seis meses. La muestra incluyó a 141 individuos, con edades comprendidas entre 25 y 70 años, todos ellos sometidos a procedimientos quirúrgicos abdominales. Resultados: Durante el seguimiento, 28 pacientes (26,2 %) desarrollaron AWD. Entre los factores de riesgo más frecuentemente observados figuraron el uso de esteroides (12,8 %), la presencia de diabetes mellitus (23,4 %), la obesidad (17,0 %) y la anemia (29,1 %). El análisis estadístico evidenció una asociación significativa entre la aparición de dehiscencia de la herida abdominal y el uso de esteroides ($p = 0,009$), diabetes ($p = 0,018$), obesidad ($p = 0,022$) y anemia ($p = 0,008$). Si bien se registró una mayor incidencia de DDA en varones y personas de mayor edad, estas diferencias no alcanzaron significación estadística. Conclusión: Los resultados obtenidos resaltan que la anemia, la diabetes mellitus, la obesidad y la administración de esteroides constituyen factores de riesgo significativos para el desarrollo de dehiscencia de la herida abdominal en pacientes sometidos a cirugía abdominal, lo que subraya la importancia de su detección y control preoperatorio.

Junaid F²⁷. Factores sociodemográficos y operatorios asociados con la dehiscencia de la herida abdominal en laparotomía de línea media, 2022. Objetivo: El propósito fundamental de este estudio fue determinar la frecuencia de aparición de dehiscencia de la herida tras la realización de laparotomías de línea media. Diseño: Se llevó a cabo una investigación de tipo transversal. Resultados: La muestra estuvo compuesta por 134 pacientes, de los cuales 94 (70,1 %) eran hombres y 40 (29,9 %) mujeres, con una edad promedio de $31,57 \pm 11,38$ años. La tasa de dehiscencia de la herida abdominal alcanzó el 17,2 %, registrándose en 23 individuos. El análisis estadístico reveló asociaciones significativas entre la aparición de esta complicación y variables como la edad ($p = 0,007$), el lugar de residencia ($p = 0,001$), el uso de antibióticos en el periodo preoperatorio ($p = 0,001$), la obesidad ($p = 0,002$), el tipo de

material de sutura seleccionado ($p = 0,011$) y la colocación de drenajes ($p = 0,001$). Conclusión: Se identificó una elevada incidencia de dehiscencia de la herida abdominal en pacientes sometidos a laparotomía de línea media durante el periodo evaluado. Las variables edad, localización residencial, administración de antibióticos antes de la cirugía, obesidad, selección del material de sutura y uso de drenaje se asociaron de manera significativa con el desarrollo de esta complicación, lo que resalta la importancia de considerar estos factores en la práctica quirúrgica.

Nacionales

No se encontraron estudio nacionales ni locales.

Bases teóricas

Definición:

La evisceración denominada en la literatura anglosajona como acute abdominal wound dehiscence, acute wound failure, wound disruption, burst abdomen o evisceration corresponde a la separación de las capas músculo-aponeuróticas de la pared abdominal tras una laparotomía. Esta alteración estructural puede manifestarse de forma completa, permitiendo la exteriorización de órganos abdominales, o bien adoptar un carácter parcial o subcutáneo, situación en la cual la piel y el tejido subcutáneo mantienen contenidos los elementos abdominales internos. Es habitual que este evento se produzca entre el quinto y el octavo día tras la intervención quirúrgica²⁸.

Incidencia: La literatura evidencia que la frecuencia registrada en estudios prospectivos tiende a superar la de aquellos de naturaleza retrospectiva. Considerando esta diferencia metodológica, los valores de incidencia comunicados fluctúan entre 0,2 % y 6 %. Además, la mortalidad asociada puede llegar hasta el 45 %²⁹. Cabe destacar la observación realizada por J.D. Norris en 1939, quien expresó que “el comentario triste en el estado actual del conocimiento de la evisceración, es que la literatura continúa reportando una incidencia casi sin variación a través de los años”, apreciación que aún parece conservar vigencia²⁹.

Clínica: Típicamente, la evisceración emerge en torno al séptimo día posterior a la cirugía, aunque su aparición puede oscilar entre las primeras horas y hasta 32 días tras la intervención. Si bien la exteriorización de contenido abdominal permite un diagnóstico inmediato, existen signos y síntomas previos que pueden sugerir su desarrollo antes de que se torne evidente³⁰.

La persistencia del dolor en la zona de la herida quirúrgica constituye un importante signo de alerta; en ocasiones, los pacientes describen una sensación de dolor súbito, comparándolo con la impresión de que “algo se rasgó en el interior”. El indicador clínico más característico es la aparición de un exudado serosanguinolento, de aspecto similar al “agua de lavar carne”

o con tonalidad “color salmón”, el cual puede observarse en un rango que va del 23 % al 84 % de los casos. La presencia de esta secreción a través de la herida quirúrgica tras las primeras 24 horas del periodo posoperatorio es considerada prácticamente patognomónica de evisceración³⁰.

Durante la exploración física del abdomen, pueden detectarse otros indicios sugestivos de esta complicación. Por ejemplo, alrededor del quinto día posterior a la operación, es posible palpar en las inmediaciones de la herida un reborde correspondiente a la cicatrización fascial; su ausencia puede indicar que la fase inicial del proceso cicatricial no se ha consolidado, aumentando así la probabilidad de evisceración. Asimismo, es posible identificar segmentos del epiplón mayor o de intestino delgado localizados bajo la piel o incluso protruyendo a través de la dehiscencia cutánea de la herida quirúrgica. El diagnóstico de esta entidad es esencialmente clínico y puede establecerse junto al lecho del paciente³¹.

Etiología: Desde el punto de vista etiopatogénico, la evisceración resulta de la convergencia de múltiples factores, que pueden clasificarse, por razones didácticas, en dos grandes categorías: aquellos vinculados a la técnica quirúrgica empleada y los inherentes al paciente, conocidos como factores de riesgo³².

Factores relacionados con la técnica quirúrgica:

Las evisceraciones que surgen en los primeros días tras la intervención suelen estar más estrechamente asociadas a deficiencias técnicas durante el procedimiento. La influencia de estos factores se evidencia cuando, al implementarse revisiones sistemáticas de los casos de evisceración en un servicio de cirugía, se observa una disminución en la frecuencia de este evento dentro de dicha unidad³³.

Dentro de los factores técnicos que inciden en la aparición de evisceración, destacan varios aspectos clave:

Apertura de la incisión:

Tipo de incisión:

Se ha observado que la frecuencia de evisceración es más elevada en las incisiones practicadas sobre la línea media en comparación con las realizadas en sentido transversal, oblicuo o paramediano. Esta diferencia se atribuye a que las incisiones de la línea media, consideradas “no anatómicas”, atraviesan perpendicularmente las fibras aponeuróticas; por lo tanto, la contracción de los músculos de la pared abdominal favorece la separación de los bordes de la herida. En contraste, las incisiones transversas siguen la dirección de las fibras aponeuróticas, lo que ayuda a mantener la aproximación de los bordes durante la contracción muscular. No obstante, los datos aportados por investigaciones prospectivas no confirman de manera consistente dicha diferencia³⁴.

Por otra parte, diversos trabajos sugieren como alternativa favorable la incisión paramediana lateral, en la que se secciona únicamente la lámina anterior de la vaina de los rectos, desplazando lateralmente el músculo recto anterior sin interrumpir su integridad³⁴.

Localización de la incisión:

El riesgo de evisceración resulta mayor cuando la incisión se sitúa en el hemiabdomen superior, en comparación con incisiones equivalentes en la porción inferior³⁵.

Método de apertura: Un experimento realizado en modelos animales indicó que la utilización del bisturí eléctrico disminuye aproximadamente en un tercio la resistencia del tejido cicatricial durante los primeros 10 a 21 días tras la intervención, en relación con las incisiones realizadas con bisturí convencional. Se postula que este fenómeno se debe al efecto térmico de la corriente eléctrica, que conduce a la deshidratación y desnaturalización de las proteínas tisulares³⁶.

Sin embargo, ensayos en seres humanos han demostrado que la incidencia de complicaciones es similar entre ambos métodos. La electrocirugía suele preferirse, ya que acorta el tiempo operatorio y se asocia con menor pérdida sanguínea y reducción del dolor postoperatorio³⁶.

Cierre de la incisión:

Existen tres principios fundamentales para asegurar la eficacia del cierre de una laparotomía: realizar tomas amplias de tejido, reducir el espacio entre los puntos de sutura y aplicar una tensión adecuada que evite la estrangulación tisular.

Tomas de tejido excesivamente cercanas al borde: Cuando los puntos de sutura se colocan demasiado próximos al borde de la herida, la fijación resultante es deficiente y puede desgarrarse con facilidad. Este error técnico se relaciona con la aparición de evisceración en hasta un 29 % de los casos, y constituye el defecto técnico más frecuente asociado a esta complicación. La mayor seguridad se alcanza cuando los extremos de los puntos se sitúan entre 1,2 y 1,5 cm del borde³⁷.

Intervalos demasiado amplios entre puntos: Espacios excesivos entre los puntos pueden permitir la herniación de epiplón o asas intestinales. Se recomienda que, en una sutura continua, los puntos se separen por intervalos de aproximadamente 1 cm³⁸.

Tensión de la sutura: Si la presión ejercida por la sutura es excesiva, puede ocasionar necrosis de los tejidos, contribuyendo a la evisceración hasta en un 6 % de los casos. Además, la relación entre la longitud total del hilo utilizado y la longitud de la incisión debe ser igual o superior a 4:1 para garantizar la solidez del cierre. Esta proporción disminuye si se acortan los puntos, se aumentan los espacios entre ellos o se incrementa la tensión aplicada al material de sutura³⁸.

Rotura del hilo de sutura:

En la actualidad, la incidencia de evisceración relacionada con la calidad de las suturas ha disminuido, atribuido a la disponibilidad de materiales quirúrgicos más avanzados; no

obstante, cuando esta complicación ocurre, suele estar asociada al empleo de suturas con un calibre inadecuado. Este aspecto técnico puede estar implicado en hasta el 8 % de los casos. Respecto al material utilizado, se ha comprobado que los hilos sintéticos de absorción lenta tales como poliglicano, ácido poliglicólico, poligliconato y polidioxanona ofrecen resultados equiparables a los monofilamentos no absorbibles. Sin embargo, aún no se ha desarrollado la sutura ideal, aquella que logre mantener la tensión necesaria durante todo el proceso de cicatrización, presente baja reactividad tisular, sea absorbible y, además, fácil de manipular³⁹.

Desanudamiento de nudos:

Esta falla técnica puede estar involucrada en aproximadamente el 4 % de las evisceraciones. En términos generales, la seguridad del cierre mejora a mayor número de nudos; los dobles superan en firmeza a los simples, y los nudos cuadrados se consideran más confiables que los de otro tipo⁴⁰.

Cierre del peritoneo: Actualmente se reconoce que la sutura de este plano no es esencial para prevenir la evisceración.

Sutura en masa versus por planos: El cierre en masa, al ser equivalente o incluso superior al cierre por planos en la prevención de la evisceración, se considera una opción segura, eficaz y eficiente en cuanto a tiempo operatorio. Suturación separada del peritoneo, por otro lado, no reduce la incidencia de evisceración y, de hecho, puede incrementar la formación de adherencias viscerales⁴⁰.

Sutura continua frente a puntos sueltos: No se han hallado diferencias significativas en cuanto a la incidencia de evisceración entre la sutura continua y la de puntos separados; por tanto, la primera suele ser la técnica preferida, dada su seguridad, rapidez y eficacia⁴⁰.

Sutura simple versus doble lazada: Se ha observado que la variante continua de doble lazada produce mejores resultados que la sutura continua convencional en masa⁴⁰.

Colocación de ostomías o drenajes a través de la herida: La exteriorización de ostomías o drenajes por la misma incisión quirúrgica puede interferir con la cicatrización normal, incrementando el riesgo de evisceración. Por esta razón, se recomienda ubicar estos dispositivos por trayectos independientes⁴⁰.

Factores inherentes al paciente o factores de riesgo de evisceración:

Preoperatorios:

Edad:

La edad avanzada ha sido identificada como un posible factor de riesgo para la aparición de evisceración, observándose una mayor frecuencia en adultos que en jóvenes. Sin embargo, la interpretación de este parámetro resulta compleja, ya que el envejecimiento suele ir acompañado de comorbilidades que pueden afectar negativamente el proceso de cicatrización. Por otra parte, los resultados en la literatura no son concluyentes y existen estudios que ofrecen hallazgos contradictorios al respecto⁴¹.

Sexo:

Se observa una marcada predominancia masculina entre los pacientes que experimentan evisceración, con una relación hombre/mujer de al menos 2:1. Esta diferencia se atribuye, en parte, a que la tensión ejercida sobre la pared abdominal femenina suele ser menor, situación especialmente notoria tras la gestación, lo que resulta en un abdomen más relajado⁴¹.

Enfermedad pulmonar crónica:

Las patologías respiratorias crónicas como el asma, el enfisema pulmonar y la bronquitis crónica, presentan una mayor prevalencia en individuos que desarrollan evisceración. El análisis multivariante por regresión logística identifica estos trastornos pulmonares como un factor de riesgo independiente para la aparición de esta complicación. Cabe destacar que la implementación de medidas preoperatorias—como la abstención del tabaquismo, la optimización farmacológica y la realización de fisioterapia respiratoria—puede mitigar parcialmente dicho riesgo⁴².

Ascitis:

La presencia de ascitis es más frecuente en pacientes que sufren evisceración, aunque los estudios con análisis multivariados de regresión logística ofrecen resultados contradictorios: mientras que una investigación la identifica como factor independiente de riesgo¹, otra no confirma este hallazgo. El aumento de la presión intraabdominal se postula como el mecanismo causal principal⁴³.

Ictericia:

En individuos con ictericia (bilirrubina superior a 2,9 mg/dL), la incidencia de evisceración es seis veces mayor, hallazgo que resulta significativo en el análisis univariante, aunque no de manera consistente en el análisis multivariante¹. En estos pacientes, la cicatrización puede verse comprometida debido a niveles bajos de hematocrito y albúmina, así como a la presencia de obstrucción biliar maligna subyacente⁴⁴.

Anemia:

La investigación experimental en modelos animales ha establecido que tanto la anemia por deficiencia de hierro, como la derivada de malnutrición severa o shock hemorrágico, incrementan la susceptibilidad a la evisceración. En humanos, la anemia se asocia con un mayor estrés perioperatorio, incremento en la necesidad de transfusiones sanguíneas y menor oxigenación de los tejidos, lo cual obstaculiza la adecuada cicatrización. Aunque algunos estudios caso-control identifican bajos niveles de hemoglobina como factor predisponente, otros trabajos no corroboran esta asociación⁴⁵.

Malnutrición:

La evaluación del estado nutricional suele realizarse mediante la determinación de albúmina sérica, y se ha establecido una relación entre valores bajos y mayor riesgo de evisceración.

Durante estados de sepsis, la demanda diaria de proteínas puede duplicarse respecto a los valores normales (1 mg/kg/día). Además, deficiencias vitamínicas (A, B1, B2, B6, C) y minerales (zinc, cobre) han sido vinculadas con alteraciones en el proceso de cicatrización. La vitamina C, en particular, es fundamental para la reparación tisular, por lo que su suplementación resulta recomendable, especialmente en pacientes quirúrgicos desnutridos⁴⁶.

Sobrepeso:

La obesidad (índice de masa corporal superior a 30) se ha señalado como factor de riesgo para la aparición de evisceración, especialmente en casos donde la relación entre la longitud del hilo de cierre y la de la incisión es menor a 4:1⁴⁷.

Uso de corticoides:

El impacto negativo de los corticosteroides sobre la cicatrización se atribuye a la inhibición de la respuesta inflamatoria y la reducción en la síntesis de fibroblastos. Experimentos en animales han demostrado que estos fármacos debilitan la fuerza tensil de la cicatriz, aunque este efecto adverso no se manifiesta si los corticosteroides se administran tres días antes o dos días después de la intervención quirúrgica. Por otro lado, la vitamina A puede contrarrestar parcialmente este efecto negativo, y aunque no existen estudios clínicos definitivos en humanos, se considera razonable su uso empírico en dosis de 1 mg/kg. Si bien algunos estudios en humanos señalan una posible asociación entre el uso de corticoides y el riesgo de evisceración, la evidencia disponible no es concluyente al respecto⁴⁸.

Tratamiento antineoplásico:

La administración de agentes citotóxicos ha demostrado en estudios experimentales con animales un retraso significativo en el proceso de cicatrización de las heridas. Aunque la evidencia disponible en humanos es limitada, se recomienda establecer un intervalo de al menos 3 a 4 semanas tras la intervención quirúrgica antes de iniciar la quimioterapia en pacientes oncológicos⁴⁹.

En cuanto a la radioterapia, se ha observado que la exposición perioperatoria de heridas animales a radiación reduce a la mitad la resistencia de la cicatriz. Sin embargo, los datos relativos a seres humanos son escasos. La aplicación de radioterapia regional en el contexto perioperatorio no parece comprometer la cicatrización siempre que se administre al menos dos semanas antes o después del acto quirúrgico⁴⁹.

Perioperatorios:

Cirugía urgente:

La necesidad de una intervención de urgencia se asocia con una mayor frecuencia de evisceración, hallazgo confirmado por análisis multivariantes. Esta relación podría explicarse por el estado general más deteriorado y el compromiso nutricional de los pacientes sometidos a cirugía de emergencia, la mayor probabilidad de contaminación del campo

operatorio, así como el rendimiento potencialmente reducido del cirujano debido a la prolongación de la intervención o a su realización en horarios nocturnos⁵⁰.

Indicación quirúrgica:

Entre las enfermedades más comúnmente vinculadas con la evisceración figuran las neoplasias, las infecciones, la obstrucción intestinal, la ictericia obstructiva y los procedimientos que involucran al páncreas⁵⁰.

Experiencia del cirujano:

Si bien algunos trabajos han identificado una mayor tasa de complicaciones (como evisceración o eventración) cuando el cierre de la herida es realizado por cirujanos en formación, en contraste con cirujanos adjuntos, existen investigaciones que no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en este aspecto⁵⁰.

Postoperatorios:

Incremento de la presión intraabdominal:

En el periodo posoperatorio inmediato, cualquier condición que eleve la presión dentro de la cavidad abdominal como la tos, los episodios de vómitos o la distensión abdominal puede predisponer a la aparición de evisceración, actuando como desencadenantes directos de esta complicación⁵¹.

Tos postoperatoria:

Este factor se observa con particular frecuencia en los pacientes que desarrollan evisceración, llegando a estar presente en hasta la mitad de los casos y constituyendo un factor de riesgo independiente según el análisis multivariante¹. El mecanismo subyacente se atribuye al incremento de la presión intraabdominal, que eleva la tensión ejercida sobre los bordes de la herida quirúrgica y favorece que las suturas corten las fibras aponeuróticas⁵¹.

Infección de la herida quirúrgica:

Entre todos los factores de riesgo identificados, la infección de la herida destaca como el de mayor impacto relativo en la génesis de la evisceración, así como el principal obstáculo para la correcta cicatrización. Esta influencia resulta evidente si se compara la incidencia de evisceración en heridas limpias, situada en torno al 2,1 %, con la observada en heridas contaminadas, que asciende hasta el 19 %⁵².

La fisiopatología de este proceso se relaciona, por un lado, con la colonización bacteriana de la herida quirúrgica, que induce la llegada y activación de neutrófilos, acompañada de un aumento en la producción de metaloproteinasas responsables de la degradación de la matriz tisular. Por otro lado, las endotoxinas bacterianas estimulan la liberación de colagenasas, que destruyen las fibras de colágeno, impidiendo su depósito y dificultando la función de los fibroblastos, elementos esenciales para una adecuada reparación tisular⁵².

Entre los microorganismos más frecuentemente aislados en estas infecciones se encuentran *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.* y *Pseudomonas sp.*⁵¹.

Predicción de la evisceración:

A lo largo del tiempo, se han propuesto diversos métodos para anticipar la probabilidad de evisceración en pacientes sometidos a cirugía abdominal, evaluando múltiples características clínicas y perioperatorias⁵³.

En 2003, Webster et al. diseñaron un índice de riesgo de evisceración, cuyo propósito era identificar a los individuos con mayor vulnerabilidad y optimizar su manejo en el periodo perioperatorio. Analizando una cohorte de 17 044 laparotomías en la que la incidencia de evisceración fue del 3,4 % (587 casos) desarrollaron un modelo que permitió reconocer predictores de riesgo significativos, asignándoles un valor ponderado específico⁵³.

La suma de los valores correspondientes a cada uno de los factores presentes en un paciente genera una puntuación global, que se clasifica en cuatro categorías de riesgo: bajo (≤ 3), medio (4–10), alto (11–14) y muy alto (> 14). Según este sistema, los grupos de alto y muy alto riesgo presentan una probabilidad de evisceración del 5 % y del 10 %, respectivamente; es en estos pacientes donde la implementación de estrategias profilácticas perioperatorias podría resultar especialmente beneficiosa para reducir la incidencia de esta complicación⁵³.

Predictor de riesgo Valor de riesgo

Modelo de riesgo desarrollado por Webster et al

Antecedente de AVC sin déficit residual	4
Historia de EPOC	4
Neumonía en el perioperatorio	4
Cirugía urgente	6
Tiempo quirúrgico > 2,5hrs.	2
4to año de postgrado en cirugía	3
Herida limpia -	-3
Infección superficial de herida	5
Infección profunda de herida	17
Fracaso en el destete de la ventilación mecánica	6
Una o más complicaciones postquirúrgicas	7
Reintervención quirúrgica	-11

En 2010, Van Ramshorst et al. propusieron un nuevo modelo predictivo para el riesgo de evisceración, con base en un análisis detallado de 363 pacientes que desarrollaron esta complicación y 1089 controles. A partir de su investigación, identificaron un conjunto de

factores que, tras el análisis estadístico, demostraron ser predictores independientes y significativos para la aparición de evisceración, asignándoles un valor de riesgo específico a cada uno⁵⁴.

Al sumar los valores asociados a los factores presentes en un paciente determinado, se obtiene una puntuación global de riesgo. Esta puntuación permite clasificar a los individuos en cinco categorías: 0-2, 2-4, 4-6, 6-8 y más de 8 puntos. Según este sistema, aquellos con un score entre 4 y 6 presentan una probabilidad del 5 % de desarrollar evisceración. No obstante, cuando el score supera los 6 puntos, el riesgo se incrementa de forma considerable, alcanzando al menos un 25 %. En consecuencia, los autores recomiendan aplicar medidas profilácticas en los pacientes que se encuentren dentro de esta última categoría, con el objetivo de prevenir la aparición de evisceración⁵⁵.

Modelo de riesgo de evisceración

Variable Score de Riesgo

Edad (años)	
40 - 49	0,4
50 - 59	0,9
60 - 69	0,9
> 70	1,1
Sexo masculino	0,7
Enfermedad pulmonar crónica	0,7
Ascitis	1,5
Ictericia	0,5
Anemia	0,7
Cirugía urgente	0,6
Tipo de cirugía	
Vía / Vesícula biliar	0,7
Esófago	1,5
Gastroduodenal	1,4
Intestino delgado	0,9
Colon	1,4
Vascular	1,3
Tos	1,4
Infección de herida	1,9

Tratamiento:

La intervención quirúrgica constituye la estrategia estándar y universalmente aceptada para el manejo de la evisceración^{7^}; no obstante, en determinadas situaciones particulares puede considerarse la posibilidad de un tratamiento conservador⁵⁶.

Manejo conservador: Las circunstancias en las que se opta por un abordaje conservador son poco frecuentes y, por lo general, la finalidad principal es optimizar las condiciones generales del paciente antes de proceder a la reparación definitiva. Esta modalidad implica la aplicación de un taponamiento con gasas impregnadas en vaselina, seguido de un vendaje abdominal compresivo, o bien el uso de dispositivos diseñados para mantener el abdomen abierto⁵⁶.

El manejo conservador puede contemplarse en aquellos casos donde la evisceración es parcial o subcutánea y el paciente conserva un tránsito intestinal funcional; sin embargo, es fundamental considerar que dicha conducta puede evolucionar hacia una evisceración completa o derivar en la aparición de una eventración a largo plazo⁵⁶.

Tratamiento quirúrgico: Antes de realizar la reparación quirúrgica de la evisceración, resulta indispensable administrar profilaxis antibiótica apropiada, dado el carácter potencialmente contaminado de la herida. Además, se recomienda la inserción de una sonda nasogástrica, tanto para tratar como para prevenir la distensión abdominal⁵⁷.

El procedimiento debe iniciarse con una exploración minuciosa de la cavidad abdominal, permitiendo identificar y retirar cuerpos extraños, tejido necrótico o desvitalizado, abscesos ocultos, así como corregir posibles complicaciones de la cirugía previa⁵⁷.

En ausencia de distensión intestinal: Tras el desbridamiento de los bordes isquémicos o necróticos de la fascia, se procede a una nueva sutura utilizando una técnica meticulosa. Esta reparación puede complementarse con: Puntos de masa o de contención:

Se emplea material de sutura no absorbible, preferentemente monofilamento de gran calibre. Los puntos deben incluir amplias porciones de tejido, situándose sus extremos al menos a 3 cm del borde de la herida, y con una separación entre puntos de 3 cm o menor⁵⁷.

Dichos puntos han de atravesar toda la pared abdominal, pudiendo disponerse de forma interna o externa; en caso de abarcar la piel, es recomendable utilizar protectores plásticos para evitar el desgarro cutáneo, y la retirada de la sutura debe realizarse a partir de la tercera semana postoperatoria.

La aplicación de esta técnica se ha asociado con una tasa de recidiva de evisceración del 2 %, y de eventración de hasta el 28 %⁵⁷.

Malla protésica:

Como alternativa a los puntos de masa, se puede optar por la colocación de una malla no absorbible sobre la sutura aponeurótica, reforzando de manera externa la integridad de la herida durante el proceso de cicatrización interna. Es relevante señalar que el uso de malla se asocia con mayor incidencia de seromas y dolor crónico postoperatorio, si bien el riesgo de infección y necesidad de extracción de la prótesis permanece bajo⁵⁸.

Ambas técnicas han sido empleadas también en el cierre primario de incisiones en pacientes con elevado riesgo de evisceración, a modo de prevención. No obstante, debido a la morbilidad vinculada especialmente con los puntos de masa, la conveniencia de su uso rutinario sigue siendo objeto de controversia⁵⁸.

Bolsa de Bogotá

En 1984, Osvaldo Borráez, cirujano adscrito al Hospital San Juan de Dios en Bogotá, introdujo una innovación significativa en la técnica del abdomen abierto (AA) mediante la utilización de una lámina de polivinilo como cobertura temporal de la cavidad abdominal (CAT). Esta práctica fue posteriormente popularizada en Estados Unidos por K. Mattox, quien la bautizó como la “Bolsa de Bogotá”⁵⁹.

La técnica consiste en fijar a la fascia o la piel una bolsa estéril de 3 litros destinada a irrigación o un material equivalente, lo cual proporciona una protección atraumática de las vísceras expuestas y posibilita la observación directa y el monitoreo continuo del estado de los órganos abdominales. A partir de 2008, el propio Borráez perfeccionó su método añadiendo una lámina de polietileno fenestrada, situada en el espacio subperitoneal, con la finalidad de evitar la formación de adherencias entre las vísceras y la pared abdominal, facilitando así el acceso ulterior a la cavidad⁵⁹.

No obstante, la bolsa de Bogotá presenta ciertas limitaciones: su durabilidad es limitada, resulta poco eficaz para la evacuación de secreciones tóxicas y tampoco previene la retracción fascial. Estas carencias, sumadas a la aparición de técnicas más avanzadas, han llevado a numerosos equipos especializados en trauma a discontinuar su empleo. Sin embargo, debido a su simplicidad, bajo costo y amplia disponibilidad, sigue siendo un recurso prevalente, especialmente en hospitales generales y centros que carecen de tecnologías sofisticadas⁵⁹.

En situaciones de distensión intestinal: Cuando se identifica distensión intestinal, forzar el cierre de la herida puede desencadenar un síndrome compartimental abdominal, motivo por el cual se recomienda optar por un cierre temporal y posponer la reparación definitiva. El procedimiento provisional más empleado consiste en la fijación de una malla absorbible a los bordes aponeuróticos, con cierre cutáneo sobre la malla siempre que sea posible; en los casos en que esto no se logre, se recurre a la colocación de gasas y sistemas de drenaje para manejar las secreciones⁶⁰.

Complicaciones:

La evisceración se asocia con una morbilidad que puede alcanzar el 30 %. Entre las complicaciones más relevantes se incluyen: infección de la pared abdominal (14–21 %), formación de abscesos intrabdominales (4 %), recidiva de la dehiscencia (2–5 %), aparición de fistulas enterocutáneas (6 %), desarrollo de síndrome compartimental abdominal y hernia ventral tardía, cuya incidencia oscila entre el 14 % y el 31 %⁶⁰.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?

Problemas específicos

¿Cuáles son los factores de riesgo atribuidos al paciente asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?

¿Cuáles son los factores de riesgo atribuidos al acto quirúrgico asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?

¿Cuáles son los factores de riesgo atribuidos a la patología primaria asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?

Justificación e importancia de la investigación

Justificación.

Justificación teórica. La evisceración postoperatoria es una de las complicaciones más graves de la cirugía abdominal. Se define como la dehiscencia aguda de la aponeurosis de la pared abdominal, con exposición o protrusión de vísceras, generalmente en los primeros días tras una laparotomía. Esta complicación se asocia a: Aumento significativo de morbilidad (infecciones, sepsis, disfunción orgánica), mayor mortalidad postoperatoria, necesidad casi constante de reintervención quirúrgica urgente, desde el punto de vista teórico, la evisceración representa el fracaso del proceso de cicatrización de la pared abdominal, en el que convergen: Factores propios del paciente (edad avanzada, desnutrición, anemia, obesidad, sepsis, comorbilidades, uso de corticoides u otros inmunosupresores, EPOC y tos crónica, hipoalbuminemia), Factores relacionados con el acto quirúrgico (tipo de incisión, urgencia de la cirugía, contaminación de la herida, tiempo operatorio, técnica y material de cierre), Factores del postoperatorio inmediato (vómitos, tos intensa, delirium con esfuerzo abdominal, infecciones de sitio quirúrgico, necesidad de reoperación precoz, etc.). El estudio se justifica por la escasez de estudios en determinados contextos (hospitales públicos, países de ingresos medios, poblaciones específicas), falta de

claridad sobre el peso relativo de cada factor de riesgo cuando coexisten múltiples comorbilidades, en este sentido, un estudio analítico de factores de riesgo para evisceración posterior a laparotomía aporta conocimiento local.

Justificación metodológica. Metodológicamente, el estudio de evisceración post-laparotomía como evento relativamente poco frecuente pero de alto impacto se presta de forma natural a un diseño observacional analítico, típicamente: Estudio de casos y controles (casos: pacientes con evisceración; controles: pacientes laparotomizados sin evisceración), La justificación metodológica se sustenta en: El uso de modelos multivariados (por ejemplo, regresión logística) permite ajustar simultáneamente por múltiples variables (edad, comorbilidades, urgencia, tipo de cirugía, etc.), aumentando la validez interna del estudio en la estimación de factores de riesgo independientes.

Justificación práctica. En la práctica clínica, la evisceración posterior a una laparotomía tiene consecuencias directas muy importantes: Un estudio que identifique factores de riesgo permitirá: Reconocer pacientes de alto riesgo de evisceración en ellos se podrán implementar medidas adicionales de prevención (optimización preoperatoria, técnica de cierre más eficaz, uso selectivo de malla profiláctica, vigilancia postoperatoria intensiva, etc.), y optimizar la técnica quirúrgica y los protocolos de cierre.

Justificación social. Desde la perspectiva social y de salud pública, la evisceración postoperatoria: Impacta la vida del paciente y su familia, implica pérdida de días de trabajo y disminución de ingresos, tanto del paciente como, en ocasiones, de sus cuidadores, puede conducir a secuelas físicas (eventración, alteración funcional de la pared abdominal, necesidad de nuevas cirugías) que afectan la calidad de vida a largo plazo, aumenta el gasto sanitario en sistemas con recursos limitados. Un estudio que identifique factores de riesgo y proponga medidas preventivas favorece una atención más segura y equitativa, al disminuir la probabilidad de que los pacientes más vulnerables sufran eventos adversos.

Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Objetivos específicos

Determinar los factores de riesgo atribuidos al paciente asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Determinar los factores de riesgo atribuidos al acto quirúrgico asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Determinar los factores de riesgo atribuidos a la patología primaria asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Hipótesis.

Hipótesis general

Ha: Existen factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Hipótesis específicas

Ha: Los factores de riesgo atribuidos al paciente (Edad, sexo, tabaquismo, diabetes mellitus, hipoxia, hipoalbuminemia) están asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Ha: Los factores de riesgo atribuidos al acto quirúrgico (Tiempo operatorio, peritonitis infecciosa, peritonitis química) están asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Ha: Los factores de riesgo atribuidos a la patología primaria (Estadio del cuadro quirúrgico, reintervenido) están asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Variables

Variable dependiente

Evisceración post laparotomía

Variables independiste

Edad

Sexo

Tabaquismo

Diabetes mellitus

Hipoxia

Hipoalbuminemia)

Tiempo operatorio

Estadio del cuadro quirúrgico

Reintervenido

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo de estudio. Es un estudio eminentemente observacional, pues los datos se recolectaron tal como se presentaron de manera natural, es retrospectiva porque la información fue recolectada en el pasado, es transversal en el sentido de que la medición de las variables fue una sola vez sin que haya seguimiento de las mismas, es analítica pues se busca encontrar asociaciones significativas entre dos tipos de variables.

Nivel del estudio. Explicativo debido a que se desarrolló un análisis multivariado que identifique asociaciones directas.

Enfoque. Cuantitativo

Diseño. Casos y controles

Población y muestra

Población. Son los pacientes que presentaron evisceración posterior a una laparotomía entre los años 2021 al 2025 que son 92 pacientes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión en los casos

Paciente laparotomizado que presenta evisceración posoperatoria

Paciente con historia clínica que tenga la información requerida para el estudio.

Criterios de inclusión en los controles

Paciente laparotomizado que no presenta evisceración posoperatoria

Paciente con historia clínica que tenga la información requerida para el estudio.

Criterios de exclusión

Paciente con insuficiencia renal crónica terminal

Paciente en tratamiento con corticoides

Paciente con hemiplejia

Paciente con cáncer.

Tamaño de la muestra: Se estimará con la fórmula para determinar diferencias entre proporciones con 95% de confianza.

$$n' = \frac{[z_{1-\alpha/2}\sqrt{(r+1)P_M(1-P_M)} - z_{1-\beta}\sqrt{rP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{r(P_1 - P_2)^2}$$

Dónde:

$Z\alpha = 1.96$

$Z\beta = 0.84$

$P1 =$ Proporción de expuestos en los casos $= 0,18^{27}$

$P2 =$ Proporción de expuestos en los controles $0,05^{27}$

$P = (P1+P2) /2 = 0,115$

$r = 2$ (2 controles por cada caso)

$n = 73$ casos comparados con 146 controles

Unidad de muestra:

Paciente laparotomizado que desarrollo evisceración posoperatoria

Muestreo.

La selección de la muestra se realizó en base a una muestreo probabilístico entre los que cumplen con los criterios de inclusión.

Técnica

La técnica de recolección de datos fue la documental en el sentido que se extrajeron las historias de los pacientes seleccionados para ser analizados y obtener los datos más precisos con lo que se garantiza resultados robustos.

Instrumento

Fue una ficha de recolección de datos de los pacientes seleccionados, la que se validó por 3 expertos, y cuyo contenido fueron las variables y la forma de medirlos en base a sus indicadores.

Técnica de procesamiento de datos

Los datos se trasladaron de cada ficha de datos a la base de datos diseñado en el programa estadístico SPSS v29 y obtener de este programa los resultados las que se presentaron en tablas estadísticas de doble entrada en las que se pueda observar los valores reales y los porcentuales y determinar diferencias significativas con el estadístico chi cuadrado, y si la variable es numérica se estimará la media, mediana, rango y moda. Se desarrolló además una análisis bivariado y multivariado en base al cálculo de la OR cruda y ajustada respectivamente con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Ética

El presente estudio se condujo en estricto apego a los lineamientos éticos establecidos en el Reporte Belmont, los cuales se detallan a continuación.

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA: Se priorizó la protección de los participantes mediante la utilización exclusiva de información contenida en las historias clínicas, resguardando cuidadosamente estos documentos durante toda la fase investigativa para evitar cualquier daño o afectación a los pacientes.

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA: La investigación tiene como propósito central contribuir a la reducción de la incidencia de convulsiones en menores de cinco años, proponiendo intervenciones en salud fundamentadas en los hallazgos obtenidos, con la intención de mejorar los resultados clínicos a través de la práctica profesional informada.

PRINCIPIO DE JUSTICIA: Se garantiza el trato equitativo a todos los sujetos incluidos en el estudio. Para preservar el anonimato y evitar cualquier forma de discriminación, cada registro fue identificado únicamente mediante un número de ficha, asegurando la igualdad en el manejo de la información.

PROTECCIÓN DE DATOS: La información recopilada fue almacenada en un archivo digital protegido mediante cifrado, garantizando la confidencialidad y seguridad de los datos durante y después de la investigación.

III. RESULTADOS

RESULTADOS

Tabla 1. Edad asociada a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Edad	Evisceración		Total	
	Casos	Controles		
	48	60	108	$X^2= 11,8$
≥ 60 años	65,8%	41,1%	49,3%	p= 0,001
	25	86	111	OR= 2,8
< 60 años	34,2%	58,9%	50,7%	(IC95%:1,5-4,9)
Total	73	146	219	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: El autor

La tabla indica que los pacientes con edad de 60 a más años existen en mayor proporción en el grupo de los casos (Con evisceración) 65,8% que en los controles (Sin evisceración) 41,1%, con diferencias significativas p= 0,001 OR= 2,8 (IC95%:1,5-4,9).

Tabla 2. Sexo asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Sexo	Evisceración		Total	
	Casos	Controles		
	46	63	109	$X^2= 7,7$
Masculino	63,0%	43,2%	49,8%	p= 0,006
	27	83	110	OR= 2,2
Femenino	37,0%	56,8%	50,2%	(IC 95%:1,3-3,9)
Total	73	146	219	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: El autor

Los pacientes masculinos existen en mayor proporción en el grupo de los casos 63,0% que en los controles 43,2%, con diferencias significativas p= 0,006 OR= 2,2 (IC 95%:1,3-3,9).

Tabla 3. Tabaquismo asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Tabaco	Evisceración		Total	
	Casos	Controles		
	17	12	29	$X^2= 9,6$
Consume	23,3%	8,2%	13,2%	$p= 0,002$
	56	134	190	OR= 3,4
No consume	76,7%	91,8%	86,8%	(IC 95%:1,5-7,5)
	73	146	219	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: El autor

Los pacientes que consume tabaco están en mayor riesgo de presentar evisceración posterior a una laparotomía, pues la proporción de los pacientes que consumen tabaco en los casos es de 23,3% y en los controles es de 8,2% $p= 0,002$ OR= 3,4 (IC 95%:1,5-7,5).

Tabla 4. Diabetes mellitus asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Diabetes mellitus 2	Evisceración		Total	
	Casos	Controles		
	12	8	20	$X^2= 7,1$
Si DM2	16,4%	5,5%	9,1%	$p= 0,008$
	61	138	199	OR= 3,4
No DM2	83,6%	94,5%	90,9%	(IC 95%:1,3-8,7)
	73	146	219	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: El autor

Los pacientes que tienen diabetes mellitus tipo 2 presentan mayor riesgo de desarrollar evisceración en una laparotomía, pues la proporción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los casos es de 16,4% y en los controles es de 5,5% $p= 0,008$ OR= 3,4 (IC 95%:1,3-8,7)

Tabla 5. Hipoxia asociada a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Hipoxia	Evisceración		Total	
	Casos	Controles		
	22	12	34	$X^2= 17,8$
Si	30,1%	8,2%	15,5%	$p= 0,000$
	51	134	185	OR= 4,8
No	69,9%	91,8%	84,5%	(IC 95%:2,2-10,4)
	73	146	219	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: El autor

La hipoxia manifestada por una saturación de oxígenos menor a 90% en el post operatorio inmediato es un factor de riesgo asociado a la evisceración debido a que estos pacientes en el grupo de casos son el 30,1% y en el grupo de controles es significativamente menor 8,2% con valor de $p= 0,000$ OR= 4,8 (IC 95%:2,2-10,4)

Tabla 6. Hipoalbuminemia asociada a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Hipoalbuminemia	Evisceración		Total	
	Casos	Controles		
	41	9	50	$X^2= 69,1$
< 3,0 g/dL	56,2%	6,2%	22,8%	$p= 0,000$
	32	137	169	OR= 19,5
≥ 3.0 g/dL.	43,8%	93,8%	77,2%	(IC 95%:8,6-44,1)
	73	146	219	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: El autor

La presencia de hipoalbuminemia se vincula como un elemento de riesgo en relación con la aparición de evisceración, ya que en el conjunto de pacientes clasificados como casos esta condición estuvo presente en un 56,2%. Por el contrario, su frecuencia fue considerablemente más baja en el grupo control, registrándose únicamente en el 6,2% de los sujetos. Este contraste alcanzó significancia estadística $p= 0,000$ OR= 19,5 (IC 95%:8,6-44,1).

Tabla 7. Tiempo operatorio asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Tiempo operatorio	Evisceración		Total	
	Casos	Controles		
> 120 minutos	35 47,9%	48 32,9%	83 37,9%	$X^2= 4,7$ $p= 0,03$
≤ 120 minutos	38 52,1%	98 67,1%	136 62,1%	$OR= 1,9$ (IC 95%:1,1-3,3)
Total	73 100,0%	146 100,0%	219 100,0%	

Fuente: El autor

Los pacientes cuyo tiempo operatorio fue mayor de 120 minutos muestran un mayor riesgo de tener evisceración respecto a los que su tiempo operatorio fue menor o igual a 120 minutos, en razón de que la proporción de pacientes con un tiempo operatorio mayor de 120 minutos son el (47,9%) de los casos y el (32,9%) de los controles $p= 0,03$ $OR= 1,9$ (IC 95%:1,1-3,3).

Tabla 8. Peritonitis infecciosa asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Peritonitis infecciosa	Evisceración		Total	
	Casos	Controles		
Si	31 42,5%	28 19,2%	59 26,9%	$X^2= 13,4$ $p= 0,000$
No	42 57,5%	118 80,8%	160 73,1%	$OR= 3,1$ (IC 95%:1,7-5,7)
Total	73 100,0%	146 100,0%	219 100,0%	

Fuente: El autor

Los pacientes operados por peritonitis infecciosa muestran una asociación con la evisceración porque la proporción de pacientes que fueron operado por peritonitis infecciosa son el 42,5% de los casos y el 19,2% de los controles con valor de $p= 0,000$ $OR= 3,1$ (IC 95%:1,7-5,7).

Tabla 9. Peritonitis química asociado a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Peritonitis química	Evisceración		Total	
	Casos	Controles		
	27	22	49	$X^2= 13,5$
Si	37,0%	15,1%	22,4%	$p= 0,000$
	46	124	170	$OR= 3,3$
No	63,0%	84,9%	77,6%	$(IC\ 95\%:1,7-6,3)$
	73	146	219	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: El autor

Los pacientes operados por peritonitis química muestran una asociación con la evisceración porque la proporción de pacientes que fueron operado por peritonitis química son el 37% de los casos y el 15,1% de los controles con valor de $p= 0,000$ $OR= 3,3$ $(IC\ 95\%:1,7-6,3)$.

Tabla 10. Reintervención asociada a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Reintervención	Evisceración		Total	
	Casos	Controles		
	18	17	35	$X^2= 6,13$
Si	24,7%	11,6%	16,0%	$p= 0,013$
	55	129	184	$OR= 2,5$
No	75,3%	88,4%	84,0%	$(IC\ 95\%:1,2-5,1)$
	73	146	219	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: El autor

Los pacientes que fueron reintervenidos también tienen mayor probabilidad de desarrollar evisceración debido a que los resultados indican una mayor proporción de pacientes reintervenidos en los casos (24,7%) que en los controles (11,6%), $p= 0,013$ $OR= 2,5$ $(IC\ 95\%:1,2-5,1)$

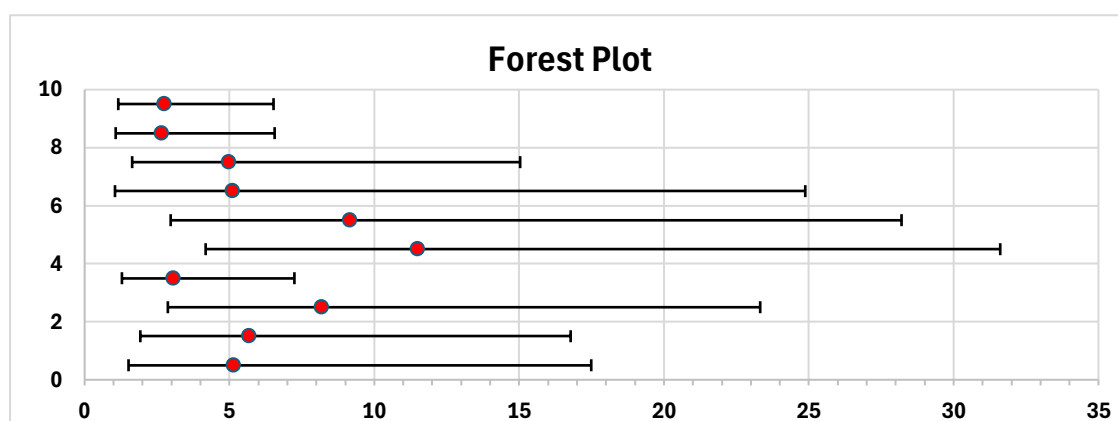
Tabla 11. Regresión logística de los factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

Variables	Wald	Sig.	ORa	IC95%: ORa	
				Inferior	Superior
Edad \geq 60 años	5,290	0,021	2,752	1,161	6,522
Sexo masculino	4,452	0,035	2,652	1,072	6,560
Tabaquismo	8,045	0,005	4,967	1,641	15,035
Diabetes Mellitus	4,075	0,044	5,107	1,048	24,878
Hipoxia Perioperatoria	14,865	0,000	9,152	2,970	28,202
Hipoalbuminemia	22,372	0,000	11,492	4,178	31,609
Tiempo Operatorio > 120 min.	6,413	0,011	3,053	1,287	7,242
Peritonitis Infecciosa	15,491	0,000	8,186	2,873	23,322
Peritonitis Química	9,877	0,002	5,680	1,923	16,778
Reintervención	6,902	0,009	5,149	1,516	17,489

Fuente: El autor

Las variables que demostraron asociación directa con la evisceración son: Edad \geq 60 años $p= 0,021$ ORa= 2,752 (IC95%: 1,161-6,522), sexo masculino $p= 0,035$ ORa= 2,652 (IC95%: 1,072-6,560), consumo de tabaco $p= 0,005$ ORa= 4,967 (IC95%: 1,641-15,035), tener diabetes Mellitus tipo 2 $p= 0,044$ ORa= 5,107 (IC95%: 1,048-24,878), Hipoxia Perioperatoria $p= 0,000$ ORa= 9,152 (IC95%: 2,970-28,202), Hipoalbuminemia $p= 0,000$ ORa= 11,492 (IC95%: 4,178-31,609), Tiempo Operatorio > 120 minutos $p= 0,011$ ORa= 3,053 (IC95%: 1,287-7,242), Peritonitis Infecciosa $p= 0,000$ ORa= 8,186 (IC95%: 2,873-23,322), Peritonitis Química $p= 0,002$ ORa= 5,680 (IC95%: 1,923-16,778), Reintervención $p= 0,009$ ORa= 5,149 (IC95%: 1,516-17,489).

Figura 1. Regresión logística de los factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía. Forest Plot



IV. DISCUSIÓN

La edad ≥ 60 años se asoció de manera significativa con la evisceración postoperatoria ($p=0,021$), evidenciándose que los pacientes en este grupo etario presentan 2,75 veces más probabilidad de desarrollar esta complicación en comparación con los menores de 60 años ($ORa=2,752$; $IC95\%: 1,161-6,522$). El intervalo de confianza no incluye la unidad, lo que confirma la consistencia estadística del hallazgo tras el ajuste por posibles variables confusoras. Desde el punto de vista fisiopatológico, en los adultos mayores se observa disminución de la síntesis de colágeno, menor elasticidad tisular⁴¹, reducción de la respuesta inflamatoria y retraso en la angiogénesis, factores que comprometen la adecuada cicatrización de la herida quirúrgica además, los pacientes mayores suelen requerir cirugías de urgencia con mayor frecuencia⁴¹, situación que también incrementa el riesgo de infección de sitio operatorio y falla en la cicatrización, como lo demuestra el estudio de Carlos¹⁶ en México en la que menciona que los pacientes mayores de 60 años tienen 2,1 más riesgo de presentar evisceración que los pacientes menores de 60 años, que es también la conclusión del estudio de Junaid²⁷.

El sexo masculino se asoció de manera significativa con la evisceración postoperatoria ($p=0,035$), encontrándose que los varones presentan 2,65 veces mayor probabilidad de desarrollar esta complicación en comparación con las mujeres ($ORa=2,652$; $IC95\%: 1,072-6,560$). El intervalo de confianza no incluye el valor 1, lo que confirma la significancia estadística del hallazgo tras el ajuste por posibles variables confusoras, esta asociación puede explicarse porque el sexo masculino tiene mayor frecuencia de factores de riesgo relacionados con alteraciones en la cicatrización, tales como mayor prevalencia de tabaquismo, enfermedades pulmonares crónicas y aumento de la presión intraabdominal secundaria a tos persistente o esfuerzo físico precoz en el postoperatorio, estas condiciones favorecen la tensión sobre la sutura de la fascia abdominal⁴¹, incrementando el riesgo de dehiscencia y posterior evisceración, este resultado está de acuerdo con lo demostrado por Hernández¹¹ en México en los que los masculinos eran el 58,5% de los pacientes eviscerados, del mismo modo Carlos¹⁶ en México menciona que los pacientes masculinos tienen 1,99 veces más riesgo de presentar evisceración que los femeninos. Prakash²¹ también demuestra una mayor prevalencia de evisceraciones en el sexo masculino incluso es 3,25 veces más.

El consumo de tabaco se asoció de manera significativa con la evisceración postoperatoria ($p=0,005$), evidenciándose que los pacientes fumadores presentan aproximadamente cinco veces mayor probabilidad de desarrollar esta complicación en comparación con los no fumadores ($ORa=4,967$; $IC95\%: 1,641-15,035$). Desde el punto de vista fisiopatológico, la nicotina produce vasoconstricción periférica, lo que disminuye la perfusión tisular y el aporte de oxígeno a la herida

quirúrgica, asimismo, el monóxido de carbono reduce la capacidad de transporte de oxígeno de la hemoglobina, generando hipoxia tisular, estos mecanismos interfieren en la síntesis de colágeno, la proliferación fibroblástica y la angiogénesis, procesos fundamentales para una adecuada cicatrización de la fascia abdominal, como consecuencia, se incrementa el riesgo de dehiscencia de la herida y posterior evisceración, además, los fumadores presentan mayores complicaciones respiratorias postoperatorias, como tos persistente, que aumenta la presión intraabdominal y ejerce tensión sobre la sutura quirúrgica, favoreciendo la separación de los planos musculofasciales⁴², lo mencionado se refuerza con el resultado de la investigación de Rojas¹² en México que concluye en el análisis individual de los parámetros que la presencia de tos ($p = 0,001$) constituyeron factores de riesgo estadísticamente significativos para la aparición de evisceración, que también es la conclusión de la investigación de Gozalez¹⁸ que demuestra una asociación entre mayor probabilidad de evisceración en los pacientes que consumen tabaco.

La diabetes mellitus tipo 2 se asoció de manera significativa con la evisceración postoperatoria ($p=0,044$), evidenciándose que los pacientes con esta comorbilidad presentan aproximadamente cinco veces mayor probabilidad de desarrollar esta complicación en comparación con aquellos sin diabetes ($ORa=5,107$; $IC95\%: 1,048-24,878$), este resultado es coherente con el impacto de la hiperglucemia crónica sobre el proceso de cicatrización, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la alteración de la microcirculación y la disfunción endotelial reducen el aporte adecuado de oxígeno y nutrientes al tejido quirúrgico, asimismo, la hiperglucemia afecta la función de los neutrófilos y macrófagos, comprometiendo la respuesta inmunitaria y aumentando el riesgo de infección del sitio operatorio, además, se ha demostrado que la diabetes interfiere en la síntesis y maduración del colágeno, lo que disminuye la resistencia tensil de la herida y favorece la dehiscencia de la fascia, evento previo a la evisceración. En este sentido el estudio de Choca¹⁷ en el Ecuador demuestra que los pacientes con diabetes mellitus están en mayor riesgo de desarrollar evisceración que los pacientes sin esta enfermedad metabólica, que también es la conclusión del estudio de Naz²⁶ en la que demuestra que la diabetes mellitus es un factor de riesgo para evisceración en razón de que el 23,4% de pacientes con evisceración tenían diabetes mellitus.

La hipoxia perioperatoria se asoció de manera altamente significativa con la evisceración postoperatoria ($p=0,000$), evidenciándose que los pacientes que presentaron este evento tienen más de nueve veces mayor probabilidad de desarrollar evisceración en comparación con aquellos que no experimentaron hipoxia ($ORa=9,152$; $IC95\%: 2,970-28,202$), este hallazgo es plenamente consistente con el papel fundamental del oxígeno en el proceso de cicatrización, la adecuada oxigenación tisular es indispensable para la síntesis de colágeno, la proliferación fibroblástica, la angiogénesis y la actividad bactericida de los leucocitos, la hipoxia compromete estos mecanismos, favoreciendo la debilidad de la sutura fascial y aumentando el riesgo de infección

del sitio operatorio, la disminución en la presión parcial de oxígeno en los tejidos reduce la resistencia tensil de la herida⁵¹, facilitando la dehiscencia y posterior evisceración, asimismo, la hipoxia perioperatoria suele asociarse a condiciones clínicas graves como insuficiencia respiratoria, sepsis, shock o complicaciones anestésicas, las cuales pueden reflejar un estado sistémico comprometido que impacta negativamente en la cicatrización, que concuerda con lo demostrado por Fica¹³ en Chile que de los 18 factores estudiados los más relevantes para la evisceración son la inestabilidad hemodinámica, incremento de la presión intraabdominal que provocan desaturación.

La hipoalbuminemia se asoció de manera altamente significativa con la evisceración postoperatoria ($p=0,000$), evidenciándose que los pacientes con niveles bajos de albúmina sérica presentan aproximadamente 11 veces mayor probabilidad de desarrollar esta complicación en comparación con aquellos con valores normales ($ORa=11,492$; $IC95\%: 4,178-31,609$), este hallazgo es coherente con el papel fundamental de la albúmina como marcador del estado nutricional y de la reserva proteica del organismo, la albúmina es esencial para la síntesis de colágeno y la reparación tisular; por tanto, su disminución refleja un estado de malnutrición o inflamación crónica que compromete la capacidad de cicatrización⁴⁴⁻⁴⁶, en pacientes con hipoalbuminemia se observa menor resistencia tensil de la herida quirúrgica⁴³, mayor susceptibilidad a infección del sitio operatorio y alteración en la respuesta inmunológica, condiciones que favorecen la dehiscencia de la fascia y posterior evisceración, que es demostrado por Fica¹³ en Chile que indica que la evisceración se ve favorecida cuando el paciente tiene anemia o déficit de proteínas. Choca¹⁷ en el Ecuador demuestra que los pacientes con hipoalbuminemia están en mayor riesgo de desarrollar evisceración que los pacientes sin hipoalbuminemia concordando con los hallazgos de la investigación, como también lo es, el estudio de Dwirian¹⁹ en Indonesia que asocia hipoalbuminemia y 1,8 veces mayor riesgo de presentar evisceración.

El tiempo operatorio mayor de 120 minutos se asoció de manera significativa con la evisceración postoperatoria ($p=0,011$), evidenciándose que los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos prolongados presentan aproximadamente tres veces mayor probabilidad de desarrollar esta complicación en comparación con aquellos con cirugías de menor duración ($ORa=3,053$; $IC95\%: 1,287-7,242$), las cirugías prolongadas se relacionan con mayor manipulación tisular, incremento del trauma quirúrgico y mayor exposición de los tejidos al ambiente externo, lo que favorece la contaminación bacteriana y el riesgo de infección del sitio operatorio, asimismo, los procedimientos de mayor duración suelen corresponder a cirugías más complejas o realizadas en pacientes con mayor carga de comorbilidades, lo que puede influir indirectamente en la fragilidad de la pared abdominal y en la resistencia de la sutura fascial. Este resultado es concordante con lo demostrado por Osmar¹⁴ en Paraguay que indica que los pacientes

con más de 180 minutos de tiempo operatorio tienen más riesgo de desarrollar evisceración, como también lo demuestra Murugavel²⁰ en India en la que los pacientes evisceración tenían alta prevalencia de hipoalbuminemia.

La peritonitis infecciosa se asoció de manera altamente significativa con la evisceración postoperatoria ($p=0,000$), encontrándose que los pacientes con este diagnóstico presentan aproximadamente ocho veces mayor probabilidad de desarrollar evisceración en comparación con aquellos sin peritonitis (ORa=8,186; IC95%: 2,873–23,322), este hallazgo es coherente con el impacto de la infección intraabdominal sobre la integridad de la pared abdominal, la peritonitis genera una intensa respuesta inflamatoria local y sistémica, acompañada de contaminación bacteriana, liberación de mediadores inflamatorios y aumento del catabolismo proteico, estos procesos afectan negativamente la síntesis y organización del colágeno, reducen la resistencia tensil de la fascia y predisponen a la dehiscencia de la herida quirúrgica⁵⁰, asimismo, en el contexto de peritonitis, el tejido suele encontrarse edematoso, friable y con perfusión comprometida, lo que dificulta un cierre adecuado de la pared abdominal. Rojas¹² en México concluye en el análisis individual que la infección del sitio quirúrgico ($p = 0,007$) es un factor de riesgo para la evisceración reforzando los hallazgos de la investigación, del mismo modo en la India Murugavel²⁰ encuentra que la infección del sitio operatorio que caracteriza a los pacientes con peritonitis infecciosa favorece la presencia de evisceración, y el estudio de Aregawi²⁴ demuestra una mayor posibilidad de evisceración en los pacientes que desarrollaron alguna complicación posoperatoria, que es concordante también con el estudio de Sá²⁵ en Portugal que indica que los pacientes con infección del sitio operatorio tienen mayor riesgo de eviscerarse.

La peritonitis química se asoció de manera significativa con la evisceración postoperatoria ($p=0,002$), evidenciándose que los pacientes que presentaron esta condición tienen aproximadamente 5,7 veces mayor probabilidad de desarrollar evisceración en comparación con aquellos sin este diagnóstico (ORa=5,680; IC95%: 1,923–16,778), la peritonitis química produce una intensa reacción inflamatoria estéril secundaria a la presencia de sustancias irritantes en la cavidad abdominal, como bilis, jugo gástrico, contenido pancreático o sangre. Esta respuesta inflamatoria genera edema, aumento de la permeabilidad capilar y daño tisular, lo que compromete la integridad de los planos musculofasciales y dificulta un adecuado proceso de cicatrización, el tejido inflamado suele encontrarse friable y con menor resistencia tensil, lo que favorece la dehiscencia de la herida quirúrgica y, en consecuencia, la evisceración, al respecto el estudio de Morillo¹⁵ concluye que las complicaciones posoperatoria de pacientes operados de oclusión intestinal como son las peritonitis químicas favorecen la presencia de evisceración, que también es mencionado en el estudio de Rahman²² que demuestra una mayor prevalencia de

evisceración en ellos pacientes con peritonitis, incluso Ekollu²³ encuentra que el 54% de pacientes eviscerados tenían hipoalbuminemia.

La reintervención se asoció de manera significativa con la evisceración postoperatoria ($p=0,009$), evidenciándose que los pacientes que requirieron una nueva cirugía presentan aproximadamente cinco veces mayor probabilidad de desarrollar esta complicación en comparación con aquellos que no fueron reintervenidos ($ORa=5,149$; $IC95\%: 1,516-17,489$). El intervalo de confianza no incluye el valor 1, lo que confirma la significancia estadística de la asociación tras el ajuste por posibles variables confusoras, la reapertura de la herida quirúrgica altera la fase inflamatoria y proliferativa de la reparación tisular, incrementa el trauma local y favorece la formación de edema, isquemia y fragilidad fascial^{53,54}, asimismo, cada procedimiento adicional aumenta el riesgo de contaminación bacteriana e infección del sitio operatorio, factores estrechamente vinculados con la dehiscencia de la herida y posterior evisceración, la que es concordante con los hallazgos del estudio de Fica¹³ en Chile que determina que los pacientes con ausencia de bordes cicatriciales adecuados en la herida operatoria como es el caso de los pacientes reintervenidos es un factor de riesgo para que se produzca la evisceración.

V. CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025 pueden ser atribuido a las condiciones del pacientes, del acto quirúrgico o a la propia patología.
2. Los factores de riesgo atribuidos al paciente como la edad ≥ 60 años, sexo masculino, tabaquismo, diabetes mellitus, hipoxia e hipoalbuminemia están asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025
3. Los factores de riesgo atribuidos al acto quirúrgico como el tiempo operatorio, peritonitis infecciosa, peritonitis química están asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025
4. Los factores de riesgo atribuidos a la patología primaria como ser reintervenido está asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025

VI. RECOMENDACIONES

1. Establecer protocolos de estratificación de riesgo que permitan identificar tempranamente a pacientes con mayor probabilidad de evisceración para intensificar medidas preventivas. Desarrollar protocolos institucionales de prevención de evisceración, basados en los factores de riesgo identificados en el hospital.
2. Fortalecer la valoración preoperatoria integral, especialmente en pacientes de ≥ 60 años, incorporando escalas de riesgo quirúrgico y valoración nutricional sistemática. Optimizar el control metabólico prequirúrgico, garantizando un adecuado manejo de la diabetes mellitus mediante protocolos de control glicémico perioperatorio estrictos. Implementar programas de cesación de tabaquismo, promoviendo la suspensión del consumo al menos 4–8 semanas antes de la cirugía electiva. Corregir trastornos nutricionales y metabólicos, especialmente la hipoalbuminemia, mediante soporte nutricional precoz (enteral o parenteral según corresponda). Vigilar y corregir alteraciones respiratorias, asegurando adecuada oxigenación en el pre y postoperatorio inmediato, particularmente en pacientes con hipoxia.
3. Reducir el tiempo operatorio cuando sea posible, optimizando la planificación quirúrgica y la experiencia del equipo operatorio. Aplicar técnicas estandarizadas de cierre de la pared abdominal, priorizando el uso de suturas adecuadas, técnica de cierre continuo con relación longitud de sutura/herida recomendada y vigilancia de la tensión del cierre. Fortalecer las medidas de control de infección intraabdominal, incluyendo manejo oportuno de la peritonitis infecciosa y química, antibioticoterapia adecuada y lavado peritoneal exhaustivo.
4. Optimizar la indicación de reintervención, asegurando criterios clínicos y quirúrgicos bien establecidos para evitar cirugías innecesarias. En pacientes reintervenidos, aplicar medidas preventivas reforzadas, como técnicas de cierre reforzado o uso selectivo de mallas profilácticas en casos de alto riesgo. Establecer vigilancia postoperatoria intensiva en pacientes reintervenidos, con seguimiento estrecho de la herida quirúrgica durante la primera semana postoperatoria.

VII. Referencias bibliográficas.

- 1.- Aguirre Barillas C. Factores de riesgo relacionados con evisceración en pacientes sometidos a laparotomía 2025. *Universidad y Ciencia* 10(16):18. DOI:10.5377/uyc.v10i16.6135
- 2.- Villagomez Mayorga M. Abordaje del Paciente con Abdomen Abierto. Revisión de la Literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* Julio-Agosto, 2023, 7(4). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.604 p.2
- 3.- Niveló Zumba J. Manejo actual del abdomen abierto. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, Asunción, Paraguay. ISSN en línea: 2789-3855, enero, 2023, Volumen 4, Número 1, p. 636 DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.282>
- 4.- Monsonís-Usó R. Identificación de los factores de riesgo de evisceración en la cistectomía radical abierta. *Actas Urológicas Españolas* Volume 49, Issue 6, July–August 2025, 501759. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2025.501759>
- 5.- Essa Oumer K. Resultados y factores asociados entre pacientes sometidos a laparotomía de emergencia: un estudio retrospectivo. *Revista Internacional de Cirugía Abierta* Volumen 36 ,octubre de 2021, 100413
- 6.- Abebe K, Geremew B, Lemmu B, Abebe E. Indications and Outcome of Patients who had Re-Laparotomy: Two Years' Experience from a Teaching Hospital in a Developing Nation. *Ethiop J Health Sci.* 2020 Sep;30(5):739-744. doi: 10.4314/ejhs.v30i5.13. PMID: 33911835; PMCID: PMC8047254.
- 7.- Barrios Viera O. Caracterización de pacientes con laparotomía media y cierre aponeurótico con línea de tensión reforzada. *Rev Cubana Cir* vol.63 Ciudad de la Habana 2024 Epub 30-Jul-2024
- 8.- Michot N, Ortega-Deballon P, Karam E, Pabst-Giger U and Ouaiissi M (2024) Is There a Clinical Benefit of Abdominal Binders After Abdominal Surgery: A Systematic Literature Review. *J. Abdom. Wall Surg.* 3:13506. doi: 10.3389/jaws.2024.13506
- 9.- Rojas Hurtado, M. Aplicación de la escala de evisceración de Van Ramshorst en pacientes sometidos a laparotomía de urgencia. URI: <http://hdl.handle.net/11317/3149>
- 10.- Barrios-Viera O, González-Machín M. Comparación de dos métodos de cierre aponeurótico en pacientes con laparotomía media. *Medisur* 2024; 22(5):[aprox. -911 p.]. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45257>
- 11.- Hernández S. Impacto del índice de masa corporal en las complicaciones inmediatas de los pacientes posoperados de colostomía en el hospital general de XOCO y Hospital General Ruben Lenero de la secretaria de salud la ciudad de México 2024. URI <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000862544>
- 12.- Rojas Hurtado, M. Aplicación de la escala de evisceración de Van Ramshorst en pacientes sometidos a laparotomía de urgencia 2024. URI: <http://hdl.handle.net/11317/3149>

- 13.- Fica L. Evisceración postoperatoria; prevención, diagnóstico y tratamiento. Una perspectiva internacional. Facultad de Medicina de Chile 2022.
- 14.- Osmar C. Técnica de refuerzo de la pared abdominal con sutura longitudinal lateral a la incisión (reinforced tension line - RTL) para el cierre de la línea media como prevención de evisceración Paraguay 2025. Cir. parag. vol.49 no.1 Asunción abr. 2025 <https://doi.org/10.18004/sopaci.2025.abril.12>
- 15.- Morillo Lemus, L. Factores de riesgo asociados a dehiscencia de herida quirúrgica tras cirugía abdominal, en pacientes del servicio de cirugía general, Hospital Regional Pemex Poza Rica, durante el periodo enero 2011 - septiembre 2021. URI. <https://cdigital.uv.mx/handle/1944/53526>
- 16.- Carlos Jiménez S. "Factores de riesgo asociados a la ocurrencia de dehiscencia aguda de la pared abdominal en pacientes posoperados de laparotomía por línea media. Metaanálisis de factores de riesgo. México 2025" https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/ptd2025/jul_sep/0873136/0873136.pdf
- 17.- Choca-Paguay G. Intervenciones de enfermería en dehiscencia de herida quirúrgica: revisión sistemática Ecuador 2025. Salud y Vida vol.9 no.esp2 Santa Ana de Coro dic. 2025 Epub 30-Oct-2025 <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i2.4731>
- 18.- Gonzalez, M., Ruffa, T., Scaravonati, R. et al. Dehiscencia fascial: ¿complicación predecible? Desarrollo y validación de un modelo de riesgo: un estudio de cohorte retrospectivo. Langenbecks Arch Surg 408 , 50 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00423-023-02782-y>
- 19.- Dwirian Putra, MA, Efman EU Manawan y Mgs. Irsan Saleh. (2023). Determinante de la dehiscencia de la herida abdominal (AWD) en pacientes poslaparotomía en el Hospital General Dr. Mohammad Hoesin, Palembang, Indonesia. Revista Sriwijaya de Cirugía , 6 (2), 579-583. <https://doi.org/10.37275/sjs.v6i2.94>
- 20.- Murugavel J, Vajiravelu Thirunavukkarasu A, Gnana Chellaiyan V, et al. (4 de mayo de 2024) Estudio prospectivo sobre el resultado tras el cierre masivo de la dehiscencia de la herida postlaparotomía en un hospital de atención terciaria, Tamil Nadu, India. Cureus 16(5): e59642. DOI 10.7759/cureus.59642
- 21.- Prakash A. Evaluación de los factores de riesgo de dehiscencia de la herida abdominal poslaparotomía en un hospital universitario de tercer nivel. Revista Internacional de Ciencias Médicas e Investigación Actual (IJMSCR). Volumen 4, Número 1, Páginas n.º 452-462, enero-febrero de 2021. Disponible en línea en: www.ijmscr.com
- 22.- Rahman UA, Iftikhar MA, Zia ul Miraj M, Butt MJ, Ahmed I, Yousaf H. Incidencia de dehiscencia de la herida y factores que la causan en pacientes sometidos a laparotomía en un hospital de tercer nivel. Professional Med J 2023; 30(10):1225-1229. <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2023.30.10.7710>

- 23.- Ekollu, Sindhu, Sumiya Kauser y Preeti Swanth. "Estudio analítico de la dehiscencia de heridas abdominales y su manejo" 2025. *Revista de Práctica Clínica Contemporánea* 11.2 (2025): 8-15. DOI : 10.61336/jccp/25-02-02
- 24.- Aregawi, AB, (2024). Determinantes de la dehiscencia de la herida abdominal: un estudio de casos y controles. *Revista de Cirugía de África Oriental y Central*, 29 (4), 14-23. <https://doi.org/10.4314/ecaajs.v29i4.3>
- 25.- Sá B. Incidencia de hernia incisional después de una laparotomía Portugal 2024. *Revista Portuguesa de Cirurgia* 2024 (57): 1049 DOI: <https://doi.org/10.34635/rpc.1049>
- 26.- Naz, S. y Gul, A. (2025). Factores de riesgo de dehiscencia de heridas abdominales en el Servicio de Cirugía del Hospital Lady Reading de Peshawar. *Indus Journal of Bioscience Research* , 3 (6), 1154-1158. <https://doi.org/10.70749/ijbr.v3i6.2449>
- 27.- Junaid F. Factores sociodemográficos y operatorios asociados con la dehiscencia de la herida abdominal en laparotomía de línea media. *Professional Med J* 2022; 29(10):1448-1453. <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2022.29.09.6710>
- 28.- Factors Affecting Post-Laparotomy Wound Healing. *European Journal of Cardiovascular Medicine* Volume 13 Issue: 3 – 2023. <https://www.healthcare-bulletin.co.uk/>
- 29.- Rahman UA, Iftikhar MA, Zia ul Miraj M, Butt MJ, Ahmed I, Yousaf H. Incidence of wound dehiscence and factors causing wound dehiscence in patients undergoing laparotomy at a tertiary care hospital. *Professional Med J* 2023; 30(10):1225-1229. <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2023.30.10.7710>
- 30.- Chawanpaiboon S, et al. Severe Complications of Uterine Dehiscence Post-Lower Segment Cesarean Section: A Case Report Emphasizing the Importance of Timely Diagnosis and Intervention. *Am J Case Rep.* 2024 May 26;25:e943027. doi: 10.12659/AJCR.943027. PMID: 38796696; PMCID: PMC11138370.
- 31.- Hossein P. Evaluación de los factores de riesgo en la dehiscencia de la fascia después de cirugías abdominales. *Anales de Medicina y Cirugía* 86(9):p 4984-4989, septiembre de 2024. | DOI: 10.1097/MS9.0000000000002335
- 32.- Gezta Nasafir Hermawan Jacobus Jeno Wibisono, Lidya F Nembo Abdominal Wound Dehiscence: A Review of Risk Factors, Prevention and Management in Obstetrics and Gynecology Practice. *Medicinus.* 2020 October; 8(3): 102-110
- 33.- Hann MJ, Mair TS, Gardner A, Mudge M, Southwood LL, Dechant JE, Barton MH, Garcia-Macias J, Parker RA, Hassel D, Archer DC. Acute abdominal dehiscence following laparotomy: A multicentre, international retrospective study. *Equine Vet J.* 2021 Aug 21. doi: 10.1111/evj.13498. Epub ahead of print. PMID: 34418125.
- 34.- Gillespie B. Incidencia de dehiscencia de heridas en pacientes sometidos a laparoscopia o laparotomía: una revisión sistemática y metanálisis. *Revista de cuidado de heridas* Volumen 32 , Número Sup8a <https://doi.org/10.12968/jowc.2023.32.Sup8a.S31>

- 35.- Octiara Gisca Amilia y Komar, H. (2021). Descripción de pacientes con dehiscencia de la herida tras una laparotomía, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019, en el Hospital General Dr. Mohammad Hoesin. *Sriwijaya Journal of Surgery* , 4 (1), 245-252. <https://doi.org/10.37275/sjs.v4i1.51>
- 36.- Atikul Ahsan, Mohammad Fazlul Haque, Mohammad Raisul Islam. Operative Findings and Outcome of Abdominal Wound Dehiscence in Emergency Laparotomy. *Sch J App Med Sci*, 2022 Aug 10(8): 1414-1419. DOI: 10.36347/sjams.2022.v10i08.041
- 37.- Mehdorn, M., Groos, L., Kassahun, W. et al. Las suturas interrumpidas previenen la dehiscencia fascial abdominal recurrente: un análisis comparativo retrospectivo de cohorte de un solo centro sobre los factores de riesgo del abdomen en estallido y su recurrencia, así como las técnicas de reparación quirúrgica. *BMC Surg* 21 , 208 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01219-x>
- 38.- Dilday, Josué DO. et al. ¿Es mejor la sutura barbada? Evaluación de la sutura barbada recubierta de triclosán en las complicaciones de la herida tras una laparotomía de urgencia. *Revista de Cirugía de Trauma y Cuidados Agudos* 97(1): págs. 149-157, julio de 2024. | DOI: 10.1097/TA.0000000000004341
- 39.- Dagra R. Effects of Prophylactic Retention Sutures on Closure of Laparotomy Wound in High-risk Patients in a Tertiary Care Hospital. *Journal of the Indian Medical Association* Vol 122, No 08, August 2024
- 40.- Timmer AS. Et al. (2024) The Effect of Fascial Closure With Triclosan-Coated Sutures on the Incidence of Abdominal Wall Dehiscence: An Individual Participant Data Meta-Analysis . *J. Abdom. Wall Surg.* 3:13337. doi: 10.3389/jaws.2024.13337
- 41.- vikash M. Evaluation of Risk Factors of Surgical Wound Dehiscence in patients After Laparotomy. *European Journal of Cardiovascular Medicine*, 2023, Vol 13, Issue 3, p82.
- 42.- Beltrami MAL. Avaliação da incidência de deiscência profunda da aponeurose no pós-operatório de colectomias eletivas realizadas no Hospital das Clínicas de Botucatu [Internet]. Universidade Estadual Paulista (Unesp); 2024. Available from: <https://hdl.handle.net/11449/253340>
- 43.- Atikul Ahsan, Mohammad Fazlul Haque, Mohammad Raisul Islam (2022). Risk Factors and Operative Findings of Abdominal Wound Dehiscence in Emergency Laparotomy. *Saudi J Med Pharm Sci*, 8(8): 430-435. 44.- Kumar Priyadarshi P. Frequency and Risk Factors for Wound Dehiscence in Midline Laprotomies. *Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)* e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 20, Issue 3 Ser.1 (March. 2021), PP 18-23. DOI: 10.9790/0853-2003011823
- 45.- Abbasi MS, Ashraf I, Noor A, Zaman S, Shaukat A, Nagra BS. Frequency of Burst Abdomen and Associated Risk Factors After Emergency Laparotomy in A Tertiary Care Hospital from

- Rawalpindi. Pak Armed Forces Med J 2025; 75(2): 409-412. DOI: <https://doi.org/10.51253/pafmj.v75i2.11868>
- 46.- Naga Rohith V, Arya S, Rani A, et al. (November 28, 2022) Preoperative Serum Albumin Level as a Predictor of Abdominal Wound-Related Complications After Emergency Exploratory Laparotomy. *Cureus* 14(11): e31980. DOI 10.7759/cureus.31980
- 47.- Teklemariam, BT, Biyana, CF y Asfaw, SA (2022). Determinantes de la dehiscencia de la herida abdominal postoperatoria en pacientes operados en un hospital terciario. *Revista Eíope de Ciencias de la Salud* , 32 (4), 739–746. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i4.10>
- 48.- Montgomery, J., McMandon, A., Porter, E., O'Field, H. y Vosburg, W. (2025). Dehiscencia de la herida: factores de riesgo que presentan una complicación costosa.
- 49.- Hun Choi Ch. Efectos del drenaje subcutáneo sobre la dehiscencia e infección de la herida en la laparotomía media ginecológica: análisis secundario de un estudio del Grupo Coreano de Oncología Ginecológica (KGOG 4001). *Revista Europea de Oncología Quirúrgica Volumen 50, Número 9* ,septiembre de 2024, 108484. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2024.108484>
- 50.- Lichika et al. Comparison of improvised negative pressure wound therapy and conventional wound dressing in abdominal wounds dehiscence after surgery. *South Sudan Medical Journal*, 2025;18(4):165-172 © 2025 The Author (s) License: This is an open access article under CC BYNC DOI: <https://dx.doi.org/10.4314/> <https://dx.doi.org/10.4314/ssmj.v18i4.ssmj.v18i4.3>
- 51.- Mohanesh S. Factors Associated with Burst Abdomen in Patients of Midline Laparotomy, Assessed using Risk Scoring System: A Retrospective Observational Study. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 2024, Vol 18, Issue 12, p6
- 52.- Stropnický PV, Kandemir F, Schäffer M, Pochhammer J. Abdominal fascia dehiscence: is there a connection to a special microbial spectrum? *Hernia*. 2023 Jun;27(3):549-556. doi: 10.1007/s10029-022-02679-7. Epub 2022 Sep 22. PMID: 36138267; PMCID: PMC10219854.
- 53.- Rosen R. Dehiscencia de la herida. *StatPearls* [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK551712/>
- 54.- Rich J, Mehra B, Dubhashi SP, Kumaran S. Evaluación de factores de riesgo y evaluación de la puntuación del Centro Médico de Asuntos de Veteranos para la predicción de dehiscencia abdominal en adultos. *Tropical Doctor* . 2025;56(1):44-47. doi: 10.1177/00494755251371363
- 55.- Modelos de predicción clínica y herramientas de riesgo para la detección temprana de pacientes con riesgo de infección del sitio quirúrgico y dehiscencia de la herida quirúrgica: una revisión exploratoria. *Revista de cuidado de heridas* Volumen 32 , Número Sup8a. <https://doi.org/10.12968/jowc.2023.32.Sup8a.S4>
- 56.- Sandy-Hodgetts K, Denys, A., Monbailiu, T., Allaey, M. et al. Manejo de la dehiscencia de la herida abdominal: actualización de la literatura y metaanálisis. *Hernia* 25 , 449–462 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02294-4>

- 57.- Kurniawan R. Surgical Wound Dehiscence Treatment. Surgical Wound Dehiscence Treatment 119. Vol 11. No 2. April 2023
- 58.- Lizondo, M. F., Otta, M. C., Acosta, A. R., Posse, J., Duhalde, J. M., Díaz, R. E., & Eskinazi, D. G. (2025). Fascial dehiscence after laparotomy: simple closures versus mesh reinforcement. Revista Argentina De Cirugía, 117(2), 1–10. <http://dx.doi.org/10.25132/raac.v117.n2.1857>
- 59.- Wainstein D. Abdomen abierto: indicaciones, manejo y cierre. F. Galindo y col. Enciclopedia Cirugía Digestiva www.sacd.org.ar Tomo I, 148, pag. 1-21
- 60.- Lozada Hernández, EE, Hernández Bonilla, JP, Hinojosa Ugarte, D. et al. Dehiscencia de herida abdominal y prevención de hernia incisional en laparotomía de línea media: una revisión sistemática y un metaanálisis en red. Langenbecks Arch Surg 408 , 268 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00423-023-02954-w>

2.8 Anexos

2.8.1. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
<p>Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los factores de riesgo atribuidos al paciente asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo atribuidos al acto quirúrgico asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?</p>	<p>Objetivo general Determinar los factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025</p> <p>Objetivos específicos Determinar los factores de riesgo atribuidos al paciente asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025</p> <p>Determinar los factores de riesgo atribuidos al acto quirúrgico asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025</p> <p>Determinar los factores de riesgo atribuidos a la patología</p>	<p>Hipótesis general Ha: Existen factores de riesgo asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025</p> <p>Hipótesis específicas Ha: Los factores de riesgo atribuidos al paciente (Edad, sexo, tabaquismo, diabetes mellitus, hipoxia, hipoalbuminemia) están asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025</p> <p>Ha: Los factores de riesgo atribuidos al acto quirúrgico (Tiempo operatorio, peritonitis infecciosa, peritonitis química) están asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025</p>	<p>Variable de estudio Evisceración postlaparotomía</p> <p>Variabes independiste Edad Sexo Tabaquismo Diabetes mellitus Hipoxia Hipoalbuminemia) Tiempo operatorio Estadio del cuadro quirúrgico Reintervenido</p>	<p>Tipo. Retrospectiva, trasversal, no experimental y relacional. Nivel. Relacional Diseño. Cuantitativo Población. Son los pacientes que presentaron evisceración posterior a una laparotomía entre los años 2021 al 2025 que son 92 pacientes.</p> <p>Tamaño de muestra: n= 73 casos comparados con 146 controles La técnica: Documental Instrumento: Ficha de datos Procesamiento de datos. Los datos se trasladarán de cada ficha de datos a la base de datos diseñado en el programa estadístico SPSS v29 y obtener de este programa los resultados las que se presentarán en tablas estadísticas de doble entrada en las que se pueda observar los</p>

<p>¿Cuáles son los factores de riesgo atribuidos a la patología primaria asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025?</p>	<p>primaria asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025</p>	<p>Ha: Los factores de riesgo atribuidos a la patología primaria (Estadio del cuadro quirúrgico Reintervenido) están asociados a la evisceración en pacientes operados de laparotomía en el Hospital Regional de Ica 2021 a 2025</p>	<p>valores reales y los porcentuales y determinar diferencias significativas con el estadístico chi cuadrado, y si la variable es numérica se estimará la media, mediana, rango y moda. Se desarrollará además una análisis bivariado y multivariado en base al cálculo de la OR cruda y ajustada respectivamente con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.</p>
---	---	--	---

2.8.2. Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	VALOR FINAL	INSTRUMENTO	FUENTE
Evisceración	Complicación quirúrgica caracterizada por la protrusión o exteriorización de vísceras abdominales a través de una dehiscencia completa de todas las capas de la pared abdominal en un paciente con antecedente de laparotomía reciente.	Descripción en la evolución o en un informe de reintervención de "evisceración", "salida de asas intestinales a través de la herida", o "dehiscencia completa de herida con protrusión visceral".	Criterio clínico Criterio tomográfico	Presente Ausente	Ficha de datos	Historia clínica
VARIABLES INDEPENDIENTES						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	VALOR FINAL	INSTRUMENTO	FUENTE
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la cirugía índice (laparotomía inicial).	Variable numérica continua expresada en años al momento de la laparotomía inicial	Años	< 60 años ≥ 60 años		
Sexo	Característica biológica (genotípica y fenotípica) del paciente.	Variable categórica nominal registrada en la HC como "Masculino" (M) o "Femenino" (F).	Sexo	Masculino Femenino		
Tabaquismo	Hábito de consumo activo de cigarrillos u otros productos derivados del tabaco.	Variable dicotómica (Fumador Activo / No Fumador, según lo indicado en la historia clínica	Consumo de tabaco	Si No		

Diabetes mellitus	Enfermedad metabólica crónica caracterizada por hiperglucemia.	Diagnóstico previo documentado en la HC (listado de problemas o antecedentes).	Diabetes mellitus	Si No	Ficha de datos	Historia clínica
Hipoxia perioperatoria	Estado de deficiencia de oxígeno a nivel tisular, que puede ocurrir durante o después de la cirugía, comprometiendo la función celular y la síntesis de colágeno.	Se codificará como "Presente" si en las primeras 72 horas postoperatorias se documenta al menos uno de: Saturación periférica de oxígeno (SpO2) < 90% por más de 30 minutos (excluyendo episodios transitorios).	Hipoxia	(SpO2) < 90% (SpO2) ≥ 90%		
Hipoalbuminemia	Concentración sérica de albúmina por debajo del rango normal, marcador de desnutrición calórico-proteica y de síntesis hepática deficiente.	"Sí" si el valor de albúmina sérica en el examen preoperatorio (dentro de los 7 días previos a la cirugía) es < 3.0 g/dL.	Albuminemia	< 3.0 g/dL. ≥ 3.0 g/dL.		
Tiempo operatorio	Duración total del acto quirúrgico de la laparotomía índice.	Se extraerá del reporte anestésico como la diferencia entre la "hora de incisión" y la "hora de fin de cirugía". Se categorizará para análisis (ej., > 120 min).	Tiempo	> 120 min ≤ 120 min		
Estadio del cuadro quirúrgico	Condición del cuadro quirúrgico según su evolución	Estadio evolutivo complicado o no	Complicado	Si (Peritonitis química o infecciosa) No (Sin peritonitis)		
Reintervenido	Condición del paciente según número de operaciones antes del alta	Número de operaciones	Reintervenido	Si No		

Instrumentos de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVISCERACIÓN EN PACIENTES OPERADOS DE LAPAROTOMÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2021 A

2025

Ficha N° _____

1. Evisceración

(Presente (Ausente)

2. Edad _____ años

< 60 años

≥ 60 años

3. Sexo

Masculino

Femenino

4. Tabaquismo

Si

No

5. Diabetes mellitus

Si

No

6. Hipoxia perioperatoria

(SpO₂) < 90%

(SpO₂) ≥ 90%

7. Hipoalbuminemia

< 3.0 g/dL.

≥ 3.0 g/dL.

8. Tiempo operatorio

> 120 min

≤ 120 min

9. Estadio del cuadro quirúrgico

Si (Peritonitis química o infecciosa)

No (Sin peritonitis)

10. Reintervenido

Si

No

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVISCERACIÓN EN PACIENTES

OPERADOS DE LAPAROTOMÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2021 A 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Harry Leveau Bartra
 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento:

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción y relación adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Hay relación entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
APLICABLE**

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 18 de febrero del 2026

Firma del Experto



Dr. Harry Leveau Bartra PhD
 CMP. 27304 RNE. 11569
 ESPECIALISTA EN CIRUGIA
 Dr. Mg. SALUD PUBLICA
 Phd. Investigación Bioestadístico

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVISCERACIÓN EN PACIENTES OPERADOS DE LAPAROTOMÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2021 A 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Cosentino Ponce y Fernando
 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento:

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los items.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción y relación adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Hay relación entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
APLICABLE**

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 10 de Abril del 2020

Firma del Experto

Dr. Fernando Cosentino Ponce
 CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCOPÍA
 CMP 41619 - RNE 22714

**TÍTULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA EVISCERACIÓN EN PACIENTES
OPERADOS DE LAPAROTOMÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2021 A 2025**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Caceres Bellido Fermin
 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Santa María del Socorro
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento:

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción y relación adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Hay relación entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
APLICABLE**

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 11 de Febrero del 2025

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO

Dr. FERMIN CACERES BELLIDO
CIRUJANO GENERAL
CMP: 22746 RNE: 53018