



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## **Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional**

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/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:

**CONDICIONES RELACIONADAS A LAS REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR DEHISCENCIA DE LA ANASTOMOSIS INTESTINAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2020 AL 2024**

Presentado por:

**CONDORI REYES LISETH FRAYSINET**

**ESTUDIANTE** del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **2%** 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, 20 de febrero del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**"DANIEL ALCIDES CARRIÓN"**  
**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**



**TESIS**

**CONDICIONES RELACIONADAS A LAS REINTERVENCIONES  
QUIRÚRGICAS POR DEHISCENCIA DE LA ANASTOMOSIS  
INTESTINAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE  
ICA 2020 AL 2024**

**Línea de investigación**

**SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO**

**AUTORA:**

**CONDORI REYES LISETH FRAYSINET**

**ASESOR**

**DR. HARRY RAUL LEVEAU BARTRA HARRY**

**ICA – PERÚ**

**2026**

### **Dedicatoria**

A mis padres, quienes han sido mi mayor fortaleza y mi más grande ejemplo.

A mi papá, por enseñarme con su trabajo, su constancia y su integridad que los sueños se alcanzan con esfuerzo y disciplina.

A mi mamá, por su amor incondicional, su paciencia infinita y su fe inquebrantable en mí, incluso en los momentos más difíciles.

Este logro no es solo mío, es el reflejo de todo lo que ustedes me dieron: apoyo, valores, sacrificio y esperanza. Gracias por acompañarme en cada paso de este camino y por nunca dejarme rendir.

Este título les pertenece tanto como a mí.  
Con todo mi amor y gratitud.

### **Agradecimiento**

Agradezco a la institución, a mis docentes y a todos quienes contribuyeron a mi formación profesional, brindándome las herramientas necesarias para culminar con éxito esta etapa.

De manera especial, a mis padres por su esfuerzo, dedicación y apoyo incondicional a lo largo de mi carrera.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE	4
ÍNDICE DE TABLAS	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CUERPO DEL INFORME FINAL	
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	30
III. RESULTADOS	33
IV. DISCUSIÓN	41
V. CONCLUSIONES	47
VI. RECOMENDACIONES	48
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
VIII. ANEXOS	54

## ÍNDICE DE TABLAS

N°	TABLAS	Pág
Tabla 1	Edad del paciente asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	33
TABLA 2	Sexo del paciente asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	33
TABLA 3	Estado nutricional del paciente asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	34
TABLA 4	Diabetes mellitus asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	34
TABLA 5	Hipertensión arterial asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	35
TABLA 6	Anemia asociada a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	35
TABLA 7	El carácter de la cirugía está asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	36
TABLA 8	El diagnóstico primario está asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	36
TABLA 9	La contaminación microbiana está asociada a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	37

TABLA 10	La hemorragia está asociada a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	37
TABLA 11	La preparación del colon está asociada a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	38
TABLA 12	Regresión logística de las condiciones del paciente, de la cirugía previa y de la restitución, relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024	39

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar las condiciones relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024. **Metodología.** Estudio observacional, trasversal, retrospectiva y analítica, en una población de pacientes reintervenidos quirúrgicamente por dehiscencia de la anastomosis intestinal, de donde se obtuvo una muestra de 91 casos las que se compararon con 182 controles. Datos procesados en el programa estadístico SPSS v29 y se realizó el análisis bivariado y multivariado. **Resultados.** Según el análisis multivariado las variables independientes que se encuentran asociadas a las reintervenciones por dehiscencia de la anastomosis intestinal son: Edad de 65 a años con  $p= 0,001$  OR=3,260 (IC95%: 1,582-6,717), sexo masculino  $p=0,001$  OR=3,668 (IC95%: 1,749-7,694), el estado nutricional bajo de peso y obesidad con  $p=0,041$  OR= 1,544 (IC95%: 1,017-2,344), tener diabetes mellitus con  $p= 0,037$  OR= 2,696 (IC95%: 1,060-6,856), tener hipertensión arterial  $p= 0,006$  OR= 3,244 (IC95%: 1,391-7,565), tener anemia  $p= 0,000$  OR= 6,054 (IC95%: 2,843-12,891), el carácter de la cirugía operado como emergencia con  $p= 0,014$  OR= 3,707 (IC95%: 1,299-10,579), el diagnóstico primaria por patología infecciosa  $p= 0,003$  OR= 2,915 (IC95%: 1,450-5,860), haber contaminación de los bordes del intestino a anastomosis  $p= 0,000$  OR= 7,739 (IC95%: 3,257-18,390), presencia de hemorragia del borde de la anastomosis intestinal  $p= 0,001$  OR= 10,494 (IC95%: 2,758-39,930), y no tener preparación del colon para la anastomosis intestinal  $p= 0,015$  OR= 2,889 (IC95%: 1,225-6,814).

**Conclusión.** Los resultados demuestran que la reintervención por dehiscencia de la anastomosis intestinal es un fenómeno multifactorial, influenciado por factores del paciente, condiciones clínicas y comorbilidades, así como por aspectos técnicos y contextuales de la cirugía.

**Palabras clave:** Condiciones, relacionadas, reintervenciones, quirúrgicas, dehiscencia, anastomosis, intestinal.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the conditions related to surgical reinterventions due to intestinal anastomosis dehiscence in patients at the Regional Hospital of Ica from 2020 to 2024. **Methodology:** Observational, cross-sectional, retrospective, and analytical study, conducted on a population of patients who underwent surgical reinterventions for intestinal anastomosis dehiscence. A sample of 91 cases was obtained and compared with 182 controls. Data were processed using the statistical program SPSS v29, and both bivariate and multivariate analyses were performed. **Results:** According to the multivariate analysis, the independent variables associated with reinterventions for intestinal anastomosis dehiscence are: Age 65 years and older ( $p = 0.001$ , OR = 3.260, 95% CI: 1.582-6.717), male sex ( $p = 0.001$ , OR = 3.668, 95% CI: 1.749-7.694), underweight and obesity ( $p = 0.041$ , OR = 1.544, 95% CI: 1.017-2.344), diabetes mellitus ( $p = 0.037$ , OR = 2.696, 95% CI: 1.060-6.856), hypertension ( $p = 0.006$ , OR = 3.244, 95% CI: 1.391-7.565), anemia ( $p = 0.000$ , OR = 6.054, 95% CI: 2.843-12.891), emergency surgery ( $p = 0.014$ , OR = 3.707, 95% CI: 1.299-10.579), primary diagnosis of infectious pathology ( $p = 0.003$ , OR = 2.915, 95% CI: 1.450-5.860), contamination of the intestinal anastomosis edges ( $p = 0.000$ , OR = 7.739, 95% CI: 3.257-18.390), presence of hemorrhage at the anastomosis site ( $p = 0.001$ , OR = 10.494, 95% CI: 2.758-39.930), and lack of colon preparation for the anastomosis ( $p = 0.015$ , OR = 2.889, 95% CI: 1.225-6.814). **Conclusion:** The results demonstrate that reintervention for intestinal anastomosis dehiscence is a multifactorial phenomenon, influenced by patient factors, clinical conditions, comorbidities, as well as technical and contextual aspects of the surgery.

**Keywords:** Conditions, related, surgical reinterventions, dehiscence, anastomosis, intestinal.

## I.- INTRODUCCIÓN

### **Planteamiento del problema**

La dehiscencia de la anastomosis intestinal generalmente requiere una relaparotomía que es una intervención quirúrgica en la que se vuelve a abrir la cavidad abdominal durante el periodo posoperatorio, que puede ser inmediato o mediato, siempre que no hayan transcurrido más de 60 días desde la cirugía inicial, esta reintervención se realiza ya sea ante la sospecha de alguna complicación derivada del acto quirúrgico previo, o bien, cuando surge la necesidad específica de programarla en función del estado clínico del paciente<sup>1,2</sup>.

En este sentido realizar una relaparotomía por dehiscencias de la anastomosis intestinal constituye un procedimiento quirúrgico asociado a un riesgo elevado, tal como lo evidencia su significativa tasa de morbilidad y mortalidad, estas intervenciones suelen ser motivadas por la aparición de complicaciones durante el periodo posoperatorio inmediato<sup>3</sup>.

A escala internacional, la frecuencia de dehiscencia de las anastomosis intestinales se sitúa en un rango que va del 0,5 % al 15 %, mientras que la mortalidad asociada a esta complicación alcanza una tasa global del 40 %<sup>4</sup>.

En cuanto a la experiencia sudamericana reciente, un trabajo efectuado en Ecuador en el año 2021 analizó los factores predisponentes y causas vinculadas a las dehiscencia de las anastomosis y posterior relaparotomía los hallazgos indican que es más prevalente en pacientes con edad mayor a 60 años, mientras que la mortalidad en el grupo de pacientes sometidos a una nueva intervención fue del 9,7 %<sup>5</sup>.

En el ámbito cubano, los registros muestran que la frecuencia de reintervenciones abdominales por dehiscencias de suturas intestinales oscila entre un 1,3 % y un 2,6 % en los servicios de Cirugía General, no obstante, esta proporción es notablemente más alta en contextos de mayor gravedad como, por ejemplo, se incrementa hasta un 10,6 % en pacientes atendidos en unidades de terapia intermedia, alcanza el 17 % en quienes requieren cuidados intensivos, y se sitúa en 11,93 % específicamente en el caso de cirugías gastroduodenales<sup>6</sup>.

En las anastomosis intestinales la dehiscencia anastomótica destaca por ser especialmente relevante y temida en la práctica clínica, debido a las graves consecuencias que puede acarrear para el paciente<sup>7</sup>, es así como en el caso de México, los datos indican que las reintervenciones quirúrgicas están estrechamente asociadas a índices elevados de morbilidad y mortalidad, los informes señalan que la mortalidad puede variar desde un 17% hasta un 52%, en función de la gravedad previa. Entre los motivos que con mayor frecuencia llevan

a la necesidad de una nueva intervención, se encuentran la formación de colecciones intraabdominales, así como la aparición de dehiscencias en las heridas quirúrgicas<sup>8</sup>.

En territorio peruano, una investigación llevada a cabo por Chavarry<sup>9</sup>. reveló que la mortalidad entre los pacientes sometidos a reintervenciones quirúrgicas por dehiscencias de suturas anastomóticas intestinales en la ciudad de Trujillo ascendió al 11,71 %.

Por otro lado, en el Perú de acuerdo con los hallazgos presentados por Guevara<sup>10</sup>, la presencia de hipoalbuminemia no solo se asocia de manera significativa a la aparición de complicaciones posquirúrgicas en el contexto de la cirugía gastrointestinal, sino que además debería ser reconocida como uno de los factores de riesgo primordiales a considerar al momento de planificar una intervención quirúrgica.

De allí que realizar un estudio sobre condiciones que favorecen la dehiscencia de las anastomosis intestinales es de gran relevancia por la alta mortalidad a que está asociada, siendo muchas prevenibles al conocer el perfil del paciente y de las condiciones en que se opera, pudiendo éstas ser modificadas con intenciones de disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad.

## **Antecedentes de la investigación**

### **Internacionales**

Quintana-Dorta Y<sup>11</sup>. Factores pronósticos de la mortalidad de pacientes con reintervenciones de cirugía abdominal por anastomosis intestinales en Unidades de Cuidados Intensivos. Cuba, 2024. El propósito central de esta investigación fue identificar los factores pronósticos vinculados a la mortalidad en pacientes sometidos a múltiples intervenciones quirúrgicas abdominales por dehiscencias de anastomosis intestinales. Para ello, se diseñó un estudio analítico de tipo longitudinal y prospectivo, en el cual participaron 42 personas como muestra representativa. Los datos revelaron que la edad promedio de los participantes fue de 57,1 años con una desviación estándar de  $\pm 13,0$ ; al desglosar por desenlace, aquellos que fallecieron presentaron una media de edad de  $62,9 \pm 12,2$ , en contraste con los supervivientes, cuyo promedio fue de  $52,7 \pm 12,1$  una diferencia estadísticamente significativa. La mayoría de los casos correspondieron al sexo masculino (62,0%). Además, se evidenció una relación directa entre el incremento en el número de reintervenciones abdominales realizadas y el aumento del riesgo de mortalidad. En síntesis, los principales elementos pronósticos que contribuyeron a la mortalidad en este grupo fueron la presencia de shock séptico y el desarrollo de neumonía.

Guerra-Macías I<sup>12</sup>. Perfil clínico, quirúrgico y epidemiológico de pacientes reintervenidos. Cuba, 2021. El objetivo de este estudio fue describir las características demográficas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a nuevas intervenciones. Se llevó a cabo un diseño transversal, descriptivo y retrospectivo, englobando a 6.279 casos documentados. El análisis mostró que la incidencia de reintervenciones fue del 1,7 % respecto al total de intervenciones mayores, y específicamente, el 1,6 % estuvo relacionado con cirugía abdominal. El rango de edad predominante fue de 46 a 60 años (37,8 %), y las mujeres representaron el 55 % del total. Gran parte de las intervenciones iniciales se realizaron debido a oclusión intestinal (21,7 %), mientras que los principales motivos para la reintervención fueron la formación de abscesos intraabdominales (39,6 %) y la dehiscencia de suturas anastomóticas (20,7 %). Se observó que la técnica de relaparotomía a demanda fue empleada en el 98,1 % de los casos, y el método de abdomen abierto se utilizó en el 18 % de ellos. La mortalidad reportada alcanzó el 28 %, siendo el choque séptico la causa subyacente en el 80,6 % de los fallecimientos. En conclusión, los individuos que requieren reintervenciones presentan un perfil de riesgo elevado tanto en morbilidad como en mortalidad dentro del contexto de la cirugía abdominal.

Gómez-Villanueva I<sup>13</sup>. Morbimortalidad en pacientes relaparotomizados en unidades de atención al grave. Cuba, 2025. Este trabajo tuvo por objetivo caracterizar los desenlaces clínicos, en términos de morbilidad y mortalidad, de los pacientes que requirieron relaparotomía en unidades de atención para pacientes críticamente enfermos. Para ello, se planteó un estudio observacional de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, en el cual se incluyó una cohorte de 23 sujetos que necesitaron al menos una relaparotomía por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los hallazgos pusieron de manifiesto que los decesos se concentraron particularmente en los mayores de 60 años. Se identificó una prevalencia de intervenciones a demanda, además de una mayor frecuencia de relaparotomías en aquellos pacientes que necesitaron tres o más procedimientos; también fue frecuente que las relaparotomías ocurriesen entre 72 horas y siete días después de la primera intervención. Un dato relevante es que todos los pacientes en quienes se desarrolló un cuadro de shock séptico tuvieron un desenlace fatal. Como conclusión, los autores resaltaron que la planificación anticipada de una relaparotomía tras la cirugía inicial puede ser determinante para mejorar la evolución clínica.

Cruz V<sup>14</sup>. Factores de riesgo asociados a las relaparotomías no programadas en pacientes tratados quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía General del Hospital de Guayaquil 'Dr. Abel Gilbert Pontón'. Ecuador, 2023. El fin de esta investigación fue dilucidar qué factores se asocian con la necesidad de realizar relaparotomías no previstas en el contexto de cirugía

abdominal. Mediante una metodología retrospectiva, longitudinal y de análisis cuantitativo, se constató una prevalencia del 16,78 % de relaparotomías no programadas, con un predominio del sexo masculino (n=89; 60,5 %). Se observó que los individuos mayores de 70 años presentaron una tasa de reoperación significativamente superior a la de pacientes más jóvenes (Reoperados: 27,2 % vs. Operados: 7,7 %, OR: 6,15, IC95%: 2,86–7,12,  $p \leq 0,001$ ). De igual modo, la obesidad apareció como factor robustamente asociado (Reoperados: 15 % vs. Operados: 2,6 %, OR: 7,05, IC95%: 3,70–13,45,  $p \leq 0,001$ ). Entre los factores de riesgo identificados, se incluyó también la prolongación del tiempo quirúrgico. La mortalidad asociada a estas reintervenciones fue del 14,3 %. En síntesis, ser mayor de 70 años, presentar obesidad y experimentar cirugías prolongadas incrementa sustancialmente la probabilidad de requerir una relaparotomía.

Demir M<sup>15</sup>. Indicaciones, factores de riesgo y resultados clínicos de la relaparotomía tras cirugía de traumatismo abdominal. Turquía, 2025. El propósito de este análisis fue valorar en profundidad el impacto que ejercen los factores relacionados con la relaparotomía sobre el pronóstico de pacientes sometidos a una segunda cirugía tras un traumatismo abdominal. Se desarrolló un estudio retrospectivo en el que se evaluaron adultos que necesitaron una relaparotomía posterior a intervención abdominal inicial. De los 300 pacientes sometidos a laparotomía, 106 (35,3 %) requirieron una relaparotomía. La mortalidad hospitalaria observada fue del 9,4 %. Entre las causas más frecuentes para indicar una nueva cirugía destacaron el control de hemorragias, la presencia de inestabilidad hemodinámica y la ocurrencia de fugas intestinales. El análisis estadístico permitió identificar que la edad igual o superior a 50 años ( $p = 0,020$ ), el sexo femenino ( $p = 0,031$ ) y la realización de múltiples relaparotomías ( $p = 0,023$ ) se relacionaron significativamente con una mayor mortalidad. El trabajo concluyó que estos factores—edad avanzada, sexo femenino, multiplicidad de intervenciones, hemorragia activa y bajos niveles de albúmina—constituyen elementos clave que aumentan el riesgo de complicaciones postoperatorias graves, proporcionando así información relevante para optimizar el manejo de pacientes sometidos a intervenciones intestinales.

Singh Ch<sup>16</sup>. Prevalencia y resultados de la relaparotomía: una serie de casos del Hospital de Atención Terciaria de Bombay, Maharashtra, India, 2024. El objetivo de este estudio consistió en examinar las principales indicaciones y resultados asociados a la relaparotomía. Se incluyó una serie de 3.127 laparotomías primarias, entre las cuales se efectuaron 135 relaparotomías en 132 pacientes. El grupo etario con mayor incidencia fue el comprendido entre 31 y 40 años (3,22 %), con una media de edad de 39,25 años. La causa más común que motivó una relaparotomía fue la aparición de fugas intestinales por dehiscencia de suturas,

ya sea en la anastomosis o por perforación intestinal, involucrando a 77 pacientes. El intervalo promedio entre la cirugía inicial y la relaparotomía fue de 6,85 días. La tasa de mortalidad registrada alcanzó los 45 pacientes (34 %). En síntesis, el hallazgo principal indica que las fugas en el sitio anastomótico constituyen la razón más frecuente para llevar a cabo una relaparotomía.

Elghrieb A<sup>17</sup>. Factores de riesgo y predictores de mortalidad en casos de relaparotomía a demanda por sepsis intraperitoneal complicada: un estudio prospectivo. Esta investigación tuvo como finalidad determinar los factores de riesgo y los predictores de mortalidad en pacientes que requirieron una relaparotomía a demanda debido al desarrollo de sepsis intraperitoneal de curso complicado. La muestra abarcó 113 individuos que fueron sometidos a relaparotomía por dehiscencia de suturas anastomóticas intestinales. Durante el seguimiento, se evaluaron variables como la incidencia de fuga anastomótica, la necesidad de reexploración quirúrgica y las tasas de mortalidad. Un dato notable fue la mayor mortalidad observada en los pacientes de sexo masculino (87,9 %). El análisis permitió establecer que el antecedente de shock antes de la reexploración, un intervalo igual o superior a siete días desde la cirugía inicial, la presencia de gangrena intestinal, la existencia de fugas intestinales, el ingreso a la unidad de cuidados intensivos en el periodo posoperatorio y el desarrollo de abdomen estallado después de la cirugía, son factores predictivos de desenlace fatal en este contexto clínico.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Yucra-Callo, R<sup>20</sup>. Factores asociados a relaparotomía en el servicio de cirugía general del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023. El objetivo de esta publicación fue identificar los elementos asociados a la indicación de relaparotomía en pacientes atendidos en el servicio de cirugía general. El estudio fue observacional, transversal, correlacional y analítico, en 148 pacientes que requirieron relaparotomía como a un grupo control de igual tamaño que no la necesitó. Entre las personas sometidas a relaparotomía, el 56 % eran hombres y el rango etario mayoritario oscilaba entre los 30 y 59 años; asimismo, el 65,54 % presentaban alguna condición comórbida. Un hallazgo clave fue que el 97,3 % de los pacientes exhibió niveles elevados de PCR por encima de 5 mg/l, con valores entre 50,15 y 135,70 mg/l, y que el 72,30 % mostró niveles de albúmina inferiores a 3,5 g/dl, con un rango de 2,31 a 3,50 g/dl, lo que señala la presencia de inflamación sistémica y desnutrición. La obstrucción intestinal constituyó el diagnóstico operatorio inicial más frecuente (31 %) y la mayoría de estas intervenciones fueron urgencias (92,5 %), predominando las dehiscencias de las anastomosis intestinales. Se observó que el 89,2 % de las relaparotomías se realizó después de las 72

horas del procedimiento inicial y fueron mayoritariamente cirugías a demanda (89,1 %). Dichos resultados subrayan que la existencia de marcadores inflamatorios elevados y la desnutrición son factores cruciales, que deben ser considerados de manera prioritaria en la evaluación y manejo preoperatorio de pacientes con riesgo de relaparotomía.

Berrocal-Flores, O<sup>21</sup>. Complicaciones de la restitución de tránsito intestinal en un hospital público de tercer nivel de atención en Lima, Perú. El objetivo fundamental de este estudio fue identificar y categorizar las complicaciones más relevantes que aparecen tras la restitución del tránsito intestinal en pacientes con antecedentes de enterostomía o colostomía. La investigación, de naturaleza descriptiva y retrospectiva, abarcó a 45 personas intervenidas en un hospital público de alto nivel. Los resultados señalaron que el íleo postoperatorio fue la complicación que apareció con mayor frecuencia, afectando al 40% de los casos, mientras que la infección del sitio quirúrgico ocupó el segundo lugar (8,57%). Tres pacientes (6,67%) requirieron una reintervención, y de ellos, uno falleció, lo que supone una mortalidad del 2,22%. Al clasificar todas las complicaciones de acuerdo a la escala de Clavien Dindo, se observó un predominio de eventos de Grado I (51,43%), seguidos de los de Grado II (20%). En conclusión, el íleo postoperatorio y la infección del sitio operatorio constituyen las complicaciones más frecuentes asociadas a la restitución del tránsito intestinal, aunque la mortalidad asociada fue baja (2,22%).

Vega-Arevalo, K<sup>22</sup>. Complicaciones postoperatorias de pacientes sometidos a anastomosis intestinal en un Hospital de Nivel IV, Lima-Perú. 2024. La finalidad de este trabajo fue calcular la incidencia y caracterizar las complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a anastomosis intestinal. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en una muestra de 50 sujetos que recibieron este procedimiento. Entre ellos, 22 experimentaron algún tipo de complicación en el postoperatorio, estableciéndose una incidencia global del 44 %. El íleo postoperatorio fue el evento adverso más habitual. Desde el punto de vista epidemiológico, la mayoría de pacientes complicados fueron varones (59,1 %) y adultos mayores (63,6 %), siendo inusual el antecedente de tabaquismo (90,9 % eran no fumadores). En relación a comorbilidades, se reportaron diabetes mellitus (9,1 %), hipertensión arterial (31,8 %), insuficiencia cardíaca (4,5 %), obesidad (9,1 %) y cáncer (13,6 %). Destacó también que el 90,9 % había sido sometido a una cirugía abdominal previa. El abordaje más usado fue el convencional (77,3 %), la localización de la anastomosis fue mayormente entero-entérica y colorrectal (31,8 % cada una), y el método de unión predominante fue término-terminal (59,1 %), ejecutándose manualmente en el 59,1 % de los casos; en cuanto a la duración quirúrgica, un 59,1 % de las intervenciones superó los 180 minutos. En síntesis, la incidencia anual de complicaciones tras anastomosis intestinal fue

del 44 %, con predominio de íleo postoperatorio, infecciones del sitio quirúrgico, fugas anastomóticas y sangrados.

Román-Camasca, E<sup>23</sup>. Restitución del tránsito intestinal en pacientes ostomizados y su riesgo de complicaciones postquirúrgicas en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2022. El propósito de esta investigación fue evaluar el riesgo de sufrir complicaciones después de la restitución del tránsito intestinal en pacientes previamente ostomizados. Desarrollado bajo un enfoque analítico y retrospectivo, el estudio comprendió a 79 participantes, de los cuales el 67,10 % eran varones, con una media de edad de 48,29 ±16,7 años; el 80 % carecía de comorbilidades. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en el 44,30 % de los casos, siendo la infección de sitio operatorio la más habitual (36,70 %), seguida de la dehiscencia de sutura y el íleo prolongado, ambos con una frecuencia del 2,50 %. La técnica más empleada en la restitución fue la sutura manual (79,70 %), frente a la mecánica (20,30 %). El 80 % de quienes recibieron sutura manual desarrollaron complicaciones postoperatorias. Sin embargo, el análisis final determinó que no existe una asociación significativa entre la técnica de sutura manual y la aparición de complicaciones en comparación con la mecánica.

Rojas-Camacho, L<sup>24</sup>. Factores asociados a dehiscencia de anastomosis tras restitución del tránsito intestinal por ostomías en pacientes del servicio de Cirugía General, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2019-2023. Este trabajo estaba enfocado en identificar los factores relacionados con el desarrollo de dehiscencia de anastomosis tras la restitución del tránsito intestinal en pacientes que previamente habían tenido una colostomía o ileostomía. En el estudio, observacional y retrospectivo, se incluyeron 54 personas adultas sometidas al procedimiento. El análisis detectó una incidencia de dehiscencia de anastomosis del 24,1 %. Mediante análisis bivariado, se halló una asociación estadísticamente significativa entre la aparición de esta complicación y la presencia de hipoalbuminemia ( $p=0,027$ ), un score ASA elevado ( $p=0,011$ ), el tiempo prolongado hasta el cierre de la ostomía ( $p=0,006$ ) y la necesidad de transfusiones sanguíneas perioperatorias ( $p=0,008$ ). De este modo, estos factores fueron determinados como elementos relevantes y asociados al riesgo de dehiscencia de anastomosis en este contexto clínico.

### **Locales.**

Bordón-Luján B<sup>18</sup>. Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2010-2020. El propósito central de esta investigación fue describir en detalle las características asociadas a la reintervención

quirúrgica abdominal (RQA) en el Hospital Santa María del Socorro de Ica (HSMSI) durante el año 2020. Se empleó un diseño descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo, sin manipulación experimental. La población estudiada incluyó de manera censal a 113 individuos mayores de 18 años que fueron sometidos a nuevas intervenciones luego de una cirugía gastrointestinal. Se detectó una incidencia del 0,97%, destacando que el 54,9 % correspondió al sexo femenino y el 59,3 % a personas mayores de 60 años. Además, se documentó que el 85 % de los pacientes presentaban comorbilidades asociadas. El absceso intraabdominal resultó ser la complicación más frecuente, hallada en el 31 % de los casos. En las conclusiones, el estudio precisa que la incidencia anual de RQA se mantuvo dentro de un intervalo de 8 a 9,7 %, con preponderancia en mujeres y personas por encima de los 60 años. La mortalidad global asociada a estos procedimientos fue de 7,1%.

Robles-Ching Sh<sup>19</sup>. Factores clínicos de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2022. Este trabajo buscó identificar los principales factores clínicos implicados en la necesidad de reintervenciones tras cirugía abdominal. El estudio fue de tipo observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, y abarcó una muestra compuesta por 419 pacientes. Del análisis emergió que la tasa de reintervenciones quirúrgicas en la población operada fue de 17,2 %. La causa predominante que motivó dichas reintervenciones fueron las obstrucciones mecánicas (37,5 %), seguida de hemorragia (26,4 %). Otras causas, en menor proporción, incluyeron la fuga intestinal (13,9 %), la evisceración (11,1 %) y la formación de abscesos (6,9 %). Se constató que las reintervenciones se presentaron con mayor frecuencia entre individuos de 32 a 60 años (representando el 48,6 % del total), y que el sexo masculino fue el predominante con 59,7 %. En cuanto a la letalidad, la tasa de mortalidad entre quienes requirieron una nueva intervención alcanzó el 11,1 %.

### **Marco teórico**

Restitución del tránsito intestinal. La restitución del tránsito intestinal (RTI), comúnmente conocida como reconexión o cierre de estoma (colostomía o ileostomía), es un procedimiento quirúrgico frecuente y electivo. Su objetivo es restaurar la continuidad anatómica y funcional del tracto gastrointestinal después de un periodo en que fue necesario derivar el contenido fecal al exterior, generalmente tras una cirugía por cáncer colorrectal, enfermedad diverticular complicada o trauma. Aunque se considera una cirugía de "reparación", la RTI no está exenta de riesgos y se asocia a una morbilidad postoperatoria significativa. La cirugía de Hartmann se utiliza ampliamente para el tratamiento quirúrgico de enfermedades complicadas del colon izquierdo<sup>25</sup>.

La complicación más temida de este procedimiento es la fuga o dehiscencia de la anastomosis, que puede desencadenar una cascada de eventos adversos como peritonitis, sepsis y fallo multiorgánico. Cuando estas complicaciones no pueden ser manejadas de forma conservadora o mediante intervenciones percutáneas, se hace necesaria una relaparotomía no planificada. Este evento representa un fracaso del procedimiento inicial, un indicador de morbilidad severa y un punto de inflexión crítico en el pronóstico del paciente<sup>26</sup>.

La relaparotomía se define como una segunda intervención quirúrgica abdominal realizada de manera no programada durante la misma hospitalización o en un periodo postoperatorio inmediato (usualmente 30 días) debido a la aparición de una complicación derivada de la cirugía índice, es fundamental distinguirla de una "second-look" o segunda mirada programada, ya que la relaparotomía es siempre una respuesta a un deterioro clínico o a una complicación establecida existen diversas opiniones sobre cuándo regresar al quirófano después de una laparotomía y no existen datos definitivos sobre el momento exacto para la re-laparotomía<sup>27</sup>.

### **Epidemiología**

La incidencia de complicaciones tras una restitución del tránsito intestinal (RTI) es variable. A nivel global, la tasa de morbilidad postoperatoria se sitúa entre el 10% y el 40%, dependiendo de las características del paciente y la complejidad del procedimiento. La complicación más grave, la fuga anastomótica, tiene una incidencia reportada que oscila entre el 2% y el 15%<sup>28</sup>.

La necesidad de una relaparotomía es un evento menos frecuente, pero con consecuencias mucho más graves. Los estudios reportan una incidencia de relaparotomía tras una restitución del tránsito intestinal que varía entre el 5% y el 10%. Esta tasa está fuertemente influenciada por la tasa de fuga anastomótica, ya que esta última es la principal indicación para una reintervención. La variabilidad en estas cifras subraya la importancia de identificar los factores de riesgo específicos en cada población para poder estratificar a los pacientes y optimizar las estrategias preventivas<sup>28</sup>.

### **Etiopatogenia de las Complicaciones que Requieren Relaparotomía**

Las causas que conducen a una relaparotomía post-RTI son diversas, pero generalmente se originan en un fallo del proceso de cicatrización o en un evento técnico intraoperatorio<sup>29</sup>.

**Fuga Anastomótica:** Es la causa principal. Se produce por un fallo en la integridad de la sutura (manual o mecánica) que une los dos extremos del intestino. Su patogenia es multifactorial<sup>29</sup>:

**Isquemia:** Una inadecuada irrigación sanguínea en los bordes de la anastomosis es el factor más crítico. La tensión excesiva en la línea de sutura o la lesión de los vasos mesentéricos comprometen la vascularización y la cicatrización<sup>30</sup>.

**Infección y Contaminación:** Una contaminación fecal intraoperatoria o una infección preexistente pueden generar un ambiente pro-inflamatorio que dificulta la cicatrización<sup>29</sup>.

**Factores Sistémicos:** Condiciones como la malnutrición (hipoalbuminemia), la inmunosupresión, la diabetes mal controlada o el tabaquismo alteran la respuesta inflamatoria y la síntesis de colágeno, fundamentales para una cicatrización adecuada<sup>29</sup>.

**Hemorragia Postoperatoria:** Puede originarse en la línea de sutura, en los vasos del mesenterio o en la pared abdominal. Una hemorragia activa que causa inestabilidad hemodinámica es una indicación absoluta de relaparotomía<sup>29</sup>.

**Obstrucción Intestinal:** Puede ser de causa mecánica (adherencias o bridas, vólvulo, hernia interna) o funcional (íleo paralítico prolongado). Si no se resuelve con manejo conservador, requiere una intervención quirúrgica para liberar la obstrucción<sup>30</sup>.

**Absceso Intraabdominal:** Es una colección de pus que a menudo es la consecuencia de una fuga anastomótica pequeña y contenida. Si no es accesible a un drenaje percutáneo guiado por imagen, se necesita una laparotomía para su drenaje y lavado<sup>31</sup>.

**Abdomen catastrófico.** Describe una serie de situaciones médicas complejas y graves que combinan inflamación significativa, infecciones graves y antecedentes de múltiples cirugías abdominales que alteran la anatomía normal. En estas condiciones, los órganos internos se vuelven especialmente vulnerables, presentando fragilidad y un estado edematoso, es decir, hinchazón debido a la acumulación de líquido. Además, en ciertos casos, puede haber presencia de fistulas o fugas intestinales que son difíciles de controlar, lo que complica aún más la situación clínica del paciente<sup>32</sup>.

**Ostomas.** Los ostomas intestinales se realizan mediante diferentes técnicas quirúrgicas y pueden realizarse externalizando el intestino delgado (ileostomías) o el intestino grueso (colostomías) a través de la pared abdominal anterior, y pueden ser permanentes o temporales. Muy común en urgencias hoy en día, este procedimiento también puede realizarse de forma electiva. Se estima que, tan solo en Estados Unidos, se realizan más de 130,000 ostomas intestinales anualmente por diverso motivos<sup>33</sup>.

Sin embargo, además de los desafíos propios del proceso de la enfermedad, las personas con ostomas también enfrentan muchas dificultades para adaptarse y aceptar su nueva condición, y a menudo no reciben la instrucción adecuada en el período previo al procedimiento. Los cambios físicos resultantes pueden repercutir en las esferas emocional y social, empeorando la situación de salud debido a la falta de atención adecuada e incluso a la privación de espacios y mecanismos sociales<sup>33</sup>.

En este sentido la cirugía de reconstrucción del tránsito intestinal, realizada en casos de ostomías temporales para mejorar la autonomía del paciente, se considera difícil de realizar y presenta una tasa de morbilidad de entre el 0% y el 50% y una tasa de mortalidad de entre el 0% y el 4,5%. Diferentes factores individuales convergen en el desarrollo de complicaciones, como la experiencia del cirujano, la enfermedad primaria, la ubicación del ostoma, la técnica quirúrgica y el tiempo transcurrido entre el cierre del estoma, entre otros<sup>33</sup>.

La incidencia de dehiscencia anastomótica puede alcanzar hasta el 30 %, un valor que depende en gran medida de la patología subyacente, siendo la desnutrición crónica un factor comórbido de especial relevancia. Los determinantes que intervienen en este proceso pueden agruparse en cuatro grandes categorías: aquellos inherentes al paciente, los relacionados con la técnica quirúrgica, los específicos del sitio de la anastomosis y los denominados de alto riesgo<sup>34</sup>.

Entre los factores dependientes del paciente resulta esencial la estabilidad hemodinámica, el adecuado estado nutricional y la integridad de los segmentos intestinales antes del procedimiento; asimismo, el bajo nivel de albúmina preoperatoria (menos de 3,4 g/dL), el escaso peso corporal y la edad avanzada se identifican como predictores importantes<sup>34</sup>.

La malnutrición proteico-calórica constituye uno de los impedimentos principales para una cicatrización adecuada, dado que la insuficiencia en el aporte de proteínas y carbohidratos impide el suministro necesario para la regeneración tisular, la síntesis celular, y compromete la respuesta inmunológica y antiinflamatoria. De este modo, resulta indispensable valorar el estado nutricional y los niveles plasmáticos de albúmina antes de cualquier intervención quirúrgica<sup>34</sup>.

Entre los elementos clínicos que aumentan el riesgo de dehiscencia se destacan las comorbilidades tales como edad avanzada, anemia, diabetes mellitus, trastornos renales crónicos, uremia, uso prolongado de corticoides en dosis elevadas, inestabilidad hemodinámica y alcoholismo crónico, todos los cuales pueden comprometer la recuperación posoperatoria<sup>34</sup>.

Es importante considerar que términos como dilaceración, dehiscencia aguda, dehiscencia de la herida, rotura parietal o exenteración han sido empleados en la literatura para referirse a la evisceración, aunque presentan matices distintos según el grado de compromiso tisular y la localización anatómica. La evisceración se define por la exteriorización de las vísceras abdominales a través de la herida quirúrgica y, según la clasificación, existen cuatro variantes de dehiscencia<sup>35</sup>.

La primera afecta únicamente la línea de sutura del peritoneo; la segunda implica la ruptura de la aponeurosis; la tercera, la afectación se extiende hasta el plano cutáneo; finalmente, cuando el

evento ocurre en el periodo posoperatorio inmediato y las vísceras permanecen cubiertas solo por piel y tejido subcutáneo, se habla de "dehiscencia incompleta"<sup>36</sup>.

Pese a los avances en técnicas quirúrgicas y el perfeccionamiento en la formación del personal médico, persisten eventos adversos que a menudo conllevan la necesidad de intervenciones adicionales. El desarrollo de complicaciones intraabdominales tras una laparotomía puede deteriorar seriamente el pronóstico del paciente, aun cuando se disponga de soporte antimicrobiano, nutricional y cuidados intensivos<sup>36</sup>.

La relaparotomía, o segunda intervención quirúrgica abdominal, debe reservarse para escenarios críticos, aunque el momento óptimo para intervenir sigue siendo objeto de debate. Existen posturas discrepantes: algunos profesionales cuestionan la utilidad de la reintervención en personas cuyo deterioro global no se acompaña de signos clínicos claros de complicación intraabdominal; otros, en cambio, sostienen que la aparición de insuficiencia orgánica posquirúrgica es indicación suficiente, dado el carácter insidioso del daño abdominal —al que se ha denominado "agresor silencioso", capaz de desencadenar una secuencia de eventos fatales, como el fallo multiorgánico<sup>37</sup>.

Detectar oportunamente complicaciones abdominales en pacientes sometidos a laparotomía durante las primeras 72 horas posoperatorias resulta especialmente complejo, dado que las pruebas de laboratorio y los estudios radiológicos suelen carecer de sensibilidad suficiente, y la realización de laparoscopia puede estar desaconsejada o resultar riesgosa<sup>37</sup>.

Dependiendo del contexto, las reintervenciones pueden representar entre el 0,5 y el 15 % de todas las laparotomías, alcanzando tasas de mortalidad superiores al 40 % entre los pacientes reoperados. Se está extendiendo la aceptación del criterio de relaparotomía orientada a descomprimir el abdomen en situaciones de hipertensión intraabdominal potencial, como medida profiláctica del síndrome compartimental<sup>37</sup>.

La peritonitis secundaria generalizada sigue figurando entre las afecciones quirúrgicas más letales, por lo que su detección y manejo precoz son de vital importancia tanto para los clínicos como para la comunidad general. Es frecuente que durante una relaparotomía algunos enfermos muestren mejoría, mientras que otros mantengan un curso desfavorable pese a la reintervención<sup>38</sup>.

Este fenómeno ha generado controversias sobre la mejor conducta asistencial, oscilando entre posturas conservadoras y la reintervención temprana, especialmente si se consideran variables como la condición clínica basal del paciente, el riesgo inherente a una nueva cirugía y la posibilidad de complicaciones técnicas<sup>38</sup>.

También se ha postulado la apertura intencionada del abdomen en fases precoces para mitigar la hipertensión intraabdominal y prevenir el desarrollo del síndrome compartimental. Las

complicaciones infecciosas y sépticas, en particular, siguen presentando un desafío considerable por la reducción de los mecanismos fisiológicos de defensa del paciente y la sutilidad con la que en ocasiones se manifiestan<sup>38</sup>.

Un abordaje integral del paciente quirúrgico, principalmente en situaciones de urgencia, demanda una preparación exhaustiva que incluya la corrección de alteraciones hidroelectrolíticas, del equilibrio ácido-base, el manejo de la coagulación y la administración profiláctica de antimicrobianos. A pesar de ello, la reintervención abdominal continúa siendo la consecuencia más grave relacionada con la técnica quirúrgica, representando muchas veces el último recurso ante complicaciones diagnósticas o terapéuticas no resueltas<sup>39</sup>.

En torno al 10 % de las complicaciones severas que son potencialmente mortales del periodo posoperatorio tienen un origen iatrogénico. Otro dilema crítico radica en la oportunidad de la reoperación, pues la relaparotomía implica un trauma adicional y pone en jaque el equilibrio fisiológico del paciente, incrementando el riesgo de nuevas complicaciones y fallecimiento<sup>39</sup>.

Para algunos, la reintervención constituye la única opción viable, aunque los resultados sean inciertos; incluso la cirugía agresiva puede ofrecer tasas de supervivencia de hasta el 52 %, mientras que las autopsias a menudo revelan patologías quirúrgicas no resueltas por omisión de tratamiento<sup>39</sup>.

Es fundamental remarcar que alrededor del 2 % de quienes son sometidos a laparotomía llegarán a desarrollar sepsis intraabdominal posoperatoria, y cerca del 29 % de los que presentan sepsis en la cirugía inicial pueden continuar en dicho estado tras la intervención<sup>39</sup>.

Pese a la frecuencia con que se recurre a la reintervención abdominal en la práctica clínica contemporánea, no existe aún una normativa definitiva ni consenso internacional sobre la gestión óptima de estos casos, existiendo además escasez de estudios a nivel nacional e internacional que aborden el tema de forma sistemática<sup>40</sup>.

Las reintervenciones abdominales suelen derivar de una primera cirugía cuyo desenlace no fue satisfactorio, generalmente por la aparición de complicaciones. Si bien los avances tecnológicos y en la gestión perioperatoria incluyendo mejoras diagnósticas, nutricionales y ventilatorias han incrementado la seguridad y eficiencia de las reoperaciones, la carga de morbimortalidad asociada todavía resulta inaceptablemente elevada<sup>40</sup>.

### **Factores de Riesgo**

Identificar los factores de riesgo es el objetivo central de este tipo de estudios. Se pueden clasificar en tres grandes grupos:

Relacionados con el Paciente<sup>41</sup>:

Edad avanzada: Mayor de 65-70 años.

Sexo masculino: Algunos estudios muestran un mayor riesgo en hombres.

Estado Nutricional: Hipoalbuminemia (< 3.5 g/dL), pérdida de peso significativa.

Comorbilidades: Puntuación ASA (American Society of Anesthesiologists) III o IV, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, EPOC, inmunosupresión (uso de corticoides, quimioterapia).

Hábitos Nocivos: Tabaquismo activo y consumo de alcohol.

Obesidad: (IMC) > 30 kg/m<sup>2</sup>.

Las investigaciones señalan que, si bien la edad avanzada se ha relacionado tradicionalmente con un aumento en la morbimortalidad, en realidad son las reservas fisiológicas disminuidas y la coexistencia de comorbilidades las que inciden de manera más determinante sobre los resultados clínicos. Así, cuando el organismo debe afrontar el estrés quirúrgico, una baja capacidad funcional puede traducirse en desenlaces adversos<sup>42</sup>.

En cuanto a la obesidad, su relevancia reside en la escasa vascularización del tejido adiposo, lo cual predispone a infecciones, acúmulos de linfa (seromas) y eleva la probabilidad de que se produzca dehiscencia en las líneas de sutura<sup>43</sup>.

Adicionalmente, el deterioro nutricional particularmente la hipoproteïnemia afecta negativamente la síntesis de colágeno y, por consiguiente, la calidad de la cicatrización. La falta de vitaminas esenciales, como la C, A y E, contribuye también al retraso en la reparación de heridas y anastomosis. Es importante reconocer que el envejecimiento implica una reducción del flujo sanguíneo hacia los tejidos, factor que limita la actividad de los fibroblastos y propicia una cicatrización insuficiente, incrementando el riesgo de dehiscencia<sup>43</sup>.

Entre las afecciones concomitantes, la diabetes mellitus merece especial atención: los pacientes diabéticos experimentan un estrés mayor durante el periodo perioperatorio, situándose en un riesgo de complicaciones y mortalidad aproximadamente un 50 % superior al de la población no diabética<sup>44</sup>.

Es frecuente que, en la fase inicial tras la cirugía, presenten episodios de disfunción autonómica con hipotensión; posteriormente, pueden verse afectados por una función leucocitaria deficiente, lo que dificulta el cierre adecuado de heridas e incrementa la susceptibilidad a infecciones. En enfermos con ictericia, la bilirrubina elevada y su depósito en los tejidos inhiben tanto la migración de fibroblastos como la formación de neovasos, comprometiendo el proceso reparativo<sup>44</sup>.

La anemia preoperatoria o perioperatoria se traduce en una oferta inadecuada de oxígeno a los tejidos en reparación, lo que retarda su cicatrización. En el contexto de la hepatopatía crónica, los pacientes presentan un riesgo anestésico incrementado, además de desnutrición, hipoalbuminemia y alteraciones en la coagulación. Las nefropatías, por su parte, se asocian a desequilibrios hidroelectrolíticos y complicaciones metabólicas que pueden interferir en la recuperación<sup>45</sup>.

Relacionados con la Cirugía Primaria (la que originó el estoma)<sup>45</sup>:

Carácter de la cirugía: Cirugía de emergencia vs. electiva.

Diagnóstico primario: Cáncer (especialmente si recibió neoadyuvancia), enfermedad diverticular complicada (con peritonitis), trauma.

Tiempo transcurrido con el estoma: Un tiempo muy prolongado puede generar atrofia del segmento distal.

Relacionados con la Cirugía de Restitución del Tránsito (RTI)<sup>46</sup>

La contaminación microbiana durante el acto quirúrgico es otro aspecto crítico. Según el grado de exposición y la naturaleza del procedimiento, las intervenciones pueden categorizarse de la siguiente forma:

- a) En las cirugías limpias no se ingresa a cavidades contaminadas ni a órganos huecos, por lo que el riesgo infeccioso es mínimo<sup>46</sup>.
- b) Los procedimientos denominados limpios-contaminados implican una incursión limitada en sistemas con baja contaminación, por ejemplo, cirugías biliares, apendicectomías no complicadas, cesáreas y cirugías vaginales.
- c) Las intervenciones catalogadas como contaminadas son aquellas en que, por trauma o emergencia, se accede a órganos o cavidades con escasa esterilidad —heridas penetrantes, accidentes recientes (menos de cuatro horas de evolución)<sup>46</sup>.
- d) En la cirugía sucia, el abordaje se realiza sobre tejidos necróticos, abscesos o zonas con secreciones purulentas, lo que incrementa la incidencia de infecciones y puede originar la formación de fistulas por separación tisular. Las condiciones inflamatorias intensas y la presencia de bacterias alteran el balance osmótico, favoreciendo el acúmulo de líquidos en la cavidad<sup>46</sup>.

Otra complicación relevante es la presencia inadvertida de cuerpos extraños como gasas dentro de la cavidad abdominal, ya que estos elementos dificultan la formación de nuevo tejido vascular y fibroso al actuar como barreras físicas durante la cicatrización<sup>46</sup>.

El riesgo quirúrgico asociado a la primera intervención depende, en gran medida, del tipo de patología, el momento en que surge y el estado general del paciente. Patologías como el cáncer pueden desencadenar alteraciones sistémicas tales como desnutrición, pérdida de peso y deterioro

inmunológico. Las infecciones y los procesos inflamatorios aumentan la actividad metabólica, desencadenan la liberación de mediadores químicos y alteran el equilibrio de líquidos, proteínas y electrolitos, creando un entorno propicio para el crecimiento bacteriano. Por su parte, los traumatismos pueden comprometer órganos esenciales, vasos mayores o vísceras huecas<sup>47</sup>.

Experiencia del cirujano.

Duración de la cirugía: Tiempos quirúrgicos prolongados.

Pérdida sanguínea intraoperatoria: Necesidad de transfusiones.

Tipo de anastomosis: Manual vs. mecánica (aunque la evidencia es controvertida).

Localización de la anastomosis: Anastomosis colorrectales bajas tienen mayor riesgo que las ileocólicas<sup>48</sup>.

En lo que respecta al riesgo inherente a la propia cirugía, las variables fisiológicas del paciente o la naturaleza de la dolencia preexistente pueden modificar la farmacocinética de los anestésicos, especialmente en personas con insuficiencia renal o hepática, prolongando así el efecto de los fármacos<sup>48</sup>.

Respecto a los riesgos específicos del acto quirúrgico, la destreza técnica del cirujano es esencial para realizar la remoción eficaz de pus, abscesos y tejido necrótico, así como para manipular los órganos minimizando el daño colateral. De igual modo, la experiencia y el criterio quirúrgico son decisivos al momento de afrontar imprevistos intraoperatorios y responder ante emergencias<sup>48</sup>.

### **Complicaciones y Mortalidad Asociadas a la Relaparotomía**

La necesidad de una relaparotomía no es solo una complicación en sí misma, sino el inicio de una nueva cascada de morbilidad con un impacto devastador en el paciente.

#### **Complicaciones**

Aumento drástico de la estancia hospitalaria, con alta probabilidad de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Mayor riesgo de sepsis y shock séptico.

Mayor incidencia de fallo multiorgánico.

Necesidad de una nueva ostomía, que en muchos casos se convierte en definitiva.

Complicaciones de la herida quirúrgica (infección, evisceración, hernias incisionales a largo plazo)<sup>49</sup>.

#### **Mortalidad**

Este es el indicador más contundente de la gravedad de una relaparotomía. Mientras que una RTI sin complicaciones tiene una tasa de mortalidad muy baja (generalmente < 2%), la mortalidad en pacientes que requieren una relaparotomía puede dispararse a cifras del 15% al 30% o incluso más, dependiendo de la causa de la reintervención y la condición basal del paciente. Esta

dramática diferencia justifica todos los esfuerzos dirigidos a la prevención, la identificación de factores de riesgo y la optimización del manejo perioperatorio<sup>49</sup>.

### **Definición de términos**

Dehiscencia de la anastomosis intestinal: Es la pérdida de continuidad en la línea de unión quirúrgica entre dos segmentos del tracto intestinal, lo que genera una fuga del contenido intestinal hacia la cavidad peritoneal o estructuras adyacentes.

Edad: Hace referencia al tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.

Sexo: Corresponde a la condición biológica de masculino o femenino.

Estado nutricional: Describe el equilibrio entre el consumo, absorción y utilización de los nutrientes en el organismo.

Diabetes mellitus: Es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por hiperglicemia persistente, secundaria a defectos en la secreción o acción de la insulina.

Hipertensión arterial: Trastorno crónico en el que la presión arterial sistólica y/o diastólica se mantienen elevadas de manera sostenida.

Enfermedad renal crónica: Patología caracterizada por una disminución progresiva e irreversible de la función renal durante al menos tres meses, condicionando alteraciones metabólicas, inmunológicas y hemodinámicas relevantes en el contexto quirúrgico.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Trastorno respiratorio crónico que se manifiesta por una obstrucción persistente y no completamente reversible del flujo aéreo, frecuentemente asociada a tabaquismo, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones respiratorias perioperatorias.

Enfermedad cardiovascular: Conjunto de patologías que afectan al sistema circulatorio, incluyendo cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardíaca, arritmias y enfermedades vasculares periféricas, todas ellas relevantes por su impacto en el pronóstico quirúrgico.

Anemia: Condición definida por una disminución en la concentración de hemoglobina y/o en el número de eritrocitos circulantes.

Carácter de la cirugía: Hace referencia a si el procedimiento quirúrgico se realizó de manera electiva (programada) o de urgencia.

Diagnóstico primario: Es la enfermedad o condición inicial que motivó la intervención quirúrgica, como puede ser neoplasia, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, entre otros.

Tiempo de evolución del ostoma: Corresponde al periodo transcurrido desde la creación de la ostomía hasta el momento de la restitución del tránsito intestinal.

Contaminación microbiana: Hace referencia a la presencia de bacterias o microorganismos en el campo quirúrgico o la cavidad abdominal durante la intervención, lo que puede aumentar el riesgo de infección y dehiscencia anastomótica.

Hemorragias: Pérdida excesiva de sangre durante el acto operatorio o en el periodo postoperatorio inmediato, lo que puede afectar la oxigenación tisular y la cicatrización de la anastomosis.

Localización de la anastomosis: Se refiere al sitio anatómico donde se realiza la unión intestinal (colon derecho, colon izquierdo, recto, etc.), siendo relevante ya que las anastomosis más distales presentan generalmente mayor riesgo de dehiscencia.

Quimiopprofilaxis: Consiste en la administración preventiva de antibióticos con el objetivo de reducir el riesgo de infecciones quirúrgicas y, en consecuencia, de complicaciones como la dehiscencia anastomótica.

Preparación del colon: Proceso preoperatorio que incluye la limpieza mecánica y/o desinfección del colon, con el propósito de disminuir la carga bacteriana y minimizar las infecciones postquirúrgicas relacionadas con la anastomosis.

## **Formulación del problema**

### **Problema general**

¿Cuáles son las condiciones relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?

### **Problemas específicos**

¿Cuáles son las condiciones relacionadas al paciente de las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?

¿Cuáles son las condiciones relacionadas a la cirugía previa de las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?

¿Cuáles son las condiciones relacionadas a la restitución de las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?

## **Justificación e importancia de la investigación**

### **Justificación.**

La dehiscencia de la anastomosis intestinal, no es un mero fallo técnico, sino un evento catastrófico que desencadena una cascada de consecuencias graves, incluyendo peritonitis, sepsis, fallo multiorgánico, la necesidad de reintervenciones quirúrgicas urgentes, estancias hospitalarias prolongadas y un aumento exponencial de los costos sanitarios. Fundamentalmente, la dehiscencia anastomótica eleva de manera drástica las tasas de morbilidad y mortalidad

postoperatoria, transformando una cirugía potencialmente curativa en un escenario de alto riesgo para la vida del paciente<sup>50</sup>.

A nivel mundial, la incidencia de la fuga anastomótica varía ampliamente, oscilando entre el 1% y más del 24%, dependiendo críticamente de la localización de la anastomosis (siendo las colorrectales bajas las de mayor riesgo), la condición del paciente y la urgencia del procedimiento. Este amplio rango subraya la naturaleza multifactorial del problema, donde factores como la hipoperfusión tisular, la tensión en la línea de sutura, la malnutrición, el tabaquismo y las comorbilidades del paciente convergen para desafiar la capacidad biológica de cicatrización<sup>51</sup>.

Esta problemática global se magnifica en el contexto de América Latina, donde a los desafíos universales se suman barreras sistémicas y socioeconómicas. En la región, los sistemas de salud a menudo operan con recursos limitados, lo que puede traducirse en un diagnóstico más tardío de la fuga. La menor disponibilidad de unidades de cuidados intensivos, tomografía computarizada de acceso inmediato o nutrición parenteral total puede dificultar el manejo óptimo de un paciente séptico. Esta conjunción de factores sistémicos y clínicos no solo podría incrementar la incidencia de la dehiscencia, sino que, de manera más crítica, empeora su pronóstico, resultando en tasas de mortalidad por esta complicación que pueden ser superiores a las reportadas en países de altos ingresos<sup>52</sup>.

**Justificación teórica-científica.** A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas y los cuidados perioperatorios, la dehiscencia anastomótica persiste como una complicación significativa, lo que indica que su etiología es multifactorial y no está completamente dilucidada. La literatura científica internacional ha identificado numerosos factores de riesgo potenciales, que van desde variables sistémicas del paciente (malnutrición, inmunosupresión, comorbilidades) hasta factores técnicos intraoperatorios (tensión en la sutura, isquemia tisular, tipo de anastomosis).

Sin embargo, existe una considerable controversia y falta de consenso sobre el peso relativo de cada uno de estos factores. Más importante aún, la mayoría de los modelos predictivos y los estudios de validación se han desarrollado en poblaciones de países de altos ingresos. Esto genera un vacío del conocimiento crítico, ya que no es posible garantizar la generalización de estos hallazgos a nuestra realidad local. Las características genéticas, nutricionales, epidemiológicas y socioeconómicas de la población peruana podrían modular la influencia de ciertos factores de riesgo, o incluso revelar nuevos factores no descritos previamente.

**Justificación práctica.** La utilidad práctica de esta investigación es directa e impacta en múltiples niveles de la atención clínica. La dehiscencia anastomótica no es solo una estadística; es un evento

que desencadena una cascada de consecuencias devastadoras para el paciente y el sistema de salud: aumenta la mortalidad postoperatoria, prolonga las estancias hospitalarias, incrementa la necesidad de reintervenciones quirúrgicas y eleva exponencialmente los costos de atención. La identificación de factores de riesgo locales y validados permitirá desarrollar herramientas de estratificación de riesgo aplicables en la práctica diaria.

**Justificación social.** Tener un perfil del paciente en riesgo de presentar dehiscencia de la anastomosis intestinal contribuirá a tomar medidas de precaución para la reintervención de estos pacientes y evitar hospitalizaciones prolongadas por complicaciones o fístulas intestinales que redundará en una rápida integración del paciente a la sociedad.

#### **Viabilidad.**

Investigación que cuenta con el financiamiento de la propia investigadora para el desarrollo en su totalidad, cuenta además con un número de pacientes a quienes se les practicó restitución del tránsito intestinal sea delgada o gruesa y que por múltiples factores se produce dehiscencia de la sutura suficientes para obtener resultados veraces.

#### **Delimitación del estudio**

La investigación se desarrolló en el Hospital Regional de Ica sobre los casos de dehiscencia de la sutura anastomótica que ocurrieron entre los años 2020 a 2024 en quienes se les estudió a través de sus historias clínicas identificando los factores que desencadenaron la dehiscencia.

#### **Objetivos**

##### **Objetivo general**

Determinar las condiciones relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

##### **Objetivos específicos**

Identificar las condiciones relacionadas al paciente de las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Identificar las condiciones relacionadas a la cirugía previa de las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Identificar las condiciones relacionadas a la restitución de las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024.

## **Hipótesis y variables de la investigación**

### **Hipótesis general**

Ha: Las condiciones del paciente, de la cirugía previa y de la restitución, están relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

### **Hipótesis específicas**

Ha. Las condiciones del paciente están asociadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Ha. Las condiciones de la cirugía previa están asociadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Ha. Las condiciones de la restitución están asociada a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024.

## **Variables**

### **Variable dependiente**

Dehiscencia de la anastomosis

### **Variables independientes**

Factores relacionados con el paciente

- Edad
- Sexo
- Estado nutricional
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Anemia

Factores relacionados con la cirugía

- Carácter de la cirugía
- Diagnóstico primario

Factores relacionados con la restitución quirúrgica del tránsito intestinal

- Contaminación microbiana
- Hemorragias
- Preparación del colon

## II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

**Tipo.** El tipo de estudio fue no experimental al no existir intervención deliberada sobre las variables de estudio, fue retrospectiva porque los datos fueron medidos en el pasado siendo datos secundarios, es analítica por tener dos variables que se asociarán y tiene enfoque cuantitativo pues se empleó estadística en el análisis de los resultados las que se indicaron con números y porcentajes.

**Diseño de investigación.** Se trata de un estudio con diseño de casos y controles, debido a que se parte de los efectos (dehiscencias de la anastomosis intestinal) en busca de los factores que lo condicionaron (factores de riesgo), para luego poder estimar la fuerza de asociación mediante el cálculo del Odd ratio.

### Población y muestra

Son los pacientes a quienes se les restituyó el tránsito intestinal y que presentaron dehiscencia de la sutura anastomótica que entre los años 2020 a 2024 son 94 pacientes.

### Muestra:

Fórmula para estimar diferencias de proporciones.

Fórmula para estudio de casos y controles 2 controles por cada caso

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

Donde:

$Z_{1-\alpha/2}$  = Valor tipificado al 95% de confianza= 1,96

$Z_{1-\beta}$  = Valor tipificado con 80% de potencia= 0,84

$p_1$  = Proporción de eventos en los casos= 0,42<sup>52</sup>

$p_2$  = Proporción de eventos en los controles= 0,25<sup>52</sup>

$r$  = Número de controles = 2

$P_o$  = Media de  $p_1$  y  $p_2$  = 0,335

Tamaño de cada grupo = 91 casos y 182 controles

Se seleccionó el tamaño de muestra más grande identificado, lo que asegura que la potencia estadística requerida para los análisis sea suficiente y, a su vez, cubra adecuadamente todos los escenarios con tamaños muestrales menores.

### CRITERIO DE CASO

Paciente que fue sometido a restitución del tránsito intestinal

Paciente que presenta dehiscencia de la sutura intestinal

Paciente que tenga en su historia clínica los datos que exige el estudio.

## CRITERIO CONTROL

Paciente que fue sometido a restitución del tránsito intestinal

Paciente que no presenta dehiscencia de la sutura intestinal

Paciente que tenga en su historia clínica los datos que exige el estudio

## EXCLUSIÓN EN AMBOS GRUPOS

Criterios de exclusión ambos grupos

Paciente sometido a restitución intestinal que fallece antes de conocer si hubo dehiscencia de la anastomosis

Pacientes menores de 15 años

Paciente con tuberculosis enteral

Paciente con enfermedad de Crohn

**Muestreo.** Los pacientes se seleccionarán según criterios de inclusión.

### **La técnica.**

Para la obtención de los datos se siguió los siguientes pasos.

a.- Solicitar al Comité de Ética del Hospital Regional de Ica para el acceso a los datos

b.- Obtener las historias clínicas de los pacientes seleccionados para la investigación

c.-Análisis de cada historia clínica para extraer los datos claros de las variables y trasladarlo a cada ficha de datos personal de cada paciente.

### **Instrumento**

Es una ficha de recolección de datos validado por 3 expertos.

### **Técnica de procesamiento de datos**

Los datos de cada ficha personal fueron trasladados directamente al programa estadístico SPSS v29 debidamente codificada tal como exige el programa estadístico, para obtener los resultados las que se indican en tablas de doble entrada que contienen los valores absolutos y porcentuales, y verificar diferencias significativas con 95% de confianza con el estadístico no paramétrico chi cuadrado, para estimar la fuerza de asociación con la OR cruda con su intervalo de confianza al 95%.

### **Ética.**

El estudio consideró los principios éticos estipulados en las Normas de Helsinki y Reporte Belmont.

No maleficencia. El estudio tuvo lugar en las historias clínicas por lo que no existe daño a los participantes.

Beneficencia. La investigación tiene la intención de contribuir con un mejor conocimiento sobre esta complicación para mejorar la calidad de las intervenciones quirúrgicas en beneficio de los pacientes.

Justicia. Cada historia clínica fue tratada por igual de donde se extrajeron los datos sin que exista segregación por cualquier motivo.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1. Edad del paciente asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Edad	Dehiscencia		Total	Estadísticos
	Casos	Controles		
65 años a más	53 58,2%	72 39,6%	125 45,8%	Chi2=8,53 p=0,003 OR=2,13 (IC95%:1,28-3,56)
< 65 años	38 41,8%	110 60,4%	148 54,2%	
Total	91 100,0%	182 100,0%	273 100,0%	

Fuente: La autora

Según los resultados mostrados en la tabla 1 el 58,2% de los casos tuvieron 65 a más años, mientras que el 39,65 de los controles tuvo esta edad, diferencias que significativamente diferentes pues el  $p=0,003$   $OR=2,13$  (IC95%:1,28-3,56)

**Tabla 2. Sexo del paciente asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Sexo	Dehiscencia		Total	Estadísticos
	Casos	Controles		
Masculino	69 75,8%	92 50,5%	161 59,0%	Chi2=16,02 p= 0,000 OR=3,1 (IC95%:1,75-5,34)
Femenino	22 24,2%	90 49,5%	112 41,0%	
Total	91 100,0%	182 100,0%	273 100,0%	

Fuente: La autora

Según los resultados mostrados en la tabla 2 el 75,8% eran masculinos y el 50,5% de los controles eran masculino, diferencias que significativamente diferentes pues el  $p=0,000$   $OR=3,1$  ( $IC95\%:1,75-5,34$ )

**Tabla 3. Estado nutricional del paciente asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Estado nutricional	Dehiscencia		Total	Estadísticos
	Casos	Controles		
	41	29	70	Chi2= 26,98
Bajo peso u obeso	45,1%	15,9%	25,6%	p=0,000 OR=4,33 (IC95%:2,44-7,67)
Normopeso o sobrepeso	54,9%	84,1%	74,4%	
	91	182	273	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: La autora

Según la tabla la proporción de pacientes con bajo peso o con obesidad son proporcionalmente mayores (31,9% y 13,2% respectivamente) en el grupo de casos comparando con el grupo de controles (7,7% y 8,2% respectivamente) con  $p= 0,000$   $OR=4,33$  ( $IC95\%:2,44-7,67$ ).

**Tabla 4. Diabetes mellitus asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Diabetes mellitus	Dehiscencia		Total	Estadísticos
	Casos	Controles		
	20	21	41	Chi2=5,18
Presente	22,0%	11,5%	15,0%	p=0,023 OR=2,16 (IC95%: 1,1-4,23)
	71	161	232	
Ausente	78,0%	88,5%	85,0%	
	91	182	273	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: La autora

En esta tabla 4 se determina que la diabetes mellitus es un factor de riesgo para la dehiscencia de la anastomosis intestinal pues la proporción de pacientes que tuvieron dehiscencia de la anastomosis es mayor (22%) que en el grupo control que no tuvo dehiscencia de la anastomosis (11,5%)  $p=0,023$   $OR=2,16$  (IC95%: 1,1-4,23).

**Tabla 5. Hipertensión arterial asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Hipertensión arterial	Dehiscencia			Estadísticos
	Casos	Controles	Total	
Presente	23	22	45	Chi2= 7,66 p=0,006 OR=2,46 (IC95%:1,28-4,71)
	25,3%	12,1%	16,5%	
Ausente	68	160	228	
	74,7%	87,9%	83,5%	
Total	91	182	273	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: La autora

Según la tabla la hipertensión arterial es un factor de riesgo asociado a las reintervenciones por dehiscencia de las anastomosis intestinales, debido a que en el grupo de casos el 25,3% tenía hipertensión y en el grupo de control, el 12,1% con  $p=0,006$   $OR=2,46$  (IC95%:1,28-4,71)

**Tabla 6. Anemia asociada a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Anemia	Dehiscencia			Estadísticos
	Casos	Controles	Total	
Presente	45	32	77	Chi2=30,43 p=0,000 OR=4,59
	49,5%	17,6%	28,2%	
	46	150	196	

Ausente	50,5%	82,4%	71,8%	(IC95%:2,61-8,04)
	91	182	273	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: La autora

De acuerdo con la tabla, la anemia es un fuerte factor de reintervenciones por dehiscencia de la anastomosis intestinal porque, el 49,5% de los casos presentaron anemia, mientras que el 17,6% de los controles tenía anemia, estas diferencias de las proporciones entre los casos y controles son significativas pues el valor de  $p=0,000$  con una  $OR=4,59$  (IC95%:2,61-8,04).

**Tabla 7. El carácter de la cirugía está asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Carácter de la cirugía	Dehiscencia		Total	Estadísticos
	Casos	Controles		
De emergencia	19 20,9%	17 9,3%	36 13,2%	Chi2= 7,06 p=0,008 OR= 2,56 (IC95%:1,26-5,21)
Programada	72 79,1%	165 90,7%	237 86,8%	
Total	91 100,0%	182 100,0%	273 100,0%	

Fuente: La autora

Según los resultados mostrados en la tabla 7 las operaciones intestinales de emergencia tienen un mayor riesgo de que exista dehiscencia de la anastomosis en razón de que el 20,9% de los pacientes operados como emergencias tuvieron dehiscencia y el 9,3% no desarrollo dehiscencia, estas diferencias proporcionales son significativas pues el valor de  $p=0,008$   $OR= 2,56$  (IC95%:1,26-5,21)

**Tabla 8. El diagnóstico primario está asociado a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Diagnóstico primario	Dehiscencia		Total	Estadísticos
	Casos	Controles		
	62	79	141	Chi2=14,85
Infeccioso	68,1%	43,4%	51,6%	p=0,000 OR=2,88
No infeccioso	29	103	132	(IC95%:1,64-4,73)
	31,9%	56,6%	48,4%	
Total	91	182	273	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: La autora

En concordancia con los resultados de esta tabla 8 los pacientes cuya indicación para la laparotomía donde se practicó la anastomosis intestinal era de tipo infeccioso tienen mayor probabilidad de desarrollar dehiscencia de la anastomosis intestinal, esta afirmación se basa en las diferencias encontradas entre la proporción de pacientes cuya indicación fue una patología infecciosa en el grupo de casos es de 68,1% y en los controles 43,4% con  $p=0,000$   $OR=2,88$  (IC95%:1,64-4,73)

**Tabla 9. La contaminación microbiana está asociada a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Contaminación microbiana	Dehiscencia		Total	Estadísticos
	Casos	Controles		
Presente	33	20	53	Chi2= 24,77 p=0.000 OR=4,61
Ausente	58	162	220	(IC95%:2,45-8,66)
	63,7%	89,0%	80,6%	
Total	91	182	273	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: La autora

La contaminación microbiana de los bordes de la anastomosis intestinal son un factor de riesgo para que ocurra la dehiscencia según lo indicado en la tabla 9, esta afirmación se respalda en que el 36,3% de los pacientes con dehiscencia de la anastomosis tuvieron contaminación microbiana y solo 11% de los controles tuvo esta contaminación con  $p=0.000$   $OR=4,61$  ( $IC95\%:2,45-8,66$ )

**Tabla 10. La hemorragia está asociada a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Hemorragia	Dehiscencia			Estadísticos
	Casos	Controles	Total	
Presente	13 14,3%	7 3,8%	20 7,3%	Chi2=9,74 p=0,002 OR=4,17 (IC95%:1,60-10,85)
Ausente	78 85,7%	175 96,2%	253 92,7%	
Total	91 100,0%	182 100,0%	273 100,0%	

Fuente: La autora

Según la tabla 10 los pacientes que tuvieron hemorragia pos laparotomía tuvieron mayor riesgo de desarrollar dehiscencia de la anastomosis intestinal, observando que el 14,3% de los casos presento hemorragia pos laparotomía y el 3,8% de los controles tuvo esta complicación  $p=0,002$   $OR=4,17$  ( $IC95\%:1,60-10,85$ )

**Tabla 11. La preparación del colon está asociada a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Preparación del colon	Dehiscencia			Estadísticos
	Casos	Controles	Total	
	35	43	78	Chi2=6,54

No	38,5%	23,6%	28,6%	p=0,011 OR=2,0 (IC95%:1,17-3,47)
	56	139	195	
Si	61,5%	76,4%	71,4%	
	91	182	273	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: La autora

La preparación del colon antes de la anastomosis primaria es un factor que se asocia a la dehiscencia de la anastomosis intestinal debido a que el 38,5% de los pacientes del grupo de casos no tuvo preparación colónica y el 23,6% de los controles tampoco lo tuvo, estas diferencias entre proporciones son significativa porque el valor de  $p=0,011$   $OR=2,0$  (IC95%:1,17-3,47).

**Tabla 12. Regresión logística de las condiciones del paciente, de la cirugía previa y de la restitución, relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024**

Variables	Chi <sup>2</sup> Wald	Si g.	ORa	ORa95% C.I.	
				Inferior	Superior
edad ≥ 65	10,260	,0 01	3,260	1,582	6,717
Sexo masculino	11,830	,0 01	3,668	1,749	7,694
Bajo peso u obeso	4,163	,0 41	1,544	1,017	2,344
Diabetes Mellitus 2	4,338	,0 37	2,696	1,060	6,856
Hipertensión arterial	7,425	,0 06	3,244	1,391	7,565
Anemia	21,808	,0 00	6,054	2,843	12,891
Programado de emergencia	5,998	,0 14	3,707	1,299	10,579

Diagnóstico primario infeccioso	9,015	,003	2,915	1,450	5,860
Contaminación microbiana	21,475	,000	7,739	3,257	18,390
Hemorragias	11,888	,001	10,494	2,758	39,930
Sin preparación del colon	5,876	,015	2,889	1,225	6,814

Fuente: La autora

Según el análisis multivariado las variables independientes que se encuentran asociadas a las reintervenciones por dehiscencia de la anastomosis intestinal son: Edad de 65 a años con  $p=0,001$  OR=3,260 (IC95%: 1,582-6,717), sexo masculino  $p=0,001$  OR=3,668 (IC95%: 1,749-7,694), el estado nutricional bajo de peso y obesidad con  $p=0,041$  OR=1,544 (IC95%: 1,017-2,344), tener diabetes mellitus con  $p=0,037$  OR=2,696 (IC95%: 1,060-6,856), tener hipertensión arterial  $p=0,006$  OR=3,244 (IC95%: 1,391-7,565), tener anemia  $p=0,000$  OR=6,054 (IC95%: 2,843-12,891), el carácter de la cirugía operado como emergencia con  $p=0,014$  OR=3,707 (IC95%: 1,299-10,579), el diagnóstico primario por patología infecciosa  $p=0,003$  OR=2,915 (IC95%: 1,450-5,860), haber contaminación de los bordes del intestino a anastomosis  $p=0,000$  OR=7,739 (IC95%: 3,257-18,390), presencia de hemorragia del borde de la anastomosis intestinal  $p=0,001$  OR=10,494 (IC95%: 2,758-39,930), y no tener preparación del colon para la anastomosis intestinal  $p=0,015$  OR=2,889 (IC95%: 1,225-6,814).

#### IV. DISCUSIÓN

En el análisis multivariado se identificó que la edad  $\geq 65$  años se asoció de manera estadísticamente significativa con la necesidad de reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los pacientes en este grupo etario presentaron una mayor probabilidad de reintervención, con un odds ratio (OR) de 3,260, lo que indica que tienen aproximadamente 3,3 veces más riesgo de requerir una reintervención en comparación con los pacientes menores de 65 años. Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ), y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 1,582–6,717) no incluye el valor nulo, lo que refuerza la solidez de la asociación observada. Los resultados evidencian que la edad avanzada ( $\geq 65$  años) constituye un factor de riesgo independiente para la reintervención quirúrgica secundaria a dehiscencia de la anastomosis intestinal. Este hallazgo es consistente con la literatura, que señala que los pacientes de mayor edad presentan alteraciones fisiológicas propias del envejecimiento, tales como disminución de la perfusión tisular, menor capacidad de cicatrización, cambios en la respuesta inflamatoria y mayor prevalencia de comorbilidades, factores que pueden comprometer la integridad de la anastomosis. La magnitud del riesgo observada (OR=3,260) resalta la importancia de considerar la edad como un elemento clave en la estratificación preoperatoria del riesgo, así como en la toma de decisiones quirúrgicas y en la implementación de estrategias de prevención, como una optimización preoperatoria más rigurosa y un seguimiento postoperatorio estrecho en este grupo poblacional<sup>41</sup>. Al respecto Quintana<sup>11</sup> en su estudio en Cuba indica que, la media de edad en el conjunto total de participantes alcanzó los 57,1 años, que también es la conclusión de la investigación de Cruz<sup>14</sup> en Guayaquil cuya conclusión fue que los individuos mayores de 70 años presentaron una tasa de reoperación significativamente superior a la de pacientes más jóvenes (OR: 6,15, IC95%: 2,86–7,12,  $p \leq 0,001$ ). Demir<sup>15</sup> en Turquía indica que la edad avanzada, aumenta el riesgo de complicaciones postoperatorias como la dehiscencia de la anastomosis, proporcionando así información relevante para optimizar el manejo de pacientes sometidos a intervenciones intestinales, que también es concordante con lo encontrado por Bordón<sup>18</sup> en Ica en la que la mayoría de los pacientes reintervenidos por dehiscencia de la anastomosis intestinal fueron mayores de 60 años.

El sexo masculino se asoció de manera estadísticamente significativa con la reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los pacientes de sexo masculino presentaron un mayor riesgo de reintervención, con un odds ratio (OR) de 3,668, lo que indica que tienen aproximadamente 3,7 veces más probabilidad de requerir una nueva intervención quirúrgica en comparación con el sexo femenino. Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 1,749–7,694) no incluye el valor nulo, lo que confirma la fortaleza de la asociación observada. Diversos mecanismos

fisiopatológicos podrían explicar esta asociación. Los hombres se ha descrito que el sexo masculino presenta diferencias hormonales que podrían influir negativamente en los procesos de cicatrización tisular. Por otro lado, una mayor prevalencia de factores de riesgo asociados, como el tabaquismo, el consumo de alcohol y ciertas comorbilidades cardiovasculares, es más frecuente en la población masculina, lo que podría incrementar el riesgo de dehiscencia y la necesidad de reintervención. Quintana<sup>11</sup> en Cuba demuestra que predominó el sexo masculino dentro del total de casos analizados, representando un 62,0% del total registrado. Como también es la conclusión del estudio de Román<sup>23</sup> en las que el 67,1% de los pacientes reintervenidos por dehiscencia de la anastomosis intestinal fueron varones reforzando los resultados del estudio.

El análisis del estado nutricional extremo, representado por bajo peso y obesidad, se asoció de manera estadísticamente significativa con la reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los pacientes con bajo peso u obesidad presentaron un mayor riesgo de reintervención, con un odds ratio (OR) de 1,544, lo que indica un incremento aproximado del 54% en la probabilidad de requerir una nueva intervención quirúrgica en comparación con aquellos con estado nutricional normal. La asociación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,041$ ) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 1,017–2,344) no incluye el valor nulo, lo que respalda la validez del hallazgo, aunque con una magnitud de efecto moderada. Este hallazgo es consistente con la evidencia existente, que reconoce al estado nutricional como un determinante clave en los procesos de cicatrización y reparación tisular. En los pacientes con bajo peso, la desnutrición se asocia a déficits proteicos y micronutricionales, disminución de la síntesis de colágeno y alteraciones de la respuesta inmunológica, lo que puede comprometer la integridad de la anastomosis. Por otro lado, la obesidad se relaciona con un estado inflamatorio crónico, alteraciones microvasculares y mayor tensión mecánica sobre el sitio quirúrgico, factores que pueden favorecer la dehiscencia anastomótica. Aunque la magnitud del riesgo observada (OR=1,544) es menor en comparación con otros factores como la edad avanzada o el sexo masculino, su relevancia clínica es considerable debido a la alta prevalencia de alteraciones nutricionales en la población quirúrgica<sup>43</sup>. Así concluye Cruz en Ecuador en la que identifica que la obesidad apareció como factor fuertemente asociado (OR: 7,05, IC95%: 3,70–13,45,  $p \leq 0,001$ ) concordando con los resultados de la investigación. Yucra<sup>20</sup> en Cusco encuentra que el 89,2 % de las relaparotomías se realizó después de las 72 horas del procedimiento inicial y fueron mayoritariamente cirugías a demanda (89,1 %), y la desnutrición fue un factor crucial, que deben ser considerados de manera prioritaria en la evaluación y manejo preoperatorio de pacientes con riesgo de relaparotomía.

El análisis multivariado mostró además que la presencia de diabetes mellitus se asoció de manera estadísticamente significativa con la reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis

intestinal. Los pacientes con diabetes mellitus presentaron un mayor riesgo de reintervención, con un odds ratio (OR) de 2,696, lo que indica que tienen aproximadamente 2,7 veces más probabilidad de requerir una nueva intervención quirúrgica en comparación con los pacientes no diabéticos. Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,037$ ) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 1,060–6,856) no incluye el valor nulo, lo que respalda la existencia de una asociación independiente, aunque con un intervalo relativamente amplio. Desde el punto de vista fisiopatológico, la diabetes mellitus se asocia a alteraciones microvasculares, disminución de la perfusión tisular y deterioro del proceso de cicatrización, además de disfunción inmunológica y mayor susceptibilidad a infecciones. Estos mecanismos pueden comprometer la integridad de la anastomosis intestinal y favorecer la aparición de dehiscencia, incrementando la necesidad de reintervención quirúrgica<sup>44</sup>. La magnitud del riesgo observada (OR=2,696) subraya la relevancia clínica de la diabetes mellitus en el contexto de la cirugía intestinal. Estos resultados son concordantes con lo encontrado por Vega<sup>22</sup> en la que el 9,1% de los pacientes con reintervención por dehiscencia de la anastomosis intestinal eran diabéticos.

La presencia de hipertensión arterial se asoció de manera estadísticamente significativa con la reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los pacientes con hipertensión arterial presentaron un mayor riesgo de reintervención, con un odds ratio (OR) de 3,244, lo que indica que tienen aproximadamente 3,2 veces más probabilidad de requerir una nueva intervención quirúrgica en comparación con los pacientes no hipertensos. La asociación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,006$ ) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 1,391–7,565) no incluye el valor nulo, lo que confirma la solidez del hallazgo observado. Desde una perspectiva fisiopatológica, la hipertensión arterial se asocia a alteraciones endoteliales y microvasculares, que pueden comprometer la perfusión tisular y la oxigenación del sitio anastomótico, elementos fundamentales para una adecuada cicatrización. Además, la coexistencia frecuente de otras comorbilidades, como diabetes mellitus y enfermedad aterosclerótica, puede potenciar el riesgo de falla anastomótica en estos pacientes. La magnitud del efecto observada (OR=3,244) resalta la importancia clínica de la hipertensión arterial en el contexto de la cirugía intestinal<sup>37</sup>.

La presencia de anemia también se asoció de manera altamente significativa con la reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los pacientes con anemia presentaron un riesgo marcadamente mayor de reintervención, con un odds ratio (OR) de 6,054, lo que indica que tienen aproximadamente 6 veces más probabilidad de requerir una nueva intervención quirúrgica en comparación con los pacientes sin anemia. Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 2,843–12,891) no incluye el valor nulo, lo que demuestra una asociación robusta y clínicamente relevante. La magnitud del

riesgo observada (OR=6,054) supera la de otros factores clínicos analizados, lo que resalta su fuerte impacto en la evolución postoperatoria. Desde el punto de vista fisiopatológico, la anemia condiciona una disminución del transporte de oxígeno a los tejidos, lo cual compromete la oxigenación adecuada del sitio anastomótico y afecta negativamente los procesos de cicatrización y síntesis de colágeno. Además, la hipoxia tisular puede favorecer la infección local y la falla anastomótica, incrementando la probabilidad de dehiscencia y reintervención. Al respecto Demir<sup>15</sup> en Turquía indica que los bajos niveles de albúmina constituyen elementos clave que aumentan el riesgo de complicaciones postoperatorias graves como la dehiscencia de la anastomosis.

El carácter de la cirugía realizada como emergencia se asoció de manera estadísticamente significativa con la reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los pacientes sometidos a cirugía de emergencia presentaron un mayor riesgo de reintervención, con un odds ratio (OR) de 3,707, lo que indica que tienen aproximadamente 3,7 veces más probabilidad de requerir una nueva intervención quirúrgica en comparación con aquellos intervenidos de forma electiva. Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,014$ ) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 1,299–10,579) no incluye el valor nulo, lo que confirma la existencia de una asociación independiente, aunque con un intervalo de confianza relativamente amplio. Desde el punto de vista clínico, las cirugías de emergencia suelen realizarse en pacientes con mayor compromiso fisiológico, presencia de sepsis, peritonitis, obstrucción intestinal o inestabilidad hemodinámica, condiciones que afectan negativamente la perfusión tisular y la capacidad de cicatrización<sup>26</sup>. Asimismo, en este contexto frecuentemente no es posible una optimización preoperatoria adecuada, incluyendo la corrección de alteraciones metabólicas, hematológicas o nutricionales, lo que incrementa el riesgo de falla anastomótica<sup>39</sup>. En relación a esta asociación Berrocal<sup>21</sup> demuestra que el 89,2 % de las relaparotomías se realizó después de las 72 horas del procedimiento inicial y fueron mayoritariamente cirugías de emergencia (89,1%).

El análisis multivariado evidenció que el diagnóstico primario de patología infecciosa se asoció de manera estadísticamente significativa con la reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los pacientes cuyo diagnóstico inicial fue de origen infeccioso presentaron un mayor riesgo de reintervención, con un odds ratio (OR) de 2,915, lo que indica que tienen aproximadamente 2,9 veces más probabilidad de requerir una nueva intervención quirúrgica en comparación con aquellos con diagnósticos no infecciosos. Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,003$ ) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 1,450–5,860) no incluye el valor nulo, lo que confirma la consistencia del hallazgo. Desde el punto de vista fisiopatológico, las patologías infecciosas suelen asociarse a inflamación intensa, contaminación bacteriana y compromiso del lecho quirúrgico, condiciones que afectan

negativamente la cicatrización de la anastomosis<sup>45</sup>. La presencia de infección activa o sepsis puede generar alteraciones en la perfusión tisular, aumento del catabolismo y disfunción inmunológica, lo que incrementa el riesgo de dehiscencia y la necesidad de reintervención. Esta asociación es demostrada en el estudio de Guerra<sup>12</sup> en Cuba que concluye que las reintervenciones fueron la por dehiscencia de suturas anastomóticas (20,7 %), relacionados con patologías infecciosas, incluso según Gómez en Cuba en el 2025 concluye que todos los pacientes en quienes se desarrolló un cuadro de shock séptico tuvieron un desenlace fatal.

Además, la contaminación de los bordes intestinales al momento de realizar la anastomosis se asoció de manera altamente significativa con la reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los pacientes en quienes se evidenció contaminación de los bordes intestinales presentaron un riesgo marcadamente mayor de reintervención, con un odds ratio (OR) de 7,739, lo que indica que tienen aproximadamente 7,7 veces más probabilidad de requerir una nueva intervención quirúrgica en comparación con aquellos sin contaminación. Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 3,257–18,390) no incluye el valor nulo, lo que demuestra una asociación robusta y clínicamente muy relevante. Los resultados del presente estudio identifican la contaminación de los bordes intestinales como uno de los factores de riesgo independientes más fuertes para la reintervención quirúrgica secundaria a dehiscencia de la anastomosis intestinal. La elevada magnitud del riesgo observada (OR=7,739) subraya el impacto crítico de este factor en la integridad anastomótica. Desde el punto de vista fisiopatológico, la contaminación del sitio anastomótico favorece la proliferación bacteriana, el desarrollo de infección local y la activación de una respuesta inflamatoria intensa, lo cual interfiere con los procesos normales de cicatrización y reparación tisular. La presencia de carga bacteriana elevada puede comprometer la síntesis de colágeno y aumentar la fragilidad de la anastomosis, facilitando su dehiscencia. Singh<sup>16</sup> en la India concluye que la contaminación del borde intestinal a anastomosar se asocia con dehiscencia de la anastomosis sobre todo cuando hay fuga intestinal, que también es la conclusión de la investigación de Elghrieb<sup>17</sup> pues la fuga anastomótica condiciona la necesidad de reexploración quirúrgica.

La presencia de hemorragia en el borde de la anastomosis intestinal se asoció de manera altamente significativa con la reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los pacientes que presentaron hemorragia en el sitio anastomótico tuvieron un riesgo considerablemente mayor de reintervención, con un odds ratio (OR) de 10,494, lo que indica que presentan aproximadamente 10,5 veces más probabilidad de requerir una nueva intervención quirúrgica en comparación con aquellos sin evidencia de hemorragia. Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 2,758–

39,930) no incluye el valor nulo, lo que confirma la solidez del hallazgo, aunque con un intervalo de confianza amplio. Desde el punto de vista fisiopatológico, la hemorragia a nivel del borde anastomótico puede reflejar una técnica quirúrgica subóptima, daño tisular excesivo o alteraciones en la hemostasia local, condiciones que comprometen la integridad estructural del tejido y la adecuada cicatrización. Además, el sangrado persistente puede favorecer la formación de hematomas, los cuales actúan como medio de cultivo para bacterias, incrementando el riesgo de infección local y posterior dehiscencia. Demir<sup>15</sup> en Turquía indica que la hemorragia activa aumenta el riesgo de dehiscencia de la anastomosis concordando con los hallazgos del estudio., como también concuerda con los hallazgos de Rojas<sup>24</sup> en la que la hemorragia de los bordes de la anastomosis fue un motivo para la reintervención, como también concluye Robles<sup>19</sup> en Ica la hemorragia se presentó en el 26,4% de los pacientes re intervenidos por dehiscencia de la anastomosis intestinal.

Finalmente, el no realizar preparación del colon antes de la anastomosis intestinal se asoció de manera estadísticamente significativa con la reintervención quirúrgica por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Los pacientes que no recibieron preparación colónica presentaron un mayor riesgo de reintervención, con un odds ratio (OR) de 2,889, lo que indica que tienen aproximadamente 2,9 veces más probabilidad de requerir una nueva intervención quirúrgica en comparación con aquellos que sí fueron preparados. Esta asociación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,015$ ) y el intervalo de confianza al 95% (IC95%: 1,225–6,814) no incluye el valor nulo, lo que respalda la validez de la asociación observada. Desde el punto de vista fisiopatológico, la ausencia de preparación colónica incrementa la contaminación fecal en el sitio de la anastomosis, lo que favorece la proliferación bacteriana, la inflamación local y la interferencia en los procesos de cicatrización y síntesis de colágeno. Esto aumenta la probabilidad de falla anastomótica y dehiscencia, con la consecuente necesidad de reintervención quirúrgica. Vega<sup>22</sup> incluso manifiesta en su estudio que las dehiscencias de las anastomosis intestinal constituyen el 44% de las indicación de cirugía intestinal.

## V. CONCLUSIONES

- Los resultados demuestran que la reintervención por dehiscencia de la anastomosis intestinal es un fenómeno multifactorial, influenciado por factores del paciente, condiciones clínicas y comorbilidades, así como por aspectos técnicos y contextuales de la cirugía. La identificación de estos factores permite implementar estrategias de estratificación de riesgo, optimización preoperatoria, técnicas quirúrgicas preventivas y seguimiento postoperatorio estrecho, orientadas a reducir la incidencia de dehiscencia y la necesidad de reintervenciones.
- Se identificaron múltiples características del paciente que aumentan significativamente el riesgo de reintervención por dehiscencia de la anastomosis intestinal. Entre estos destacan la edad avanzada ( $\geq 65$  años), el sexo masculino, el estado nutricional extremo (bajo peso y obesidad), así como la presencia de comorbilidades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial y anemia. Estos hallazgos reflejan la importancia de la condición general del paciente y de sus factores de riesgo sistémicos en la integridad de la anastomosis.
- El carácter de la cirugía como emergencia y el diagnóstico primario de tipo infeccioso se asociaron significativamente con un mayor riesgo de reintervención. Esto indica que la inestabilidad clínica, la infección activa y la falta de tiempo para optimización preoperatoria comprometen la cicatrización anastomótica y aumentan la probabilidad de complicaciones.
- Las condiciones intraoperatorias que afectan directamente la anastomosis también se identificaron como factores de riesgo importantes. Entre ellos se encuentran la contaminación microbiana de los bordes intestinales, la presencia de hemorragia en el sitio de la anastomosis y la ausencia de preparación colónica. Estos hallazgos subrayan la importancia de la técnica quirúrgica meticulosa, la reducción de la contaminación y la optimización del lecho anastomótico para disminuir la probabilidad de dehiscencia.

## VI. RECOMENDACIONES

- Evaluar la viabilidad de la anastomosis: asegurarse de que el tejido tenga buena perfusión y sin tensión, considerar técnicas de refuerzo (suturas adicionales, selladores) en pacientes de alto riesgo.
- Evaluar el riesgo quirúrgico de forma individual antes de la intervención, implementar medidas de soporte perioperatorio, como vigilancia intensiva y monitoreo nutricional, considerar que los hombres pueden tener un mayor riesgo y aplicar vigilancia postoperatoria estricta. Optimizar el estado nutricional antes de la cirugía: suplementación proteica o nutrición enteral/parenteral si es necesario, con control estricto de glucemia perioperatoria, así como realizar un control de la presión arterial y manejo adecuado de comorbilidades antes de la cirugía y corregir la anemia preoperatoria mediante suplementos, transfusiones o tratamiento específico según la causa.
- Siempre que sea posible, diferir la cirugía hasta estabilizar al paciente, en cirugías de urgencia, reforzar técnicas de anastomosis y cuidado postoperatorio intensivo. Tratar la infección con antibióticos apropiados antes de la cirugía electiva.
- Evitar contaminación intraoperatoria mediante técnicas asépticas estrictas, control estricto de hemostasia durante la cirugía. Implementar preparación intestinal mecánica o farmacológica según el tipo de cirugía y riesgo de complicaciones.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- González García J. Caracterización de relaparotomías realizadas en el Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima en Cuba. *MediSur*, 2021;19(3), pp. 455-464. <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068641013/html/>
- 2.- Urroz Rener, B. Reintervenciones abdominales en el servicio de Cirugía General del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. [Tesis para optar el título profesional de especialista en Cirugía General] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua 2921. URI: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/15191>
- 3.- Niveló-Zumba J, Vera-Macías J, Cabezas-Dillon C, Mendoza-García, W. Relaparotomía tras cirugía abdominal de emergencia, análisis de causas y factores de riesgo 2022. *Journal of American Health*, 2022;5(2). Recuperado a partir de <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/136>
- 4.- La Rosa Armero Y. Características de las reintervenciones en un servicio de cirugía general. *MEDISAN* vol.21 no.2 Santiago de Cuba
- 5.- Cornejo, M. y Jaen, G. Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2010-2020. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Universidad Continental, Huancayo, Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/11298>
- 6.- Céspedes Rodríguez H. Morbimortalidad de las reintervenciones en la cirugía abdominal urgente y electiva. *Rev Cubana Cir Ciudad de la Habana* 2021;60(1) <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v60n1/1561-2945-cir-60-01-e968.pdf>
- 7.- Ruiz Rodríguez, L. Dehiscencia anastomótica tras cirugía por enfermedad diverticular del colon: estudio comparativo. Universidad Miguel Hernández España. URI: <https://hdl.handle.net/11000/29757>
- 8.- Taboada-Valencia A. Prevalencia de relaparotomías no planeadas en pacientes operados, inicialmente de cirugía abdominal, en el Hospital Regional de alta especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY). [Tesis para optar el título profesional de especialista en Cirugía General] Universidad Nacional Autónoma de México. <https://ru.dgb.unam.mx>
- 9.- Chavarry-Zavaleta, E. Factores asociados a mortalidad en reintervenciones quirúrgicas abdominales de emergencia. Trujillo – Perú 2022. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/9034>
- 10.- Guevara-Maticorena B. Agentes relacionados a complicaciones posquirúrgicas en cirugía gastrointestinal en adultos mayores del centro médico naval – CMST. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano] Universidad Ricardo Palma URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/2877>
- 11.- Quintana-Dorta Y. Factores pronósticos de la mortalidad de pacientes con reintervenciones de cirugía abdominal en Unidades de Cuidados Intensivos. *Acta Médica del Centro*.

2024;18(4):e2018 Octubre-Diciembre. <http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v18n4/2709-7927-amdc-18-04-e2018.pdf>

12.- Guerra-Macías I. Perfil clínico, quirúrgico y epidemiológico de pacientes reintervenidos. Rev Cubana Cir vol.60 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2021 Epub 01-Dic-2021. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932021000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000400008)

13.- Gómez-Villanueva I. Morbimortalidad en pacientes relaparotomizados en unidades de atención al grave. Rev Méd Electrón. 2025;47:e6109 ISSN: 1684-1824. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v47/1684-1824-rme-47-e6109.pdf>

14.- Cruz V, Miñan F. Factores de Riesgo Asociados a las Relaparotomías no Programadas en Pacientes Tratados Quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades de Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”. Revista Especialidades HAGP: Volumen 1, Junio 2023. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7948834>

15.- Demir M, Celik S, Kaymak S. Indicaciones, factores de riesgo y resultados clínicos de la relaparotomía tras cirugía de traumatismo abdominal 2025 en Turquía. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 31(2), 119-124. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2024.32736>.

16.- Singh Ch. Prevalencia y resultados de la relaparotomía: Una serie de casos del Hospital de Atención Terciaria de Bombay, Maharashtra, India. Revista Internacional de Anatomía, Radiología y Cirugía. Noviembre de 2024, Vol. 13(6): SS01-SS03

17.- Elghrieb A. Factores de riesgo y predictores de mortalidad en casos de relaparotomía a demanda por sepsis intraperitoneal complicada: un estudio prospectivo. Rev. de Cirugía de Egipto 2024;43(3), Páginas 956-964. 10.21608/EJSUR.2024.274050.1002

18.- Bordón Luján B. Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2010-2020. [Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano] Huancayo, 2022.

19.- Robles-Ching Sh. Factores clínicos de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano] Universidad Nacional San Luis Gonzaga. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/5124>

20.- Yucra-Callo, R. Factores asociados a relaparotomía en el servicio de cirugía general del hospital Antonio Lorena del Cusco, 2023. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/9089>

21.- Berrocal-Flores, O. Complicaciones de la restitución de tránsito intestinal en un hospital público de tercer nivel de atención en Lima, Perú. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/16079>

22.- Vega-Arevalo, K. Complicaciones postoperatorias de pacientes sometidos a anastomosis intestinal procedentes de un Hospital de Nivel IV lima-Perú. 2024. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/16696>

- 23.- Román-Camasca, E. Restitución del tránsito intestinal en pacientes ostomizados y su riesgo de desarrollar complicaciones postquirúrgicas en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Dos de Mayo 2022. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5260>
- 24.- Rojas-Camacho, L. Factores asociados a dehiscencia de anastomosis tras restitución del tránsito intestinal por ostomías en pacientes del servicio de Cirugía General, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2019-2023. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12805/3344>
- 25.- Roque-Castellano, C., Marchena-Gomez, J., Hemmersbach-Miller, M. et al. Análisis de los factores relacionados con la decisión de restaurar la continuidad intestinal tras el procedimiento de Hartmann. *Int J Colorectal Dis* 22 , 1091–1096 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00384-007-0272-4>
- 26.- Garrido Fernández, L. Factores de riesgo preoperatorios relacionados a dehiscencia de anastomosis intestinal en adultos – servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Cajamarca: periodo 2019-2021. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/5692>
- 27.- Jeong E, Park Y, Jang H, Lee N, Jo Y, Kim J. Timing of Re-Laparotomy in Blunt Trauma Patients With Damage-Control Laparotomy. *J Surg Res.* 2024 Apr;296:376-382. doi: 10.1016/j.jss.2023.11.052. Epub 2024 Feb 2. PMID: 38309219.
- 28.- Zegarra Cavani S, Huamán Egoavil E, Serrano Cardoso J, Yépez Adrianzen R, Reyes Obando G. Tratamiento de la fistula enteroatmosférica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Cirujano [Internet]*. 31 de agosto de 2024 [citado 2 de julio de 2025];21(1):7-16. Disponible en: <https://revistasegp.org/index.php/cirujano/article/view/134>
- 29.- Ponholzer, F., Klingler, CP, Gasser, E. et al. Resultados a largo plazo tras fuga anastomótica crónica tras cirugía para cáncer de recto de bajo calibre. *Int J Colorectal Dis* 37 , 1807–1816 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00384-022-04213-8>
- 30.- Martínez-Hoed, Jesús 1 ; Ortiz-Cubero, José Ángel 1 ; Montagné-Bonilla, Nicole 1 ; Bueno-Lledó, José A 2 ; Pous Serrano, Salvador 2 .Obstrucción temprana del intestino delgado después de una reparación de hernia de la pared abdominal: informe de cuatro casos y revisión sistemática de la literatura. *Revista Internacional de Cirugía de la Pared Abdominal y Hernia* 6(3):p 125-135, julio-septiembre de 2023. | DOI: 10.4103/ijawhs.IJAWHS\_13\_23
- 31.- Gallo Beyene, E, et al. Proportion, Associated Factors and Management Outcome Intestinal Obstruction Among Acute Abdomen in Tibebe Ghion Specialized Hospital, Bahr Dar, Ethiopia, 2021. *Journal of Surgery.* Vol. 11, No. 2, 2023, pp. 41-54. doi: 10.11648/j.js.20231102.13
- 32.- Mier Araujo JO, Aldaz Vallejo FA, Mier Jiménez JA, Áñez Araujo JHY. Abdomen catastrófico después de peritonitis apendicular, experiencia multidisciplinaria: reporte de un caso. *J Clin Trials Exp Investig [Internet]*. 30 de diciembre de 2024 [consultado el 2 de julio de 2025];3(4):114-2. Disponible en: <https://jctei.com/index.php/jctei/article/view/143>

- 33.- Ribeiro da Costa R. Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes sometidos a reconstrucción de tránsito intestinal: estudio transversal. *enferm.* 2024;33(1) <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0022en>
- 34.- Jimenez Reyna, Y. Hipoalbuminemia y Dehiscencia de Anastomosis Intestinal en el HRDCQ Daniel Alcides Carrión Huancayo 2021. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12894/8746>
- 35.- Ordoñez-Castillo J. Manejo y tratamiento de las dilaceraciones en cirugía abdominal. *Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818 Vol. 7, núm. 4. especial diciembre, 2021, pp. 1244-1262. DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4.2512>
- 36.- MINSA 2021. Guía de Procedimiento de Laparotomía Exploradora, Celiotomía Exploradora con o sin Biopsia(s) (Procedimiento Separado). Mayo 2021 Código: GP-001/INSN- SB/SUAIEPCNP-V.01 Página 1 de 16. <https://www.insnsb.gob.pe>
- 37.- Pachas Polo, G. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 50 años laparotomizados. Hospital María Auxiliadora.2018-2020. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/74970>
- 38.- Jimenez Reyna, Y. Hipoalbuminemia y Dehiscencia de Anastomosis Intestinal en el HRDCQ Daniel Alcides Carrión Huancayo 2021. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12894/8746>
- 39.- Muranda, G. Reintervención Quirúrgica No Programada: Un análisis de calidad de la atención Chile 2020. *Rev. chil. pediatr.* vol.91 no.6 Santiago dic. 2020 Epub 01-Dic-2020. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i6.1570>
- 40.- Rojas Cabrera L. Incidencia de pacientes reintervenidos por laparatomia exploratoria en el Hospital Salvador B. Gautier, 2018. URI <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/1287>
- 41.- Mejia D, Warr SP, Delgado-López CA, Salcedo A, Rodríguez-Holguín F, Serna JJ, Caicedo Y, Pino LF, González-Hadad A, Herrera MA, Parra MW, García A, Ordoñez CA. Reinterventions after damage control surgery. *Colomb Med (Cali)*. 2021 Jun 30;52(2):e4154805. doi: 10.25100/cm.v52i2.4805. PMID: 34908623; PMCID: PMC8634277.
- 42.- Figueroa-Giralt M, Torrealba A, Gonzalez T, Almeida P, Braghetto I, Csendes A. Risk factors for reoperation, morbidity, and mortality in patients with small bowel obstruction submitted to surgical treatment. *Arq Bras Cir Dig*. 2022 Jun 17;35:e1654. doi: 10.1590/0102-672020210002e1654. PMID: 35730883; PMCID: PMC9254601.
- 43.- Pierpont YN, Dinh TP, Salas RE, Johnson EL, Wright TG, Robson MC, Payne WG. Obesity and surgical wound healing: a current review. *ISRN Obes*. 2014 Feb 20;2014:638936. doi: 10.1155/2014/638936. PMID: 24701367; PMCID: PMC3950544.
- 44.- He C, Zhang J, Yuan B, Pang Y. Is reoperation required for patients presenting with hepatic portal venous gas after gastrointestinal surgery: a review of the literature. *Ann Med*. 2024 Dec;56(1):2389293. doi: 10.1080/07853890.2024.2389293. Epub 2024 Aug 8. PMID: 39115464; PMCID: PMC11312995.

- 45.- Skorupski CP, Cheung MC, Lin Y. Preoperative anemia in major elective surgery. *CMAJ*. 2023 Apr 17;195(15):E551. doi: 10.1503/cmaj.221635. PMID: 37068804; PMCID: PMC10110331.
- 46.- Chonga-Balla I. Manejo de la pared abdominal en proceso infeccioso y traumático que ameritan una reintervención. *Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818 Vol. 8, núm. 1. Febrero Especial, 2022, pp. 1211-1231. DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i1.2726>
- 47.- Meléndez JJ, Orlas CP, Herrera-Escobar JP, Guzmán M, Alcázar K, Martínez JJ, et al. La laparotomía de control de daños en pacientes sin trauma reduce el número de ostomías. *Rev Colomb Cir.* 2020;35:455-63. <https://doi.org/10.30944/20117582.727>
- 48.- Moncayo Anaslema, F. Complicaciones post-operatorias: análisis de los factores de riesgos 2021. *Revista facultad de ciencias médicas*, 2(2), 1–8. <https://doi.org/10.53591/revfcm.v2i2.1383>
- 7.- González García J. Caracterización de relaparotomías realizadas en el Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima (2015-2017). *MediSur*, vol. 19, núm. 3, pp. 455-464, 2021
- 49.- Dessalegn, M., Negesse, A., Deresse, T. et al. Tasa de mortalidad perioperatoria y sus predictores tras una laparotomía de urgencia en el Hospital Integral Especializado Debre Markos, Noroeste de Etiopía: 2023: estudio de seguimiento retrospectivo. *BMC Surg* 24, 114 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12893-024-02401-7>
- 50.- Do Carmo L. *Journal of Coloproctology Brasil* 2024; 44(S 01): S1-S138 DOI: 10.1055/s-0045-1808943
- 51.- Chandía Núñez A. Factores de riesgo asociados a dehiscencia de anastomosis en cirugía colorrectal 2024. <https://www.revistasacp.com/index.php/revista/article/view/125/231>
- 52.- Álvarez-Villaseñor A. Factores asociados a dehiscencia de anastomosis intestinal. *Cir. cir.* vol.89 no.2 Ciudad de México mar./abr. 2021 Epub 08-Nov-2021 <https://doi.org/10.24875/ciru.20000018>

## 2.8 ANEXOS

### 2.8.1 Matriz de consistencia.

#### CONDICIONES RELACIONADAS A LAS REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR DEHISCENCIA DE LA ANASTOMOSIS INTESTINAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2020 AL 2024

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuáles son las condiciones relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar las condiciones relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Identificar las condiciones relacionadas al paciente de las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p>Identificar las condiciones relacionadas a la cirugía previa de las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p>Identificar las condiciones relacionadas a la restitución de las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> Ha: Las condiciones del paciente, de la cirugía previa y de la restitución, están relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> Ha. Las condiciones del paciente están asociadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p>Ha. Las condiciones de la cirugía previa están asociadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p>Ha. Las condiciones de la restitución están asociada a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024.</p>	<p><b>Variable dependiente</b> Dehiscencia de la anastomosis</p> <p><b>Variables independientes</b> Factores relacionados con el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Estado nutricional</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Anemia</li> </ul> <p>Factores relacionados con la cirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carácter de la cirugía</li> <li>• Diagnóstico primario</li> </ul> <p>Factores relacionados con la restitución quirúrgica del tránsito intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contaminación microbiana</li> <li>• Hemorragias</li> <li>• Preparación del colon</li> </ul>

## 2.8.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo	Indicador	Categoría
Variable dependiente				
Dehiscencia de la anastomosis	Presencia de salida de material intestinal a través del drenaje quirúrgico, herida operatoria o fistula.	Catagórica Nominal	Dehiscencia	Si No
Variables independientes				
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la operación de estudio	Catagórica Ordinal	Años	≥ 65 años < 65 años
Sexo	Característica sexual	Catagórica Nominal	Sexo	Masculino Femenino
Estado nutricional	Balance entre los ingresos calóricos y los consumidos	Catagórica Ordinal	Índice de Masa Corporal	Bajo peso (IMC < 18,5 Normopeso IMC 18,5-24,9 Sobrepeso IMC= 25-29,9 Obeso IMC ≥ 30
Diabetes mellitus	Hiperglicemias constantes en ausencia de tratamiento	Catagórica Nominal	Glicemia ≥ 120 mg/dl	Si No
Hipertensión arterial	Presiones arteriales elevadas constantemente en ausencia de tratamiento	Catagórica Nominal	PA ≥ 140/90 mmHg	Si No
Anemia	Niveles bajos de hemoglobina en sangre	Catagórica Nominal	Hb < 11 mg/dl	Si No
Carácter de la cirugía	Condición de ingreso a sala de operaciones	Catagórica Nominal	Programación de la cirugía	De emergencia Programada de piso de hospitalización
Diagnóstico primario	Patología que origino la ostomía	Catagórica Nominal	Diagnóstico	Infeccioso No infeccioso
Contaminación microbiana	Infección en el acto quirúrgico que contamina el área operatoria	Catagórica Nominal	Contacto del contenido intestinal con los bordes del ostoma	Si No
Hemorragias	Sangrado profuso de la boca anastomótica	Catagórica Nominal	Sangrado más de 1000cc pos cirugía	Si No
Preparación del colon	Procesos que se siguen para limpiar el tubo digestivo	Catagórica Nominal	Limpieza del colon	Si No

### 2.8.3. Instrumentos de recolección de información

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Condiciones relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Ficha N° \_\_\_\_\_

#### 1.- Dehiscencia de la anastomosis

(Si) (No)

#### 2.- Edad \_\_\_\_\_ años

(≥ 65 años) (< 65 años)

#### 3.- Sexo

(Masculino) (Femenino)

#### 4.- Estado nutricional. IMC \_\_\_\_\_

Bajo peso (IMC < 18,5 ( )

Normopeso IMC 18,5-24,9 ( )

Sobrepeso IMC= 25-29,9 ( )

Obeso IMC ≥ 30 ( )

#### 5.- Diabetes mellitus

(Si) (No)

#### 6.- Hipertensión arterial

(Si) (No)

#### 7.- Anemia

(Si) (No)

#### 8.- Carácter de la cirugía

De emergencia ( )

Programada de piso de hospitalización ( )

**9.- Diagnóstico primario**

**Infeccioso ( )**

**No infeccioso ( )**

**10.- Contaminación microbiana**

**(Si) (No)**

**11.- Hemorragias**

**(Si) (No)**

**12.- Preparación del colon**

**(Si) (No)**

## Juicio de Expertos

### TÍTULO: Condiciones relacionadas a las reintervenciones quirúrgicas por dehiscencia de la anastomosis intestinal en pacientes del Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:.....
- 1.2 Cargo e institución donde labora:.....
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: CONDORI REYES LISETH FRAYSINET

### 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.					
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción y relación adecuada de las variables					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					
COHERENCIA	Hay relación entre los índices e indicadores.					
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					

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

.....

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Ica, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2026

\_\_\_\_\_  
Firma del Experto