



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras distribuir, combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial y, a pesar que son nuevas obras deben siempre rendir crédito y ser no comerciales, no están obligadas a licenciar sus obras derivadas bajo los mismos términos.

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



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

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

**Factores clínicos de las reintervenciones en
pacientes operados de cirugía mayor en el
Hospital Regional de Ica 2018 al 2022**

Presentado por:

SHEYLA GERALDINE ROBLES CHING

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, 06 de febrero del 2024

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. JOSÉ ALFREDO HERNÁNDEZ ANCHANTE
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

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



TESIS

**Factores clínicos de las reintervenciones en pacientes
operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018
al 2022**

**Línea de investigación
Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente**

**Tesis para optar el título Profesional de
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

BACH. SHEYLA GERALDINE ROBLES CHING

ASESOR:

DR. JUAN CARLOS AGUIRRE BELTRÁN

ICA – PERÚ

2024

DEDICATORIA.

Quiero dedicar esta Tesis a Dios por haberme mandado a la vida de dos personas maravillosas quienes son mis padres Karla y Mario, que a su vez me han brindado su apoyo y amor incondicional en cada etapa de mi vida.

A mis niñas hermosas Summer y Samy que me dieron la fuerza y motivación para seguir adelante, enseñándome que no existen obstáculos que nos puedan detener y que cada caída te da una enseñanza para la vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad y a mi amada escuela médica por brindarme la oportunidad de pertenecer a esta linda carrera, a mis maestros por la enseñanza, la ayuda y los consejos dados.

Agradecer a Dios por no dejarme rendir y a mis padres que siempre estuvieron en este arduo proceso, mis grandes guías, apoyo y motivación.

A mi Asesor de Tesis por el tiempo brindado, por siempre estar pendiente a cada corrección y alcances para la mejora de este trabajo.

INDICE

	Pag
Portada.	
Dedicatoria	II
Agradecimiento	II
Índice de contenido	IV
Índice de tablas	V
Índice de figuras	VI
Resumen	VII
Abstract	VIII
CUERPO DEL INFORME FINAL	
I. Introducción	1
II. Estrategia metodológica	19
III. Resultados	21
IV. Discusión	29
V. Conclusiones	31
VI. Recomendaciones	32
VII. Referencias bibliográficas.	33
VIII. Anexos	37

N°	Tabla	Pág
Tabla 1.	Prevalencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022	21
Tabla 2.	Causas de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022	22
Tabla 3.	Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según edad	23
Tabla 4.	Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según sexo	24
Tabla 5.	Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según presencia de comorbilidades	25
Tabla 6.	Perfil proteico en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022	26
Tabla 7.	Número de reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022	27
Tabla 8.	Tasa de mortalidad en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022	28

N°	Figuras	Pág
Figura 1.	Prevalencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022	21
Figura 2.	Causas de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022	22
Figura 3.	Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según edad	23
Figura 4.	Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según sexo	24
Figura 5.	Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según presencia de comorbilidades	25
Figura 6.	Perfil proteico en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022	26
Figura7.	Número de reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022	27
Figura 8.	Tasa de mortalidad en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022	28

Resumen

Objetivo. Identificar los factores clínicos de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Metodología. Observacional, transversal retrospectiva y descriptiva, en una población de 4800 pacientes en 5 años (Del 2018 al 2022), de donde se obtuvo una muestra de 419 pacientes. **Resultados:**

La tasa de reintervenciones quirúrgica en pacientes operados durante los años 2018 al 2022 de cirugía abdominal mayor fue de 17,2%. La causa más frecuente de reintervención quirúrgica fue la obstrucción mecánica (37,5%), seguido de hemorragias (26,4%), en menor proporción por fuga intestinal (13,9%), evisceración (11,1%) y absceso (6,9%), y 4,2% de los pacientes se reintervenieron por otros motivos como son pancreatitis posquirúrgica y por retiro de cuerpo extraño. Las reintervenciones ocurrieron con mayor frecuencia entre los pacientes de 32 a 60 años (48,6%) seguido de los de más de 60 años (31,9%) y menos en los de 15 a 30 años (19,4%). Las reintervenciones quirúrgicas de operaciones abdominales mayores es más frecuente en el sexo masculino (59,7%) que en las mujeres (40,3%). El 41,7% de los pacientes reintervenidos por cirugías mayores en abdomen tuvieron una o varias comorbilidades. Los pacientes reintervenidos por cirugía abdominal mayor el 52,8% tuvieron hipoproteïnemia, y el 43,1% presentó hipoalbuminemia. La mayoría de los pacientes reintervenidos presentaron una sola reintervención (80,6%), mientras que 13,9% tuvo dos reintervenciones y 4,2% tuvieron 3 reintervenciones y el 1,4% tuvo 4 reintervenciones. La tasa de mortalidad en los pacientes reintervenidos por cirugías mayores en la cavidad abdominal fue de 11,1%.

Conclusión. Los factores clínicos de los pacientes que fueron sometidos a reintervenciones por cirugía abdominal en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 son sobre todo por obstrucción abdominal y hemorragias, son de edades de mayores de 31 años incrementándose a medida que la edad sea mayor, son de sexo masculino mayormente, con alta proporción de comorbilidades sobre todo diabetes, hipertensión u obesidad, con bajo nivel de proteínas y albuminas en sangre, generalmente son una vez reintervenidos, y una tasa de mortalidad de 11,1%.

Palabras clave. Factores clínicos, reintervenciones, cirugía mayor

Abstract

Objective. To identify the clinical factors associated with re-interventions in patients who underwent major surgery at the Regional Hospital of Ica from 2018 to 2022.

Methodology. This study is observational, retrospective, cross-sectional, and descriptive. It was conducted on a population of 4800 patients over a span of 5 years (from 2018 to 2022). A sample of 419 patients was obtained. **Results:** The rate of surgical re-interventions in patients who underwent major abdominal surgery from 2018 to 2022 was 17.2%. The most frequent cause of surgical re-intervention was mechanical obstruction (37.5%), followed by hemorrhage (26.4%), intestinal leakage (13.9%), evisceration (11.1%), abscess (6.9%). Additionally, 4.2% of patients underwent re-intervention for other reasons such as post-surgical pancreatitis and foreign body removal. Re-interventions were more common among patients aged 32 to 60 years (48.6%), followed by those over 60 years (31.9%), and less common among those aged 15 to 30 years (19.4%). Surgical re-interventions for major abdominal operations were more frequent in males (59.7%) than in females (40.3%). Among the patients who underwent major abdominal surgery re-interventions, 41.7% had one or more comorbidities. Within this group, 52.8% had hypoproteinemia, and 43.1% had hypoalbuminemia. The majority of re-intervened patients experienced a single re-intervention (80.6%), while 13.9% underwent two re-interventions, 4.2% had three re-interventions, and 1.4% had four re-interventions. The mortality rate among patients who underwent major abdominal surgery re-interventions was 11.1%.

Conclusion. The clinical factors associated with patients who underwent re-interventions for major abdominal surgery at the Regional Hospital of Ica from 2018 to 2022 primarily include abdominal obstruction and hemorrhage. These patients are typically aged over 31 years, with the likelihood of re-intervention increasing with age. They are predominantly male, with a high proportion of comorbidities, particularly diabetes, hypertension, or obesity. These patients exhibit low levels of blood proteins and albumins. Re-interventions usually occur once, with a mortality rate of 11.1%.

Keywords. Clinical factors, re-interventions, major surgery.

I. INTRODUCCIÓN

Las reintervenciones quirúrgicas son procedimientos que se realizan luego de una cirugía anterior en el mismo sitio anatómico, representan un desafío clínico significativo, dado que conllevan mayores riesgos para el paciente en comparación con la cirugía primaria, varios estudios han demostrado que las reintervenciones se asocian con un incremento en la morbilidad y mortalidad perioperatorias. La cirugía mayor representa un componente fundamental en el arsenal médico para el tratamiento de diversas condiciones patológicas. Sin embargo, en ocasiones, los pacientes que se someten a estas intervenciones quirúrgicas experimentan la necesidad de enfrentar nuevamente el quirófano debido a la ocurrencia de reintervenciones. Estas reintervenciones quirúrgicas impactan en la calidad de vida de los pacientes y en la eficiencia de los sistemas de salud (1).

Los factores clínicos que pueden influir en la necesidad de reintervenciones luego de cirugías mayores son múltiples y están relacionados tanto con el paciente como con aspectos técnicos de la cirugía inicial. Entre los factores dependientes del paciente se han descrito la edad avanzada, comorbilidades como diabetes o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, desnutrición, obesidad, entre otros y en cuanto a los factores técnicos, se han implicado complicaciones de la herida quirúrgica, dehiscencia de suturas, sangrados, fístulas. Entre los factores médicos, se pueden considerar la complejidad de la cirugía, las condiciones médicas preexistentes del paciente, la elección del abordaje quirúrgico y la adecuación de los protocolos de tratamiento postoperatorio. Además, los factores quirúrgicos, como la habilidad del cirujano y las técnicas quirúrgicas empleadas, podrían influir en la tasa de reintervenciones. A nivel de infraestructura hospitalaria, la disponibilidad de recursos, la calidad de los equipos médicos y la adherencia a prácticas de control de infecciones también podrían ser determinantes (2).

Este estudio se adentra en la complejidad de las reintervenciones quirúrgicas en cirugía mayor, explorando los factores asociados que podrían influir en su aparición. El objetivo principal de esta investigación es identificar y analizar críticamente los elementos que podrían predisponer a los pacientes a someterse a una reintervención después de una cirugía mayor, con el fin de ofrecer información valiosa para la toma de decisiones clínicas y la mejora de la atención médica.

Planteamiento del problema

La cirugía es un procedimiento médico específico en el cual se intervienen órganos internos o externos del paciente mientras este se encuentra bajo anestesia. Tanto las cirugías generales como las locales se realizan en un quirófano estéril con el objetivo de promover una pronta recuperación. La intervención quirúrgica afecta tanto al paciente como a su familia y a la sociedad en general. Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad que requiere tratamiento quirúrgico, es necesario que el paciente sea ingresado en el hospital (1).

Las complicaciones posteriores a la cirugía en la zona de la cicatriz abarcan el hematoma, la dehiscencia, el seroma y la infección. Un hematoma se produce debido a la ruptura de un vaso sanguíneo, resultando en la acumulación de sangre que muchas veces son motivo de

intervenciones. La dehiscencia se produce cuando la herida se abre total o parcialmente que obliga a re intervenir al paciente para evitar la exposición de las vísceras al medio ambiente (2).

Una investigación de cohorte que utilizó datos generales en el estado de Washington descubrió que el 11% de los pacientes con peritonitis secundaria desarrollaron sepsis severa. Los pacientes con sepsis severa tenían un riesgo relativo bruto de muerte 13 veces mayor que aquellos que no cumplían con estos criterios. La sepsis severa estuvo presente en el 62% de los pacientes fallecidos. Además, se identificaron factores que se asocian de manera independiente con la sepsis severa, incluyendo el origen de la infección, el grado de peritonitis, la edad avanzada y la presencia de disfunción orgánica preexistente (3).

Se ha observado que las reintervenciones operatorias se relacionan con altas tasas de morbimortalidad, que aumenta con cada nueva intervención. En cirugías abdominales las complicaciones de mayor relevancia como las que generan una relaparotomía es de 1.4/100 operaciones y de 3.1/100 en operaciones de urgencia. Se ha reportado una mortalidad del 50% en la 2° reintervención y del 70% en la 3° (4).

Se estima que, a nivel mundial, cinco billones de personas no tienen acceso a cirugías seguras y de calidad. Aunque se realizan 313 millones de intervenciones quirúrgicas al año, esta cantidad no es suficiente para satisfacer la demanda, y se necesitan 321,5 millones de procedimientos adicionales, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. En el entorno hospitalario, las cirugías pueden ser de emergencia o programadas, también conocidas como cirugías electivas (5). Así encontramos que, en una investigación realizada en Ecuador, se detectó una tasa de reintervenciones del 34%, y se observó una tasa de mortalidad del 9,7% entre los pacientes que fueron sometidos a una reintervención (6).

Y en un estudio realizado en Cuba, se encontró una tasa de relaparotomías del 2,7. El grupo de edad mayor de 60 años y el sexo masculino fueron los más afectados, y las principales causas de reintervención fueron las peritonitis y las evisceraciones postoperatorias (7).

En un estudio realizado en Perú, se observó que un alto porcentaje de pacientes (78%) que presentaron complicaciones sobre todo los referidos al aparato respiratorio como son las neumonías y atelectasias que necesitaron intubación traqueal prolongada (8).

Las complicaciones postoperatorias, incluyendo las que necesitan reintervención, tienen una etiología compleja y variada. Actualmente no hay una definición o clasificación uniforme para informar sobre las complicaciones posoperatorias. Las clasificaciones más comunes son la "Clasificación de Clavien-Dindo" y la "Clasificación de Accordion", las cuales se basan en la estratificación del tratamiento necesario, el riesgo y la gravedad de las complicaciones (9).

Y en un estudio realizado por Chavarry-Zavaleta, E. en Perú encontró que la tasa de mortalidad entre los pacientes que requirieron reintervención en Trujillo fue del 11,71% (10).

Mientras que Guevara sugiere que la hipoalbuminemia debe ser considerada como uno de los principales factores de riesgo en cirugía gastrointestinal, debido a su relación con las

complicaciones posquirúrgicas (11).

En el Hospital Regional de Ica se realizan intervenciones quirúrgicas abdominales mayores de pacientes procedentes de la Región y de otras regiones que muchos de ellos ingresan a sala de operaciones en reiteradas veces con resultados en algunos casos adversos como es la pérdida de la vida del paciente, es por ello es que se desarrolla este estudio tendiente a conocer las características de los pacientes que son sometidos a más de una operación desencadenado por la patología primaria.

Antecedentes de la investigación

Internacionales

Groen JV, et al; Grupo holandés de cáncer de páncreas. Pancreatectomía completa o un procedimiento de preservación del páncreas durante la relaparotomía por fístula pancreática después de pancreatoduodenectomía: un estudio de cohortes multicéntrico y un metaanálisis en Holanda 2021. El objetivo de este estudio fue comparar la pancreatectomía total con la preservación pancreática en pacientes sometidos a relaparotomía por fístula pancreática tras una pancreatoduodenectomía. Métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo en 9 centros que incluyó pacientes sometidos a relaparotomía por fístula pancreática después de una pancreatoduodenectomía. De los 4,877 pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía, se observó que 786 (16%) desarrollaron una fístula pancreática de grado B/C y 162 (3 por ciento) tuvieron que someterse a relaparotomía debido a esta complicación. Dentro de este grupo, 36 pacientes (22 por ciento) se sometieron a pancreatectomía radical, mientras que 126 pacientes (78 por ciento) recibieron una cirugía conservadora del páncreas. Se encontró que la mortalidad después de completar la resección pancreática fue mayor en el grupo de pancreatectomía radical en comparación con el grupo de cirugía conservadora 20 pacientes (56 por ciento) frente a 40 pacientes (32 por ciento); $P = 0,009$), ajustando por reoperación previa y fracaso. Sin embargo, la tasa de mortalidad se mantuvo similar al tener en cuenta el tiempo transcurrido antes de la relaparotomía (odds ratio ajustado 2,55, intervalo de confianza del 95%: 1,07 a 6,08). No hubo diferencias significativas en la tasa de cirugía de reintervención entre los dos grupos (23 pacientes (64 por ciento) frente a 84 pacientes (67 por ciento); $P = 0,756$). Se confirmó una asociación entre la pancreatectomía radical y una mayor mortalidad (OR:1,99, intervalo de confianza del 95%: 1,03 a 3,84)(12).

Kassahun W. Reoperación y resultados quirúrgicos después de la cirugía por emergencias abdominales mayores en Alemania 2019. El objetivo de este estudio fue examinar los resultados y determinar los factores predictivos independientes de la reoperación después de una laparotomía de emergencia (LE). Materiales y Métodos: Se realizó una evaluación retrospectiva de los pacientes ($n = 854$) sometidos a LE 2018. Resultados: Del total de pacientes del estudio, 307

(35,9%) requirieron reoperación y 547 (64,1%) no necesitaron una segunda intervención. El número promedio de cirugías fue de $2,02 \pm 1,54$, con una mediana de 2 (rango 1-10). La tasa más alta de reoperación se observó en casos de perforación de órganos huecos (25,6%), seguida de hemorragia (16,1%), fuga anastomótica (15,4%), isquemia mesentérica (14,9%) y obstrucción intestinal (11,9%). La incidencia de complicaciones postoperatorias fue mayor en los pacientes sometidos a reoperación (100%) en comparación con aquellos que no requirieron reintervención (58,9%). Se registraron 305 fallecimientos, lo que resultó en una tasa general de mortalidad hospitalaria del 35,7%. Hubo 175 muertes (57%) en el grupo de reoperación y 130 muertes (23,8%) en el grupo sin reoperación. Conclusiones: Nuestros datos indican que la mortalidad después de una reoperación es significativamente mayor, y que la mortalidad aumenta de manera constante a medida que se realizan más reoperaciones (13).

Nivelo-Zumba J. Relaparotomía después de cirugías de abdomen de urgencia, determinación de los factores asociados en Riobamba Ecuador 2022. El propósito fue identificar las indicaciones para una reintervención de las cirugías en el abdomen. El resultado principal fue que, 44% de los casos, la indicación fue abdomen agudo quirúrgico. Las intervenciones por apendicitis aguda fueron las más frecuentes 38%. El motivo de reoperación fue absceso intraperitoneal 36%. La edad > 60 años (48 %), el retardo en el acto quirúrgico > 24 horas (35 %), el tiempo operatorio > 3 horas (31 %) estuvieron asociadas a la reintervención. Se concluyó que hubo una asociación con la reintervención quirúrgica entre las edades ≥ 60 años, la demora quirúrgica ≥ 24 horas, la prolongación del tiempo operatorio ≥ 3 horas (14).

Sánchez-Paredes L. Factores que influyen en la reintervenciones quirúrgicas en pacientes operados en el Hospital Docente De Calderón, Quito Ecuador de octubre 2018 a octubre 2019. Objetivo: Identificar los factores que influyen en la revisión quirúrgica. Materiales y métodos: Observación, análisis, estudio longitudinal y retrospectivo Resultados: La mayoría de los pacientes reoperados fueron para irrigación quirúrgica (irrigación abdominal), muchos días de antibiótico y edades avanzadas ($p < 0,05$), las conclusiones son: Los factores que influyen en los pacientes sometidos a reintervención quirúrgica son el tiempo quirúrgico, la edad, la antibioticoterapia prolongada(15).

Pérez-Otero K. Reintervención de Cirugía Mínimamente Invasiva en Pacientes con Complicaciones Intraperitoneales Postoperatorias, La Habana, 2019. Se realizó un estudio descriptivo transversal para caracterizar la reintervención de cirugía mínimamente invasiva. Este universo estuvo conformado por 81 pacientes que se sometieron a cirugía, 78 pacientes fueron reintervenidos. Las edades de los pacientes de más de 60 años están asociadas a las reintervenciones. En la mayoría de los casos, el intervalo de cirugía es de 1 a 7 días, el tiempo de

cirugía es menor a 60 minutos motivo principalmente fue debido al sangrado intraoperatorio. Hubo 2 complicaciones postoperatorias, la mayoría por infecciones del sitio quirúrgico, la reintervención fue baja y la estancia fue de 8-14 días(16).

Nacionales

Ibarra R. Factores asociados a reintervención abdominal ingresados por urgencias en el Hospital Abel Gilbert Ponton en 2020, el propósito es identificar las condiciones que hacen que se indique la reintervención quirúrgica abdominal, los resultados son: La reintervención quirúrgica abdominal urgente resultó ser predominante en los hombres con un 58,3% y un 56%, correlativamente. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron infección del sitio operatorio (46,8%), absceso abdominal (26,6%) y shock séptico (24,8%). También se obtuvieron para comorbilidades (glucemia e hipertensión arterial), y tiempo de operación prolongado. Conclusiones: La tasa de reintervenciones fue alta (17).

Mansilla-Doria, P. Factores Asociados a la Intervención Requirúrgica en el Tratamiento del Abdomen Agudo en el Adulto Mayor, Hospital de Urgencias Grau EsSALUD Lima-Perú 2019, con la finalidad de identificar las condiciones que favorecen las reintervenciones quirúrgicas abdominales. La muestra se constituyó con historias de 100 pacientes de 65 años o más, 20 casos versus 80 controles Resultados: el 55% son varones, la edad media fue de $80 \pm 6,9$ años, el 80% tenían comorbilidades, y las más frecuentes fueron las enfermedades cardiovasculares (69%) y la desnutrición (29%). Las complicaciones intraoperatorias de mayor prevalencia son la falla multiorgánica (34%) y los cambios cardiovasculares (19%). Las complicaciones postoperatorias fueron del 78%, más comúnmente pulmonares (69%) e intraperitoneales (30%). La tasa de mortalidad global para el grupo de estudio fue de 6%. Concluimos que la edad y la anemia están asociadas a la reintervención en ancianos sometidos a cirugía abdominal aguda (18).

Guevara A, estudia los factores que se relacionan a complicaciones posoperatorias de laparotomía en el Hospital de Jaén enero – diciembre 2018. El propósito de este estudio fue identificar los factores que se relacionan con las complicaciones posoperatorias en operados de laparotomía exploratoria. La metodología fue de tipo observacional, descriptiva, transversal y retrospectiva. En el trabajo de investigación 95 pacientes fueron analizados Resultados: El 70,5% no experimentaron complicaciones postoperatorias, mientras que el 29,5% sí las presentaron. El 64,2% eran varones. La anemia se observó en el 49,5% de los pacientes en quienes la tasa de complicación fue mayor hasta en 67,9%. El diagnóstico preoperatorio más común fue la apendicitis aguda en el 45,3% de los pacientes, seguido de la obstrucción intestinal en un 17,9%. La infección del sitio quirúrgico fue la complicación más frecuente en los pacientes sometidos a laparotomía exploratoria, afectando al 39,3%, seguida de la sepsis con un 10,7%. Se llegó a las

siguientes conclusiones: el factor de riesgo más frecuente fue la anemia (OR=2,9, p=0,02), donde el 49,5% tuvo anemia, de los cuales el 67,9% experimentó complicaciones. La obesidad, fue la comorbilidad más frecuente en los pacientes (33,7%) (19).

González-Yovera J. Perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico de los pacientes relaparotomizados en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, 2019 cuya finalidad fue la de tener las características de los pacientes reintervenidos de cirugía abdominal. Metodología: Investigación observacional, descriptiva, transversal. Un total de 123 pacientes en la población de pacientes de 14 años y más a los que se les realizó revisión de sus historias clínicas. Resultados: La tasa general de relaparotomía fue del 5,82 %, el 50,42 % tenía 60 años o más y el 51,2 % eran mujeres. El 61,8% presentó alguna comorbilidad y el 61,8% fue intervenido quirúrgicamente de urgencia. La anastomosis primaria fue la técnica más empleada (16,3 %), siendo la reintervención electiva el 94,3 %, el 53,7 % fue reintervenido de 1 a 3 horas, y el 73,2% fue reoperado a las 72 horas. El absceso intraperitoneal fue el hallazgo predominante (22%), el 86,2% tuvo una sola reintervención y la mortalidad global fue del 10,6%. Conclusiones: La tasa anual de cirugía recidivante fue de 7,88%, más del 50% eran mayores de 60 años, la hipertensión arterial fue la comorbilidad más prevalente, y predominó la cirugía precoz de urgencia del arrozal. La mortalidad general fue del 10,6%, siendo los hallazgos más comunes la edad de 60 años o más, los procedimientos fueron de urgencia, y la dehiscencia anastomótica intraoperatoria (20).

Zegarra-Cavani, S. Reintervención en la Cirugía Laparoscópica en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoe 2018 Objetivo: Describir las características de la cirugía laparoscópica en pacientes sometidos a cirugía abdominal aguda quirúrgica de emergencia. Metodología: Pacientes de 15 años en adelante conformaron la muestra a los que se les realizó al menos una relaparotomía. Resultados: Un total de 4.366 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y 397 pacientes (9,3%) fueron reintervenidos. La tasa de mortalidad fue 5,2% y la tasa de mortalidad entre los que recibieron relaparotomía fue 46,1%. Conclusiones: La tasa de relaparotomía fue de 19,8%. La mortalidad fue 46,1% y fue 7 veces más en los de 65 años o más que tuvieron relaparotomía. La indicación para relaparotomía más frecuente fue sepsis intraabdominal, y la principal indicación para relaparotomía fueron infecciones intraabdominales complicadas. Los pacientes con relaparotomía en etapa tardía tenían casi cinco veces más probabilidades de morir que aquellos con relaparotomía en etapa temprana (21).

Locales

Bordón-Luján C. Características de la cirugía abdominal de revisión - Hospital Santa María del Socorro de Ica del 2010 al 2020. El propósito del estudio fue determinar las características de la relaparotomía. Se trata de un estudio observacional cuantitativo. La muestra fue compuesta por

113 mayores de 18 años que se sometieron a cirugía digestiva. El 54,9% eran femeninas y el 59,3% tenían más de 60 años. Del total, el 85% presentó comorbilidades relevantes. La cirugía electiva representó el 60,2%, la relaparatomía electiva representó el 65,5%. El absceso intraperitoneal fue predominante en el 31%. Se concluyó que la incidencia de relaparatomía se es de 8-9,7% y es predominantemente prevalente en mujeres y personas de más de 60 años. Las principales complicaciones encontradas fueron la diabetes y la hipertensión arterial, y la indicación de relaparatomía más frecuente fue la cirugía de la vía biliar, con una mortalidad global del 7,1%(22).

Marco teórico

La identificación y tratamiento del abdomen agudo es un desafío para los cirujanos generales, especialmente en casos inciertos, lo que puede resultar en una alta tasa de morbimortalidad. En pacientes con esta afección, la decisión de intervenir quirúrgicamente o proporcionar tratamiento médico puede ser difícil y requiere una comprensión completa de la situación del paciente. Con el avance de la tecnología y los conocimientos en las últimas décadas, los métodos de diagnóstico de lesiones intraabdominales han mejorado. Ante la falta de test confiable para determinar lesión traumática intraabdominales, las víctimas de traumatismos cerrados se sometían a observación clínica y solo se operaban en caso de hemorragias o peritonitis. El tratamiento tradicional del abdomen agudo, ya sea traumático o no traumático, implica cirugía diagnóstica o terapéutica, y la laparotomía exploratoria clásica sigue siendo la técnica más utilizada (23).

Se entiende por laparotomía exploratoria a una operación abdominal que permite visualizar los órganos y tejidos internos. Se utiliza para diagnosticar enfermedades abdominales que no pueden ser identificadas por otros medios, o en casos de lesiones abdominales causadas por armas de fuego, cortes o traumas. La exploración quirúrgica del abdomen, o laparotomía exploratoria, se recomienda cuando otros métodos de diagnóstico no son viables (24).

La laparotomía exploratoria es una cirugía abdominal abierta que se realiza para visualizar los órganos y tejidos internos. Se recomienda cuando otros métodos de diagnóstico no son suficientes para diagnosticar una enfermedad abdominal. Por otro lado, una intervención quirúrgica programada es aquella que se programa con anticipación tomándose las precauciones necesarias para asegurar el éxito de la intervención (25).

Se entiende por intervenciones quirúrgicas realizadas a aquellas en las que el personal especializado ha iniciado, llevado a cabo y finalizado la cirugía dentro de una sala de operaciones en una hora previamente determinada (26).

Por otro lado, las intervenciones quirúrgicas suspendidas se refieren a aquellas programadas que no se llevaron a cabo en la fecha indicada (26).

Mientras que el término "Abdomen Agudo" se utiliza para describir dolor en abdomen de aparición reciente, con una duración de hasta 48 horas y hasta 6 días, y que tiene repercusión en

el estado general del paciente se necesita intervenir rápidamente tan pronto se crea que es quirúrgico. Mientras que la laparotomía es un abordaje quirúrgico que permite explorar el abdomen con una incisión (26).

Y la anestesia general se refiere a la supresión temporal y reversible de la sensibilidad del cuerpo, acompañada de la pérdida de la conciencia, lograda mediante el uso de anestésicos durante un procedimiento quirúrgico (23).

Complicaciones posoperatorias frecuentes:

Infección postoperatoria: Es la infección que ocurre en el lugar de la cirugía, incluyendo abscesos intraperitoneales. El tratamiento incluye antibióticos empíricos según la flora bacteriana más común y se ajustará según los resultados de los cultivos (1).

Sangrado, seromas y hematomas: El sangrado durante la cirugía se manejará con cauterización o ligadura vascular, y se colocará un drenaje laminar si es necesario. Los seromas y hematomas en la herida operatoria se tratarán mediante exploración y drenaje, y se colocará un drenaje laminar si es necesario (1).

Dehiscencia de la herida operatoria: Se tratará con curaciones según la demanda, y el cierre ideal será por segunda intención (1).

Dehiscencia de la anastomosis: La dehiscencia parcial se manejará con NPO (nada por boca), nutrición parenteral total, observación y control de imágenes. La dehiscencia total requerirá una relaparotomía de emergencia con posibilidad de ostomía protectora (1).

Íleo postoperatorio (dinámico o adinámico): El íleo dinámico puede ser causado por problemas mecánicos, mientras que el adinámico se debe a la atonía fisiológica postoperatoria. Se debe realizar una observación y control radiográfico durante las primeras 72 horas, con la colocación de una sonda nasogástrica descompresiva y la corrección de los niveles de electrolitos si es necesario (1).

Obstrucción intestinal postoperatoria por bridas y adherencias: Se requerirá una exploración quirúrgica abdominal para liberar las bridas y adherencias (1).

Trastornos hidroelectrolíticos: Se manejarán mediante un balance hidroelectrolítico estricto y control de laboratorio cada 48 horas según sea necesario. La presencia de taquicardia o hipotensión arterial postoperatoria requerirá investigación. Se administrarán líquidos isotónicos con precaución para evitar una sobrecarga en los espacios extracelulares, lo que podría causar una dificultad en la eliminación renal de sodio y una hiponatremia (1).

Peritonitis: Una inflamación del peritoneo que requiere tratamiento médico o quirúrgico según su causa y gravedad (1).

Complicaciones poco Frecuentes:

- Elevación de temperatura corporal.
- Si la causa subyacente no es identificada, puede requerir otra intervención quirúrgica o un

tratamiento alternativo.

- Inflamación purulenta en la región retroperitoneal.
- Inflamación del peritoneo debido a la acumulación de bilis.
- Shock que ocurre después de la cirugía, que puede ser causado por una variedad de factores, como desequilibrios de líquidos y electrolitos, descompensación ácido-base, insuficiencia respiratoria, causas cardíacas, endocrinas, reacciones a medicamentos, transfusiones y alergias.
- Cicatrización deficiente de la herida quirúrgica.
- Protuberancia en la pared abdominal causada por la salida de órganos internos.
- Abertura anormal que se forma entre dos órganos o entre un órgano y la piel.
- Daño, lesión o complicaciones en el intestino.
- Riesgos asociados con el uso de anestesia.
- Problemas respiratorios que puedan surgir como complicaciones (1).

Raros:

- Infección intestinal causada por estafilococos.
- Inflamación de la vena porta, una afección poco común en la actualidad.
- Problemas en los riñones que dificultan su función adecuada (1).

Los casos en los que se produce la dehiscencia de la anastomosis pueden llegar a ser de hasta un 30%, dependiendo de la patología que se asocie, siendo la desnutrición crónica una comorbilidad de gran importancia a tener en cuenta. Los factores que influyen se pueden clasificar en cuatro categorías: propios del paciente, de la técnica quirúrgica, de la zona de anastomosis y de alto riesgo. Los factores del paciente dependen de un buen estado nutricional, que estén hemodinámicamente estables y que las asas intestinales estén sanas antes de la cirugía. Otros factores de riesgo incluyen niveles bajos de albúmina antes de la cirugía (inferiores a 3.4 gr/dL), peso bajo y edad avanzada del paciente (27).

Uno de los factores que influyen en una mala cicatrización es la malnutrición proteico-calórica, ya que la deficiencia en la ingesta de proteínas y carbohidratos limita la fuente de proteínas necesarias para la reparación y síntesis celular, así como para una adecuada función inmunológica y antiinflamatoria. Por lo tanto, es importante conocer el estado nutricional del paciente antes de la cirugía y sus niveles de albúmina. Otros factores que pueden influir en la dehiscencia de la anastomosis son las comorbilidades previas, como la edad avanzada, la anemia, la diabetes mellitus, las nefropatías, la uremia, el uso de dosis altas de corticoides, la inestabilidad hemodinámica y el alcoholismo crónico (27).

En tanto que se han utilizado diferentes términos para describir la evisceración, como dilaceración o dilaceración aguda, dehiscencia de la herida, desgarró de la pared y exenteración, aunque su significado puede variar en función del tamaño y la ubicación en la práctica clínica. (28)

Mientras que la evisceración se produce cuando las vísceras abdominales salen al exterior identificándose 4 tipos de dehiscencia (29).

El primer tipo solo compromete los puntos del peritoneo.

El segundo tipo compromete las suturas de la aponeurosis.

El tercer tipo, compromete las suturas hasta la piel.

Cuando ocurre la evisceración en el período posoperatorio inmediato, se conoce como "dehiscencia incompleta", en este caso las vísceras solo están cubiertas por la piel y el tejido subcutáneo:

Las reintervenciones quirúrgicas

Aunque la cirugía ha avanzado significativamente gracias al desarrollo de la tecnología y la formación especializada de los cirujanos, todavía ocurren complicaciones que necesitan una posible cirugía adicional. La presencia de complicaciones internas después de una laparotomía postoperatoria empeora la salud del paciente y puede afectar el pronóstico, incluso si se utilizan antimicrobianos adecuados, nutrición correcta y cuidados intensivos (30).

La reintervención quirúrgica, conocida como relaparotomía, se lleva a cabo en los primeros 30 días después de una cirugía inicial debido a una complicación intraabdominal. Esta medida debe ser reservada para situaciones graves y el momento adecuado para realizarla es un tema de debate. Algunos cuestionan la reintervención en pacientes que muestran un empeoramiento general después de una cirugía sin signos clínicos de complicaciones intraabdominales. Sin embargo, los defensores de la reintervención argumentan que los síntomas de falla de órganos es una de las complicaciones posoperatorias. De hecho, el abdomen se ha denominado el "agresor silencioso". Aunque en algunos casos desencadena una cascada de eventos que pueden resultar en insuficiencia múltiple de órganos (7).

Los exámenes de laboratorio y radiológicos no son muy útiles para diagnosticar cuadros agudos abdominales en pacientes sometidos a laparotomía antes de las 72 horas del postoperatorio, mientras tanto, la laparoscopia puede ser riesgosa o contraindicada (30).

Distintos autores han intentado establecer criterios comunes para decidir cuándo realizar una reintervención, utilizando diversas pruebas de evaluación, como el APACHE (Evaluación de la Salud Crónica y Aguda) (31).

La decisión de realizar una reintervención en un paciente es compleja en la práctica. La reintervención abdominal, o relaparotomía, se realiza en un paciente que ha sido previamente operado y ha presentado una complicación intraabdominal en los treinta días posteriores a la cirugía. En algunos hospitales, las reintervenciones representan del 0.5% al 15% de todas las laparotomías, con una mortalidad en los relaparotomizados que supera el 40% (31).

Así, el criterio reoperar después de la cirugía para descomprimir una cavidad que pueda desarrollar un síndrome de hipertensión intraabdominal está ganando aceptación entre los profesionales que atienden a estos pacientes (31).

La peritonitis generalizada secundaria sigue siendo una de las enfermedades más mortales, por lo que es crucial que el personal médico la identifique rápidamente. Además, es fundamental que la

población en general también esté informada sobre esta enfermedad (8).

Los pacientes que se someten a cirugía por peritonitis secundaria suelen presentar complicaciones inherentes a este procedimiento, especialmente si tienen otros factores asociados. Sin embargo, se ha observado que un pronóstico favorable se logra mediante el uso adecuado de antibióticos y un control efectivo de la fuente de la infección, lo que ha permitido reducir la mortalidad de esta enfermedad a un rango de aproximadamente 5% a 6% (22).

La peritonitis secundaria se caracteriza por la entrada directa de contenido contaminante en la cavidad peritoneal a través de fugas de estructuras del tracto gastrointestinal o urogenital, así como de las vísceras sólidas relacionadas (3).

En tanto que el Índice de Mannheim de Peritonitis (IMP) fue desarrollado a partir de un estudio con 1253 pacientes afectados por peritonitis, en el cual se identificaron 8 factores predictores de mortalidad de un total inicial de 20 ítems. Estos factores incluyen edad, sexo, disfunción orgánica, neoplasias malignas, extensión de la peritonitis, así como examen del fluido peritoneal. El IMP tiene un rango de puntuación de 0 a 47 y se considera una herramienta de fácil aplicación que ofrece una estimación personalizada del riesgo de mortalidad en casos de peritonitis secundaria, es de acceso rápido y generalmente se considera un sistema práctico de predicción en esta patología (32).

La cirugía de control es una estrategia que implica realizar una laparotomía abreviada seguida de trasladar al paciente inmediatamente a la unidad de cuidados intensivos para llevar a cabo una reanimación fisiológica, posponiendo la reparación quirúrgica definitiva para un segundo tiempo en el quirófano (32).

Se considera el estándar de tratamiento a medida que los pacientes sometidos a cirugía general o cirugía de urgencia desarrollan infecciones intraabdominales graves o hemorragias, se ven expuestos a los efectos de la acidosis, la hipotermia y la coagulopatía. Por esta razón, los cirujanos que los tratan han comenzado a aplicar progresivamente el control de la patología a medida que se recupera el estado general del paciente (33).

Los pacientes con infección grave del abdomen y el peritoneo a menudo requieren reintervenciones, lo cual se relaciona con un alto índice de complicaciones y mortalidad. El manejo terapéutico de estos casos es difícil y genera controversia (34).

En 1992, Bone y sus colegas establecieron criterios estandarizados para la sepsis, definiéndola como una respuesta sistémica a la infección que se manifiesta a través de dos o más de las siguientes condiciones: Temperatura 38 grados Celsius o inferior a 36 grados Celsius, frecuencia cardíaca superior a 90 latidos por minuto, taquipnea más de 20 respiraciones por minuto, y recuento de glóbulos blancos superior a 12,000/mm³ o inferior al 4,000/mm³ o con más del 10% de glóbulos blancos inmaduros (34).

La sepsis tiene una alta tasa de mortalidad, y también está asociada con un aumento en la duración de la hospitalización. Con todo lo que fallecen debido a la sepsis anualmente y de la extensa

investigación realizada en todos los aspectos de la enfermedad, aún se sabe poco con certeza y se dispone de pocas opciones terapéuticas específicas para los pacientes (34).

La identificación y la toma de decisiones terapéuticas en casos de sepsis abdominal temprana representan un desafío significativo para los cirujanos, especialmente cuando la cirugía inicial se realizó debido a una infección en un órgano intraabdominal. En consecuencia, se debe considerar si es apropiado continuar con un enfoque conservador o si la infección ha progresado, lo que requiere una reintervención para drenar los abscesos residuales o realizar una limpieza completa de la cavidad peritoneal (11).

Los costos médicos de las reintervenciones representan entre el 45% y el 60% del presupuesto total, asociados con medicamentos, pruebas diagnósticas mientras que en cirugía normal estos gastos solo representan aproximadamente el 30% del total, lo que significa que la duración de la estancia hospitalaria es el factor principal que determina los costos (11).

Durante el último siglo, ha habido un cambio significativo en la forma en que se toma la decisión de realizar una laparotomía en pacientes estables con trauma abdominal. En la actualidad, se cuenta con diversas opciones de diagnóstico, como el lavado peritoneal, la ecografía FAST (Evaluación Focal para el Examen Sonográfico del Paciente con Trauma), la tomografía computarizada y la laparoscopia diagnóstica, así como opciones terapéuticas de radiología intervencionista. Estas opciones han llevado a una creciente tendencia hacia el manejo conservador, lo que implica que aproximadamente solo el 20% de los casos requieren una laparotomía exploratoria (35).

En ocasiones, durante la relaparotomía, algunos pacientes muestran mejoría mientras que otros mantienen la misma evolución a pesar de la reintervención. Existe un debate sobre la conducta a seguir, donde algunos defienden un enfoque más conservador y expectante basado en el estado precario del paciente, el riesgo de reintervención y la posibilidad de complicaciones derivadas de las técnicas quirúrgicas empleadas. Además, se ha discutido la opción de abrir el abdomen de manera temprana para aliviar la hipertensión intraabdominal, antes de que se desarrolle el síndrome compartimental abdominal. En los pacientes sometidos a cirugía, siguen surgiendo complicaciones que requieren reintervenciones tempranas, lo cual tiene un impacto significativo en la mortalidad quirúrgica. Durante mucho tiempo, las complicaciones sépticas han representado un desafío debido a las reservas fisiológicas disminuidas de los pacientes y a la posibilidad de que las complicaciones pasen desapercibidas (7).

En las enfermedades quirúrgicas, es crucial preparar adecuadamente al paciente, especialmente cuando se requiere un tratamiento urgente. Correcciones hidroelectrolíticas y ácido-base, así como el manejo de la coagulación y la administración de antibioprofilaxis. Sin embargo, la reintervención quirúrgica se considera la principal complicación de la técnica quirúrgica, en el intento de resolver cualquier problema intraoperatorio relacionado con el diagnóstico y el tratamiento (36).

En este sentido, se ha observado que alrededor del 10% de las complicaciones graves y potencialmente mortales en el período posoperatorio son de origen iatrogénico. La segunda decisión difícil es cuándo operarse. La reintervención provoca traumatismos adicionales y desequilibrios homeostáticos, aumentando la probabilidad de complicación y de mortalidad (36). Una reintervención quirúrgica puede representar la última esperanza para algunos pacientes, aunque los resultados pueden variar. Aunque la cirugía agresiva puede proporcionar una tasa de supervivencia de hasta el 52 por ciento, los hallazgos en la autopsia de una enfermedad que requería tratamiento quirúrgico y no se realizó son desalentadores (37).

Es importante tener en cuenta que alrededor del 2 por ciento de los pacientes que se someten a laparotomía desarrollan sepsis intraabdominal posoperatoria, y aproximadamente el 29 por ciento de aquellos que tienen este diagnóstico en la cirugía inicial continúan con la sepsis (38).

De allí que la detección y tratamiento oportuno son cruciales para estos pacientes. Se ha demostrado que la mortalidad disminuye cuando se previene el desarrollo de complicaciones en lugar de tratarla una vez que se manifiesta (38).

A pesar de la frecuencia de las reintervenciones quirúrgicas abdominales en la actualidad, todavía no existe una doctrina unificada ni directrices claras sobre cómo manejar a los pacientes que requieren reintervención. Los estudios y publicaciones sobre este tema son escasos tanto a nivel nacional como internacional. En Cuba, se han reportado tasas de reintervenciones abdominales entre el 1,3 y el 2,6 por ciento, el 10,6 por ciento en cuidados intermedios y hasta el 17 por ciento en unidades de cuidados intensivos (38).

La reintervención quirúrgica abdominal generalmente se deriva de un primer procedimiento quirúrgico que puede no haber sido exitoso, ya sea debido a complicaciones posquirúrgicas. Aunque ha habido avances tecnológicos en el campo de la medicina que han mejorado los métodos diagnósticos, terapéuticos, nutricionales y ventilatorios, lo que ha permitido realizar reintervenciones abdominales con mayor seguridad, la morbimortalidad sigue siendo inaceptablemente alta (38).

Existen dos categorías principales de reintervenciones:

Reintervenciones urgentes: Estas se llevan a cabo dentro de las primeras 24 horas posteriores a la cirugía inicial. También pueden ocurrir de manera mediata durante el período de hospitalización o, en casos menos frecuentes, tardíamente cuando el paciente ya ha sido dado de alta del hospital.

Reintervenciones planeadas: En estos casos, se llevan a cabo procesos por partes y progresivos con el objetivo de reducir el trauma quirúrgico (39).

Existen diferentes factores de riesgo quirúrgico que deben ser considerados tanto por el paciente como por el médico. Estos factores se pueden clasificar en tres grupos principales, siendo el riesgo vital el más relevante desde el punto de vista clínico y estadístico. Es importante estudiar cuidadosamente todos los riesgos, ya que todos tienen importancia en el contexto quirúrgico (6):

Riesgo quirúrgico que depende de los pacientes.

Se ha observado que la edad es un factor que puede afectar la morbimortalidad la influencia de la edad cronológica en sí misma es limitada, y parece que lo que más influye es el déficit de las reservas fisiológicas asociadas con la edad y presencia de comorbilidades. Cuando las reservas fisiológicas deben hacer frente a las demandas adicionales de la cirugía, su funcionamiento general puede verse afectado negativamente (6).

La obesidad, el tejido adiposo tiene una vascularización limitada, lo que lo hace más propenso a desarrollar procesos infecciosos, acumulación de linfa o seromas, así como a la dehiscencia de suturas (6).

La mala nutrición, la disminución de proteínas en sangre (hipoproteïnemia) tiene un impacto negativo en la formación de colágeno, mientras que la deficiencia de vitaminas (especialmente vitamina C, vitamina A y vitamina E) retrasa el proceso de cicatrización en las heridas quirúrgicas y las anastomosis. Además, se debe tener en cuenta que a medida que aumenta la edad, el flujo sanguíneo hacia los tejidos y órganos disminuye, lo que puede afectar la capacidad de los fibroblastos y llevar a una cicatrización deficiente y un mayor riesgo de dehiscencia de las suturas(6).

Las enfermedades concomitantes, los pacientes diabéticos enfrentan un estrés significativo antes y durante la cirugía, y se estima que tienen un 50% más de riesgo de complicaciones y mortalidad en comparación con aquellos que no tienen diabetes. En el período postoperatorio inmediato, pueden experimentar disfunción autonómica que se manifiesta con episodios de hipotensión, mientras que, en el período postoperatorio tardío, la función de los leucocitos puede estar comprometida, lo que resulta en una cicatrización deficiente y un mayor riesgo de infecciones(6). Los pacientes con ictericia, que se caracteriza por un aumento de la bilirrubina en los tejidos, presentan un efecto inhibitorio en la migración de los fibroblastos y la formación de nuevos vasos sanguíneos debido al depósito de sales de bilirrubina en los tejidos(6).

La presencia de anemia antes y durante la cirugía resulta en una falta de oxigenación adecuada en los tejidos dañados, lo que retrasa el proceso de cicatrización.

En el caso de la hepatopatía crónica, existe un mayor riesgo anestésico, así como desnutrición, niveles bajos de albúmina en sangre y trastornos de la coagulación. Por otro lado, las enfermedades renales pueden provocar desequilibrios en los niveles de líquidos y electrolitos en el cuerpo (6).

Presencia de contaminación por gérmenes

a) Cirugía de limpieza: Se refiere a procedimientos quirúrgicos en los que no se penetra en ningún órgano o sistema del cuerpo, generalmente son cirugías programadas como mastectomías, tiroidectomías, hernias, entre otras. Las heridas quirúrgicas en estos casos no están infectadas.

b) Cirugía de limpieza-contaminada: En este tipo de cirugía se penetra en un órgano o sistema con una mínima contaminación. Ejemplos de este tipo de cirugía son las cirugías biliares, apendicitis no purulentas, cesáreas, cirugías vaginales, entre otras.

c) Cirugía contaminada: Se refiere a cirugías en las que se ha abierto órganos o sistemas de manera traumática, como en casos de heridas por arma de fuego o corto punzantes, o cuando ocurre un accidente sin utilizar técnicas estériles. Por lo general, estas cirugías tienen menos de 4 horas de evolución (6).

d) Cirugía sucia: Este tipo de cirugía involucra la presencia de secreciones purulentas o tejidos desvitalizados. La formación de infecciones con secreción purulenta puede llevar a la aparición de fístulas en las suturas o anastomosis debido a la separación de los tejidos. La presencia de bacterias y tejidos inflamados con alta osmolaridad puede causar acumulación de líquido en la cavidad (6).

Presencia de cuerpos extraños intraabdominales. La presencia de elementos como gasas, puede dificultar la infiltración de vasos sanguíneos y tejido fibroso. Esto se debe a que estos elementos actúan como obstáculos que interfieren en el proceso de cicatrización (6).

2.- Grado de riesgo quirúrgico en la primera operación.

Toda patología conlleva su propio riesgo y su importancia depende del tipo de patología, el momento en que actúa y el estado general del paciente. Algunas enfermedades neoplásicas pueden tener repercusiones sistémicas como desnutrición, pérdida de peso y afectar el sistema inmunológico. Las enfermedades infecciosas e inflamatorias pueden provocar un aumento en el metabolismo, la liberación de mediadores químicos, el desequilibrio de líquidos, electrolitos y proteínas, y también favorecer la proliferación de bacterias. Los traumatismos y sus consecuencias pueden resultar en lesiones de órganos vitales, vasos sanguíneos importantes o vísceras huecas (6).

3.- Riesgo quirúrgico dependiente de la propia cirugía

Todo riesgo relacionado con el paciente o la enfermedad subyacente puede afectar la forma en que los medicamentos anestésicos actúan en el cuerpo, lo cual puede tener consecuencias significativas en pacientes gravemente lesionados. La presencia de insuficiencia renal o hepática en el paciente puede provocar una eliminación más lenta de los medicamentos anestésicos (6).

Riesgos propios de la cirugía.

La cirugía de urgencia presenta una mayor morbilidad y mortalidad en comparación con las cirugías programadas, según Mannhein. La técnica quirúrgica desempeña un papel crucial en la eliminación de pus, abscesos y tejidos desvitalizados, así como en la manipulación de órganos sin causar más daño. La experiencia del cirujano es fundamental para tomar decisiones adecuadas durante el procedimiento quirúrgico y en situaciones de emergencia que puedan surgir durante el proceso (6).

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son los factores clínicos de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía

mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022?

Problemas específicos

¿Cuál es la prevalencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022?

¿Cuáles son las causas de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022?

¿Cuál es la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según edad?

¿Cuál es la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según sexo?

¿Cuál es la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según presencia de comorbilidades?

¿Cuál es el perfil proteico en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022?

¿Cuál es número de reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022?

¿Cuál es la tasa de mortalidad en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022?

Justificación e importancia de la investigación

Las reintervenciones quirúrgicas en adultos pueden ser necesarias por varias razones, incluyendo complicaciones postoperatorias, fallos en la reparación original o la necesidad de corregir un problema que no fue abordado durante la cirugía inicial. Estas reintervenciones pueden ser costosas y tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, un estudio sobre reintervenciones quirúrgicas en adultos sería importante por varias razones:

Evaluación de la efectividad de las cirugías: El estudio podría proporcionar información sobre la efectividad de las cirugías y la tasa de éxito de la primera intervención quirúrgica. Si una cirugía tiene una alta tasa de reintervención, se puede considerar que no es tan efectiva como se pensaba originalmente y puede ser necesario considerar otras opciones de tratamiento.

Importancia

Relevancia metodológica. La investigación se desarrollará bajo el método científico de tal modo que se inicia con un correcto recojo de datos que garantizan resultados veraces y poder ser analizados y comparados con estudios en otras realidades.

Relevancia teórica. La información revisada y que sustenta la investigación es actualizada con lo que se contribuye a mejorar el estado de arte en este tema que se ha visto incrementado en el nosocomio en estudio.

Relevancia social. Las reintervenciones quirúrgicas pueden ser costosas y consumir recursos

médicos importantes. Un estudio sobre reintervenciones quirúrgicas puede ayudar a identificar formas de reducir los costos, como la implementación de técnicas quirúrgicas más precisas o la selección de pacientes adecuados para la cirugía, con lo que se lograría mejores resultados quirúrgico en beneficio de la salud de los pacientes.

Relevancia Práctica. El estudio podría identificar factores de riesgo que aumentan la probabilidad de reintervención quirúrgica, como la edad del paciente, la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad. Esto puede ayudar a los médicos a tomar decisiones más informadas y a identificar pacientes que pueden necesitar una monitorización más estrecha.

Viabilidad. El estudio es viable financieramente porque los gastos que genere su desarrollo serán cubiertos por la investigadora en su totalidad, además es viable éticamente porque se desarrollará en los registros clínicos de los participantes evitando daños físicos o mentales sobre ellos. Se cuenta con el acceso a los datos previa autorización de la dirección ejecutiva del Hospital Regional de Ica.

Objetivos

Objetivo general

Identificar los factores clínicos de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Determinar las causas de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Determinar la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según edad

Determinar la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según sexo

Determinar la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según presencia de comorbilidades

Determinar el perfil proteico en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Determinar el número de reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Determinar la tasa de mortalidad en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Hipótesis y variables de la investigación

Estudio de nivel descriptivo que no considera hipótesis.

Variables

Variable de estudio

- Reintervención quirúrgica

Variables de caracterización

- Causas de las reintervenciones
- Edad de los pacientes reintervenidos
- Sexo de los pacientes reintervenidos
- Comorbilidades de los pacientes reintervenidos
- Perfil proteico
- Número de reintervenciones
- Mortalidad en las reintervenciones

II.- ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo. El estudio es de tipo descriptivo, debido a que se orienta a describir las características de los pacientes que fueron reintervenidos quirúrgicamente, Transversal porque en el estudio se miden las variables una sola vez en tiempo determinado, retrospectiva en razón de que los datos son obtenidos del pasado y no experimental en el sentido de que los datos se obtienen tal como de presentaron en su medio natural.

Nivel. Descriptivo

Enfoque. Cuantitativo

Diseño. Descriptivo

Población. Pacientes operados de cirugía mayor en abdomen (Colecistectomías, apendicetomías, obstrucciones intestinales, laparotomías exploradoras, Traumas abdominales cerradas y abiertas) entre los años 2018 al 2022 que son 4800 pacientes en 5 años.

Muestra

La muestra para

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N - 1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 4800$$

$$p = 0.5 = \text{Proporción que maximiza el tamaño de muestra}$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{4800 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (4800 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 356$$

Ajustando el tamaño de muestra a 15% de pérdidas se tienen un tamaño de muestra de 419 pacientes operados de cirugía mayor.

$n' = 419$ pacientes operados de cirugía mayor.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Paciente operado de cirugía mayor entre los años 2018 al 2022 en el Hospital Regional de Ica.

Paciente que cuente con su historia clínica con los datos completos para la

investigación.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Pacientes operados de cáncer de localización abdominal.

Paciente con insuficiencia renal crónica terminal

Pacientes con alteraciones genéticas

pacientes con enfermedades inmunológicas tipo lupus eritematoso sistémico.

Muestreo. - La muestra será seleccionada aleatoriamente a fin de que cada paciente tenga la misma probabilidad de ser parte del estudio.

La técnica: La técnica a emplear es la documental pues se trata de una revisión de registros clínicos de los pacientes en estudio, los datos se accederán previa solicitud de acceso a los datos presentado por la autora a las autoridades del nosocomio en estudio, las que deben ser conseguidas en un plazo de 15 días para realizar el estudio en aproximadamente 12 días hábiles con la colaboración de dos colaboradoras debidamente capacitadas para la obtención de datos desde las historias clínicas.

Instrumento: El instrumento es una ficha de recolección de datos utilizada en el estudio de Bordón C. sobre perfil del paciente sometido a reintervención quirúrgica abdominal - Hospital Santa María del Socorro, Ica 2010-2020(24).

Ética

Para el desarrollo de la investigación se respetó los principios éticos sobre investigaciones en humanos propuestos y normados en los documentos como el reporte Belmont, la CIOMS(OMS), el Código de Núremberg y la Normas de Helsinki.

No maleficencia. La investigación se realizó en las historias clínicas de los pacientes operados en el nosocomio en estudio lo que evita producir daños a los participantes.

Beneficencia. La investigación tiene el propósito el hacer un análisis científico de las reintervenciones quirúrgicas abdominales para contribuir a un mejor conocimiento de la calidad de las operaciones practicadas y mejorar en un futuro sobre la base de los resultados.

Justicia. La investigación respetó el anonimato de los participantes al identificarles con un número a cada uno lo que evita el sesgo de información pues no existirá discriminación de ningún tipo.

III.- RESULTADOS

Tabla 1. Prevalencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Operados de cirugía mayor	N°	Porcentaje
Reintervenido	72	17,2%
No reintervenido	347	82.8%
Total	419	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla indica que la tasa de reintervenciones quirúrgica en pacientes operados durante los años 2018 al 2022 de cirugía abdominal mayor fue de 17,2%.

Figura 1. Prevalencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

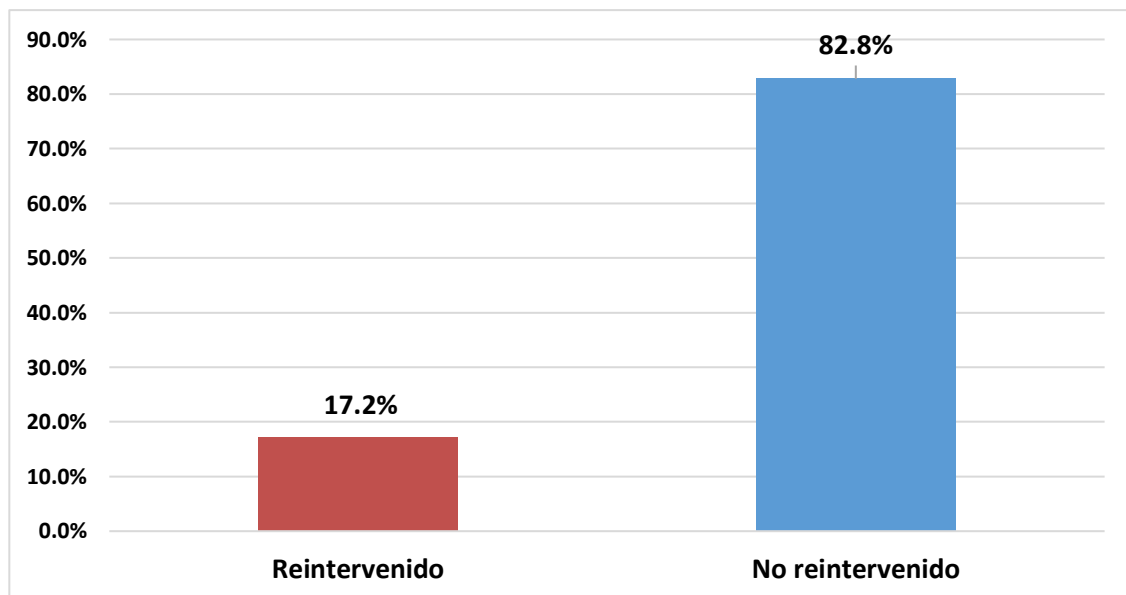


Tabla 2. Causas de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Causa	N°	Porcentaje
Absceso	5	6,9%
Obstrucción	27	37,5%
Hemorragia	19	26,4%
Evisceración	8	11,1%
Fuga intestinal	10	13,9%
Otro	3	4,2%
Total	72	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La causa más frecuente de reintervención quirúrgica fue la obstrucción mecánica (37,5%), seguido de hemorragias (26,4%), en menor proporción por fuga intestinal (13,9%), evisceración (11,1%) y absceso (6,9%), y 4,2% de los pacientes se reintervenieron por otros motivos como son pancreatitis posquirúrgica y por retiro de cuerpo extraño.

Figura 2. Causas de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

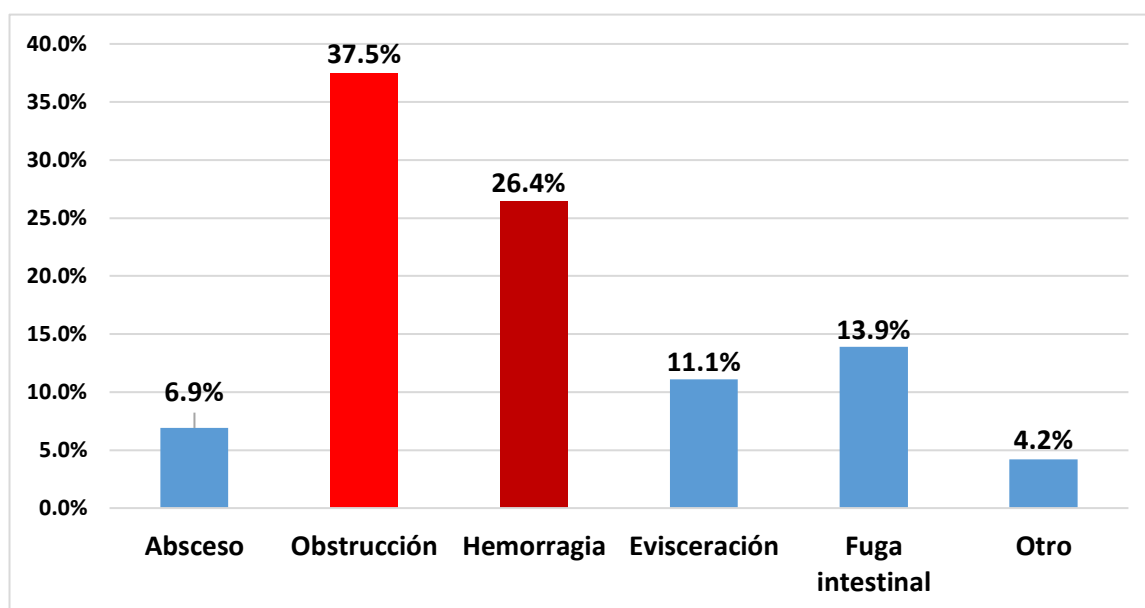


Tabla 3. Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según edad

Edad	N°	Porcentaje
15 a 30 años	14	19,4%
31 a 60 años	35	48,6%
> de 60 años	23	31,9%
Total	72	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Las reintervenciones ocurrieron con mayor frecuencia entre los pacientes de 32 a 60 años (48,6%) seguido de los de más de 60 años (31,9%) y menos en los de 15 a 30 años (19,4%).

Figura 3. Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según edad

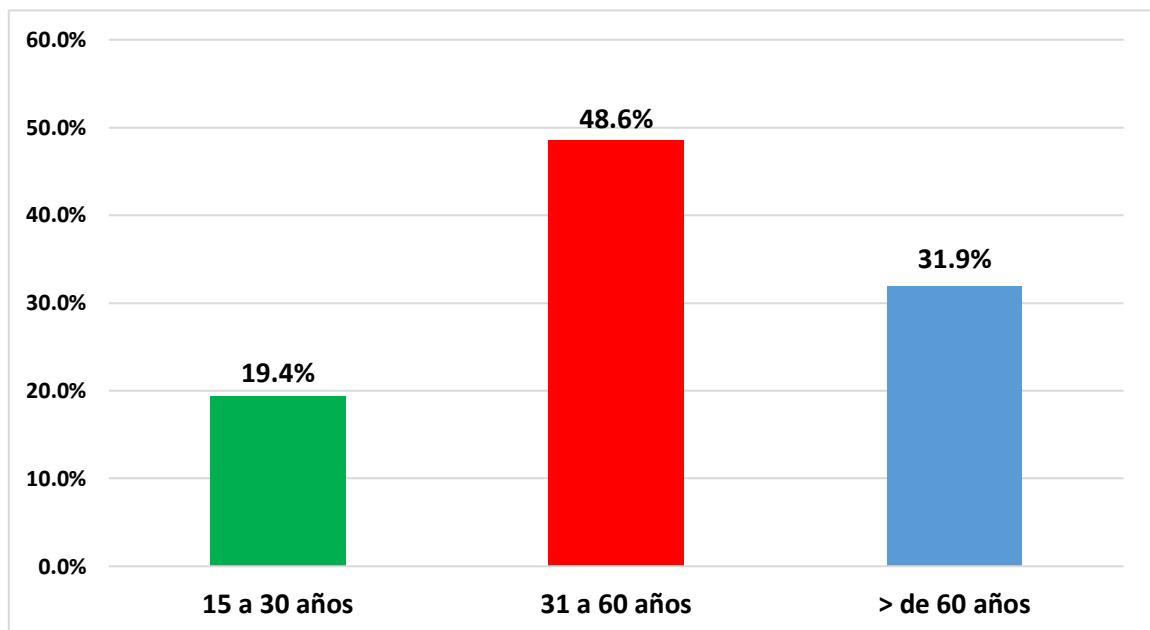


Tabla 4. Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según sexo

Sexo	N°	Porcentaje
Masculino	43	59,7%
Femenino	29	40,3%
Total	72	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Las reintervenciones quirúrgicas de operaciones abdominales mayores es más frecuente en el sexo masculino (59,7%) que en las mujeres (40,3%).

Figura 4. Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según sexo

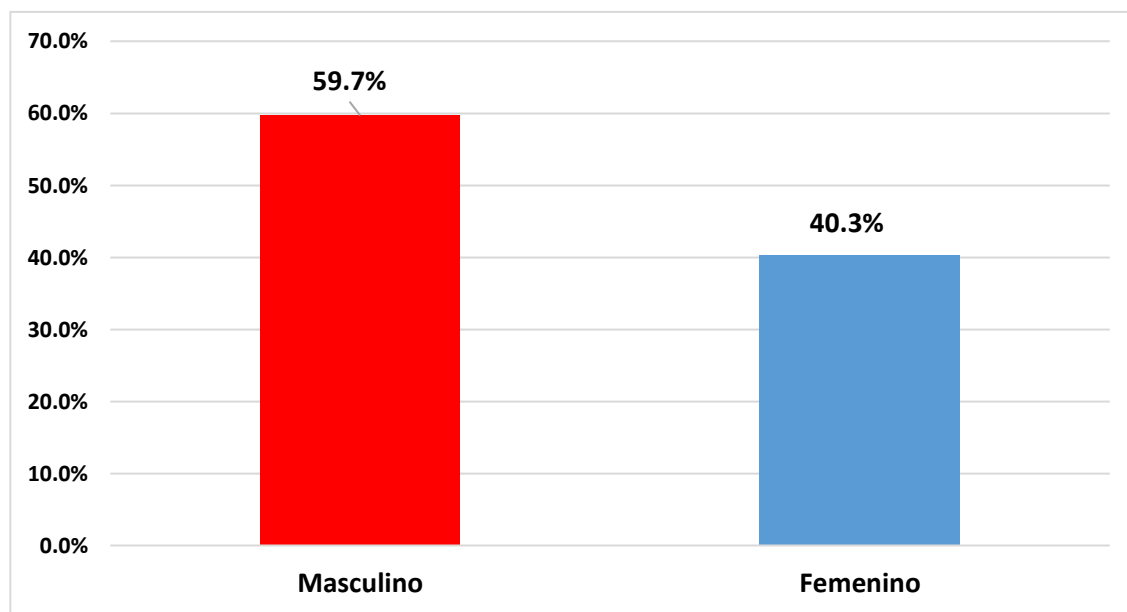


Tabla 5. Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según presencia de comorbilidades

Comorbilidad	N°	%	Tipo de comorbilidad	N°	%
Con comorbilidad	30	41,7%	Solo diabetes	8	11,1%
			Solo hipertensión	6	8,3%
			Solo obesidad	5	6,9%
			Diabetes e hipertensión	4	5,6%
			Diabetes y obesidad	4	5,6%
			Hipertensión y obesidad	2	2,8%
			Diabetes, hipertensión y obesidad	1	1,4%
Sin comorbilidad	42	58,3%		42	58,3%
Total	72	100,0%		72	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que el 41,7% de los pacientes reintervenidos por cirugías mayores en abdomen tuvieron una o varias comorbilidades

Figura 5. Frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según presencia de comorbilidades

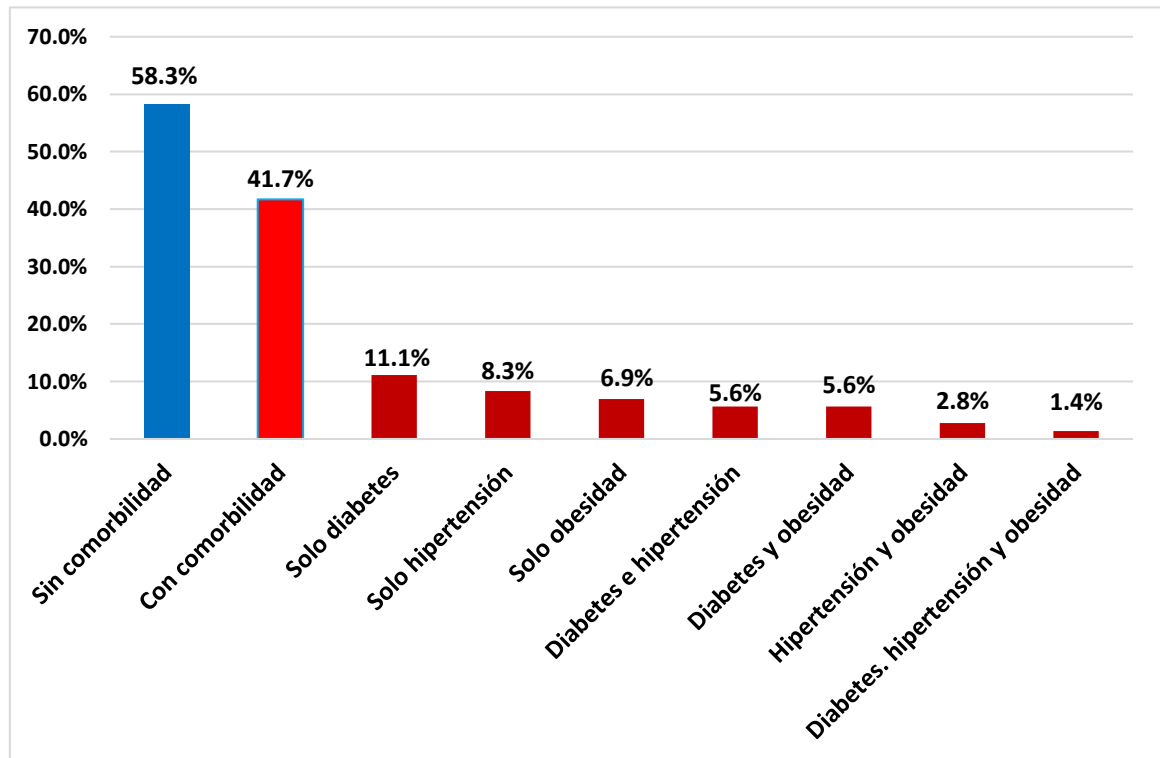


Tabla 6. Perfil proteico en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Proteinemia	N°	Porcentaje
Hipoproteinemia	38	52,8%
Normoproteinemia	34	47,2%
Total	72	100,0%
Albuminemia		
Hipoalbuminemia	31	43,1%
Normoalbuminemia	41	56,9%
Total	72	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Los pacientes reintervenidos por cirugía abdominal mayor el 52,8% tuvieron hipoproteinemia, y el 43,1% presentó hipoalbuminemia.

Figura 6. Perfil proteico en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

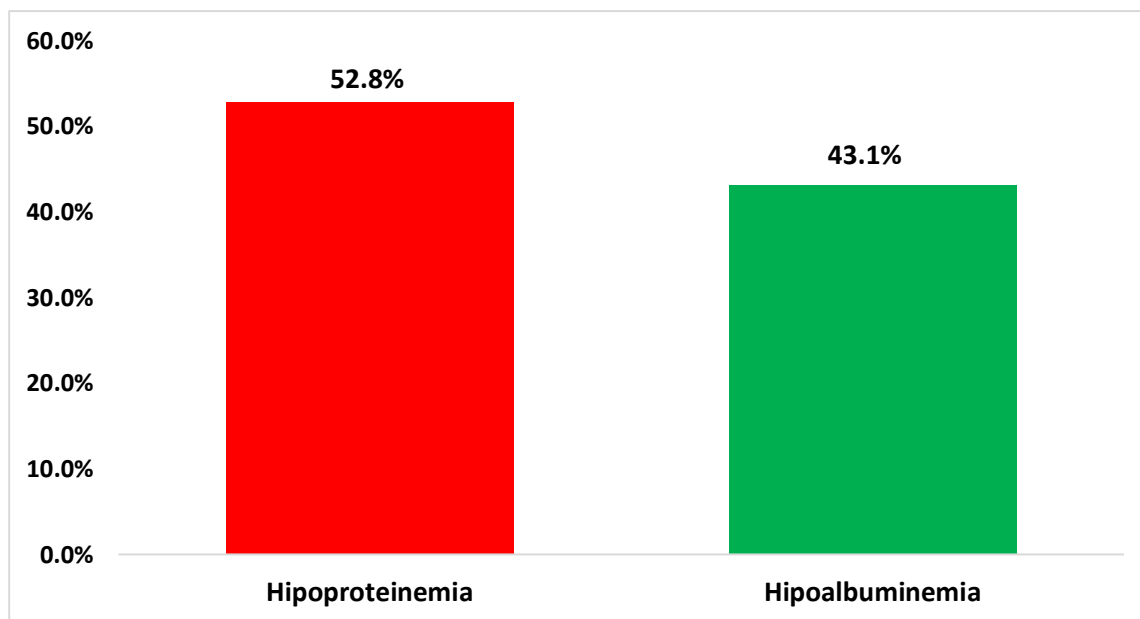


Tabla 7 Número de reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital

Regional de Ica 2018 al 2022

Número de reintervenciones	N°	Porcentaje
1	58	80,6%
2	10	13,9%
3	3	4,2%
4	1	1,4%
Total	72	100,0

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los pacientes reintervenidos presentaron una sola reintervención (80,6%), mientras que 13,9% tuvo dos reintervenciones y 4,2% tuvieron 3 reintervenciones y el 1,4% tuvo 4 reintervenciones.

Figura 7 Número de reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

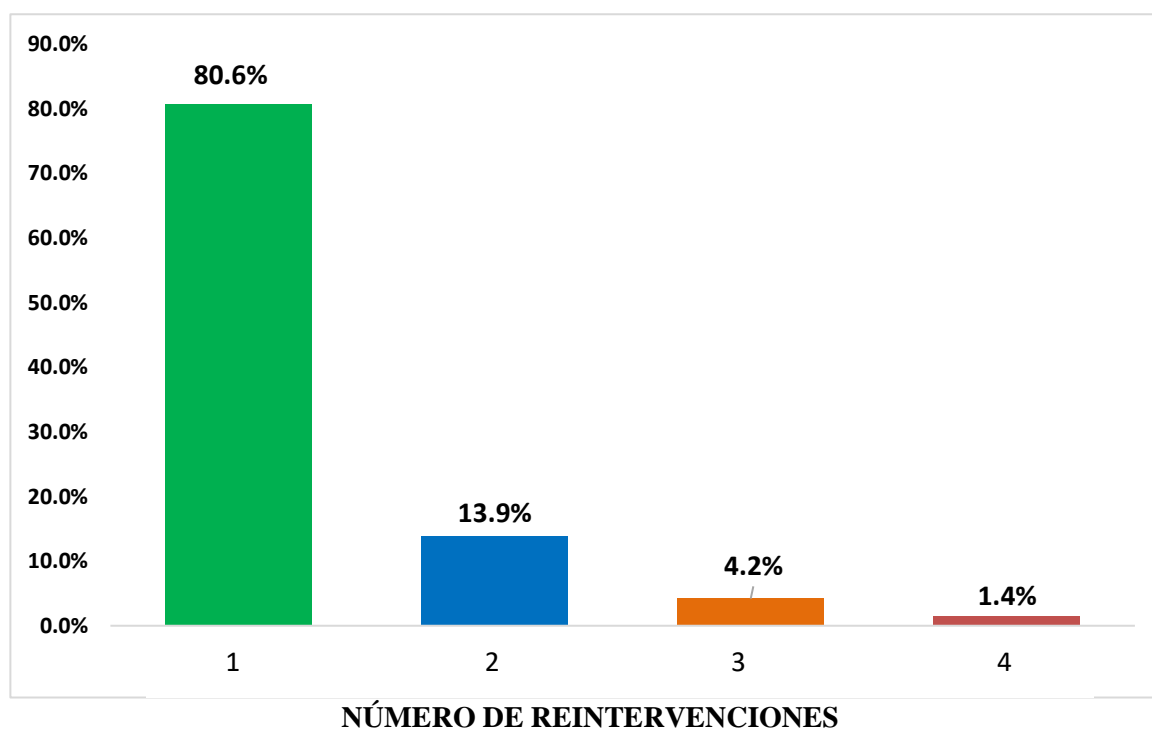


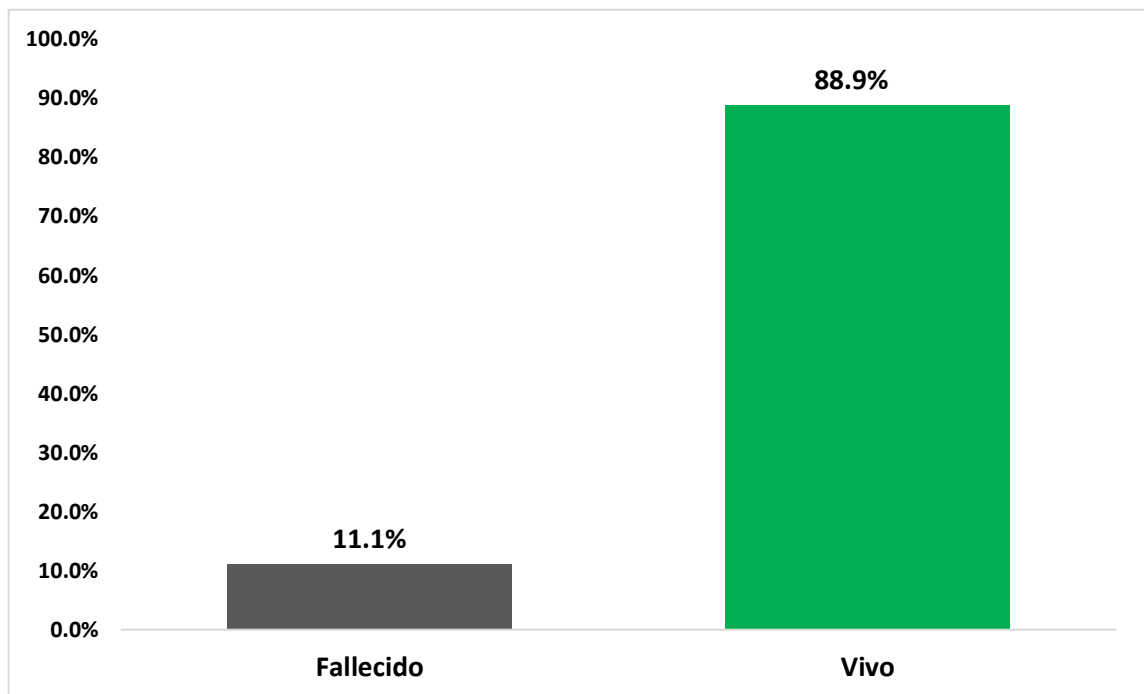
Tabla 8. Tasa de mortalidad en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022

Mortalidad	N°	Porcentaje
Fallecido	8	11,1%
Vivo	64	88,9%
Total	72	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tasa de mortalidad en los pacientes reintervenidos por cirugías mayores en la cavidad abdominal fue de 11,1%

Figura 8. Tasa de mortalidad en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022



IV.- DISCUSIÓN

Las reintervenciones en pacientes que fueron operado de cirugía abdominal puede traer consecuencias graves para el paciente pues la mortalidad se incrementa a medida que aumentan los números de reintervenciones, de allí que se desarrolló este estudio para conocer las características clínicas de estos pacientes, se empezó por conocer la prevalencia de reintervenciones de pacientes sometidos a operaciones en abdomen determinándose que es de 17,2%. El estudio de Zegarra (21) en Lima encuentra una tasa de reintervenciones quirúrgicas de 19,8% similar al encontrado en la investigación.

Respecto a las causas que generaron que el paciente sea reintervenido fueron la obstrucción mecánica como el más prevalente seguido de hemorragias y en menor proporción por fistulas, evisceración o abscesos, al respecto el estudio de Groen (12) encuentra que los pacientes reintervenidos el 16% fueron por fistulas enterocutáneas, que estaría en relación a la habilidad de los cirujanos y del estudio realizado a los pacientes operados.

Mientras que son los pacientes de edades de 31 a 60 años los más frecuentemente reintervenidos, lo que se debe que la cirugía abdominal tiene mayor prevalencia en este grupo etareo, mientras que los de mayor de 60 años se deben a los estadios graves que suelen operarse estos pacientes y por las comorbilidades que le acompañan, tal como lo demuestra Niveló (14) en el Ecuador en el 2022 que determina que la reintervención es más frecuente en los pacientes de 60 a más años, también así lo determina el estudio de Sánchez (15), incluso el estudio de Pérez (16) en la Habana en el año 2019 concluye que la edad mayor de 60 años está asociado a un mayor riesgo de reintervención quirúrgica.

El sexo mayormente reintervenido es el masculino, que se debería a que son pacientes que acuden en estadios más avanzados de sus enfermedades, además que las heridas por agresión por terceros son más frecuentes en este sexo, por lo que le ponen en mayor riesgo de tener operaciones complicadas y con posibilidad de reintervenciones más frecuentes, además que este sexo es el que tienen mayor porcentaje de hábitos nocivos que repercuten negativamente en la cicatrización.

Los pacientes con comorbilidades fueron el 41,7% siendo este más frecuente en los pacientes de edades mayores, siendo la obesidad más frecuente en edades menores, la mayoría de ellos presentaron solo diabetes, seguido de solo hipertensión, y luego de solo obesidad y en menor proporción tuvieron 2 a más comorbilidades lo que le pone en mayor riesgo de tener complicaciones posoperatorias y por ende de reintervenciones. En este sentido el estudio de Ibarra (17) encuentra que las comorbilidades presentes en el paciente operado es un riesgo para ser reintervenido. Guevara (19) encuentra una alta proporción de paciente obesos que tienen reintervenciones, que se debería a que estos pacientes tienen pobre cicatrización sobre todo en las paredes abdominales. Mientras que Gonzales (20) determina en su estudio en Chiclayo en el 2019 que el 22% de los pacientes fueron reintervenidos por abscesos, lo que indicaría que existen

problemas con la asepsia y antisepsia en este nosocomio. La comorbilidad es un factor importante para reintervenciones así lo indica Bordón (22) en su estudio en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Un porcentaje considerable de los pacientes reintervenidos tuvieron hipoproteinemia, así como de hipoalbuminemia sobre todo aquello que presentaron dehiscencia de la herida por cicatrización deficiente. Al respecto el estudio de Guevara (19) indica que la anemia que frecuentemente se asocia con hipoproteinemia e hipoalbuminemia es un factor de riesgo para reintervención

La mayoría de los pacientes tuvieron solo una reintervención, sin embargo, un 13,9% tuvieron dos reintervenciones y 4,2% que tuvieron 3 reintervenciones y el 1,4% tuvo 4 reintervenciones, lo que le aumenta el riesgo de fallecimiento.

La tasa de mortalidad en este estudio fue de 11,1%, que según el estudio de Kassahun en Alemania (13) encuentra en su investigación que la tasa de mortalidad es significativamente mayor al encontrado en el estudio que fue de 35,7%, mientras que el estudio de Mansilla (18) en Lima EsSalud en el 2019 encuentra una tasa de mortalidad en pacientes reintervenidos de 6%, lo que se debe a las condiciones de logística que cuentan estos hospitales que reduce el número de reintervenciones, además, que estos hospitales trabajan en red que al presentarse complicaciones en la operación con referidas a otros hospitales de mayor complejidad. Gonzales (20) en Chiclayo encuentra una tasa de mortalidad de 10,6% similar al encontrado en el estudio. Zegarra (21) en el Hospital Loayza de Lima encuentra una tasa de mortalidad de 46,1% muy por encima de lo encontrado en el estudio lo que se debería a que este nosocomio recibe pacientes transferidos de distintas partes del Perú en estadios muy complicados.

V.- CONCLUSIONES

1. La prevalencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía abdominal mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 es de 17,2%.
2. Las causas más prevalentes de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía abdominal mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 son la obstrucción mecánica y las hemorragias.
3. Las edades de 31 a 60 años son los que están en mayor riesgo de reintervenciones en pacientes operados de cirugía abdominal mayor en el Hospital Regional de Ica 2018
4. El sexo masculino tiene mayor riesgo de reintervenciones en pacientes operados de cirugía abdominal mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022.
5. La diabetes, hipertensión y obesidad son las comorbilidades prevalentes en las pacientes con reintervenciones de cirugía abdominal mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022.
6. Cerca de la mitad de los pacientes con reintervenciones por cirugía abdominal mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 tiene hipoproteinemia o hipoalbuminemia.
7. La tasa de mortalidad en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía abdominal mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 es de 11,1%.
8. Tener en cuenta en el estudio que cada nosocomio recibe pacientes transferidos de distintas partes del Perú en estadios muy complicados.

VI.- RECOMENDACIONES

Se debe hacer una evaluación exhaustiva de antecedentes médicos del paciente, incluyendo cirugías abdominales previas, afecciones médicas subyacentes y cualquier historial relevante para comprender mejor la situación, planeando adecuadamente la operación a fin de evitar complicaciones que pongan en riesgo de ser reintervenido.

Examina las complicaciones que llevaron a la necesidad de reintervención. Comprender las razones detrás de la reintervención, como infecciones, dehiscencia de heridas o problemas intestinales, puede ayudar a prevenir recurrencias.

Diseñar un plan quirúrgico específico para cada paciente, considerando las particularidades la edad y el estado de la patología motivo de la operación. Esto ayudará a minimizar riesgos y mejorar los resultados.

Identificar y abordar posibles riesgos y complicaciones antes de la intervención, estableciendo planes de contingencia para situaciones como hemorragias, perforaciones u otras complicaciones inesperadas y hábitos nocivos de los pacientes sobre todo si es del sexo masculino.

Proporciona información clara y comprensible al paciente sobre el procedimiento, los riesgos, las expectativas y el proceso de recuperación, brinda apoyo emocional y recursos para ayudar al paciente a sobrellevar el proceso, sobre todo cuando en los pacientes con comorbilidades.

Evaluación del estado nutricional asegurándose de que los pacientes estén en un estado nutricional adecuado antes de la reintervención. La malnutrición puede aumentar el riesgo de complicaciones y dificultar la recuperación.

Obtener imágenes diagnósticas recientes, como tomografías computarizadas o resonancias magnéticas, para tener una comprensión clara de la anatomía abdominal y las posibles anomalías antes de la reintervención para evitar que el paciente vuelva a ser reintervenido.

Enfoque multidisciplinario que incluya cirujanos, anestesiólogos, especialistas en cuidados intensivos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coordinada para evitar mortalidad en estos pacientes, realizar un seguimiento a largo plazo de los pacientes después de la reintervención para evaluar la eficacia de la cirugía y estar atentos a detectar problemas recurrentes o nuevas complicaciones.

VII.- Referencias bibliográficas.

- 1.- Mendieta E, Minchala R. Revisión Bibliográfica: Cuidados y Complicaciones Postquirúrgicos Mediatas y Tardías en Adultos. RevMed HJCA 2018; 10(3): 235 - 241. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.3.rb.38>
- 2.- Cajas-Bejarano C. Factores asociados a la complicación de heridas postquirúrgicas. Cirugía General, Hospital General IESS, Milagro. 2018. Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. Vol. 3 núm., 1, enero, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 464-482. DOI: 10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.464-482
- 3.- Portilla Echevarría, K. Factores relacionados a relaparotomía positiva en pacientes con peritonitis secundaria. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6775>
- 4.- Calero Vivas V. Factores de riesgo asociados a complicaciones quirúrgicas en pacientes atendidos por el servicio de cirugía general del hospital Dr. Fernando Vélez Paíz desde marzo hasta septiembre 2018. <http://repositorio.unan.edu.ni/11263/>
<http://repositorio.unan.edu.ni/11263/1/100447.pdf>
- 5.- Blas-Benites K. Factores influyentes en la suspensión de cirugías programadas y satisfacción de los pacientes en el Hospital III Suárez Angamos EsSalud durante el año 2020. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/17064>
- 6.- 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
- 8.- Mansilla-Doria P. Factores asociados a la reintervención quirúrgica en el tratamiento del abdomen agudo del anciano, hospital de emergencias Grau EsSALUD Lima– Perú. Conocimiento para el desarrollo Enero-Junio, 2019 10(1): 67-73. DOI: 10.17268/CpD.2019.01.10
- 9.- La Rosa AY, Rodríguez FZ, Matos TME. El dilema de las reintervenciones quirúrgicas. Revista Cubana de Cirugía. 2018;57(4):80-92. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85791>
- 10.- 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>
- 11.- Guevara-Maticorena B. Agentes relacionados a complicaciones posquirúrgicas en cirugía gastrointestinal en adultos mayores del centro médico naval – cmst, en el periodo 2009 – 2018. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/2877>
- 12.- Groen JV, et al; Grupo holandés de cáncer de páncreas. Pancreatectomía completa o un procedimiento de preservación del páncreas durante la relaparotomía por fístula pancreática después de pancreatoduodenectomía: un estudio de cohortes multicéntrico y un metanálisis. Br J Surg. 11 de noviembre de 2021; 108 (11): 1371-1379. doi: 10.1093/bjs/znab273. PMID:

34608941.

13.- Kassahun WT, Mehdorn M, Wagner TC. Los efectos de la reoperación en los resultados quirúrgicos después de la cirugía por emergencias abdominales mayores. Un estudio de cohorte retrospectivo. *Cirugía Interna J.* 2019 diciembre; 72: 235-240. doi: 10.1016/j.ijcu.2019.11.024. Epub 2019 22 de noviembre. PMID: 31765848.

14.- Niveló Zumba, J. E. ., Vera Macías, J. J. ., Cabezas Dillon, C. A. ., & Mendoza García, W. R. Relaparotomía tras cirugía abdominal de emergencia, análisis de causas y factores de riesgo Riobamba Ecuador 2022. *Journal of American Health*, 5(2). Recuperado a partir de <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/136>

15.- Sánchez Paredes, L. Factores influyentes para reintervención quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía desde octubre del 2018 hasta octubre del 2019 en el Hospital Docente De Calderón, Quito-Ecuador. URI: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24249>

16.- Pérez Otero K. Reintervenciones por cirugía mínimamente invasiva en pacientes con complicaciones postquirúrgicas intraabdominales La Habana 2019. <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/paper/viewFile/272/220>

17.- Ibarra R. Factores asociados a las reintervenciones quirúrgicas en cirugía abdominal que ingresan por el servicio de emergencia del hospital de especialidades Abel Gilbert Ponton desde enero 2020- diciembre 2020. DOI: <https://doi.org/10.53591/revfcm.v1i2.1274>

18.- Mansilla-Doria P. et al. Factores asociados a la re intervención quirúrgica en el tratamiento del abdomen agudo del anciano, hospital de emergencias Grau EsSALUD Lima-Perú 2019. *Conocimiento para el desarrollo*, 10(1), 67-73. <https://doi.org/10.17268/CpD.2019.01.10>

19.- Guevara Ruiz, A Factores de riesgo relacionados a complicaciones postoperatorias en pacientes operados por laparotomía exploratoria en el Hospital General de Jaén durante el periodo enero – diciembre 2018. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/2650>

20.- Gonzáles Yovera J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a relaparotomía, en el Hospital base Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/926>

21.- Zegarra Cavani, S. Relaparotomías en el Servicio de Cirugía de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2018. *Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú CIRUJANO Vol. 15 N° 1*

22.- 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>

23. MINSA 2021. Guía de Procedimiento de Laparotomía Exploradora, Celiotomía Exploradora con o sin Biopsia(s) (Procedimiento Separado). Mayo 2021 Código: GP-001/INSN- SB/

- 24.- Sosa Tinizaray M. Laparotomía exploratoria. Post quirúrgico. REVISTA: RECIMUNDO. Guayaquil, Ecuador pag. 497-505 DOI: 10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.497-505
- 25.- Ramírez L. OPS/OMS 2018. Postquirúrgico de laparatomía exploratoria. “Dr. Roberto A. Becker” Hospital traumatológico ney arias lora Republica Dominicana 2018. Foro Iberoamericano de discusiones sobre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS).
- 26.- 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>
- 27.- 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>
- 28.- 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>
- 29.- Ramírez-Jiménez, J. Manual de cuidados en el manejo trans y postoperatorio en la dehiscencia de heridas y la utilización del sistema Versajet. URI: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7378>
- 30.- 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>
- 31.- 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 en el periodo 2015 – 2021. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5260>
- 32.- Sedano C. Eficacia del Índice de Mannheim en pacientes con peritonitis secundaria de un hospital de Huancayo, Perú. Rev Med Hered vol.30 no.1 Lima ene./mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v30i1.3467>
- 33.- 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>
- 34.- Tirado-Ramos R. Eficiencia y seguridad de la relaparotomía a demanda versus relaparotomía programada en pacientes intervenidos por sepsis abdominal severa. Rev Med UAS; Vol. 7: No. 1. Enero-Marzo 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v7.n1.003>
- 35.- Parra-Romero G. Trauma abdominal: experiencia de 4961 casos en el occidente de México 2018. Cir Cir. 2019;87:183-189. <https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v87n2/2444-054X-cir-87-2-183.pdf>
- 36.- Canullán C. Complicaciones posoperatorias de la cirugía laparoscópica. Rev Argent Cirug 2018;110 (Suplemento 1):S13-S185. file:///D:/Usuario%20de%20Windows/Descargas/relato1-

compres%20(1).pdf

37.- Agudelo-García G. Factores asociados a infección del sitio operatorio (ISO) en pacientes sometidos a cirugías colorrectales con patología oncológica, intervenidos en dos instituciones del eje cafetero desde enero del 2019 a junio de 2020. URI: <https://repositorio.ucaldas.edu.co/handle/ucaldas/16850>

38.- Urroz Rener B. Reintervenciones abdominales en el servicio de Cirugía General del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo de Octubre 2017 – Enero 2019. <https://repositorio.unan.edu.ni/15191/1/15191.pdf>

39.- Rojas Cabrera L. Incidencia de pacientes reintervenidos por laparatomía exploratoria en el Hospital Salvador B. Gautier, 2018. URI <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/1287>

VIII.- Anexos

Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
<p>Problema general ¿Cuáles son los factores clínicos de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la prevalencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022? ¿Cuáles son las causas de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022? ¿Cuál es la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según edad? ¿Cuál es la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el</p>	<p>Objetivo general Identificar los factores clínicos de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022</p> <p>Objetivos específicos Determinar la prevalencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 Determinar las causas de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 Determinar la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según edad Determinar la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el</p>	<p>Hipótesis general No aplica</p>	<p>Variable de estudio •Reintervención quirúrgica Variables de caracterización •Causas de las reintervenciones •Edad de los pacientes reintervenidos •Sexo de los pacientes reintervenidos •Comorbilidades de los pacientes reintervenidos •Perfil proteico •Número de reintervenciones •Mortalidad en las reintervenciones</p>	<p>Tipo. Observacional, retrospectiva transversal descriptiva</p> <p>Diseño Cuantitativo.</p> <p>Población. Pacientes operados de cirugía mayor (Colecistectomías, apendicetomías, obstrucciones intestinales, laparotomías exploradoras, Traumas abdominales cerradas y abiertas) entre los años 2018 al 2022 que son 4800 pacientes en 5 años.</p> <p>Muestra n= 419 pacientes operados de cirugía mayor.</p> <p>La técnica: Documental</p> <p>Instrumento: El instrumento es una ficha de recolección de datos utilizada en el estudio de Bordón C. sobre perfil del paciente sometido a reintervención quirúrgica abdominal</p>

<p>Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según sexo? ¿Cuál es la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según presencia de comorbilidades? ¿Cuál es el perfil proteico en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022? ¿Cuál es número de reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según presencia de comorbilidades? ¿Cuál es la tasa de mortalidad en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022?</p>	<p>Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según sexo Determinar la frecuencia de las reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 según presencia de comorbilidades Determinar el perfil proteico en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 Determinar el número de reintervenciones en pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022 Determinar la tasa de mortalidad en las reintervenciones de pacientes operados de cirugía mayor en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022</p>			<p>- Hospital Santa María del Socorro, Ica 2010-2020(3).</p>
--	--	--	--	--

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Categoría	Instrumento
V. De estudio Reintervención quirúrgica	Paciente que es operado por segunda o más veces por complicaciones de la primera operación	Variable obtenida de la historia clínica y reporte operatorio	Paciente reintervenido	SI NO	Ficha de datos
V. de caracterización Causas	Motivo por lo que se indica que el paciente será reintervenido	Indicación de la reintervención	Indicación de reintervención	Absceso Obstrucción Hemorragia Evisceración Fuga intestinal Otros	Ficha de datos
Edad	Años de vida una persona	Obtenida de restar la fecha de la operación en estudio con la fecha de nacimiento	Años	15 a 30 años 31 a 60 años > de 60 años	Ficha de datos
Sexo	Característica sexual interna y externa de un sujeto	Obtenida de la historia clínica según sea masculino o femenino	Sexo	Masculino Femenino	Ficha de datos
Comorbilidades	Presencia de enfermedades concomitantes a la enfermedad que motivo la operación	Antecedentes de enfermedades consideradas en el estudio	Enfermedades	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Estado nutricional	Ficha de datos
Perfil proteico	Niveles de proteínas en sangre	Perfil bioquímico obtenido de los datos de laboratorio	Niveles de proteínas	Proteínas totales Albumina	Ficha de datos
Número de reintervenciones	Cantidad de operaciones posterior a la operación en estudio	Cantidad de reintervenciones registradas en la historia clínica y reportes operatorios	Cantidad de reintervenciones	1 vez, 2 veces, 3 veces. 4 veces, 5 a más veces	Ficha de datos
Mortalidad	Desenlace adverso que indica pérdida de la vida	Condición de vida al momento del alta	Condición de vida	Vivo Fallecido	Ficha de datos

Instrumentos de recolección de información

Ficha N° _____



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Validado por: Bordón C.(24)

1.- Reintervención quirúrgica

(SI) (NO)

2.- Causas

(Absceso) (Obstrucción) (Hemorragia) (Evisceración) (Fuga intestinal)

Otros _____

3.- Edad _____ años

(15 a 30 años) (31 a 60 años) (> de 60 años)

4.- Sexo

(Masculino) (Femenino)

5.- Comorbilidades

(Diabetes mellitus) (Hipertensión arterial)

Estado nutricional. IMC= _____

Bajo peso (IMC < 18,5) _____

Normopeso (IMC 18,5-24,9) Sobrepeso (IMC 25-29,9) Obeso (IMC \geq 30)

6.- Perfil proteico

Proteínas totales _____

Albumina _____

7.- Número de reintervenciones _____

(1 vez) (2 veces) (3 veces) (Más de 3 veces)

8.- Mortalidad

(Vivo) (Fallecido)