

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Caracterización de la reintervención quirúrgica
abdominal en pacientes atendidos en el Hospital
Santa María del Socorro, Ica 2010-2020**

Camila Solange Bordón Luján
Margot Betina Peñares Peñaloza
Rosaluz Yesenia Poma Quispe

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Dedicatoria

A Dios, por guiarme y darme sabiduría y salud suficiente para alcanzar mis metas.

A mis amados mis padres y hermanos.

A mis queridos sobrinos.

A mis estrellas en el cielo, por sus enseñanzas, su compañía y amor incondicional.

Camila Solange.

A Dios, por la fuerza que me brinda para continuar cada reto que se presenta.

A mis amados padres y hermanos.

A mis queridos amigos.

Margot Betina.

A mis amados padres.

A mis queridos hermanos.

Rosaluz Yesenia.

Agradecimientos

A la Universidad Continental y a nuestra asesora, por brindarnos sus valiosos conocimientos y recomendaciones para desarrollar esta investigación y contribuir con nuestra formación profesional, ética y moral.

A la oficina de estadística e informática del Hospital Santa María del Socorro de Ica, por su buena disposición y facilidades brindadas.

A todas las personas que de alguna u otra manera colaboraron en la realización de este trabajo de investigación.

Bordón Luján Camila Solange.

A Dios y a mis padres por apoyarme durante todas las etapas de mi vida y en cada decisión que tomo.

A la universidad y a nuestra asesora por guiarnos durante el desarrollo de nuestra tesis.

Al servicio de cirugía del Hospital Santa María Del Socorro, por el apoyo brindado.

Peñares Peñaloza Margot Betina

A Dios, quien me da fortaleza todos los días y guía mi camino.

A mis queridos padres, por su comprensión, su apoyo incondicional y por siempre apostar por mí a lo largo de mi vida universitaria.

A todas las personas cercanas quienes me brindaron su apoyo en la realización de este trabajo.

Poma Quispe Rosaluz Yesenia

Índice de Contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	iii
Índice de Contenido	iv
Índice de Tablas	vi
Índice de Figuras.....	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
Introducción	x
Capítulo I Planteamiento del Estudio	12
1.1. Delimitación de la investigación	12
1.1.1. Territorial.	12
1.1.2. Temporal.	13
1.1.3. Conceptual.....	13
1.2. Planteamiento del problema	13
1.3. Formulación del Problema	14
1.3.1. Problema General.	14
1.3.2. Problemas Específicos.....	14
1.4. Objetivos de la Investigación	15
1.4.1. Objetivo General.	15
1.4.2. Objetivos Específicos.	15
1.5. Justificación de la Investigación.....	15
1.5.1. Justificación Teórica.....	15
1.5.2. Justificación Práctica.	16
Capítulo II Marco Teórico.....	17
2.1. Antecedentes de Investigación	17
2.1.1. Antecedentes Internacionales.	17
2.1.2. Antecedentes Nacionales.	19
2.2. Bases Teóricas.....	22
2.2.1. Reintervención, Relaparotomía o Reoperación.....	22
2.2.2. Características Generales de Riesgo Quirúrgico.....	23
2.2.3. Criterios para Realizar una Reintervención.	25
2.3. Definición de Términos Básicos.....	25
Capítulo III Hipótesis y Variables	28
3.1. Hipótesis.....	28
3.2. Identificación de Variables.....	28

3.3. Operacionalización de la variable características de la reintervención quirúrgica abdominal.....	29
Capítulo IV Metodología	31
4.1. Enfoque de la Investigación	31
4.2. Tipo de Investigación	31
4.3. Nivel de Investigación.....	31
4.4. Métodos de Investigación.....	31
4.5. Diseño de Investigación	31
4.6. Población y muestra	32
4.6.1. Población.....	32
4.6.2. Muestra.....	33
4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
4.7.1. Técnicas.....	33
4.7.2. Instrumentos.....	33
4.8. Consideraciones Éticas.....	35
Capítulo V Resultados.....	36
5.1. Incidencia	36
5.2. Características Epidemiológicas.....	37
5.3. Características clínicas	40
5.4. Características quirúrgicas.....	41
5.5. Discusión de Resultados.....	45
Conclusiones.....	52
Limitaciones.....	53
Recomendaciones.....	54
Referencias Bibliográficas	55
Anexo.....	59

Índice de Tablas

Tabla 1. Estadística de fiabilidad del Instrumento.....	34
Tabla 2. Resumen de procesamiento de casos para fiabilidad del instrumento.	34
Tabla 3. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal por año.....	36
Tabla 4. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según sexo.	37
Tabla 5. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según grupo etario.	38
Tabla 6. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según lugar de procedencia.....	39
Tabla 7. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según el lugar dónde se realizó la primera cirugía.	39
Tabla 8. Prevalencia de mortalidad en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.....	39
Tabla 9. Presencia de comorbilidades en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.....	40
Tabla 10. Índice de masa corporal en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.....	41
Tabla 11. Modalidad de la primera cirugía en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.....	42
Tabla 12. Diagnóstico quirúrgico inicial en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.....	42
Tabla 13. Tipo de la reintervención.....	43
Tabla 14. Duración de la reintervención quirúrgica abdominal.....	44
Tabla 15. Tiempo entre la intervención inicial y la reintervención quirúrgica abdominal.....	44
Tabla 16. Hallazgos operatorios en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.....	44

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa de la ciudad de Ica.	12
Figura 2. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal por año.....	37
Figura 3. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según sexo.	37
Figura 4. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según grupo etario.	38
Figura 5. Prevalencia de mortalidad en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.....	40
Figura 6. Presencia de comorbilidades en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.....	41
Figura 7. Diagnóstico quirúrgico inicial en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.....	43
Figura 8. Hallazgos operatorios en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.....	45

Resumen

La reintervención quirúrgica abdominal (RQA) es un evento frecuente en los hospitales de nuestro país, que altera la evolución, plan terapéutico y aumenta la morbimortalidad en los pacientes. El objetivo del estudio fue determinar las características de la RQA en el Hospital Santa María del Socorro de Ica (HSMSI) durante el período 2010-2020. Es un estudio descriptivo, no experimental, observacional, longitudinal y retrospectivo. La muestra censal estuvo conformada por 113 personas mayores de 18 años reintervenidos por cirugía gastrointestinal. La incidencia fue 0,97 %; 54,9 % fueron pacientes de sexo femenino y 59,3 % eran mayores de 60 años. Del total, 85 % presentaron comorbilidades asociadas. Las cirugías electivas representaron el 60,2 %, el diagnóstico quirúrgico inicial más frecuente fue colecistitis aguda y la RQA a demanda constituyó el 65,5 %. El absceso intraabdominal fue el principal hallazgo en el 31 % de los casos. Se concluye que la incidencia anual de RQA mantiene un rango de 8 a 9,7 %, con predominio en el sexo femenino y en mayores de 60 años. Además, las principales comorbilidades halladas fueron diabetes mellitus e hipertensión arterial, la causa más frecuente de RQA fue la cirugía biliar, y la tasa de mortalidad global fue de 7,1 %. Es importante promover un manejo multidisciplinario del paciente y difundir este estudio entre profesionales de la salud para orientar su estrategia quirúrgica.

Palabras Clave: reintervención quirúrgica, reoperación, relaparotomía, cirugía abdominal, características epidemiológicas, características clínicas, características quirúrgicas.

Abstract

Abdominal surgical reintervention (ASR) is a frequent event in hospitals in our country, which alters the evolution, therapeutic plan and increases morbidity and mortality in patients. The objective of the study was to determine the characteristics of the RQA in the Hospital Santa María del Socorro de Ica (HSMSI) during the period 2010-2020. It is a descriptive, non-experimental, observational, longitudinal and retrospective study. The census sample consisted of 113 people over 18 years of age reoperated on for gastrointestinal surgery. The incidence was 0.97%; 54.9% were female patients and 59.3% were older than 60 years. Associated comorbidities were present in 85% of the patients studied. Elective surgeries represented 60.2%, the most frequent initial surgical diagnosis was acute cholecystitis and RQA on demand constituted 65.5%. Intra-abdominal abscess was the main finding in 31% of cases. It is concluded that the annual incidence of ACR maintains a range of 8 a 9.7%, with a predominance in the female sex and in those older than 60 years. In addition, the main comorbidities found were diabetes mellitus and arterial hypertension, the most frequent cause of ACR was biliary surgery, and the overall mortality rate was 7.1%. It is important to promote multidisciplinary patient management and disseminate this study among health professionals to guide their surgical strategy.

Key Words: surgical reintervention, reoperation, relaparotomy, abdominal surgery, epidemiological characteristics, clinical characteristics, surgical characteristics.

Introducción

La reintervención quirúrgica por complicaciones postoperatorias es un evento frecuente en la práctica médica, aun con los avances que se ha tenido en la preparación preoperatoria del paciente, los métodos de anestesia, la antisepsia y el uso de la antibioticoterapia, es común que surjan procesos inesperados durante su evolución que requieren de una nueva evaluación médica y reestructuración del plan terapéutico, aumentando así la posibilidad de una relaparotomía. Este tipo de procedimientos implica un nuevo traumatismo y mayor desequilibrio homeostático, aumentando así la morbimortalidad (1). Factores como la edad avanzada, las comorbilidades, el diagnóstico inicial, la técnica quirúrgica, la duración de la intervención, entre otros, influyen en la aparición de complicaciones, aumentando el costo económico, social y laboral (2). A nivel mundial, la incidencia de las reintervenciones quirúrgicas oscila entre 0,5 al 15% y la tasa de mortalidad global es del 20,6 % (3). Sin embargo, en nuestro país, estas cifras no son conocidas debido a que no se cuenta con estudios actuales que aborden esta problemática.

La presente investigación tuvo como objetivo caracterizar clínica, quirúrgica y epidemiológicamente a los pacientes tributarios de una nueva laparotomía en un Hospital referencial de Nivel II-1 de la ciudad de Ica.

Respecto a la metodología, se aplicó el método científico en su modo hipotético-deductivo; el cual al ser procedimental, riguroso y sistemático permitió lograr el objetivo investigativo. Además, tiene un enfoque cuantitativo, pues se han procesado datos numéricos estadísticamente. Es un estudio no experimental, observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Contó con una población de 113 pacientes mayores de 18 años reintervenidos por cirugía gastrointestinal dentro de los 60 días postoperatorios en el HSMSI durante el período 2010-2020. Por la naturaleza de la población se aplicó la muestra censal. Como técnica de recolección de datos, se utilizó el análisis documental y como instrumento de investigación, la ficha técnica de recolección de datos.

Los resultados del estudio evidenciaron que la incidencia de la relaparotomía en el HSMSI durante los años 2010-2020 fue de 0,97 %; el 54,9 % fueron pacientes de sexo femenino, el 59,3 % eran mayores de 60 años y la tasa de mortalidad fue de 7,1 %. De los 113 pacientes con RQA, 85 % presentaron comorbilidades asociadas, principalmente diabetes mellitus e hipertensión arterial. Las cirugías electivas representaron el 60,2 %, el diagnóstico quirúrgico inicial más frecuente fue la

colecistitis aguda y la reintervención a demanda constituyó el 65,5 %. En el 31 % de los casos, el absceso intraabdominal, fue el principal hallazgo operatorio.

El estudio concluyó que la incidencia de las reintervenciones quirúrgicas abdominales en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante los años 2010 al 2020 fue 0,97 %, valor que se encuentra dentro del promedio mundial, pero que es bajo, comparado con los reportes nacionales. El año con menor porcentaje de relaparotomías fue el 2020, debido a la llegada de la pandemia mundial por SARS-CoV2.

La tesis está organizada en cinco capítulos ordenados en función al cumplimiento de los objetivos. El capítulo I aborda la delimitación, planteamiento, formulación y justificación del problema y enumera los objetivos. El capítulo II, expone los antecedentes y bases teóricas. En el capítulo III, se plantean las hipótesis, la identificación y operacionalización de las variables. En el capítulo IV, se detalla la metodología, técnicas e instrumentos de recolección de datos y los aspectos éticos. Finalmente, en el capítulo V, se exponen los resultados del estudio, la discusión con sus pares nacionales e internacionales, se enumeran las conclusiones y se plantean recomendaciones.

Capítulo I

Planteamiento del Estudio

1.1. Delimitación de la investigación

1.1.1. Territorial.

La presente investigación fue realizada en la ciudad de Ica, capital del departamento de Ica, situada en el centro-sur de la costa peruana, a 406 m. s. n. m. (4).



Figura 1. Mapa de la ciudad de Ica.

Nota. Tomado del mapa satelital de Ica-Perú, Región de Ica.

En esta ciudad, se cuenta con cinco hospitales a jurisdicción de EsSalud y Minsa, uno de ellos es el Hospital Santa María del Socorro, cuya sede se ubica en la calle Castrovirreyna N.º 759 en el cercado de Ica. Dicho nosocomio es un establecimiento de salud con Nivel II, que tiene por finalidad brindar atención integral y de calidad mediante la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la persona, familia y comunidad; cuenta con once departamentos como el de medicina, cirugía, anestesiología y centro quirúrgico, pediatría, ginecología y obstetricia, odontoestomatología, emergencia y cuidados críticos, patología clínica y anatomía patológica, enfermería, diagnóstico por imágenes y apoyo al tratamiento (5).

El departamento de cirugía se organiza en los servicios de cirugía general y de especialidades, realiza aproximadamente 900 intervenciones anuales entre cirugías abiertas y laparoscópicas. El HSMSI es un hospital referencial pero también trabaja en conjunto con otros nosocomios de mayor nivel para la realización de procedimientos quirúrgicos complejos (6).

1.1.2. Temporal.

El estudio describe las características que influyen en la realización de las relaparotomías abdominales durante un período de 11 años, que abarca desde enero del año 2010 a diciembre del año 2020.

1.1.3. Conceptual

La reintervención quirúrgica abdominal implica una nueva apertura de la cavidad, con la finalidad de solucionar las complicaciones presentadas en una cirugía previa, las que pueden ocurrir incluso hasta 60 días después de la primera laparotomía.

El trabajo de investigación describe las principales características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas que influyen en la realización de este procedimiento. Las primeras, brindan información sobre la distribución, mortalidad y el lugar donde se realiza la primera operación. Las características clínicas están relacionadas con las condiciones previas del paciente y las quirúrgicas detallan lo relacionado al procedimiento mismo, como el diagnóstico inicial, el tipo y tiempo de la segunda cirugía, los hallazgos operatorios, entre otros.

1.2. Planteamiento del problema

La reintervención quirúrgica debido a complicaciones postoperatorias es un evento frecuente en los hospitales de nuestro país, aun contando con las mejores condiciones para intervenir a un paciente desde la preparación prequirúrgica, las técnicas anestésicas, los métodos de antisepsia, el uso de potentes antimicrobianos hasta el manejo en sala de recuperación y de cuidados intensivos, es común que surjan procesos inesperados durante la evolución, alterando el plan terapéutico y aumentando la posibilidad de una nueva laparotomía. Este tipo de cirugías se asocia con alta tasa de morbimortalidad, la cual es directamente proporcional al número de reoperaciones, reportándose hasta 50 % en la segunda, y 70 % de mortalidad en la tercera intervención (1).

Su presencia se relaciona con múltiples factores como la edad, la existencia de comorbilidades, el estado general del paciente, el tipo de cirugía ya sea electiva, de

emergencia, limpia o contaminada e incluso errores en la técnica quirúrgica. Por lo antes mencionado, el cirujano se ve en la necesidad de realizar una valoración de riesgo-beneficio antes de optar por este procedimiento, ya que implica un nuevo traumatismo y mayor desequilibrio homeostático, situaciones que aumentan el riesgo de muerte (1).

Las reintervenciones quirúrgicas representan un alto costo económico, social y laboral (2). A pesar de su gran importancia en salud, no se cuenta con información actualizada sobre la magnitud y las características de este problema en nuestro medio.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General.

¿Cuáles son las características de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el período 2010-2020?

1.3.2. Problemas Específicos.

1. ¿Cuál es la incidencia de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes sometidos a una cirugía inicial electiva y/o de urgencia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el período 2010-2020?
2. ¿Cuáles son las características epidemiológicas (sexo, edad, lugar de procedencia, lugar dónde se realizó la primera cirugía, y mortalidad) de la reintervención quirúrgica abdominal, en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el período 2010-2020?
3. ¿Cuáles son las características clínicas (comorbilidades e índice de masa corporal) de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el período 2010-2020?
4. ¿Cuáles son las características quirúrgicas (modalidad de la primera cirugía, diagnóstico quirúrgico inicial, tipo y duración de la reintervención, tiempo entre la intervención inicial y la reintervención y hallazgos operatorios en la segunda intervención) de la reintervención quirúrgica abdominal, en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el período 2010-2020?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General.

Determinar las características de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el período 2010-2020.

1.4.2. Objetivos Específicos.

1. Estimar la incidencia de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes sometidos a una cirugía inicial electiva y/o de urgencia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el período 2010-2020
2. Determinar las características epidemiológicas (sexo, edad, lugar de procedencia, lugar dónde se realizó la primera cirugía, y mortalidad) de la reintervención quirúrgica abdominal, en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro, de Ica durante el período 2010-2020.
3. Identificar las características clínicas (comorbilidades e índice de masa corporal) de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el período 2010-2020.
4. Describir las características quirúrgicas (modalidad de la primera cirugía, diagnóstico quirúrgico inicial, tipo y duración de la reintervención, tiempo entre la intervención inicial y la reintervención y hallazgos operatorios en la segunda intervención) de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de, Ica durante el período 2010-2020.

1.5. Justificación de la Investigación

1.5.1. Justificación Teórica.

Durante la formación académica y práctica en los hospitales de nuestra ciudad, se observa con cierta frecuencia, pacientes que tienen la necesidad de una reintervención quirúrgica con el fin de poder solucionar las complicaciones que se presentaron con el anterior acto operatorio. La relevancia en el ámbito teórico está representada por los resultados obtenidos, los cuales servirán de base para ampliar la información sobre el tema, ya que existen muy pocos estudios nacionales o extranjeros que caractericen o establezcan lineamientos que orienten al cirujano en la toma de decisiones al realizar una nueva laparotomía.

1.5.2. Justificación Práctica.

La ejecución de la presente investigación nos permitió caracterizar con evidencia científica, a los pacientes reintervenidos, identificando los factores clínicos, quirúrgicos y epidemiológicos que inciden en su realización. Esto permitirá orientar las decisiones del equipo médico con justificación teórica y avalada por la práctica quirúrgica, para garantizar mejores resultados en el postoperatorio, disminuyendo la tasa de morbimortalidad y los costos para el sistema hospitalario.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Céspedes et al. (Cuba, 2021) en su estudio observacional, descriptivo y transversal tuvo como objetivo caracterizar la morbimortalidad de las reintervenciones de la cirugía abdominal urgente y electiva en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”, contó con una población de 236 pacientes, durante un período de cinco años y se demostró que epidemiológicamente las RQA se presentan con mayor frecuencia entre los 40-49 años de edad y con predominio en el sexo masculino. Entre las características quirúrgicas, es común que se den luego de las 48 horas y por causas como peritonitis generalizada y abscesos intraabdominales. La mortalidad fue de 30,1 %, siendo el tromboembolismo pulmonar, la principal causa de muerte (7).

La Rosa et al. (Cuba, 2018) en su artículo de revisión tuvo como objetivo identificar factores modificables que permitan disminuir las complicaciones y el número de muertes causados por las relaparotomías. La revisión de la literatura digital y actualizada en habla hispana e inglesa demostró que las causas que aumentan la posibilidad de una reintervención son de origen multifactorial, entre ellas destacan la poca experiencia del cirujano, exceso de confianza o cansancio del equipo quirúrgico sobre todo en las operaciones de urgencia y en las nocturnas, protocolos de procedimientos inadecuados, equipo e instrumental no apropiado y una de las más comunes, que es la inadecuada selección del paciente para el procedimiento indicado. El artículo concluye que, pese al avance tecnológico en el diagnóstico y tratamiento, la tasa de morbimortalidad sigue siendo elevada (8).

Rodríguez et al. (Cuba, 2017) realizaron un estudio observacional y descriptivo con el objetivo de identificar las causas y el porcentaje de mortalidad de los pacientes reintervenidos en el servicio de cirugía general del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora" durante el trienio 2013-2015. La población estuvo conformada por

110 pacientes y se evidenció que los factores que se asocian a mayor número de muertes son: la edad mayor a 60 años, la oclusión intestinal, apendicitis aguda y neoplasia de colon como diagnóstico quirúrgico inicial; el mayor número de reintervenciones y las complicaciones fueron el shock séptico y la falla múltiple de órganos (9).

Pérez-Guerra et al. (México, 2017) realizaron un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal, el objetivo fue determinar la prevalencia de las relaparotomías abdominales en pacientes intervenidos mediante cirugías electivas y de urgencia en el Hospital General de Matamoros, durante un período de trece meses que abarcaba desde enero de 2014 a enero de 2015, contó con una población de 906 pacientes y se analizaron estadísticamente variables como edad, sexo, tipo de cirugía, complicaciones y evolución postoperatoria. Los resultados demostraron que las RQA son más prevalentes entre personas de 70-79 años, de sexo femenino, que presentaron complicaciones como colecciones intraabdominales, dehiscencia de la herida y evisceración luego de una cirugía de emergencia. El estudio concluyó que existe baja incidencia de relaparotomías, pues apenas el 2,31 % fueron tributarios de este nuevo procedimiento y la tasa de mortalidad fue de 14,4 % (3).

La Rosa et al. (Cuba, 2017) realizaron un estudio observacional y descriptivo, con el objetivo de caracterizar la RQA según variables diagnósticas, terapéuticas y evolutivas. La muestra estuvo conformada por 110 pacientes del servicio de cirugía general del Hospital Provincial Docente Clínico-quirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba durante el trienio 2013-2015, que fueron reintervenidos durante los primeros 30 días posteriores a la operación inicial. Se evidenció que quienes eran tributarios de este procedimiento, pertenecían al grupo etario de 61-70 años, intervenidos inicialmente de urgencia y durante los seis primeros días del postoperatorio. Por otro lado, patologías como la apendicitis aguda, litiasis vesicular y oclusión intestinal se asociaron con una mayor incidencia de reintervenciones causadas principalmente por complicaciones como evisceración, peritonitis residual y dehiscencia de suturas. La mortalidad fue de 17,2 % asociada mayormente a choque séptico y fallo múltiple de órganos (1).

León-Asdrúbal et al. (México, 2016) en su estudio retrospectivo, tuvo como objetivo identificar el número y las causas de las reintervenciones quirúrgicas abdominales no planeadas en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario de Puebla durante los meses de abril del 2009 a febrero del 2012, se incluyeron un total de 1 709 intervenciones abdominales; de las cuales el 2,3 % fueron reoperaciones no planeadas y el 52 % fueron pacientes de sexo femenino con una edad promedio de 50

años. Respecto a las reintervenciones no planeadas, el 72 % se originaron a partir de cirugías de urgencia y el 28 % restante a las electivas. Dentro de las causas que motivaron una nueva apertura de la cavidad abdominal destacan la dehiscencia de herida quirúrgica, la hemorragia posquirúrgica y la infección de sitio operatorio. Los autores concluyen que su incidencia es baja comparada con sus pares, además sugieren la realización de futuras investigaciones de tipo prospectivo, con enfoque en las causas y factores de riesgo que permitan disminuir la incidencia y morbimortalidad (10).

Sierra (Cuba, 2016) en su estudio retrospectivo y descriptivo, se propuso como objetivo caracterizar las reintervenciones quirúrgicas en los pacientes atendidos en el Hospital General Docente “Aleida Fernández Chardiet”, durante el periodo comprendido entre enero del 2011 hasta diciembre del 2013. La muestra estuvo conformada por 14 pacientes mayores de 18 años de edad, además se evidenció que las reoperaciones fueron realizadas con mayor frecuencia a demanda y en el sistema gastrointestinal, siendo la peritonitis el principal motivo de su realización. Las causas de muerte más comunes fueron la oclusión intestinal y la perforación de víscera hueca. Por otro lado, predomina como tiempo transcurrido entre la primera operación y la reintervención 72 horas y la mortalidad hallada fue 21,4 % (11).

Rosales et al. (Cuba, 2016) en su estudio de cohortes y retrospectivo, tuvo como objetivo evaluar los criterios de mayor valor para decidir la reintervención de un paciente del servicio de Cirugía General del Hospital Provincial “Carlos Manuel de Céspedes”, durante los meses de enero del 2010 a diciembre del 2012. La muestra estuvo compuesta por 256 pacientes, de los cuales 200 fueron reintervenidos por sepsis intraabdominal. Los resultados mostraron que los varones presentaron mayor posibilidad de ser reoperados, además el análisis bivariado demostró que el riesgo relativo de la edad no resultó significativo. Por otro lado, los pacientes con cirugía sucia tuvieron el doble de riesgo de ser reintervenidos en comparación con los que presentaron una cirugía inicial limpia (12).

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Orbegoso et al. (Chiclayo, 2020) en su estudio descriptivo y transversal tuvo como objetivo determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 14 años que fallecieron luego de una cirugía por abdomen agudo en el Hospital Regional de Lambayeque durante los años 2018 y 2019. La población total fue de 30 pacientes. Se encontró que los factores epidemiológicos que predominaron son el sexo masculino, la edad mayor de 60 años, Lambayeque como lugar de procedencia, y menor grado de instrucción. Clínicamente es común que se

asocien las comorbilidades, vacío terapéutico mayor a 72 horas y anemia; mientras que las características quirúrgicas incluyen las complicaciones postoperatorias, necesidad de UCI, perforación de víscera hueca y técnica operatoria abierta (13).

Garcés (Lima, 2020) en su estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, se propuso como objetivo evaluar los indicadores de calidad en los pacientes reintervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador durante los meses de agosto del 2016 a setiembre del 2017. La muestra estuvo conformada por 16 historias clínicas, se demostró que el servicio de cirugía general es el que realiza más relaparotomías causadas comúnmente por sepsis, la media de la estancia hospitalaria fue de seis días, el tiempo de duración promedio del procedimiento fue de 61-120 minutos. Así mismo, la incidencia anual de la RQA fue de 0,94 % y la tasa de mortalidad fue 0,09 % (14).

Mansilla-Doria et al. (Lima, 2019) en su estudio de casos y controles, tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la reintervención quirúrgica entre los pacientes atendidos en emergencia por abdomen agudo del anciano en el Hospital de Emergencias Grau EsSalud durante los años 2010 al 2015, se incluyeron 100 historias clínicas de adultos mayores de 65 años operados de emergencia, de los cuales 20 fueron reintervenidos y 80 se tomaron como controles. Los resultados demostraron que el sexo masculino y una edad promedio de 80 años fueron los factores epidemiológicos más influyentes. Además, el 80% de los pacientes presentaron comorbilidades, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial y la desnutrición. Respecto a las complicaciones, el absceso intraabdominal fue la principal indicación para la relaparotomía. La mortalidad global fue de 6 % (15).

Zegarra et al. (Lima, 2018) en su estudio descriptivo y retrospectivo, tuvo como objetivo describir las características de las relaparotomías en pacientes operados de emergencia por abdomen agudo quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia y cuidados críticos quirúrgicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, contó con una muestra de 1 050 pacientes mayores de 15 años, sometidos a una o más relaparotomías por abdomen agudo desde enero del 2009 hasta diciembre del 2013. Los resultados mostraron que la incidencia fue del 19,8 % y la mortalidad global del 46,1 %. Además, la edad mayor de 65 años aumenta siete veces el riesgo de fallecer. Con relación a las variables quirúrgicas, se encontró que este tipo de procedimientos es frecuente en intervenciones de emergencia realizadas tardíamente, la indicación más frecuente para una relaparotomía programada fue la infección intraabdominal complicada y para la reintervención a demanda fue la sepsis abdominal (16).

Saccca (Lima, 2018) en su estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, tuvo como objetivo describir las características de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017, tuvo una muestra de 42 pacientes y analizó estadísticamente variables como la edad, sexo, comorbilidades, tipo de cirugía inicial, diagnóstico de la primera laparotomía, tiempo entre primera cirugía y relaparotomía, hallazgos de relaparotomía y condición al alta. Los resultados demostraron que estos procedimientos son más frecuentes en varones, mayores de 60 años y que cursan sin comorbilidades. El tipo de cirugía inicial que predominó fue la electiva, siendo la fascitis necrotizante la principal causa de la reoperación, por otro lado, la dehiscencia de anastomosis fue el hallazgo con mayor incidencia. Finalmente, el intervalo de tiempo entre la primera cirugía y relaparotomía fue de 8,4 días y la mortalidad global fue de 26,2 %. El estudio concluye que la incidencia del procedimiento depende de la experiencia y de las técnicas de intervención utilizadas por el cirujano (17).

Merino (Lima, 2018) en su estudio descriptivo, correlacional y retrospectivo, tuvo el objetivo de describir las características epidemiológicas de los pacientes reoperados en cirugía gastrointestinal e identificar los factores que influyen en su realización, en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de Nivel IV, durante el año 2016 y con una muestra de 85 pacientes. Se evidenció que la tasa global de reoperaciones fue de 12 % predominando la modalidad de emergencia y por causas como abscesos y fuga intestinal. Además, las características epidemiológicas y clínicas que tuvieron mayor incidencia fueron: la edad mayor a 60 años, el estado séptico, la hipoalbuminemia y anemia como condiciones asociadas y la realización de la operación durante el turno noche (18).

Gonzales et al. (Lambayeque, 2017) en su estudio observacional, descriptivo y transversal, tuvo como objetivo identificar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a relaparotomía en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo durante los años 2014 al 2016. La población fue de 123 pacientes mayores de 14 años reintervenidos dentro de los 60 días postoperatorios. Los resultados revelaron que la tasa global de relaparotomía fue de 5,82 %. Epidemiológicamente, predomina el sexo femenino y la edad mayor a 60 años. En la parte clínica, la principal comorbilidad asociada fue la hipertensión arterial y el IMC normal. Respecto a las características quirúrgicas; son comunes las cirugías de emergencia, aquellas originadas por neoplasias malignas de colon y enfermedades inflamatorias de la vesícula biliar, el

tipo de reintervención predominante fue a demanda, con una duración entre 1 y 3 horas y realizadas 72 horas después del primer acto operatorio. Los abscesos intraabdominales y las fugas de anastomosis fueron los hallazgos operatorios más frecuentes. La mortalidad general fue 10,6 % (19).

2.2. Bases Teóricas.

2.2.1. Reintervención, Relaparotomía o Reoperación.

Una reintervención, relaparotomía o reoperación se define como un nuevo procedimiento quirúrgico que implica la reapertura del abdomen, con el propósito de solucionar las complicaciones presentadas en una cirugía previa o programada por necesidad del paciente. Además, pueden presentarse en el postoperatorio inmediato, mediato o hasta en un período máximo de 60 días desde la primera laparotomía (20).

Dicho procedimiento implica una mayor alteración en el medio interno y en la capacidad de homeostasis del paciente, incrementando la posibilidad de complicaciones y, por ende, la mortalidad (1). En estos días, la reintervención quirúrgica es una entidad bastante frecuente, derivada de un procedimiento previo insatisfactorio y desencadenado por condiciones subyacentes, ya sean hemodinámicas, ventilatorias o derivadas de factores intrínsecos, extrínsecos o ambos; tales como infecciones, sangrado, inadecuada nutrición e incluso deficiencias en la técnica operatoria seleccionada (1). El riesgo de reintervención aumenta en pacientes con administración crónica de antiinflamatorios no esteroideos o antibióticos previos al diagnóstico de la patología quirúrgica abdominal (3).

2.2.1.1. Epidemiología.

Las relaparotomías tienen una incidencia mundial que oscila entre el 0.5-15 % y se asocian con un alto porcentaje de morbilidad, siendo un 50 % en la segunda intervención y 70 % en la tercera. En el 90 % de los casos, son realizadas de emergencia y debido a esto, el riesgo de reintervención es seis veces mayor que en una cirugía electiva (1)

Entre las principales causas se encuentran la colección intraabdominal y las dehiscencias de herida quirúrgica (1). La tasa de mortalidad oscila alrededor del 20,6 % a nivel mundial (3).

2.2.1.2. Clasificación.

Para su estudio y a manera de clasificación, se pueden dividir de la siguiente forma:

- a. **Reintervenciones a demanda o no planeadas.** Son aquellas que se deciden de acuerdo a la evolución del paciente. A su vez, estas pueden ser:
 - Inmediatas: si son realizadas dentro de las primeras 24 horas.
 - Mediatas: si se presentan durante el tiempo de hospitalización.
 - Tardías: si se dan después del egreso del paciente (3, 10).
- b. **Reintervenciones programadas o planeadas.** Generalmente ocurren durante una cirugía de urgencia, cuando se realizan procedimientos parciales o se deciden operaciones secuenciales para disminuir el trauma quirúrgico. En otras palabras, se deciden desde la laparotomía inicial y se basa en el juicio del equipo médico (3, 10).

Otra forma de clasificarlas es de acuerdo al sitio anatómico en que son realizadas:

- Locales: cuando son realizadas en el mismo órgano intervenido inicialmente (3).
- Regionales: si son realizadas en otro sitio anatómico u órgano al de la primera cirugía (3).

2.2.1.3. Etiología.

Entre las principales causas de reintervención se encuentran diversas patologías como peritonitis residual, dehiscencia de sutura, sangrado intraabdominal, absceso intraabdominal localizado, evisceración, oclusión intestinal, complicaciones de las colostomías, sangrado de tubo digestivo alto, ictericia posquirúrgica, entre otras (3).

2.2.2. Características Generales de Riesgo Quirúrgico.

Las características que determinan la realización de una reintervención quirúrgica pueden clasificarse en tres grupos:

- a. **Características Epidemiológicas o Dependientes del Paciente.**

- **Edad.** Es un factor de morbilidad que influye directamente en la merma de las reservas fisiológicas y funcionales. A mayor edad, más severas serán las complicaciones del acto operatorio (21).
- **Sexo.** Los estudios son variados, la predilección por un sexo u otro depende de cada región y está influenciado por otros factores como la edad y las comorbilidades (21).

b. Características Clínicas o Dependientes de la Enfermedad.

Toda patología se asocia a un riesgo y este depende del tipo de órgano afectado, de su evolución, control y del estado de salud actual del paciente.

- **Obesidad o IMC alto.** El tejido adiposo es poco vascularizado, por tal motivo es susceptible a infecciones, con acumulación de líquido y posterior dehiscencia de los puntos de sutura o seromas (21).
- **Mal nutrición.** La deficiencia de proteínas y vitaminas retardan el proceso de cicatrización de la herida operatoria, aumentando la posibilidad de complicaciones (21).
- **Diabetes mellitus.** Los pacientes diabéticos experimentan un mayor estrés antes y durante la intervención. Además, en el postoperatorio inmediato puede haber disfunción del sistema nervioso autónomo con caída de la presión arterial y en el postoperatorio mediano, la función de los glóbulos blancos puede estar alterada produciendo un mayor riesgo de procesos infecciosos (21).
- **Anemia.** La disminución del número de eritrocitos provoca déficit en el transporte de oxígeno a los tejidos lesionados y por lo tanto, retarda el proceso de cicatrización (21).
- **La patología renal.** produce desequilibrio hidroelectrolítico, alterando el medio interno y aumentando el riesgo de complicaciones (21).
- **Enfermedades infecciosas.** Debido a la alta osmolaridad de las bacterias y a la inflamación de los tejidos, se produce acumulación de pus con formación de fistulas y/o anastomosis en la cavidad abdominal (21).

c. Características dependientes del momento de la cirugía y de la experiencia del cirujano.

Diversos factores asociados al acto operatorio pueden aumentar la incidencia de este procedimiento, por ejemplo, una cirugía de urgencia presenta mayor riesgo que una programada, la técnica quirúrgica usada para manipular la cavidad sin provocar más lesiones, la experiencia del cirujano y el tiempo que emplea en la intervención, son agentes que pueden influir en la aparición de las complicaciones (21).

2.2.3. Criterios para Realizar una Reintervención.

Diferentes autores han tratado de establecer parámetros universales que orientan al profesional, sobre los criterios a tener en cuenta antes de realizar una relaparotomía, para lo cual se recomienda la aplicación de diversas escalas y test de evaluación como APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), el sistema de puntuación para disfunción múltiple de órganos, el Índice de peritonitis de Mannheim (IPM), el Índice de presión intrabdominal (PIA) y la Asociación de criterios clínicos, humorales, radiológicos y hematológicos (22).

El poder predictivo de las escalas pronósticas POSSUM, APACHE, y ARPI es elevado para mortalidad, pero su utilidad debe ser reevaluada en distintos grupos de pacientes (23).

2.3. Definición de Términos Básicos

2.3.1. Características.

Son las cualidades o circunstancias que se presentan de manera propia en una persona, objeto, lugar o situación; que lo define y diferencia de sus semejantes (24).

2.3.2. Cirugía Abdominal.

Es aquel procedimiento quirúrgico que implica la apertura del abdomen para intervenir un determinado órgano del sistema gastrointestinal en su porción abdominopélvica, desde el esófago hasta el recto (27).

2.3.3. Cirugía de Electiva.

Procedimiento quirúrgico en el cual el paciente es preparado y decide conjuntamente con el equipo médico, el mejor momento para su intervención. Estas pueden indicarse por decisión médica o por necesidad del paciente (28).

2.3.4. Cirugía de Emergencia.

Procedimiento quirúrgico que se presenta cuando existe una situación de peligro inminente para la vida del paciente y que requiere de una actuación inmediata dentro de los primeros 30 minutos. Dado que en este tipo de intervenciones se realizan con poca o ninguna planificación, se incrementan de los riesgos y las complicaciones postoperatorias (28).

2.3.5. Cirugía de Urgencia.

Procedimiento quirúrgico que se realiza dentro de las primeras 24 horas posteriores al diagnóstico médico. Generalmente se relaciona con problemas de salud repentinos que requieren asistencia dentro de un periodo de tiempo razonable (28).

2.3.6. Cirugía.

Es una rama de la medicina que aborda las enfermedades mediante procedimientos manuales de estructuras anatómicas con un fin diagnóstico, terapéutico o pronóstico (26).

2.3.7. Clínica.

Es la parte de la enseñanza médica que se encarga del ejercicio práctico de la medicina, mediante la observación y trato directo con el paciente, con el fin de elaborar un diagnóstico basado en la integración e interpretación de los signos y síntomas aportados durante la entrevista clínica (29).

2.3.8. Comorbilidad.

Se define como la coexistencia de una o más enfermedades en una misma persona (30).

2.3.9. Dehiscencia de sutura.

Es la separación de las capas epiteliales de una herida quirúrgica, que previamente estaban unidas por una rafia, con la posterior fuga de contenido orgánico (19).

2.3.10. Epidemiología.

Es una rama de la medicina que estudia la distribución, frecuencia y determinantes que influyen en el control de la salud y la aparición de enfermedades en un grupo humano determinado (31).

2.3.11. Fístulas.

Es la comunicación anormal mediante un conducto fibroso entre dos epitelios de superficie (19).

2.3.12. Incidencia.

Es un índice epidemiológico que refleja el número de casos nuevos de un determinado evento, durante un intervalo específico de tiempo (32).

2.3.13. Mortalidad.

Índice epidemiológico que estudia la frecuencia de defunciones que ocurren en una población, tiempo y espacio determinado (33).

2.3.14. Reintervención.

Una reintervención se define como aquel procedimiento quirúrgico que se realiza de forma consecutiva a una cirugía previa que no alcanzó el objetivo propuesto, desarrolló complicaciones o iatrogenias (2).

2.3.15. Relaparotomía a demanda.

Procedimiento quirúrgico que se indica por decisión médica del especialista en cirugía y del equipo médico de apoyo, de acuerdo con la evolución posoperatoria del paciente (25).

2.3.16. Relaparotomía programada.

Reintervención quirúrgica cuya realización se decide desde la laparotomía inicial y se basa en el juicio del cirujano (25).

Capítulo III

Hipótesis y Variables

3.1. Hipótesis.

De acuerdo al alcance únicamente descriptivo del estudio y del planteamiento del problema, no se ha considerado conveniente plantear una hipótesis para esta investigación, pues no se intenta pronosticar ningún valor (34).

3.2. Identificación de Variables

- **Variable:** Características de la reintervención quirúrgica abdominal.
- **Dimensiones:** Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas.
- **Subdimensiones:**
 - a. **Características epidemiológicas:** sexo, edad, lugar de procedencia, lugar dónde se realizó la primera cirugía, incidencia de reintervenciones quirúrgicas y tasa de mortalidad.
 - b. **Características clínicas:** comorbilidades e Índice de masa corporal (IMC).
 - c. **Características quirúrgicas:** modalidad de la primera cirugía, diagnóstico quirúrgico inicial, tipo de la reintervención, duración de la reintervención, tiempo entre la intervención inicial y la primera reintervención y hallazgos operatorios en la segunda intervención.

3.3. Operacionalización de la variable características de la reintervención quirúrgica abdominal.

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Sub dimensiones	Indicadores		Escala de medición	
Cualidad que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes.	Los datos referentes a las características de la reintervención quirúrgica abdominal serán obtenidos de la historia clínica del paciente.	Incidencia		Números de casos		Nominal	
		Características epidemiológicas	Edad	Años		Razón	
			Sexo	Masculino	Femenino	Nominal	
			Procedencia	Departamento		Nominal	
			Lugar de primera intervención abdominal	HSMSI	Referido	Nominal	
			Mortalidad	Sí	No	Dicotómica	
		Características clínicas	Comorbilidades	DM Tipo II	HTA	Anemia	Nominal
				Desnutrición	Insuficiencia renal	Otras	
			IMC	Bajo peso <18kg/m ²	Peso normal 18-24.5kg/m ²		Ordinal
				Sobrepeso 25-29 kg/m ²	Obesidad >30 kg/m ²		
		Características quirúrgicas	Modalidad de la primera cirugía	Electiva	Emergencia		Nominal
			Diagnóstico quirúrgico inicial	Apendicitis aguda	Neoplasia maligna	Peritonitis	Nominal
				Colecistitis aguda	Trauma abdominal	Obstrucción intestinal	
			Tipo de la reintervención	Programada	A demanda		Nominal
Duración de la reintervención	Corta duración o	Mediana duración o de 1-3 horas	Larga duración o mayor a 3 horas	Ordinal			

			menor a 1 hora					
			Tiempo entre la intervención inicial y la reintervención	Temprana o menor a 48 horas	Intermedia o de 48-72 horas	Tardía o mayor a 72 horas	Ordinal	
			Hallazgos operatorios en la segunda intervención	Fuga de anastomosis	Hemorragia activa	Dehiscencia de suturas	Abscesos Orina	Nominal
				Peritonitis fecal	Hemoperitoneo	Edema intestinal	Obstrucción mecánica	

Capítulo IV

Metodología

4.1. Enfoque de la Investigación

El enfoque de la investigación es cuantitativo porque se procesaron datos numéricos estadísticamente.

4.2. Tipo de Investigación

El tipo de la investigación es aplicada, pues se toman conocimientos teóricos para la solución de problemas prácticos.

4.3. Nivel de Investigación

El nivel es descriptivo, porque se detallan los hechos tal como son observados.

4.4. Métodos de Investigación

El método utilizado es el científico, en su modo hipotético-deductivo.

4.5. Diseño de Investigación

El diseño de investigación es no experimental, ya que no se manipularon deliberadamente las variables en estudio. Es observacional, ya que se incidió en la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. Es descriptivo, ya que se limitó a la descripción del comportamiento de los datos sin influir de ninguna manera. Es longitudinal porque los datos analizados correspondieron a los periodos del 2010 al 2020, generándose en consecuencia una línea de tiempo y es retrospectivo porque se recopilaban los datos en una temporalidad pasada.

4.6. Población y muestra

4.6.1. Población.

La población estuvo conformada por 113 pacientes mayores de 18 años, los casos sobre los cuales se recolectaron los datos correspondieron al grupo poblacional que fue reintervenido por cirugía gastrointestinal dentro de los 60 días posteriores al primer acto operatorio en el HSMSI, tomando en consideración la línea de tiempo del 2010 al 2020.

a. Criterios de inclusión.

- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes sometidos sólo a una reintervención quirúrgica abdominal.
- Historia clínica de los pacientes mayores de 18 años a los que se les realizó reintervención quirúrgica abdominal programada y de emergencia en el HSMSI durante el período 2010-2020.
- Pacientes posoperados cuya relaparotomía fue realizada dentro de los 60 días consecutivos a la primera cirugía.
- Pacientes cuya relaparotomía fue realizada mediante cirugía laparoscópica o cirugía abierta.
- Pacientes con una sola reintervención quirúrgica abdominal.
- Historia clínica de pacientes fallecidos a causa de la relaparotomía.

b. Criterios de exclusión.

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con más de una reintervención quirúrgica abdominal.
- Pacientes reintervenidos por complicaciones de cirugías ginecológicas, retroperitoneales y de pared abdominal.
- Historia Clínica ilegible, incompleta y/o ausente.

4.6.2. Muestra

La muestra fue de tipo censal, se incluyó la totalidad de la población, que se caracteriza porque es finita y reducida en número, así no se afectó la validez de los resultados.

4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.7.1. Técnicas.

La técnica de recolección de datos que se aplicó fue el análisis documental. Se incidió en la revisión del libro de reportes operatorios e historias clínicas de los pacientes con intervenciones quirúrgicas consecutivas durante los años 2010-2020, previa solicitud y permiso del nosocomio en estudio (Anexo 3). Para ello, se utilizó como elementos de búsqueda los códigos incluidos en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En base al número de historia clínica obtenido del sistema, se solicitaron en el archivo del hospital y se revisaron la nota de ingreso, el reporte operatorio, las hojas de evolución y epicrisis, teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Posteriormente, una vez seleccionados los expedientes clínicos aptos para el estudio, se procedió a recolectar la información en el instrumento elaborado para tal fin, (Anexo 4) que permitió organizar los datos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel v.2017, para luego analizarlos mediante el paquete estadístico SPSS v26 y obtener tablas y gráficos de las variables en estudio. No se plantearon análisis estadísticos de datos por variable, ya que, al ser un trabajo de investigación descriptivo, solo se utilizaron tablas de frecuencias absolutas y relativas (34).

4.7.2. Instrumentos.

A. Diseño.

La ficha de recolección de datos organizó la información en tres apartados que incluyeron: características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas. A su vez, cada ítem incluye información específica de la variable en estudio, con opciones de respuesta para ser llenado de manera sencilla de acuerdo a los hallazgos en las historias clínicas y reportes operatorios.

Luego del diseño del instrumento, se procedió a la recolección de información de las historias clínicas de los pacientes con intervenciones quirúrgicas abdominales consecutivas durante los meses de enero del 2010 a diciembre del 2020. Los datos se recogieron y organizaron en forma sistemática por un lapso de tres meses. Posterior a ello, se generó una base de datos para su tabulación y posterior representación en gráficos y tablas. A nivel estadístico, se aplicó la estadística descriptiva, calculando frecuencias y porcentajes de cada ítem de la ficha técnica, utilizando como soporte el programa SPSS Statistics 26.

B. Confiabilidad.

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, utilizando el software estadístico SPSS v22. Para la determinación de la consistencia interna de la ficha de datos, se usó una muestra de 113 cuestionarios, obteniendo como resultado 0.916, lo cual indica una alta confiabilidad, como se observa en las tabla 1 y 2. Además, se realizó una revisión detallada del contenido de los 13 ítems a utilizar, con el objetivo de determinar si el lenguaje y la formulación de enunciados, permitiría un recojo adecuado de los datos.

Tabla 1. Estadística de fiabilidad del Instrumento.

Alfa de Cronbach	N.º de elementos
0,916	13

Tabla 2. Resumen de procesamiento de casos para fiabilidad del instrumento.

		N.º de casos	%
Casos	Válido	113	100,0
	Excluido	0	000,0

C. Validez

Para validar el instrumento, se usó el método de evaluación mediante juicio de expertos, para lo cual se solicitó la valoración y apreciación a dos médicos especialistas cuya trayectoria se caracteriza por una larga experiencia en la práctica quirúrgica y docencia en la ciudad de Ica, ellos evaluaron mediante un sistema de porcentajes, diversos parámetros como la claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y conveniencia;

obteniéndose una valoración cuantitativa promedio de 16,87 puntos y una valoración cualitativa media de excelencia, por lo que se convierte en un instrumento totalmente aplicable y que cumple con los criterios para ser utilizado en la investigación (Anexo 5).

4.8. Consideraciones Éticas

El plan de tesis fue enviado al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Continental, obteniendo su aprobación para la ejecución del mismo según consta mediante Oficio N°018-2021-VI-UC del 05 de noviembre del 2021 (Anexo 2).

Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas e informes operatorios del servicio de cirugía general, previa solicitud, aceptación y emisión del memorando N.º 084-2021-DE-HSMSI/J-UADI por parte del Hospital Santa María del Socorro (Anexo 3). Esta información fue ordenada en una ficha de recolección de datos (Anexo 4) que previamente fue sometida a validación por juicio de expertos y sólo ha sido usada con fines descriptivos, pues no se ha consignado ningún dato que permita la identificación de los pacientes, respetando de esta manera su confidencialidad. Además, los resultados del estudio son de uso exclusivamente académico.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en la realización del estudio, el cual es autofinanciado.

Capítulo V

Resultados

5.1. Incidencia

En el HSMSI, durante el período comprendido entre los años 2010-2020, el departamento de cirugía general realizó 11 665 intervenciones quirúrgicas abdominales mayores, excluyendo de esta cifra a las cirugías ginecológicas y retroperitoneales. Del total de pacientes operados, 113 requirieron de una reintervención, lo que representa el 0,97 % de los casos. Se encontró que la mayor cantidad de relaparotomías fueron realizadas en el año 2014, con un porcentaje de 11,5 %, mientras que el año 2020 tuvo el menor porcentaje con 5,3 %, tal como se observa en la tabla 3 y figura 2.

Tabla 3. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal por año.

Año	f_i	h_i %	H_i %
2010	11	9,7	9,7
2011	11	9,7	19,5
2012	10	8,8	28,3
2013	11	9,7	38,1
2014	13	11,5	49,6
2015	9	8,0	57,5
2016	10	8,8	66,4
2017	10	8,8	75,2
2018	11	9,7	85,0
2019	11	9,7	94,7
2020	6	5,3	100,0
Total	113	100,0	

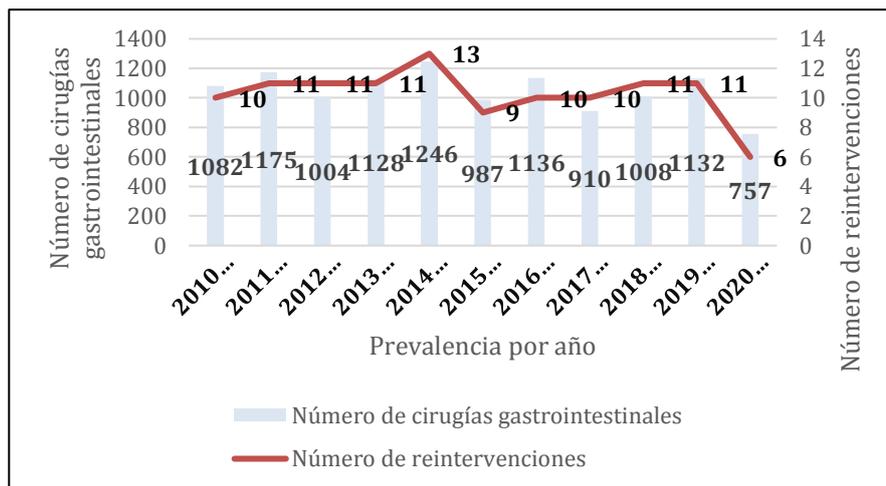


Figura 2. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal por año.

5.2. Características Epidemiológicas

a. Sexo

De los 113 pacientes con RQA, 62 fueron mujeres (54,9 %) y 51 fueron varones (45,1 %), como se representa en la tabla 4 y figura 3.

Tabla 4. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según sexo.

Sexo	f_i	$h_i \%$	$H_i \%$
Masculino	51	45,1	45,1
Femenino	62	54,9	100,0
Total	113	100,0	

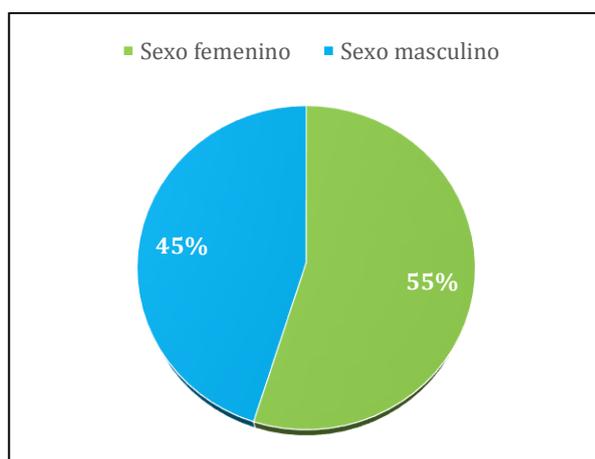


Figura 3. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según sexo.

b. Edad

Respecto a la frecuencia por grupos etarios, se encontró un mayor porcentaje en mayores de 60 años con 59,3 %, seguido de 40 a 59 años, con un porcentaje de 23,9 % y por último, los pacientes de 18 a 39 años con un porcentaje de 16,8 %, como se observa en la tabla 5 y figura 4.

Tabla 5. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según grupo etario.

Grupo etario	f_i	$h_i \%$	$H_i \%$
18-39 años de edad	19	16,8	16,8
40-59 años de edad	27	23,9	40,7
60 años a más	67	59,3	100,0
Total	113	100,0	

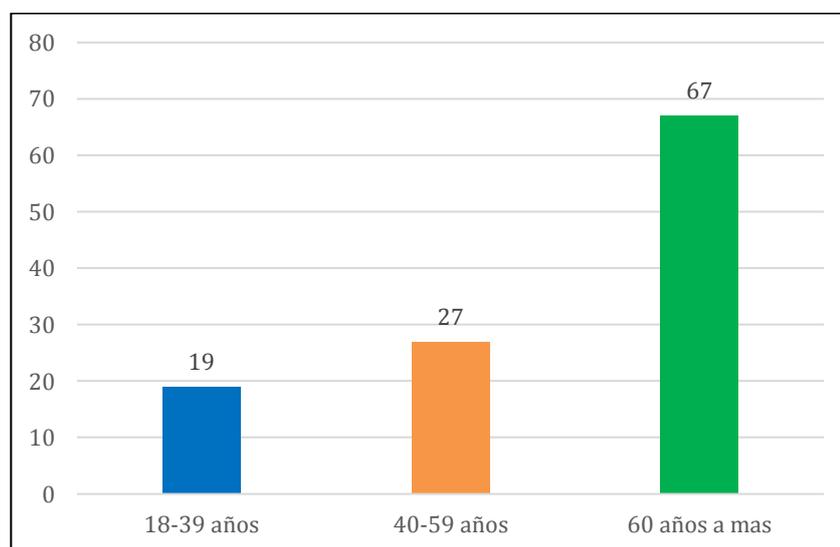


Figura 4. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según grupo etario.

c. Lugar de procedencia

La tabla 6 muestra que Ica es el lugar de procedencia en el 69,9 % de los casos, seguido por Ayacucho con 15 %, Huancavelica con 12,4 % y con menor frecuencia pertenecen a Lima y Arequipa.

Tabla 6. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según lugar de procedencia.

Procedencia	f_i	$h_i \%$	$H_i \%$
Ica	79	69,9	69,9
Ayacucho	17	15,0	85,0
Huancavelica	14	12,4	97,3
Lima	2	1,8	99,1
Arequipa	1	0,9	100,0
Total	113	100,0	

d. Lugar dónde se realizó la primera cirugía

La tabla 7 grafica que el HSMSI fue el principal lugar donde se realizó la primera intervención (86,7 %), el restante (13,3 %) lo representan los pacientes que tuvieron la cirugía previa en otra institución hospitalaria.

Tabla 7. Número de pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal según el lugar dónde se realizó la primera cirugía.

Lugar primera cirugía	f_i	$h_i \%$	$H_i \%$
HSMS	98	86,7	86,7
Referido	15	13,3	100,0
Total	113	100,0	

e. Mortalidad.

Del total de RQA, el 92,9 % evolucionó favorablemente, siendo la tasa de mortalidad del 7,1 % (8 pacientes), como se muestra en la tabla 8 y figura 5.

Tabla 8. Prevalencia de mortalidad en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.

Fallecidos	f_i	$h_i \%$	$H_i \%$
No	105	92,9	92,9
Sí	8	7,1	100,0
Total	113	100,0	

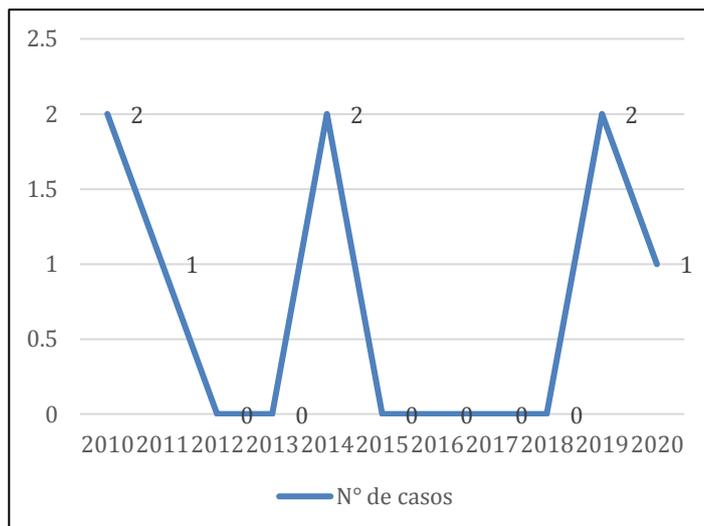


Figura 5. Prevalencia de mortalidad en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.

5.3. Características clínicas

a. Comorbilidades.

De los 113 casos de RQA, 17 (15 %) no presentaron ninguna enfermedad asociada, mientras que 96 pacientes (85 %) presentan por lo menos una comorbilidad. De este último grupo, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (22 %), fueron las condiciones más comúnmente asociadas, seguido de la anemia ferropénica (15 %). Otras patologías menos frecuentes fueron la insuficiencia renal, el hipotiroidismo y las neoplasias malignas con porcentajes de 4 %, 3 % y 2 % respectivamente, como se observa en la tabla 9 y figura 6.

Tabla 9. Presencia de comorbilidades en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.

Comorbilidades	f_i	h_i %	H_i %
Sin comorbilidades	17	15,0	15,0
DM 2	14	12,4	27,4
Desnutrición	8	7,1	34,5
HTA	12	10,6	45,1
Anemia ferropénica	17	15,0	60,2
Insuficiencia Renal	4	3,5	63,7
Neoplasias malignas	2	1,8	65,5
Hipotiroidismo	3	2,7	68,1
Osteoartritis	5	4,4	72,6
Enfermedades pulmonares	6	5,3	77,9
DM 2 e HTA	25	22,1	100,0
Total	113	100,0	

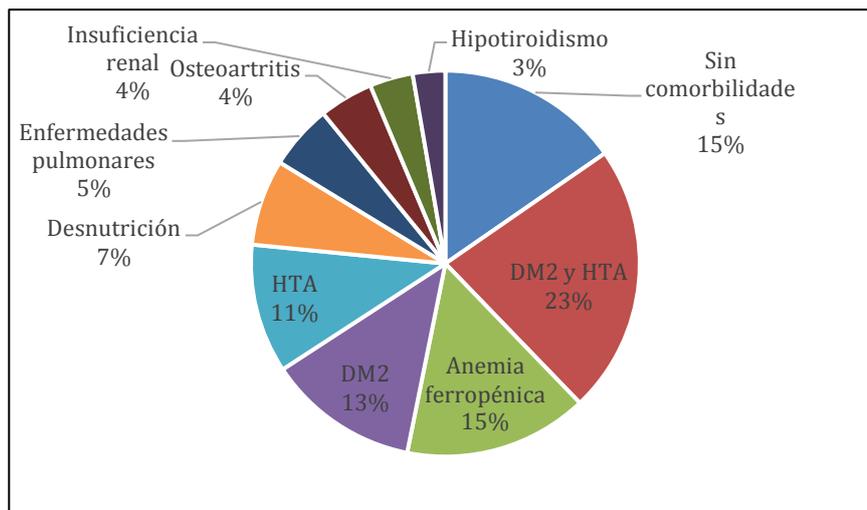


Figura 6. Presencia de comorbilidades en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.

b. Índice de masa corporal (IMC).

La tabla 10 presenta los valores de IMC encontrados en este grupo de pacientes. Del total, 46 (40,71 %) presentaron un IMC correspondiente a peso normal. Los pacientes con sobrepeso fueron 40 (35,40 %), 15 (13,27 %) fueron catalogados con bajo peso, y 12 (10,62 %) pacientes presentaron obesidad.

Tabla 10. Índice de masa corporal en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.

IMC	f_i	$h_i\%$	$H_i\%$
Bajo peso o menor a 18 kg/m ²	15	13,27	13,27
Peso normal o 18- 24.5 kg/m ²	46	40,71	53,98
Sobrepeso o 25-29 kg/m ²	40	35,40	89,38
Obesidad o mayor a 30 kg/m ²	12	10,62	100,0
Total	113	100,0	

5.4. Características quirúrgicas

a. Modalidad de la primera cirugía.

Del total de pacientes relaparotomizados por vía abdominal, 68 (60,2 %) ingresaron a su primera cirugía con modalidad electiva. Por otro lado, 45 (39,8 %) fueron programados de emergencia, como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. Modalidad de la primera cirugía en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.

Modalidad	f_i	$h_i\%$	$H_i\%$
Emergencia	45	39,8	39,8
Electiva	68	60,2	100,0
Total	113	100,0	

b. Diagnóstico quirúrgico inicial

La tabla 12 y figura 7 muestran los diagnósticos quirúrgicos iniciales que se encontraron en mayor frecuencia fueron la colecistitis aguda con un 23,9 %, seguido de la apendicitis aguda y peritonitis, cada una con un porcentaje de 17,7 % respectivamente. Otros, con menor porcentaje, fueron el trauma abdominal con 2,7 %, las neoplasias malignas y la pancreatitis aguda severa, ambas con 1,8 %.

Tabla 12. Diagnóstico quirúrgico inicial en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.

Diagnóstico quirúrgico inicial	f_i	$h_i\%$	$H_i\%$
Apendicitis aguda	20	17,7	17,7
Colecistitis aguda	27	23,9	41,6
Obstrucción intestinal	12	10,6	52,2
Trauma abdominal	3	2,7	54,9
Neoplasias malignas	2	1,8	56,6
Peritonitis	20	17,7	74,3
Perforación de víscera hueca	7	6,2	80,5
Absceso intra-abdominal	9	8,0	88,5
Eventración	4	3,5	92,0
Pancreatitis aguda severa	2	1,8	93,8
Otras afecciones	7	6,2	100,0
Total	113	100,0	

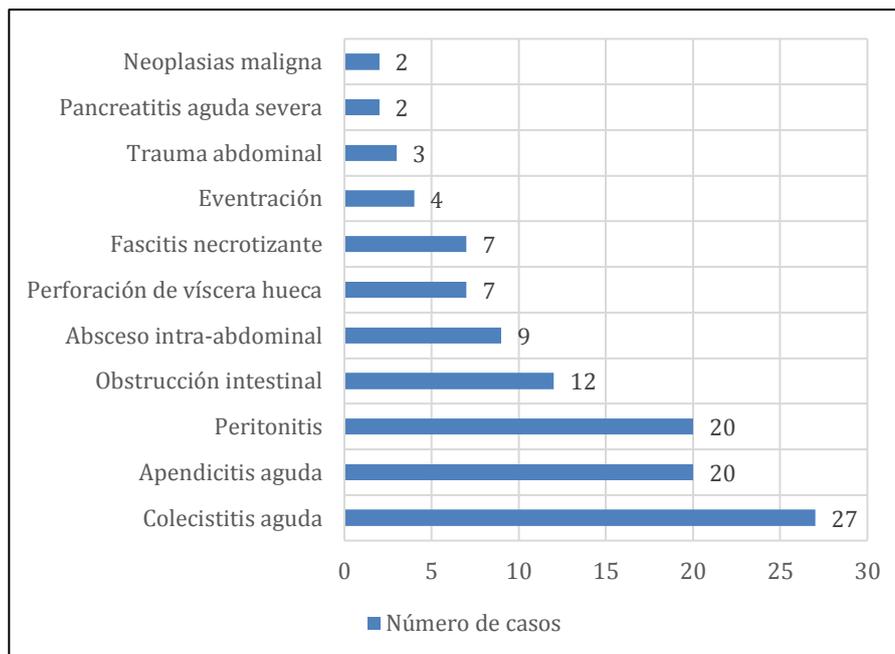


Figura 7. Diagnóstico quirúrgico inicial en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.

c. Tipo de la reintervención

De los 113 pacientes con RQA, 74 (65,5 %) fueron reintervenidos a demanda, mientras que los restantes, (34,5 %) tuvieron reintervenciones programadas como se presenta en la tabla 13.

Tabla 13. Tipo de la reintervención.

Tipo	f_i	$h_i \%$	$H_i \%$
Programada	39	34,5	34,5
A demanda	74	65,5	100,0
Total	113	100,0	

d. Duración de la reintervención.

La tabla 14 muestra que 78 reintervenciones fueron de mediana duración, lo que corresponde al 69 % de los casos. Por otro lado, los pacientes que tuvieron reoperaciones de larga duración fueron 19 (16,8 %) y los de corta duración 16 (14,2 %).

Tabla 14. Duración de la reintervención quirúrgica abdominal.

Tiempo reintervención	f_i	$h_i \%$	$H_i \%$
Corta duración	16	14,2	14,2
Mediana duración	78	69,0	83,2
Larga duración	19	16,8	100,0
Total	113	100,0	

e. Tiempo entre la intervención inicial y la reintervención

En 91 casos, (80,5 %) las RQA fueron realizadas luego de las 72 horas, 16 pacientes (14,2 %) fueron operados entre 48 y 72 horas y sólo 6 pacientes (5,3 %) fueron relaparotomizados antes de las 48 horas, como se muestra en la tabla 15.

Tabla 15. Tiempo entre la intervención inicial y la reintervención quirúrgica abdominal.

Tiempo	f_i	$h_i \%$	$H_i \%$
Temprana o <48 h.	6	5,3	5,3
Intermedia o 48-72 h.	16	14,2	19,5
Tardía o >72 h.	91	80,5	100,0
Total	113	100,0	

f. Hallazgos operatorios en la segunda intervención

La tabla 16 y figura 8 muestran que el principal hallazgo encontrado en los pacientes reintervenidos fue la presencia de abscesos (31 %), seguido de la fuga de anastomosis (24,8 %) y en tercer lugar las dehiscencias de suturas (8 %). Con menor frecuencia, se halló orina y peritonitis fecal, ambas con un 1,8 %.

Tabla 16. Hallazgos operatorios en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.

Hallazgos operatorios	f_i	$h_i \%$	$H_i \%$
Fuga de anastomosis	28	24,8	24,8
Abscesos	35	31,0	55,8
Hemorragia activa	6	5,3	61,1
Dehiscencia de suturas	9	8,0	69,0
Bilioperitoneo	8	7,1	76,1
Orina	2	1,8	77,9
Peritonitis fecal	2	1,8	79,6
Sangre	8	7,1	86,7
Edema intestinal	4	3,5	90,3
Obstrucción mecánica	7	6,2	96,5
Necrosis intestinal	4	3,5	100,0
Total	113	100,0	



Figura 8. Hallazgos operatorios en pacientes sometidos a reintervención quirúrgica abdominal.

5.5. Discusión de Resultados

La incidencia de las reintervenciones quirúrgicas a nivel mundial oscila entre 0,5 al 15% según lo estimado por La Rosa et al. (1). En la presente investigación, esta fue de 0,97 % acorde con lo hallado por Garcés (14) en la ciudad de Lima, quienes reportaron un porcentaje de 0,94 %. Sin embargo, en las investigaciones realizadas por Gonzáles et al. (19) en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo y Zegarra et al. (16) en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, se encontró un porcentaje mayor, siendo la tasa de incidencia reportada de 7,88 % y 19,8 %, respectivamente. Esta variación en la tasa de incidencia puede deberse al nivel de los hospitales, que son III y IV, además cuentan con servicios de cirugía de emergencia especializados y son centros de referencia para realizar cirugías altamente complejas.

En México, Pérez-Guerra et al. (3) halló una incidencia del 2,31 % y León-Asdrúbal et al. (10) de 2,9 %, valores acorde con lo que refiere la literatura a nivel mundial y con lo hallado en nuestro estudio. Por otro lado, en la presente investigación se evidenció que la incidencia anual de las reintervenciones por vía abdominal oscila en un rango de 8 a 11,5 %, pero se evidencia que durante el año 2020, este porcentaje disminuyó drásticamente a sólo 5,3 %, esta situación estuvo influenciada por la llegada de la pandemia por COVID-19, que provocó que muchos nosocomios cerraran los servicios de consultorio y disminuyera el número de las cirugías programadas o electivas debido al estado de emergencia que se estableció en nuestro país.

En lo concerniente a la edad, el mayor porcentaje lo representan las personas mayores de 60 años, estos hallazgos guardan similitud respecto a los estudios nacionales

de Orbegoso et al. (13) en Chiclayo, y Sacca (17) en Lima, quienes reportaron un 53,3 % y 26,2 % de pacientes mayores de 60 años, respectivamente. A nivel internacional, Pérez-Guerra et al. (3) en México, demostró que la edad predominante en su investigación fue el grupo etario de 70 a 79 años y para Céspedes et al. (7) en Cuba, fue de 40 a 49 años; demostrando que las edades con mayor necesidad de reoperaciones gastrointestinales en Latinoamérica son los adultos mayores, probablemente tal situación se asocia al mismo proceso de envejecimiento y a las enfermedades preexistentes.

Además, el sexo femenino fue el que predominó en nuestro estudio con un 54,9 %, porcentaje ligeramente mayor al masculino. En México, Pérez-Guerra et al. (3) y León-Asdrúbal et al. (10) también identificaron al sexo femenino como el grupo poblacional que con mayor frecuencia necesitó de una relaparotomía, con porcentajes de 52,38 % y 52 %, respectivamente. Situación que contrasta con lo hallado en el estudio de Céspedes et al. (7) en Cuba, quienes reportaron un 64,8 % de pacientes varones tributarios de una nueva operación. En las series nacionales, Gonzáles et al. (19) en Lambayeque, identificó un 51,2 % de pacientes mujeres reintervenidas quirúrgicamente mientras que Orbegoso et al. (13) en Chiclayo, encontró que el sexo masculino era el predominante con un 66,6 %. Sin embargo, la diferencia de porcentajes entre sexos no es mayor a 10 %, varía dependiendo de la población en estudio y se encuentra relacionada con otras variables como la edad y el estado de salud actual del paciente.

La mayoría de pacientes que fueron tributarios de una relaparotomía, procedían del departamento de Ica, en nuestro estudio este porcentaje representó el 69,9 % de los casos. Cabe destacar que también se recibieron pacientes provenientes de otros departamentos como Ayacucho y Huancavelica. El Hospital Santa María del Socorro fue el nosocomio donde se realizó la primera cirugía en el 86,7 % de casos, este se encuentra acreditado en el Nivel II-1 del Ministerio de Salud, siendo destino de referencia para pacientes procedentes de las regiones de Ayacucho y Huancavelica, de allí que un 15 % y 12,4 %, hayan provenido de tales zonas, respectivamente. Además, también trabaja en conjunto con hospitales de mayor complejidad a nivel regional y nacional, mediante la referencia rápida para la realización de procedimientos quirúrgicos complejos o de la evaluación por subespecialistas.

Según Pérez-Guerra et al. (3), la tasa de mortalidad a nivel mundial es de 20,6 %, mientras que la encontrada en el presente estudio fue 7,07 %. Esta cifra es menor a la reportada por otros estudios internacionales realizados en Cuba, como el de

Céspedes et al. (7) y La Rosa et al. (8) con porcentajes de 30,1 % y 46,1 % respectivamente. Esta variación en los porcentajes puede deberse a que los grupos poblacionales estudiados por los mencionados autores, fueron mayores en número y consideraron pacientes con más de una relaparotomía, hecho que se relaciona con un mayor riesgo de muerte. Además, también se ve influenciado por otros factores como el nivel hospitalario ya que algunos nosocomios cuentan con servicios especializados en cirugía de emergencia, la capacidad resolutive y por ser centros de referencia a nivel nacional.

Respecto a las variables clínicas, nuestro estudio encontró que en el 85 % de los casos existía al menos una comorbilidad asociada, siendo las patologías predominantes la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la anemia ferropénica. La mencionada situación, contrasta con lo hallado por Pérez-Guerra et al. (3) en México, quien reportó que un 66 % no tenía ningún antecedente de morbilidad. Sin embargo, a nivel nacional, Orbegoso et al. (13) en Chiclayo, reportó que el 70 % de su población en estudio presentaba comorbilidades, siendo la anemia la condición médica encontrada en el 90 % de los casos; situación acorde con lo hallado en nuestra población, en donde la anemia ferropénica ocupa el tercer lugar en orden de frecuencia de comorbilidades, con un porcentaje de 15 %. Otra situación similar fue encontrada por Gonzáles et al. (19) en Lambayeque, mostrando que el 61,8 % padece por lo menos una enfermedad asociada, siendo la hipertensión arterial la más predominante. Los pacientes diabéticos, presentan mayores posibilidades de complicaciones operatorias, debido a que tienen una merma en la función de su sistema inmune y del sistema nervioso autónomo, este último se traduce en una caída de la presión arterial y junto con la disfunción de la serie blanca, aumenta el riesgo de desarrollar un proceso infeccioso. En el caso de la hipertensión arterial, un aumento en sus cifras antes de una cirugía se relaciona con un mayor número de eventos adversos, como accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio o hemorragia y en los pacientes con anemia, la disminución de glóbulos rojos provoca déficit en el transporte de oxígeno a los tejidos lesionados y por lo tanto, retarda el proceso de cicatrización.

El Índice de Masa Corporal (IMC) forma parte de la evaluación nutricional preoperatoria que se recomienda hacer en todo paciente candidato a una cirugía. En nuestro estudio, el 40,71 % presentaron un peso normal y el 35,4 % presentaron sobrepeso. Esta situación se asemeja mucho a lo hallado por Gonzales et al. (19) en Lambayeque, pues el 53,7 % de su población también tuvo un peso normal y el 35,8 % tuvo sobrepeso. Resulta de vital importancia valorar el estado nutricional preoperatorio,

ya que, si este es adecuado, el paciente podrá soportar una nueva intervención y tendrá una recuperación satisfactoria. Además, la presencia de un IMC muy alto se relaciona con mayor cantidad de tejido adiposo que es poco vascularizado y, por ende, susceptible a infecciones y dehiscencia de los puntos de sutura; por el contrario, un IMC muy bajo, se acompaña de niveles bajos de proteínas y vitaminas que enlentecen el proceso de cicatrización y aumentan la posibilidad de complicaciones.

Respecto a las variables quirúrgicas, para el diagnóstico quirúrgico inicial, la indicación médica para la primera cirugía que con mayor frecuencia necesitó de una RQA fue la colecistitis aguda con un 23,9 %, seguido de la apendicitis aguda y peritonitis, cada una con un porcentaje de 17,7 %. En una investigación realizada en Cuba, por Céspedes et al. (7), el diagnóstico preoperatorio más común fue la peritonitis generalizada con 19,5 % y los abscesos intraabdominales con 17,4 %. Similar a este hallazgo, Sierra (11) en Cuba, también identificó a la peritonitis como principal causa de reoperación con 42,9 %. A nivel nacional, en un estudio realizado en Chiclayo por Gonzáles JG (19) se obtuvo como principales diagnósticos para la reintervención a las neoplasias malignas de colon y las colecistitis agudas, con un 21,1 % y 13,8 %, respectivamente. Los estudios presentados muestran que, a nivel nacional e internacional, la realización de una relaparotomía se asocia a diferentes causas, como menciona La Rosa et al. (8), pues reintervenir quirúrgicamente dependerá de la población en estudio, de la ciudad y del nivel hospitalario; pero se encuentra mayor asociación con las patologías biliares inflamatorias y la presencia de peritonitis.

La modalidad de la cirugía inicial puede ser electiva o de emergencia, la primera se presentó en un 60,2 %, mientras que la segunda en un 39,8 % de los casos. Al igual que en nuestra serie, Sacca (17) en Lima, identificó que en su grupo poblacional también predominó la modalidad electiva en la primera laparotomía con un 64,3 %. Estos porcentajes pueden deberse a que los hospitales en estudio son docentes, en los cuales los médicos residentes se encargan de la preparación prequirúrgica y seguimiento de los pacientes e incluso intervienen en la realización del procedimiento mismo. También es importante explicar que, en nuestra región, muchos de los centros de salud, al evaluar la situación crítica del paciente, los refieren directamente a hospitales de mayor complejidad e incluso el mismo HSMSI los deriva a otras instituciones locales o nacionales, lo que disminuye el número de cirugías de emergencia. La mencionada situación contrasta con los resultados de Pérez-Guerra et al. (3) en México y La Rosa et al. (1) en Cuba, quienes identificaron que en el 61,91 % y 66,3 % de las RQA respectivamente, se derivaron de una cirugía inicial de emergencia; cabe destacar que

en el primer caso, la población estudiada fue muy reducida en número y en el segundo caso, predominaron los adultos mayores de 70-79 años en quienes es mucho más difícil valorar el grado de compromiso de las complicaciones y generalmente suelen ser reintervenidos cuando estas ya son severas, por lo que son ingresados a quirófano de emergencia. Del mismo modo, Mansilla-Doria et al. (15) en Lima encontró que el 55 % fueron pacientes ingresados al servicio por una laparotomía de emergencia, vale decir que su estudio fue realizado en el Hospital III Emergencias Grau - EsSalud, que es un centro de referencia a nivel nacional, capacitado para realizar un mayor número de cirugías de mayor complejidad. Además, su estudio se limitó a identificar los factores que influían en la reintervención quirúrgica de pacientes adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico, ingresados de emergencia y con una edad superior a 65 años.

Por otro lado, una relaparotomía puede ser programada o planeada y a demanda o no planeada. Del total, el 65, % fueron reintervenidos a demanda, mientras que 34,5 % fueron programados. Estos hallazgos coinciden con lo reportado en Cuba por Sierra (11), quien menciona que en la mayoría de los casos las relaparotomías son a demanda pero que difiere de lo hallado por León-Asdrúbal et al. (10) en México, que encontró que el 51,5 % de su población tuvo una reintervención no planeada, es decir realizada dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio, esto puede estar explicado porque en su serie predominan las laparotomías exploradoras y la colocación de catéter Tenckhof, lo que causó principalmente dehiscencia y disfunción del dispositivo, culminando en la necesidad de una nueva laparotomía. A nivel nacional, Gonzales et al. (19) en Lambayeque, coincide con nuestros resultados, pues reporta que el 94,3 % de los pacientes fueron reintervenidos a demanda, ya sea para solucionar los errores o las complicaciones que surgieron con la primera cirugía o por una inadecuada evolución postoperatoria. Por otro lado, Zegarra et al. (16) en Lima difiere con estas cifras, ya que, en su casuística, un 53,5 % fueron reoperaciones programadas, tal situación puede explicarse porque su población en estudio incluye a menores de edad, pacientes con abdomen agudo quirúrgico como diagnóstico inicial y que proceden únicamente del servicio de cirugía de emergencia de un Hospital Nivel IV.

En cuanto a la duración de la reintervención, en nuestra serie, predominaron las cirugías de mediana duración, es decir aquellas que duraron entre 1 y 3 horas con un 69 %; este porcentaje concuerda con lo reportado por Garcés (14) en Lima y Gonzales et al. (19) en Lambayeque, quienes reportaron un 68 % y 53,7 % respectivamente. Vale decir que solo se contabilizó el tiempo operatorio, sin tomar en cuenta la inducción anestésica ni la recuperación post anestesia. Otro factor que interviene en esta variable,

es que los nosocomios en estudio son hospitales docentes y en ellos, se permite la participación de médicos residentes para contribuir en la adquisición de experiencia y habilidad quirúrgica, ello podría retrasar la duración de la laparotomía.

Otro punto a analizar fue el tiempo transcurrido entre la intervención inicial y la reintervención. En nuestra casuística, el 80,5 % de las operaciones fueron tardías, es decir, realizadas luego de 72 horas desde la primera laparotomía; resultado similar fue el encontrado por Sierra (11) en Cuba, quien reportó un 64,3 % de cirugías tardías y Zegarra et al. (16) en Lima, quien halló un 65,77 %. Es importante mencionar que las causas que desencadenan las complicaciones postoperatorias son múltiples, por lo que resulta difícil valorar la severidad del daño y, por ende, retrasa la decisión de reaperturar la cavidad abdominal. En similitud, Céspedes et al. (7) en Cuba, reportó que en un 72,5 % de sus casos, las cirugías se realizaron luego de 48 horas, esto se debe a que ese el tiempo mínimo que se necesita para observar la evolución del paciente, aplicar tratamiento o realizar una evaluación complementaria. Además, menciona que complicaciones como la hipertensión intraabdominal y el síndrome compartimental abdominal ocurren después de las 48 horas, lo cual pudiera tener estrecha relación con el tiempo en que se presentan las manifestaciones clínicas y se define la nueva apertura de la cavidad. Es necesario recalcar que el tiempo que transcurre desde la cirugía inicial hasta la reintervención es de suma importancia para el pronóstico, pues un menor tiempo se asocia con menores tasas de morbilidad, además el procedimiento que se realiza después de las 48 horas de la operación inicial, resulta en mayor mortalidad.

Finalmente, los hallazgos operatorios más recurrentes en la segunda operación fueron los abscesos con 35 %, la fuga de anastomosis con 24,8 % y la dehiscencia de suturas con 8 %. Resultados similares fueron hallados por León-Asdrúbal et al. (10) en México, quien reportó un 16 % para la dehiscencia de herida quirúrgica, 8 % para la hemorragia posquirúrgica y un 2 % para el absceso residual. Igualmente, en Lima, Saccsa K. (17) también halló que los principales hallazgos fueron la dehiscencia y el absceso con 25,5 % y 11,8 %, respectivamente y Gonzales et al. (19) en Lambayeque, reportó un 22 % para los abscesos, un 13,8 % para las fugas de anastomosis y un 6,5 % para la dehiscencia de suturas. Si bien es cierto los hallazgos son variados, se observa predominancia de la dehiscencia de suturas y de los abscesos residuales, condiciones que se ven favorecidas por las condiciones previas del paciente, edad e incluso tipos de sutura y técnica quirúrgica empleada. Además, existen diferencias epidemiológicas entre los hospitales de nuestro país, ya que en nuestro nosocomio no se usan métodos mínimamente invasivos como el drenaje guiado por ecografía o tomografía para la

resolución de complicaciones como los abscesos o colecciones, que en otros sitios muy pocas veces se consideran motivo de reoperación. Así mismo, las series internacionales reportan menor morbimortalidad cuando se usan stents colocados por endoscopía, en el manejo de algunas dehiscencias anastomóticas en comparación con la relaparotomía. Sin embargo, nuestro hospital no cuenta con el servicio de radiología intervencionista que apoye en la realización de tales procedimientos, los recursos son limitados y la experiencia es escasa.

Conclusiones

1. El Hospital Santa María del Socorro de Ica realizó 11 665 procedimientos de cirugía abdominal, tanto abierta como laparoscópica, durante el periodo comprendido entre los años 2010 y 2020. Durante este tiempo, se reportaron 113 reintervenciones quirúrgicas abdominales, lo que representa el 0,97 % de los casos, motivo de nuestra investigación. Dicho valor se encuentra dentro del promedio mundial, pero que es bajo, comparado con los reportes nacionales e internacionales. El año con menor porcentaje de relaparotomías fue el 2020, debido a la llegada de la pandemia mundial por SARS-CoV2.
2. Epidemiológicamente, el grupo etario que presentó mayores complicaciones y, por ende, necesitó de una RQA, fueron los pacientes mayores de 60 años. Además, se observó que el mayor número de reoperados eran de sexo femenino.
3. En nuestra serie, la tasa de mortalidad global en pacientes con una única reintervención por vía abdominal fue en promedio 7,1 %.
4. Clínicamente, la mayoría de los pacientes reintervenidos contaban con algún antecedente patológico, destacando patologías como diabetes mellitus, hipertensión arterial y anemia ferropénica. Respecto al IMC, el peso normal fue la condición que predominó en este grupo de estudio.
5. Con respecto a las variables quirúrgicas, las causas que con mayor frecuencia motivaron a la realización de una primera cirugía fueron la colecistitis aguda, la apendicitis aguda y la peritonitis. Las relaparotomías mayormente fueron a demanda, con una duración media entre 1 y 3 horas y realizadas tardíamente, es decir después de 72 horas de la primera intervención. Además, los hallazgos operatorios más frecuentes fueron el absceso intraabdominal, la fuga de anastomosis y la dehiscencia de suturas.

Limitaciones

1. Durante la elaboración del estudio se presentaron limitaciones en la recolección de los fundamentos teóricos, pues son escasos los antecedentes nacionales y los existentes, tienen una antigüedad mayor a cinco años o no abordan todas las variables a comparar con nuestra investigación. Por otro lado, la llegada de la pandemia mundial por COVID-19 hizo que se implanten nuevos protocolos de acceso a los hospitales, así como nuevas disposiciones para los encargados del área de estadística, lo que retrasó la autorización para el recojo de datos.
2. Durante la ejecución del estudio se tuvieron limitaciones en la recolección de datos, pues solo un porcentaje de la información se encontraba ordenada en el sistema virtual del nosocomio en estudio, mientras que el resto de historias clínicas estaban incompletas, ilegibles o ausentes.
3. Durante la evaluación del estudio se presentaron limitaciones relacionadas con el factor tiempo, pues las restricciones sanitarias y la instauración del teletrabajo enlentecieron los trámites documentarios. Por otro lado, no se presentaron limitaciones en los recursos humanos ni económicos.

Recomendaciones

1. Al Estado, implementar políticas hospitalarias que permitan el análisis de las características modificables que influyen en la realización de relaparotomías y contribuyan a la disminución de las mismas, especialmente las asociadas con la técnica quirúrgica.
2. Al equipo médico, promover el manejo integral del paciente, a fin de que reciba una evaluación multidisciplinaria preoperatoria, para identificar enfermedades subyacentes, evaluar su estado nutricional e identificar posibles focos de infección, que puedan aumentar las posibilidades de complicaciones y, por ende, de una reintervención.
3. A los servicios de cirugía, priorizar las intervenciones de los pacientes mayores de 60 años, ya que, por su edad, reservas fisiológicas y su estado homeostático disminuido, es más frecuente la posibilidad de que ocurra un evento adverso; ante esto, una correcta evaluación preoperatoria para conocer su estado actual y la formulación de un plan quirúrgico estratégico, podría contribuir a la disminución de las tasas de RQA.
4. A la universidad, difundir los resultados de este estudio entre la comunidad médica, permitiendo que el cirujano tenga bases teóricas que orienten su estrategia quirúrgica.
5. A los investigadores, realizar estudios similares que identifiquen o asocien otras variables, diferenciando así a los pacientes que podrían beneficiarse de una nueva cirugía, de aquellos en quienes es mejor no reintervenir. Además, en la actualidad, las cifras en regiones de la sierra, selva y a nivel nacional son desconocidas, la realización de un estudio más amplio, con una mayor población y en un período de estudio menor, podría acercarnos a conocer este porcentaje, para así implementar políticas sanitarias que puedan reducir los altos costos que simbolizan para el sistema de salud.

Referencias Bibliográficas

1. La Rosa Y, Matos ME, Rodríguez-Fernández Z. Características de las reintervenciones en un servicio de cirugía general. MEDISAN [Internet]. 2017 Feb [citado 2021 Oct 10];21(2):187-196. Disponible en: <https://bit.ly/3ld8WIN>
2. Matos ME, Wendy G, Rodríguez Fernández Z. Caracterización de las reintervenciones en cirugía general. MEDISAN [Internet]. 2013 Jun [citado 2021 Sep 10];17(6):890-901. Disponible en: <https://bit.ly/3yWclO3>
3. Pérez-Guerra JA, Vázquez-Hernández M, Ramírez-Moreno R, López-García FR. Reintervenciones abdominales: prevalencia en cirugías electivas y urgencias. Cir Cir. 2017;85(2):109-13.
4. Conociendo Ica [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [citado 13 de Noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3FNt0Vk>
5. Hospital Santa María del Socorro de Ica [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/38pEemJ>
6. Aquije DY. Calidad de atención en el Seguro Integral de salud en el Hospital Santa María del Socorro de Ica–2019. Universidad de Huánuco [Internet]. 2020 [citado 02 de setiembre de 2021]; Disponible en: <https://bit.ly/39qzduj>
7. Céspedes HA, Bello Carr A, Fernández-Pérez R. Morbimortalidad de las reintervenciones en la cirugía abdominal urgente y electiva. Rev Cuba Cir [Internet]. 2021 [citado 2021 Sep 10]; 60(1). Disponible en: <https://bit.ly/39sPYok>
8. La Rosa Y, Rodríguez-Fernández Z., Matos ME. El dilema de las reintervenciones quirúrgicas. Rev Cubana Cir [Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Sep 10]; 57(4): e708. Disponible en: <https://bit.ly/39nwfXh>
9. Rodríguez Z, La Rosa Y, Matos ME. Factores asociados a la mortalidad en las reintervenciones quirúrgicas. Revista Cubana de Cirugía. 2017;56(2):12-21.
10. León-Asdrúbal SB, Juárez-de la Torre JC, Navarro-Tovar F, Heredia-Montaña M, Quintero-Cabrera JE. Reintervenciones quirúrgicas abdominales no planeadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Puebla. Gac Med Mex. 2016;152:508-15.

11. Sierra VM. Reintervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía del hospital "Aleida Fernández Chardiet". Rev. electron. Zoilo [Internet]. 2016 [citado 10 Oct 2021]; 41(6):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <https://bit.ly/39sQnXS>
12. Rosales Y, Ricardo D, Pérez CM, Pérez MD, Hernández Y. Reintervención por sepsis en Cirugía abdominal. 2010- 2012. RM [revista en Internet]. 2015 [citado 10 Oct 2021];, 19(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <https://bit.ly/3lhQwA8>
13. Orbegoso S., Velásquez O. Características Epidemiológicas, Clínicas y Quirúrgicas de pacientes fallecidos sometidos a cirugía por Abdomen Agudo en el Hospital Regional de Lambayeque, 2018 - 2019. Univ Part Chiclayo [Internet]. 2020 [citado 02 de setiembre de 2021]; Disponible en: <https://bit.ly/39nwvdp>
14. Garcés D. Evaluación de los indicadores de calidad en los pacientes reintervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador agosto 2016 - setiembre 2017. Univ San Martín de Porres [Internet]. 2020 [citado 12 de setiembre de 2021].
15. Mansilla-Doria, P, Arroyo-Acevedo, J, Martínez C, Cisneros-Hilario C. Factores asociados a la re intervención quirúrgica en el tratamiento del abdomen agudo del anciano, hospital de emergencias Grau EsSALUD Lima-Perú 2010 al 2015. Conocimiento para el desarrollo. [Internet]. 2019 [citado 02 de setiembre de 2021]; 10(1), 67-73. <https://bit.ly/3wku14c>
16. Zegarra S, Huamán R, Valderrama R, Camacho R. Relaparotomías en el Servicio de Cirugía de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Cirujano 2018; 15 (1). Disponible en: <https://bit.ly/3sEiMkK>
17. Sacca K. Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2018 [citado 02 de setiembre de 2021]; Disponible en: <https://bit.ly/3whRq67>
18. Merino OM. Reoperaciones en cirugía gastrointestinal Hospital Alberto Sabogal Sologuren. Univ 2016. San Martín de Porres [Internet]. 2020 [citado 25 de setiembre de 2021].
19. Gonzales JG, Díaz PD. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a relaparotomía, en el hospital base Almanzor Aguinaga

- Asenjo de Chiclayo 2014 - 2016. Rev Cienc Médicas Salud Glob [Internet]. 2019 [citado 02 de setiembre de 2021]; 2(1). Disponible en: <https://bit.ly/37NUxJy>
20. Betancourt J, Estenoz JC, Márquez H, Sierra E, López de la Cruz F. Relaparotomías en Cuidados Intensivos. Rev Cubana Med Int Emerg. 2003 [citado 10 Set 2021]; 2(3):24-30. Disponible en: <https://bit.ly/3FNkRjA>
 21. Arcentales GM, Chonillo HL. Escala de criterios para reintervenir a un paciente de cirugía abdominal, análisis en pacientes del Hospital Abel Gilbert Ponton, 2016. :171.
 22. Amador Y, López E, Concepción L. Reintervenciones quirúrgicas abdominales. Medimay [Internet]. 2013 [citado 05 Oct 2021]; 19(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://bit.ly/3Mj7eeA>
 23. Suylleng Y. Criterios de reintervención quirúrgica abdominal - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 19 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3PmvuOF>
 24. RAE, RAE. Diccionario esencial de la lengua española [Internet]. «Diccionario esencial de la lengua española». Disponible en: <https://bit.ly/3ldoiGG>
 25. Santa-Clara V. Relaparotomías de urgencias: evaluación en cuatro años. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2003 Dic [citado 2021 Oct 19] ; 32(4). Disponible en: <https://bit.ly/3Nnh2o1>
 26. Martínez DS. Definición de Cirugía. Cir Gen. 2005; 27(2):179.
 27. RAE, RAE. Diccionario esencial de la lengua española [Internet]. «Diccionario esencial de la lengua española». Disponible en: <https://bit.ly/3Lhsikk>
 28. Cirugía electiva, de urgencia y de emergencia: diferencias - Anestesia Entre Ríos [Internet]. Anestesia Entre Ríos. 2019 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3MmxVPx>
 29. RAE, RAE. Diccionario esencial de la lengua española [Internet]. «Diccionario esencial de la lengua española». Disponible en: <https://bit.ly/3yGpkTQ>
 30. Blanco MA, Shunchao K, Xueqing L. La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en

Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 18];16(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en:
<https://bit.ly/3a57wYc>

31. Alarcón J. Epidemiología: concepto, usos y perspectivas. Rev. peru. epidemiol. Vol 13 N°1 Abril 2009.
32. Taber's Medical Dictionary Online. Incidence. <https://bit.ly/3Ng5UsJ>. Accessed September 11, 2021.
33. Mortalidad [Internet]. Default. [citado 10 de septiembre de 2021]. Disponible en:
<https://bit.ly/3wsc8zb>
34. Hernández-Sampieri, R, Mendoza, C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, 2018.

Anexo

Anexo 1. Matriz de consistencia

Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2010-2020.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Población y muestra
<p>Problema general: ¿Cuáles son las características de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el período 2010-2020?</p> <p>Problemas específicos: -¿Cuál es la incidencia de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes sometidos a una cirugía inicial electiva y/o de urgencia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el período 2010-2020? - ¿Cuáles son las características epidemiológicas (sexo, edad, lugar de procedencia, lugar dónde se realizó la primera cirugía y mortalidad) de la reintervención quirúrgica abdominal, en pacientes atendidos en el Hospital Santa</p>	<p>Objetivo general: Determinar las características de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el período 2010-2020.</p> <p>Objetivos específicos: -Estimar la incidencia de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes sometidos a una cirugía inicial electiva y/o de urgencia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el período 2010-2020. -Determinar las características epidemiológicas (sexo, edad, lugar de procedencia, lugar dónde se realizó la primera cirugía y mortalidad) de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa</p>	<p>Hipótesis: De acuerdo al alcance únicamente descriptivo del estudio y del planteamiento del problema, no se ha considerado conveniente plantear una hipótesis para esta investigación, pues no se intenta pronosticar ningún valor (34).</p>	<p>Variable: Características de la reintervención quirúrgica abdominal.</p> <p>Dimensiones: Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas.</p> <p>Subdimensiones: -Características epidemiológicas: Sexo, edad, lugar de procedencia, lugar dónde se realizó la primera cirugía, incidencia y mortalidad.</p>	<p>Tipo De Investigación: El tipo de investigación es aplicada, con enfoque cuantitativo. El nivel es descriptivo.</p> <p>Diseño de investigación El diseño de la investigación es no experimental, observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo.</p>	<p>Población: La población estará conformada por pacientes mayores de 18 años cuya reintervención, fue realizada dentro de los 60 días postoperatorios de la primera cirugía abdominal, en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el período 2010-2020.</p> <p>Muestra: La muestra será de tipo censal, ya que se incluirán a todos los pacientes con reintervención quirúrgica</p>

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Población y muestra
<p>María del Socorro de Ica, durante el período 2010-2020?</p> <p>-¿Cuáles son las características clínicas (comorbilidades e índice de masa corporal) de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el período 2010-2020?</p> <p>-¿Cuáles son las características quirúrgicas (modalidad de la primera cirugía, diagnóstico quirúrgico inicial, tipo y duración de la reintervención, tiempo entre la intervención inicial y la reintervención y hallazgos operatorios en la segunda intervención) de la reintervención quirúrgica abdominal, en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, durante el período 2010-2020?</p>	<p>María del Socorro de Ica durante el período 2010-2020.</p> <p>-Identificar las características clínicas (comorbilidades e índice de masa corporal) de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el período 2010-2020.</p> <p>-Describir las características quirúrgicas (modalidad de la primera cirugía, diagnóstico quirúrgico inicial, tipo y duración de la reintervención, tiempo entre la intervención inicial y la reintervención y hallazgos operatorios en la segunda intervención) de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el período 2010-2020.</p>		<p>-Características clínicas: Comorbilidades e Índice de masa corporal (IMC).</p> <p>-Características quirúrgicas: Modalidad de la primera cirugía, diagnóstico quirúrgico inicial, tipo de la reintervención, duración de la reintervención, tiempo entre la intervención inicial y la primera reintervención y hallazgos operatorios en la segunda intervención.</p>		<p>abdominal del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el periodo 2010-2020, quienes cumplen criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Técnicas Recolección de datos y observación</p> <p>Instrumento Ficha técnica</p> <p>Estadística Se procesarán los datos en los programas SPSS v26 y Microsoft Excel 19.0 (Excel 2017).</p>

Anexo 2. Aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Continental.



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Huancayo, 05 de noviembre del 2021

OFICIO N°018-2021-VI-UC

Señor:
Bordon Lujan Camila Solange
Peñares Peñaloza Margot Betina
Poma Quispe Rosaluz Yesenia

Presente-

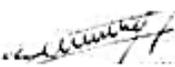
Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: **"CARACTERIZACIÓN DE LA REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ABDOMINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2010-2020"**.

Ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,


**Walter Calderón Gerstein**
Presidencia del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

ucontinental.edu.pe

Arequipa
Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 1980
(064) 481430

Cusco
Ub. Manuel Prado - lote B, N°7 Av. Colcauyo
(084) 480 070

Sector Angostura RM 10,
carretera San Jerónimo - Sayta
(084) 480 070

Lima
Av. Alfredo Mendola 520, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Anexo 3: Autorización emitida por el HSMSI



DIRECCION REGIONAL DE SAUD DE ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO-ICA
Año Del Bicentenario Del Perú :200 Años De Independencia



MEMORANDO N° 084-2021-DE-HSMSI/J-UADI

SEÑOR : ING ALEJANDRO VALDIVIA RETAMOZO
Jefe De La Unidad De Estadística

ASUNTO : PRESENTACIÓN DE TESISTA

FECHA : Ica, 06 de Agosto del 2021

Me dirijo a usted, para presentar a las tesis BORDON LUJAN CAMILA SOLANGE, PEÑARES PEÑALOZA MARGOT BETINA y POMA QUISPE ROSALUZ YESENIA, quienes desarrollaran el proyecto de investigación "CARACTERIZACION DE LA REINTERVENCION QUIRURGICA ABDOMINLA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO-ICA 2010-2020"

Se le agradece brindar las facilidades.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO
[Firma]
MAG. C.D. RICARDO D. MARTINEZ MUJANTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACION



CC Archivo
RDMM/J-UADI.

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Calle Castrovirreyna N°759

Anexo 4. Ficha de recolección de datos



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

CARACTERIZACIÓN DE LA REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ABDOMINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA

2010-2020

Ficha de recolección de datos N°: _____

Número de Historia Clínica: _____

Fecha: / /

1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

- a) Sexo: 1. Femenino () 2. Masculino ()
- b) Edad: ___ años
- c) Lugar de procedencia (Departamento): _____
- d) Lugar dónde se realizó la primera cirugía: 1. HSMSI () 2. Referido de: _____
- e) Mortalidad: Sí () No ()

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

a) Comorbilidades:

- 1. DM Tipo II ()
- 2. Desnutrición ()
- 3. HTA ()
- 4. Anemia ()
- 5. Insuficiencia renal ()
- 6. Otras: _____

b) IMC:

- 1. Bajo peso o menor a 18 kg/m² ()
- 2. Peso normal o 18- 24.5 kg/m² ()
- 3. Sobrepeso o 25-29 kg/m² ()
- 4. Obesidad o mayor a 30 kg/m² ()

3. CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS

a) **Modalidad de la primera cirugía:** 1. Emergencia () 2. Electiva ()

b) **Diagnóstico quirúrgico inicial:**

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Apendicitis aguda () | 5. Neoplasia maligna () |
| 2. Colecistitis aguda () | 6. Peritonitis () |
| 3. Obstrucción intestinal () | 7. Otros: _____ |
| 4. Trauma abdominal () | |

c) **Tipo de la reintervención:** 1. Programada () 2. A demanda ()

d) **Duración de la reintervención:**

1. Corta duración o menor a 1 hora ()
2. Mediana duración o de 1-3 horas ()
3. Larga duración o mayor a 3 horas ()

e) **Tiempo entre la intervención inicial y la reintervención:**

1. Temprana o menor a 48 horas ()
2. Intermedia o de 48-72 horas ()
3. Tardía o mayor a 72 horas ()

f) **Hallazgos operatorios en la segunda intervención:**

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Fuga de anastomosis () | 6. Heces () |
| 2. Abscesos () | 7. Sangre () |
| 3. Hemorragia activa () | 8. Edema intestinal () |
| 4. Dehiscencia de suturas () | 9. Obstrucción mecánica () |
| 5. Orina () | 10. Otros: _____ |

Anexo 5. Ficha de validación de instrumento



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Dr. RAUL HUAMAN CORONADO
- 1.2 Grado académico: Médico Cirujano - Especialista en Cirugía General.
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Hospital Santa María del Socorro
- 1.4 Título de la Investigación: Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2010-2020
- 1.5 Autor del instrumento:
Bach. Camila Solange, BORDÓN LUJÁN
Bach. Margot Betina, PEÑARES PEÑALOZA
Bach. Rosaluz Yesenia, PCMA QUISPE

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				80%	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					92%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					95%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					85%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					90%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					90%
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					90%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					90%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					95%
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pausas en la investigación y construcción de teorías.					90%
SUB TOTAL					80%	90%
TOTAL						85,35%

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20):

17,07

VALORACION CUALITATIVA:

Excelente

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento es aplicable: Promedio de Valoración 85,35%

Lugar y fecha: Ica 10 de octubre del 2021

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

DR. RAUL HUAMAN CORONADO
CIRUJANO GENERAL Y PLASTICO
C.R.P. 1753 R.R.E. 2142

Firma y Pos firma del experto

DNI: 81.564.196

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO
I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Dr. CESAR ALBERTO LEY GARCIA
 1.2 Grado académico: Médico Cirujano – Especialista en Cirugía General CMP 27318
 1.3 Cargo e institución donde labora: Hospital Santa María del Socorro
 1.4 Título de la Investigación: Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2010-2020
 1.5 Autor del instrumento:
 Bach. Camila Solange, BORDÓN LUJÁN
 Bach. Margot Betina, PEÑARES PEÑALOZA
 Bach. Rosaluz Yesenia, POMA QUISPE

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					90%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					85%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					90%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					85%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				75%	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.				80%	
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.				80%	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					90%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					95%
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				75%	
SUB TOTAL					77%	89.1%
TOTAL	83.3%					

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20):

16,66%

VALORACION CUALITATIVA:

Excelente

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El instrumento es aplicable, responde al problema planteado 83.3%

Lugar y fecha: Ica, 15 de octubre del 2021

GOBIERNO REGIONAL ICA
 INSTITUCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO



DR. CESAR LEY GARCIA
 CIRUJANO GENERAL
 C.M.P. 27318 - ICA

Firma y Pos firma del experto

DNI: 21103001