



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

CARACTERÍSTICAS PERIOPERATORIAS DE LOS PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGÍAS ABDOMINALES DE EMERGENCIA CON
RESECCIÓN INTESTINAL EN UN HOSPITAL NACIONAL DE NIVEL III - 1
DE LIMA, PERÚ (2015 - 2025)

PERIOPERATIVE CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING
EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY WITH BOWEL RESECTION IN A
LEVEL III - 1 NATIONAL HOSPITAL IN LIMA, PERU (2015 - 2025)

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES

GUSTAVO MARAY LAMA CASTRO
LUCIA ROMINA MEZA ALVARADO
ANDREA VERONICA ZEVALLOS GOYZUETA

ASESOR

GIULIANO MANUEL BORDA LUQUE

LIMA – PERÚ

2026

ASESORES DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

ASESOR

DR. GIULIANO MANUEL BORDA LUQUE

Departamento Académico de Clínicas Quirúrgicas

ORCID: 0000-0001-7150-5573

Fecha de aprobación: 23/02/2026

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

Le dedicamos este trabajo a nuestros padres por su apoyo incondicional, por todo su amor y cariño.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a nuestro asesor Dr. Borda por su orientación, tiempo y dedicación durante el desarrollo del presente trabajo. Asimismo, agradecemos a los docentes de la Facultad de la Universidad Peruana Cayetano Heredia por los conocimientos transmitidos durante nuestra formación profesional.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	LAMA CASTRO GUSTAVO MARAY
2.	MEZA ALVARADO LUCIA ROMINA
3.	ZEVALLS GOYZUETA ANDREA VERONICA

Pertenecientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA**, autores del trabajo titulado: **CARACTERÍSTICAS PERIOPERATORIAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍAS ABDOMINALES DE EMERGENCIA CON RESECCIÓN INTESTINAL EN UN HOSPITAL NACIONAL DE NIVEL III - 1 DE LIMA, PERÚ (2015 - 2025)** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO** bajo la modalidad de **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	BORDA LUQUE GIULIANO MANUEL	MEDICINA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **21 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3492019692**; fecha de entrega: **26-02-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 26 de febrero del 2026.**

Firma del asesor

N° DNI: 29593945

ORCID: 0000-0001-7150-5573



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Materiales y métodos	5
- Diseño planteado	
- Población	
- Criterios selectivos	
- Muestra	
- Definición operacional de las variables	
- Procedimientos y técnicas	
- Análítica de datos obtenidos	
- Consideraciones éticas y diseminación	
- Limitaciones	
IV. Resultados esperados	14
V. Conclusiones	17
VI. Referencias bibliográficas	18
VII. Presupuesto y cronograma	21
Anexos	23

RESUMEN

Introducción: La cirugía abdominal de emergencia constituye una de las intervenciones más frecuentes en el servicio de cirugía general de emergencia y se asocia a una elevada morbimortalidad. Dentro de este grupo, la resección intestinal representa un procedimiento común, cuya evolución clínica depende de múltiples factores perioperatorios; por lo cual, resulta relevante su caracterización en un contexto local. **Objetivo:** Describir las características perioperatorias de los pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia con resección intestinal en un hospital de nivel III - 1 en Lima-Perú, durante el periodo 2015-2025. **Materiales y métodos:** Se realizará un estudio observacional de cohorte retrospectiva con enfoque descriptivo. Incluirá pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia con resección intestinal en un hospital de nivel III - 1 en Lima-Perú (2015-2025); con seguimiento desde su admisión hospitalaria hasta 30 días posteriores a la cirugía. La muestra está conformada por 365 pacientes, seleccionados de la base de datos institucional. Los datos serán ingresados y analizados en el programa SPSS versión 25, empleando frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. **Conclusiones:** El presente estudio busca reducir la brecha de información existente sobre las características perioperatorias de los pacientes sometidos a resección intestinal de emergencia en población peruana. **Palabras clave:** Procedimientos Quirúrgicos del Sistema Digestivo, Resección Intestinal, Anastomosis Quirúrgica, Enterostomía, Periodo Perioperatorio.

ABSTRACT

Introduction: Emergency abdominal surgery constitutes one of the most frequent interventions in general emergency surgery and is associated with substantial morbidity and mortality. Within this group, intestinal resection is a common procedure whose clinical outcomes depend on multiple perioperative factors; therefore, its characterization in a local healthcare context is of particular relevance. **Objective:** To describe the perioperative characteristics of patients who underwent emergency abdominal surgery with intestinal resection at a level III-1 hospital in Lima-Peru, during the period 2015-2025. **Materials and Methods:** A retrospective observational cohort study with a descriptive approach will be conducted. The study will include patients who underwent emergency abdominal surgery with intestinal resection at a level III-1 hospital in Lima-Peru between 2015 and 2025, with follow-up from hospital admission to 30 days postoperatively. The sample consists of 365 patients selected from the institutional database. Data will be entered and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPCC) version 25, applying absolute frequencies and percentages for qualitative variables, and measures of central tendency and dispersion for quantitative variables. **Conclusions:** The present study seeks to reduce the existing knowledge gap regarding the perioperative characteristics of patients undergoing emergency intestinal resection in Peruvian population.

Keywords: Digestive System Surgical Procedures, Large Bowel Resection, Surgical Anastomosis, Enterostomy, Perioperative Period.

I. INTRODUCCIÓN

Las cirugías generales de emergencia son procedimientos realizados como medida terapéutica inmediata contra afecciones potencialmente letales, representando un verdadero problema de salud pública con gran carga asistencial y de morbimortalidad a nivel mundial (1). Se ha reportado que en los países de ingresos bajos y medianos (LMICs), tal como Perú, alrededor del 60% de las cirugías realizadas corresponden al servicio de emergencias, siendo la cirugía abdominal una proporción significativa de estas intervenciones (2). Por ello, es fundamental identificar las características clínicas de los pacientes que requieren una cirugía abdominal de emergencia, junto a un adecuado criterio médico, a fin de garantizar una derivación oportuna al quirófano y reducir así los tiempos de demora asistencial, factores estrechamente relacionados con los resultados postoperatorios (3).

La resección intestinal es un procedimiento quirúrgico que implica la extirpación de un segmento intestinal de acuerdo con la necesidad clínica, y es de las intervenciones más frecuentes en la emergencia del servicio de cirugía general en el Perú. Entre sus principales indicaciones se encuentran el trauma abdominal, la obstrucción intestinal, la perforación visceral, la isquemia intestinal, las patologías inflamatorias y las neoplasias complicadas (4). Asimismo, la evaluación de las características preoperatorias del paciente, mediante sistemas estandarizados como el índice de comorbilidad de Charlson y la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA), resulta fundamental para

estimar el riesgo quirúrgico y orientar la toma de decisiones intraoperatorias (5). Tras la resección intestinal, considerando el estado clínico del paciente, la patología subyacente y las condiciones del segmento de intestino afectado, el cirujano puede optar por uno de dos desenlaces distintos: una anastomosis intestinal o una ostomía (3). La anastomosis intestinal implica la unión quirúrgica de dos porciones del intestino mediante suturas manuales o dispositivos mecánicos según las características del paciente y la disponibilidad de recursos (6). Es considerada un pilar en la cirugía general y tiene por objetivo restablecer el tránsito intestinal (7,8). Por otro lado, la ostomía es la exteriorización quirúrgica del intestino delgado (duodenostomía, ileostomía, yeyunostomía) o grueso (colostomía) a la superficie abdominal, pudiendo ser temporal (estoma en bucle) o permanente (estoma final). Esta cirugía permite preservar el tránsito intestinal y la nutrición del paciente en aquellos con alto riesgo de complicaciones anastomóticas (9). No obstante, la resección intestinal se asocia a una elevada tasa de complicaciones postoperatorias. Se ha descrito que, entre los pacientes admitidos por cirugía general de emergencia, aproximadamente el 50% desarrolla complicaciones postoperatorias, con tasas de readmisión hospitalaria de hasta el 15% dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía (10). Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran la infección del sitio operatorio, la hernia incisional, la formación de bridas y adherencias, la fuga anastomótica, la peritonitis y la dehiscencia de la herida operatoria (11,12), cuya severidad puede ser clasificada mediante sistemas estandarizados como la clasificación de Clavien-Dindo (5).

En la actualidad, en el Perú, la información sobre las características perioperatorias y los resultados de los pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia con indicación de resección intestinal es limitada y está desactualizada. Ante la ausencia de publicaciones de estos estudios realizados en población peruana, resulta necesario describir las indicaciones más frecuentes de resección intestinal, la técnica de reconstrucción utilizada y las complicaciones postoperatorias, en un establecimiento de salud de nivel III-1 en Lima, Perú, con la finalidad de generar evidencia local que contribuya a mejorar la toma de decisiones y la atención a los pacientes.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir las características perioperatorias de los pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia con indicación de resección intestinal en un hospital de nivel III - 1 en Lima, Perú, durante el periodo 2015-2025.

Objetivo específico:

1. Describir las características preoperatorias de los pacientes sometidos a resección intestinal de emergencia.
2. Describir las causas más frecuentes de resección intestinal de emergencia.
3. Identificar el tipo de reconstrucción (anastomosis vs. ostomía) a utilizar según la patología que presente el paciente con indicación de resección intestinal de emergencia.
4. Describir las complicaciones postquirúrgicas en un periodo de hasta 30 días posterior a la resección intestinal de emergencia.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño planteado: Estudio observacional de cohorte retrospectivo con enfoque descriptivo.

Población: Pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia con resección intestinal en un establecimiento de salud de nivel III-1 en Lima, Perú.

Criterios selectivos:

Criterios de inclusión:

- a. Paciente de sexo masculino o femenino, con edad mayor o igual de 18 años.
- b. Pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia con indicación de resección intestinal en un establecimiento de salud de nivel III-1 en Lima, Perú
- c. Intervenciones quirúrgicas durante el periodo comprendido entre enero del 2015 a diciembre del 2025.
- d. Pacientes en los que se haya realizado reconstrucción intestinal mediante anastomosis primaria u ostromía.
- e. Procedimientos quirúrgicos realizados por abordaje laparoscópico y cirugía abierta.
- f. Pacientes con historias clínicas que presenten datos completos que incluyan información preoperatoria, intraoperatoria y seguimiento clínico hasta 30 días posteriores a la cirugía.

Criterios de exclusión:

- a. Mujer gestante.
- b. Paciente de sexo masculino o femenino, con edad menor de 18 años.
- c. Pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico electivo o semi-electivo.
- d. Pacientes sometidos a una resección intestinal previa en otra institución.
- e. Pacientes con historias clínicas incompletas o sin registro del seguimiento postoperatorio hasta 30 días.
- f. Pacientes fallecidos antes de intervención quirúrgica por resección intestinal en emergencia.

No son criterios de exclusión:

- a. Paciente de sexo masculino o femenino con antecedente de cirugía abdominal distinta a resección intestinal.
- b. Paciente de sexo masculino o femenino con antecedente de neoplasia intraabdominal.
- c. Paciente de sexo masculino o femenino con antecedente de enfermedad diverticular.
- d. Paciente de sexo masculino o femenino con antecedente de enfermedad intestinal inflamatoria.
- e. Paciente de sexo masculino o femenino con antecedente de VIH/SIDA.
- f. Paciente de sexo masculino o femenino con antecedente de tuberculosis abdominal.

- g. Paciente de sexo masculino o femenino con antecedente de trauma abdominal.
- h. Complicaciones quirúrgicas de una resección intestinal de emergencia dentro del primer mes postoperatorio.

Muestra:

El tamaño muestral se calculó utilizando el programa OpenEpi® versión 3, mediante el módulo Sample Size for a Proportion para estudios descriptivos. Según el flujo de pacientes atendidos anualmente por cirugía de emergencia para resección intestinal, se consideró una población total estimada de 2400 casos durante el periodo de estudio, un intervalo de confianza de 95% y un margen de error de $\pm 5\%$. Con esos parámetros, se obtuvo un tamaño mínimo de 332 pacientes. Con la finalidad de compensar posibles registros incompletos de las historias clínicas o pérdidas de información, se incrementó en un 10%, lo cual resulta en un total final de 365 pacientes.

Definición operacional de las variables:

Edad: variable cuantitativa continua que indica el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la cirugía, expresada en años completos y obtenida de la historia clínica del paciente.

Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica que expresa la condición biológica de una persona, denominada como masculino o femenino.

Tiempo de enfermedad: variable cuantitativa continua que expresa el intervalo de tiempo transcurrido desde el inicio de sintomatología de una enfermedad hasta la evaluación médica, expresada en horas o días y obtenida de la historia clínica.

Diagnóstico preoperatorio: variable cualitativa nominal que refiere la identificación clínica presuntiva de una patología que motivó a la indicación de cirugía abdominal de emergencia con resección intestinal.

Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI): variable cuantitativa discreta que identifica las comorbilidades preexistentes de un paciente, a las cuales se les asigna un puntaje específico de 1, 2, 3 y 6 según su asociación con la mortalidad. El puntaje total predice el riesgo de mortalidad y pronóstico global del paciente al año. (11)

Clasificación ASA: variable cualitativa ordinal basada en el sistema de estratificación del riesgo preoperatorio según la American Society of Anesthesiologists (ASA), usada como variable clínica preoperatoria para estimar el riesgo basal del paciente según su estado físico general y la presencia de enfermedad sistémica. Se clasifica de ASA I al ASA VI, donde los valores más altos indican mayor riesgo anestésico-quirúrgico. (12)

Tipo de abordaje quirúrgico: variable cualitativa nominal politómica que describe la técnica operatoria utilizada para el acceso a la cavidad abdominal.

- **Laparotomía:** proceso por el cual se accede a la cavidad abdominal mediante una incisión abdominal abierta.
- **Laparoscopia:** proceso por el cual se accede a la cavidad abdominal mediante el uso de trócares y una cámara endoscópica.

- **Cirugía convertida:** conversión intraoperatoria de laparoscopia a laparotomía.

Segmento intestinal resecado: variable cualitativa nominal politómica: intestino delgado, colon y mixto.

Tiempo operatorio: variable cuantitativa continua, describe la duración total del acto quirúrgico: desde la incisión cutánea inicial hasta el cierre completo de todas las capas. Se expresa en minutos, según el registro anestésico o quirúrgico.

Pérdida sanguínea intraoperatoria: variable cuantitativa continua, describe la cantidad estimada de sangre perdida durante el procedimiento quirúrgico. Se expresa en mililitros, según el registro anestésico o quirúrgico.

Tipo de reconstrucción intestinal: variable cualitativa nominal dicotómica que describe el tipo de reconstrucción intestinal realizada posterior a la resección:

- **Anastomosis intestinal:** unión primaria entre dos segmentos de intestino, inmediatamente después de una resección.
- **Ostomía:** creación quirúrgica de un estoma que comunica el intestino delgado o grueso con la superficie del cuerpo con el fin de permitir la salida de contenido fisiológico; puede ser temporal o permanente, ya sea de protección o definitiva.

Clasificación de Clavien-Dindo: variable cualitativa ordinal que permite clasificar la severidad de complicaciones quirúrgicas postoperatorias, basado en el tipo de tratamiento requerido para su manejo. Se clasifica del grado I al V, en donde valores más altos indican una mayor severidad clínica. (13)

Complicación quirúrgica: variable cualitativa nominal politómica que describe un evento adverso posterior al procedimiento quirúrgico que altera la evolución

clínica habitual del paciente dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía.

Procedimientos y técnicas:

El estudio se iniciará una vez obtenida la aprobación del Comité Institucional de Ética e Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Cayetano Heredia. Se realizará un estudio de cohorte retrospectiva de enfoque descriptivo.

Inicialmente, se utilizará la base de datos virtual del servicio de Cirugía General para identificar a los pacientes que ingresaron por emergencia y fueron sometidos a resección intestinal, durante el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2025.

Una vez identificados los pacientes elegibles, se realizará la revisión de historias clínicas virtuales y físicas, desde la admisión hospitalaria hasta por un periodo de 30 días posterior a la cirugía, con el fin de describir la evolución clínica y las posibles complicaciones postquirúrgicas.

Los datos obtenidos serán registrados en una ficha de recolección de datos previamente diseñada (Anexo 1), que incluye las variables preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias. Posteriormente esta información será registrada en una tabla en el programa Microsoft Excel 2019 y analizada mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.

Analítica de datos obtenidos:

Los datos obtenidos a partir de las fichas de recolección de datos serán registrados en una base de datos elaborada por los investigadores en el programa de Microsoft Excel 2019, donde serán organizados y depurados según las variables del estudio. Posteriormente, la base de datos será exportada al programa estadístico IBM SPSS v.25, mediante el cual se realizará el análisis estadístico descriptivo.

Las variables cualitativas serán analizadas mediante frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se describirán usando medidas de tendencia central y dispersión, tales como media, mediana, moda, desviación estándar, así como valores mínimos y máximos. Los resultados serán presentados en forma de tablas y gráficos estadísticos.

Consideraciones éticas y diseminación:

El proyecto de investigación se dará inicio con previa autorización del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Cayetano Heredia. Se respetarán los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia; y se velará por el cumplimiento de las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki y las directrices del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

Durante el proceso del proyecto se respetarán los siete requisitos establecidos por Emanuel para la investigación clínica y se asegurará la confidencialidad y el anonimato de la información recolectada. Cabe mencionar que la información

será almacenada en un archivo protegido con acceso exclusivo por el equipo investigador, garantizando la protección de información sensible.

Finalmente, los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados al estudio.

Limitaciones:

El presente estudio presenta las limitaciones inherentes a su diseño. Al tratarse de un estudio observacional de cohorte retrospectiva con enfoque descriptivo, la recolección de datos dependerá exclusivamente de la información disponible en las historias clínicas, ya sean digitales o manuscritas. Esto podría dar lugar a un sesgo de información debido a posibles registros incompletos, inconsistentes o ilegibles, afectando la disponibilidad y calidad de ciertas variables de interés.

De esta manera, la inclusión exclusiva de historias clínicas completas podría introducir un sesgo de selección, excluyéndose los registros incompletos.

Además, la naturaleza retrospectiva del estudio y el amplio periodo de 10 años impiden controlar variables potencialmente confusoras, como las indicaciones quirúrgicas, técnicas operatorias, manejo anestésico y perioperatorio, avances tecnológicos y cambios en protocolos institucionales; lo cual constituye un posible sesgo inherente al diseño de estudio.

Adicionalmente, el estudio se limita a la recolección de datos de un solo establecimiento de salud de nivel III-1, por ello, los resultados obtenidos reflejarán características propias de la institución y su población atendida; de optar por una extrapolación a otros contextos deberá realizarse con cautela.

Finalmente, al tratarse de un estudio observacional y descriptivo, se podrán identificar y describir características y asociaciones, sin establecer relaciones de causalidad.

IV. RESULTADOS ESPERADOS

Tras la revisión bibliográfica y los objetivos planteados en el proyecto de investigación, se esperarían los siguientes resultados según cada tiempo del perioperatorio:

a. Periodo preoperatorio:

En el periodo preoperatorio se espera identificar la distribución por edad y sexo, tiempo de enfermedad y diagnósticos preoperatorios más frecuentes de los pacientes sometidos a una resección intestinal de emergencia.

Dentro de la diversidad de patologías que pueden conducir a dicha intervención, la literatura señala como causas más frecuentes a la obstrucción intestinal (hernias y adherencias), las neoplasias, la perforación traumática y no traumática (incluyendo la enfermedad ulcerosa y la neoplasia maligna), la necrosis isquémica, la enfermedad inflamatoria intestinal (principalmente la enfermedad de Crohn) y enfermedad diverticular (13).

Asimismo, se espera que la aplicación del índice de comorbilidad de Charlson y la clasificación ASA permitan describir la carga de comorbilidades y el riesgo preoperatorio de los pacientes incluidos en este estudio.

b. Periodo intraoperatorio:

En el periodo intraoperatorio, se espera describir el tipo de abordaje quirúrgico (laparotomía o laparoscopia) y la técnica de reconstrucción

intestinal (anastomosis primaria u ostromía) empleada con mayor frecuencia según cada patología que motivó la resección intestinal. Asimismo, se espera describir la frecuencia de cada técnica utilizada según los factores de riesgo - como mal estado nutricional, inestabilidad hemodinámica, edad avanzada- que podrían influir en la viabilidad de una anastomosis primaria y conducir a la realización de una ostromía (9,10,19).

c. Periodo postoperatorio:

El periodo postoperatorio constituye una etapa determinante dentro de la evolución clínica del paciente, dado que las complicaciones postquirúrgicas influyen directamente en la morbimortalidad, el pronóstico clínico y la calidad de vida. (17) En este contexto, el presente estudio permitirá identificar las complicaciones postoperatorias más frecuentes y describir su gravedad mediante sistemas estandarizados, como la clasificación de Clavien-Dindo. Asimismo, se busca reconocer aquellas complicaciones que condicionan la admisión a UCI, la necesidad de reintervención quirúrgica, procedimientos intervencionistas o requerimientos transfusionales durante el periodo de seguimiento de 30 días posterior a la cirugía.

En otros estudios realizados en hospitales de nivel III-1 de Lima-Perú, se describe al íleo postoperatorio prolongado (íleo paralítico) como la complicación más frecuente tras una resección intestinal, mostrando además una alta asociación con un tiempo operatorio prolongado (>180

min) (17,18). En segundo lugar, se describe a la infección del sitio operatorio, la cual se presenta con una incidencia similar tanto en pacientes sometidos a enterostomías como a colostomías (18).

V. CONCLUSIONES

El presente estudio busca contribuir a la reducción de la brecha de información existente sobre las características perioperatorias de los pacientes sometidos a una resección intestinal de emergencia en el contexto de un hospital nacional nivel III - 1 en Lima Perú. La ejecución de esta investigación permitirá describir las características preoperatorias, las patologías más frecuentes que motivan dicha intervención, identificar la técnica de reconstrucción intestinal empleada según cada patología y las complicaciones postquirúrgicas con mayor incidencia. Finalmente, la información generada por este estudio busca aportar evidencia a nivel local que permita optimizar la atención quirúrgica y seguimiento postoperatorio, contribuyendo a la planificación de estrategias orientadas a reducir la morbimortalidad asociada a la resección intestinal de emergencia.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Debas HT, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Mock CN, editors. Essential Surgery: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1) [Internet]. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333500/>
2. McCord, C., Ozgediz, D., H Beard, J., T Debas, H. (2015). Essential Surgery: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1). Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development; Chapter 4, available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333506/> doi: 10.1596/978-1-4648-0346-8_ch4
3. Brown, C. V. R., Inaba, K., Martin, M. J., & Salim, A. (Eds.). (2019). Emergency General Surgery. doi:10.1007/978-3-319-96286-3.
4. Grupo de Investigación y colaboradores de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú. *Cirugía general de emergencia en Perú: un estudio multicéntrico prospectivo*. Cirujano. 2020;20(1):31–43.
5. Havens JM, Columbus AB, Seshadri AJ, Brown CVR, Tominaga GT, Mowery NT, et al. Risk stratification tools in emergency general surgery. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2018;3(1):e000160. doi:10.1136/tsaco-2017-000160.
6. Grott, M., Horisberger, K., Weiß, C. et al. Resection enterostomy versus Hartmann's procedure for emergency colonic resections. *Int J Colorectal Dis* 32, 1171–1177 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00384-017-2808-6>

7. Benshabat E, Yuval JB, Leibovitzh H, Hirsch A, Lahat G, Kariv Y, Zemel M. Comparing perioperative outcomes of stapled versus handsewn Kono-S anastomosis after ileocolonic resection for Crohn's disease. *Tech Coloproctol*. 2025 Oct 16;29(1):182. doi: 10.1007/s10151-025-03219-y. PMID: 41099860; PMCID: PMC12532619.
8. ANABRIA QUIROGA, ÁLVARO E.; VEGA, N. V. .; DOMÍNGUEZ , L. C.; OSORIO BARKER, C. . Anastomosis Intestinal: ¿manual o mecánica?, ¿en Un Plano O En Dos Planos?. *Rev Colomb Cir* 2019, 25, 97-103.
9. Skovsen AP, Korgaard Jensen T, Gögenur I, Tolstrup MB. Small bowel anastomosis in emergency surgery. *World J Surg*. 2024 Feb;48(2):341-349. doi: 10.1002/wjs.12059. Epub 2024 Jan 4. PMID: 38686800.
10. Ambe, P. C., Kurz, N. R., Nitschke, C., Odeh, S. F., Möslein, G., & Zirngibl, H. (2018). Intestinal Ostomy. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(11), 182–187. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0182>
11. Scott JW, Olufajo OA, Brat GA, et al. (2016). Use of National Burden to Define Operative Emergency General Surgery. *JAMA Surg*;151(6):e160480. doi:10.1001/jamasurg.2016.0480
12. Fiorillo C, Tondolo V, Biffoni B, Gambaro E, Lucinato C, De Sio D, Alfieri S, Quero G. Circular staplers and anastomotic leakage in colorectal surgery: meta-analysis. *BJS Open*. 2025 Mar 4;9(2):zrae170. doi: 10.1093/bjsopen/zrae170. PMID: 40200762; PMCID: PMC11979101.
13. Clatterbuck B, Moore L. (2022) Small Bowel Resection. StatPearls Publishing.

14. M.E. Charlson, P. Pompei, K.L. Ales, C.R. Mackenzie. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: A development and validation. *J Chronic Dis*, 40 (1987), pp. 373-383
15. Hendrix JM, D. (2025). American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System. [Updated 2025 Feb 11]. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>
16. Clavien, P A, Sanabria J R, Strasberg S M. (1992). Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy. *Surgery*, 111(5): 518-526.
17. Vega K,. (2025). Complicaciones posoperatorias de pacientes sometidos a anastomosis intestinal de un hospital de Lima, Peru, 2024. *Revista experiencia en medicina*, Lima; 11(2).
18. Berrocal O., Mirando J., (2024). Complicaciones de la restitución de tránsito intestinal en un Hospital público de tercer nivel de atención en Lima, Perú. Lima; Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
19. Goulder F. Bowel anastomoses: The theory, the practice and the evidence base. *World J Gastrointest Surg*. 2012 Sep 27;4(9):208-13. doi: 10.4240/wjgs.v4.i9.208. PMID: 23293735; PMCID: PMC3536859.

VII. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto

Se presenta el presupuesto estimado que considera los gastos operativos necesarios para el desarrollo del proyecto y la elaboración del informe final.

Concepto	Unidad	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Investigadores	Persona	3	autofinanciado	0
Transporte al hospital	viaje	12	15	180
Almacenamiento digital	USB	1	60	60
Equipo informático	Laptop personal	3	0	0
Software estadístico	SPSS	1	0	0
Total	-	-	-	240

Cronograma

Se presenta el cronograma estimado para el desarrollo del proyecto y la elaboración del informe final.

ACTIVIDADES	01/ 26	02/ 26	03/ 26	04/ 26	05/ 26	06/ 26	07/ 26	08/ 26	09/ 26
Desarrollo de protocolo	X	X							
Envío y aprobación del comité de ética			X						
Revisión de historias clínicas				X	X				
Recolección de datos y registro de información					X	X			
Análisis de datos						X	X		

Redacción de manuscrito final							X	X	
Finalización de manuscrito									X

ANEXOS

ANEXO 1: Muestra

Sample Size for Frequency in a Population

Population size(for finite population correction factor or fpc)(<i>N</i>):	2400
Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (<i>p</i>):	50%±5
Confidence limits as % of 100(absolute +/- %)(<i>d</i>):	5%
Design effect (for cluster surveys- <i>DEFF</i>):	1

Sample Size(*n*) for Various Confidence Levels

ConfidenceLevel(%)	Sample Size
95%	332
80%	154
90%	244
97%	394
99%	520
99.9%	747
99.99%	929

Equation

$$\text{Sample size } n = [\text{DEFF} * N * p(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$$

La tabla adjunta muestra un total estimado de 332 casos, considerando un total estimado de 2400 casos durante el periodo de estudio. Para compensar posibles registros incompletos o pérdidas de información, se incrementó en un 10%, lo cual resulta en un total final de 365 pacientes.

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PREOPERATORIO				
Historia clínica		Documento de identificación		
Edad		Sexo	M () F ()	
Tiempo de enfermedad		Fecha de admisión hospitalaria		
Diagnóstico preoperatorio		Fecha de alta		
Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI)	Puntuación total: ()			
	Marcar con (X) si se presenta:			
	Infarto de miocardio	1	Hepatopatía leve	1
	Insuficiencia cardíaca congestiva	1	Hepatopatía moderada o severa	3
	Enfermedad vascular periférica	1	Diabetes mellitus sin lesión orgánica	1
	Enfermedad cerebrovascular	1	Diabetes mellitus con lesión orgánica	2
	Demencia	1	Hemiplejía	2
	Enfermedad pulmonar crónica	1	Leucemias	2
	Enfermedad de tejido conectivo	1	Linfoma	2
	Enfermedad ulcerosa	1	Tumor sin metástasis	2
	Insuficiencia renal crónica	2	Tumor sólido con metástasis	6
	SIDA	6	Ninguna	0

Clasificación ASA		
Grado	Definición	Clasificación del paciente
I	Paciente sano, sin comorbilidad.	
II	Paciente con enfermedad sistémica leve a moderada, sin limitación funcional.	
III	Paciente con enfermedad sistémica leve a moderada, con limitación funcional.	
IV	Paciente con enfermedad sistémica severa, con riesgo vital constante.	
V	Paciente moribundo, con pocas probabilidades de sobrevivir las próximas 24 horas, con o sin cirugía.	
VI	Paciente en muerte cerebral (candidato a trasplante de órganos).	

INTRAOPERATORIO			
Tipo de incisión		Laparoscopia () Laparotomía () Cirugía convertida ()	
Anastomosis	Sí () No ()	Ostomía	Sí () No ()
Segmento intestinal resecaado		Intestino delgado () Colon () Mixto ()	
Tiempo operatorio			
Pérdida sanguínea intraoperatoria			
Requerimiento transfusional		Sí () No ()	

POSTOPERATORIO			
Diagnóstico posoperatorio			
Clasificación de Clavien-Dindo			Clasificación del paciente
Grado	Definición		
I	Cualquier desviación del posoperatorio normal que no requiera reintervención por cirugía abierta o endoscópica. Se considera el incluir el uso de soluciones electrolíticas, antieméticos, antipiréticos, analgésicos y fisioterapia. Incluye infección superficial tratada en la cama del paciente.		
II	Se requiere tratamiento farmacológico diferente a los anteriores. Uso de transfusión sanguíneas o de hemoderivados y nutrición parenteral.		
III	Requiere reintervención quirúrgica endoscópica o radiológica		
	a	Sin anestesia general	
	b	Con anestesia general	
IV	Complicaciones que amenazan la vida del paciente y requieren tratamiento en cuidados intermedios o intensivos.		
	a	Disfunción orgánica única (incluye diálisis).	
	b	Disfunción orgánica múltiple.	
V	Muerte del paciente.		
<i>Si hay complicación, especificar:</i>			