BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

Facultad de Medicina

HOSPITAL GENERAL IMSS BIENESTAR DEL SUR
"DR. EDUARDO VÁZQUEZ N."

"FACTORES PREDICTORES DE DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS ENTÉRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR EDUARDO VAZQUEZ N"

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en:

Cirugía General

Presenta:

Jorge Ernesto Radbruch Godínez

Asesor Experto.

Dr. Carlos Rodríguez Pantoja

Asesor Metodologico.

Biol. Maria de Lourdes Hurtado Hernandez

H. Puebla de Z. 09 de Febrero de 2026.

AGRADECIMIENTOS

La culminación de esta etapa representa no solo un logro académico y profesional, sino también el reflejo del apoyo, amor y confianza de las personas que han sido fundamentales a lo largo de mi formación.

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este momento, por brindarme fortaleza en los momentos de dificultad, sabiduría para tomar decisiones y la oportunidad de servir a través de la medicina. Su guía ha sido fundamental para superar cada reto durante este camino.

Dedico este trabajo a la memoria de mi padre, quien, aunque ya no se encuentra físicamente conmigo, sigue siendo mi mayor inspiración. Su ejemplo de esfuerzo, responsabilidad y perseverancia ha sido el motor que me impulsa a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles. Su enseñanza y valores han marcado profundamente mi vida y mi vocación médica. Este logro también le pertenece a él.

Agradezco profundamente a mi abuela Josefina, por su amor incondicional, su paciencia y sus palabras de aliento en cada etapa de mi formación. Su apoyo constante ha sido un pilar fundamental para alcanzar este objetivo, brindándome fortaleza emocional y motivación para continuar en los momentos de cansancio y adversidad.

A mi familia, expreso mi más sincero agradecimiento por su respaldo absoluto durante toda la especialidad. Gracias por comprender las ausencias, los sacrificios personales y las largas jornadas que implicó esta formación. Su confianza en mí y su compañía han sido esenciales para mantenerme firme en este camino.

Asimismo, agradezco a todos mis maestros, compañeros y pacientes, quienes contribuyeron de manera directa e indirecta a mi crecimiento profesional y humano, permitiéndome adquirir conocimientos, habilidades y valores que llevaré conmigo durante toda mi práctica médica.

Finalmente, agradezco a la institución que me formó como cirujano, por brindarme las herramientas necesarias para desarrollarme profesionalmente y reafirmar mi compromiso con la atención médica de calidad, ética y humana.

INDICE

1. RESUMEN 1
3. ANTECEDENTES 3
3.1 Antecedentes generales 3
3.2 Antecedentes específicos 7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 9
4.1 Pregunta de investigación 9
5. OBJETIVOS 10
5.1 Objetivo general 10
5.2 Objetivos específicos 10
6. MATERIAL Y MÉTODOS 11
7. RESULTADOS 13
8. DISCUSIÓN 20
9. CONCLUSIONES 21
10. BIBLIOGRAFÍA 22

1. RESUMEN
“FACTORES PREDICTORES DE DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS ENTÉRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA ”

Introducción. Todos los procedimientos quirúrgicos involucran riesgos y complicaciones generales, empero existen complicaciones específicas como lo pueden ser las dehiscencias entéricas de la cirugía colon y recto. Siendo estas de las complicaciones más importantes si se considera que 30% de las cirugías gastrointestinales presentan al menos una anastomosis.

Objetivo. Evaluar los factores asociados a las dehiscencias de anastomosis entéricas en pacientes postoperados en el Hospital General de Puebla.

Material y métodos. Se realizó un estudio no experimental, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. En el que se incluyeron los expedientes de pacientes sometidos a cirugía entérica en el Hospital General de Puebla y que requiriesen anastomosis. De ellos se indago si se presentaron dehiscencias y sus características.

Resultados. Se estudiaron 152 casos de cirugía con anastomosis intestinal, de los cuales 65.8% fueron casos con dehiscencia. Dentro de los factores que se encontraron asociados se presentó la edad, la duración quirúrgica, zona anatómica, presencia de comorbilidades, obesidad y tipo de anastomosis.

Conclusión. Se identificaron factores de riesgo que pueden ser atendidos y procurados para disminuir la prevalencia de dehiscencias.

Palabras clave. Anastomosis, dehiscencias, cirugía entérica

2. INTRODUCCIÓN

Las intervenciones quirúrgicas, a pesar de los avances en técnicas, anestesia y cuidados perioperatorios, siempre conllevan riesgos inherentes y posibles complicaciones. Entre estas, las dehiscencias de anastomosis entéricas representan un desafío clínico importante, sobre todo en cirugías de colon y recto.

Este tipo de cirugías suelen involucrar la necesidad de una anastomosis, mismas que se pueden convertir en un riesgo cuando se pierde la integridad de estas conexiones quirúrgicas y, por ende, en la recuperación del paciente. La dehiscencia de la anastomosis se asocia con una mayor morbilidad, estancias hospitalarias prolongadas, necesidad de reintervención e incremento en la mortalidad postoperatoria, lo que convierte su prevención en un objetivo prioritario para los equipos quirúrgicos.

Diversos estudios han reportado múltiples factores relacionados con la aparición de dehiscencias, entre ellos la edad avanzada del paciente, la presencia de comorbilidades como diabetes mellitus o hipertensión, el índice de masa corporal, la zona anatómica de la anastomosis, la técnica quirúrgica empleada y la duración del procedimiento. La identificación de estas variables permite a los cirujanos anticipar riesgos, tomar decisiones informadas durante la intervención y establecer estrategias preventivas orientadas a disminuir la incidencia de complicaciones postoperatorias.

En este contexto, el presente estudio se centra en evaluar los factores asociados a las dehiscencias de anastomosis entéricas en pacientes sometidos a cirugía en el Hospital General de Puebla.

3. ANTECEDENTES

3.1 Antecedentes generales

Las anastomosis son resultado de querer resolver la presencia de ostomías (apertura contranatural de exteriorización dela piel de algún segmento del tubo digestivo); las cuales se introdujeron por primera vez en 1793.(1) Considerando que la que la cirugía gastrointestinal es la más frecuente la presencia de las ostomías es muy alta; de manera que el 40% de todas las cirugías involucra órganos intrabdominales y al menos el 30% involucra una anastomosis intestinal.(2, 3) La anastomosis fue establecida en el sigo XIX por Travers, Lembert y Hasteld.(4)

Además, la anastomosis por sí misma incurre o es participe de una serie de características como el cierre en uno o dos planos, e incluso si el cierre es manual con sutura continua o separada; o bien sutura mecánica con algún otro tipo de instrumental como son los cortadores lineales o las grapas circulares. Teniendo que cada una de estas tiene un impacto directo con el resultado de la anastomosis.(2, 5)

Aunque en la actualidad no se ha demostrado que entre los dos tipos de sutura exista una que tenga mejor resultado o reduzca la incidencia de dehiscencia o fugas. Empero, la sutura mecánica si ha demostrado una mayor incidencia de reintervención quirúrgica.(6)

La dehiscencia de anastomosis es considerada como la complicación más severa dentro de las cirugías de intestino; misma complicación que se presenta en un rango de 1 a 15.9% de todos los casos.(7) Por lo que se considera que dentro de la cirugía entérica es la complicación que presenta mayor asociación con un incremento en la morbilidad, mortalidad y aumento en los días de estancia intrahospitalaria.(8) Ya que la presencia de una dehiscencia de anastomosis implica un aumento de la

mortalidad hasta en un 15% de los casos de pacientes con dehiscencia dependiendo de la sección sometida a cirugía. (9, 10)

La dehiscencia se define como la perdida de la continuidad parcial o total en la anastomosis o en una región cercana a la misma, lo que se traduce de manera directa en la falta de hermeticidad permitiendo que se comunique el lumen interno con el exterior o espacio extra luminal y que ocurra antes de los 30 días postoperatorios. (11)

De forma más puntual la dehiscencia de la anastomosis incrementa la estancia intrahospitalaria de 5 a 13 días, la necesidad de una reintervención pasa de 4% en promedio a 45.8% por la presencia de la dehiscencia.(12)

La falta de anastomosis o dehiscencia se entiende como el un defecto en el sitio de la anastomosis por una falta de comunicación intra y extraluminal (13) Es importante señalar que para que se presente una dehiscencia de la anastomosis se requiere no solo un mal cierre, si no que se ha señalado que esta debe ser equivalente a una anastomosis de solo 2 capas o menos, ya que esto genera una falta de suministro de sangre adecuada para poder mantener la anastomosis de manera adecuada.(14)

Teniendo que, en una etapa más esencial, antes de la dehiscencia completa es posible que se presente solamente una filtración de la misma hasta en un 5%; siendo que si esta continua se producirá la dehiscencia. (14)

La cual tiene una manifestación clínica escueta o poco precisa, integrándose por características como:

- Sensibilidad abdominal
- Septicemia
- Evidencia de gas

Además de que se presenta alteración por signos vitales como polipnea, fiebre, taquicardia e hipotensión. También se incluye taquicardia en >90 latidos por minuto.(11)

Derivado del cuadro clínico tan inespecífico es necesario o recomendable tener otro tipo de seguimiento y control, como es la aplicación de una tomografía o un análisis de enema con contraste hidrosoluble resulta útil para mantener la evaluación.(13) Además de la necesidad de afrontar un diagnóstico diferencial entre la dehiscencia, la fuga y la fistula.(11)

Ahora bien, la dehiscencia de la anastomosis se puede ver potenciada o impulsada por factores de riesgo específicos que presente el individuo; mismas que pueden ser clasificadas como los factores completamente identificados, factores en estudio y factores que pueden funcionar como factores de protección. Además que los mismos factores no tienen el mismo impacto según la zona del tracto digestivo estudiado.(10)

Estos factores se pueden evidenciar en el abordaje del paciente de manera oportuna para identificar dehiscencias; esto es más significativo si se hace hincapié que con la presencia de tres o más factores el riesgo de dehiscencia se incrementa hasta un 50%(10) .Dentro de los factores de riesgo que se han determinado se han señalado los siguientes como los más influyentes (15):

- Enfermedad pulmonar preexistente (29%)
- Albumina sérica <3 mg (37%)
- Peritonitis preoperatoria (34%)
- Tensión de la anastomosis
- Transfusiones preoperatorias
- Zona colon-rectal

Por otro lado, también se pueden clasificar los factores de riesgo según en qué momento su aparición respecto a la cirugía de la anastomosis, esta clasificación es la siguiente (15-20):

- Preoperatorios: en este caso entra la edad, toxicomanía, ingesta de algunos medicamentos, estado nutricional, sobrepeso, incremento de la albumina sérica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hemoglobina preoperatoria, preparación del intestino, uso de antibiótico, uremia, uso de corticoides, hematocrito y estado del intestino
- Transoperatorios: Sepsis abdominal, duración de la cirugía, colocación de drenajes, trasfusión sanguínea, anastomosis primaria, contaminación quirúrgica y duración quirúrgica.
- Postoperatorias: Inicio de la dieta, tipo o de alimentación estancia en eventos sociales

3.2 Antecedentes específicos

Acorde al trabajo realizado por Zhi-jie presentado en el 2014, incluyo 39 estudio y un total de 24,232 pacientes. Esto señalo que la dehiscencia anastomótica se presentó en 8.6% de los casos y una necesidad de reintervención quirúrgica en 5.4% de los casos. Mientras que el riesgo de mortalidad fue de 0.4% y el principal factor es la necesidad de una reintervención quirúrgica.(21)

Por otro lado, en el trabajo de Golda publicado en el 2020 y realizado en España, realizaron un estudio retrospectivo con 470 pacientes sometidos a cirugía entérica con anastomosis. De los casos estudiados 9.4% presento algún grado de dehiscencia, encontrando como factores de riesgo los niveles preoperatorios de albuminemia relacionado a situaciones de desnutrición, el tabaquismo y transfusión de sangre perioperatoria.(22)

En cuanto al trabajo presentado por Nieves-Alonso en el 2025, en el que se realizó un análisis de 182 pacientes sometidos a cirugía colo-rectal en hospitales de España. Como resultado encontraron una tasa de anastomosis deficiente de 13.2%, encontrando como factores de riesgo la presencia de falla cardiaca previa (OR:4.14, IC 95%: 1.14-13.77) y la presencia de laparotomías (OR: 2.67, IC 95%: 1.07-6.6). Señalando que las cirugías previas tienen un factor de riesgo importante para la presencia o desarrollo de dehiscencias de las anastomosis.(23)

También se puede mencionar el trabajo realizado por Jarquin-Vasquez realizado en Hospitales del IMSS de Puebla y publicado en el 2025. En el que se consideraron casos de pacientes sometidos a cirugía colo-rectal entre el 2022 y 2023, en cuyo trabajo buscaron identificar factores relacionados con la falla anastomótica donde encontraron que los drenajes y la preparación intestinal fueron factores relacionados a dichas fallas.(24)

Es importante mencionar el trabajo de Oliveira *et al* publicado en el 2023, el cual consistió en una revisión sistémica y un meta-análisis que incluyo artículos clínicos publicados entre 2010 y 2021. Con lo que se incluyeron 16 estudios relacionados al estudio de la anastomosis, donde la anastomosis por comprensión presento la tasa de reintervención mas baja con tan solo 3.64% y la mas alta en la anastomosis realizada a mano con 9.49%. Mientras que el tiempo requerido para llevar a cabo la anastomosis fue mas alto en la hecha a comprensión y la más rápida la hecha a mano. Sin embargo, se identifica como una constante la presencia de infecciones, dehiscencia y mortalidad en personas sometidas a cirugía de anastomosis colo rectal.(25)

En población hispanoparlante se puede mencionar el trabajo presentado por Chandia-Núñez en el 2022 desarrollado en Argentina. Incluyendo 111 casos de estudio, donde 12.6% de los casos presentaron dehiscencia y la mortalidad en 4.5%. Donde se encontraron como factores relacionados fueron la hipoalbuminemia, IMC >30.1 kg/m^2 y el sexo hombre.(26)

Por otro lado, el trabajo de Bannura que data del 2007 realizado en Chile incluyo 380 casos de estudio con una tasa de dehiscencia de 4.7% y una mortalidad de 1.3%. En caso de los pacientes con dehiscencia se requirió re-operación en 56%. En cuanto a los riesgos identificados se presenta una anastomosis a <8cm del margen anal, radioterapia y sexo hombre.(27)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se debe partir que la cirugía abdominal son las más frecuentes al representar el 40% de todas las cirugías que se realizan; mientras que de estas la presencia de la anastomosis intestinal se presenta hasta en un 30% de las intervenciones quirúrgicas. (2, 3)

Sabiendo la incidencia de la anastomosis intestinal, es importante señalar que hasta 15.9% de dichos casos se convierte en una dehiscencia y por ende es la principal complicación que se presenta y que a expensas de estas incrementa de 5 a 13 días la estancia intrahospitalaria, una reintervención de hasta 45.8%.(12)

Por lo que la dehiscencia se considera la principal complicación de la cirugía entérica y que es responsable de incremento de mortalidad por hasta 15%.(9, 10)

4.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados a las dehiscencias de anastomosis entéricas en pacientes postoperados en el Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez Navarro”?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Evaluar los factores asociados a las dehiscencias de anastomosis entéricas en pacientes postoperados en el Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez Navarro.”

5.2 Objetivos específicos

a. Identificar las características de edad, sexo, diagnóstico y tipo de cirugía de los pacientes operados en el Hospital General de Puebla
b. Revisar las comorbilidades en los pacientes operados por cirugía entérica en el Hospital General de Puebla
c. Revisar posibles factores descritos en investigaciones previas sobre dehiscencia en las anastomosis entéricas en pacientes postoperados en el Hospital General de Puebla

6. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Empleando un muestreo no probabilístico de expedientes. En el cual se incluyeron expedientes de pacientes mayores de 18 años atendidos en el Hospital General de Puebla sometidos a cirugía entérica que hayan requerido anastomosis.

De cada expediente se revisó si se presentó dehiscencia, localización y tipo de anastomosis, así como otras variables como edad del paciente al momento de la cirugía, sexo, comorbilidades, sobrepeso, infección de sitio quirúrgico o sobrepeso.

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de investigación y ética correspondiente. Asegurando que se cumplía con lo señalado por la declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, además de que se respetó lo señalado por el Reglamento General de Salud en Materia de Investigación y que acorde al artículo 17 se realizó un estudio sin riesgo al ser documental. También se respetaron los principios de confidencialidad de los pacientes, resguardando la información según la Ley de Protección de Datos en Manos de Particulares y de Obligados.

Además, no se presentaron conflictos de intereses por parte de los participantes y los recursos materiales y económicos requeridos fueron proporcionados por el médico residente.

Para el análisis estadístico se empleó el programa IBM SPSS v27 (USA). El análisis estadístico contemplara una parte descriptiva con el uso de medidas de tendencia central para las variables cualitativas; mientras que en las variables cuantitativas se estudió su distribución mediante media y desviación estándar. Para la parte inferencial las asociaciones se estudiaran con Chi-cuadrada de Pearson, teniendo que una $p \leq 0.05$ se considerara significativa.

ASPECTOS ÉTICOS

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD: La Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para la salud, son de observancia para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación, para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o rehabilitación. De esta norma se consideran los artículos. 4.3, 4.11, 5.5, 5.6, 5.8, 5.9, 5.11, 5.12, 6.1, 6.2, 7, 7.1, 7.3, 10, 11, 12 y 17.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General en Salud en materia de investigación, que establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, de la cual se consideran los artículos 13, en la que deberán prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de derechos y bienestar del sujeto de estudio. Con respecto al artículo 14, el estudio se apegará a las fracciones I, IV, V, VI, VII y VIII. En cuanto al artículo 16, se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, así como la confidencialidad de los datos proporcionados. De acuerdo con el artículo 17, fracción II, esta investigación se considera de riesgo mayor que el mínimo, ya que se trata de un estudio de intervención farmacológica para una condición aguda y grave (la hipercalemia derivada de ERC), que conlleva el riesgo inherente de la administración de medicamentos y el monitoreo intensivo.

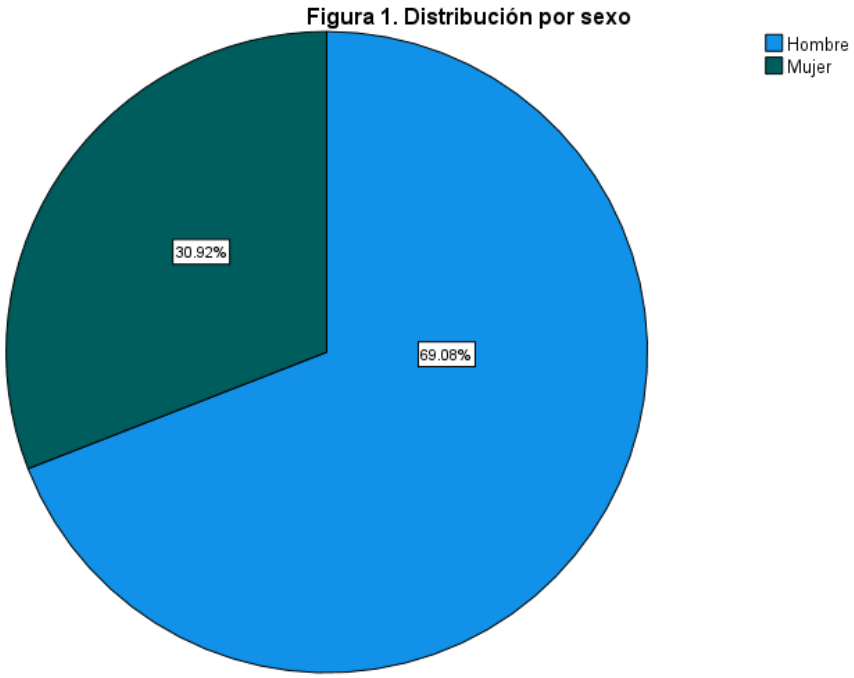
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, que establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad,

titularidad y confidencialidad del expediente clínico considerando los siguientes artículos del 5.1 al 5.14.

De acuerdo con este Reglamento, títulos del primero al sexto y noveno de 1987. Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las Instituciones de Atención a la Salud. En el Artículo 17: Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. El presente protocolo de estudio se considera que es una investigación con riesgo mayor que el mínimo.

7. RESULTADOS

Se incluyeron 152 casos con una edad media de 52.41 ±17.02 años de edad. En cuanto a la distribución por sexo de los cuales hombres fueron n=105 (69.1%) y de mujeres n=47 (30.9%) (Figura 1).



En cuanto a las comorbilidades se identificó que 34.9% (n=53) presentaba diabetes, 22.4% (n= 34) hipertensión y 42.8% (n=65) ninguna comorbilidad. En relación con el sobrepeso este se presentó en 42.8% (n=65) de los casos. Respecto a los niveles de albuminemia se identificó una media de 3.4 ±0.52 g/dL.

Pasando a los datos o análisis directo entorno a la cirugía y la anastomosis en la Tabla 1 se muestran los lugares de anastomosis.

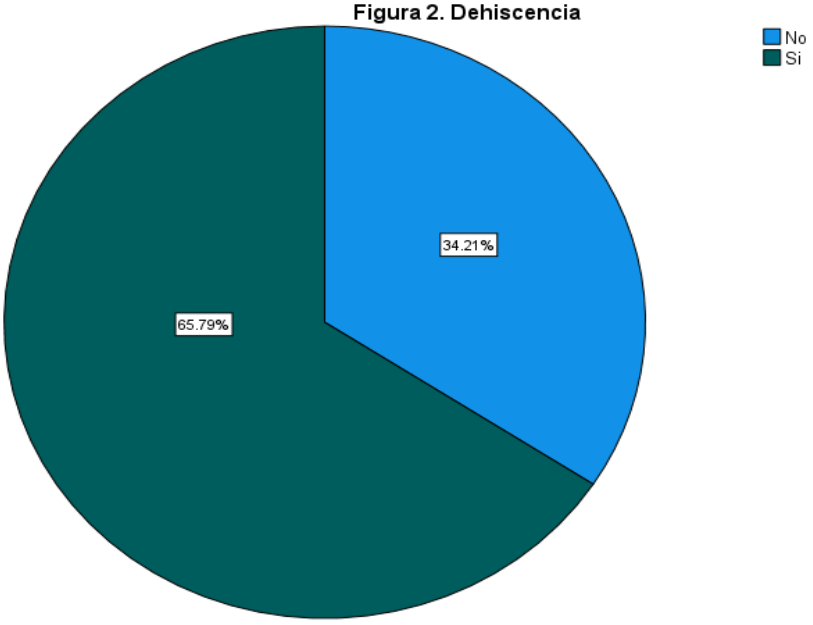
Tabla 1. Distribución de las zonas anatómicas donde se realizó la anastomosis

	Frecuencia	Porcentaje
Duodeno	12	7.9%
Yeyuno	42	27.6%
Íleon	63	41.4%
Colon	35	23%

Fuente: datos obtenidos de pacientes del Hospital General de Puebla

En cuanto al tipo de anastomosis el 20.4% fue mecánica y el resto manual, en cirugías cuya duración media fue de 173.82 ±40.86 minutos. Además de que en 41.4% (n=63) se usó alimentación NPT y en 30.3% (n=46) se presentó infección. De los 152 casos, solo se presentó mortalidad en 16 casos (10.5%). De los casos estudiados 65.8% (n=100) presento dehiscencia (Figura 2).

Figura 2. Dehiscencia



Dicho lo anterior se procedió a realizar los análisis de asociación y correlación entre las variables estudiadas y la dehiscencia. Primeramente, se evaluó si existía diferencia en la dehiscencia de la anastomosis según el sexo, conformándose la tabla cruzada (Tabla 2). Con una Chi-cuadrada de Pearson (p=0.069) OR= 0.519 (IC 95%, 0.255-1.057).

Tabla 2. Tabla cruzada entre dehiscencia y sexo

	Dehiscencia	
	Si	No
Hombre	31	74
Mujer	21	26

Fuente: datos obtenidos de pacientes del Hospital General de Puebla

En cuanto a la edad de los pacientes, mediante regresión logística se identificó que se presenta una relación significativa entre esta y la presencia de la dehiscencia (p=<0.001). Mediante regresión logística se identificó que se relaciona la duración de la cirugía con las dehiscencias (p=0.005).

En cuanto a la presencia de comorbilidades, se identificó una asociación entre la presencia de diabetes e hipertensión con la presencia de dehiscencia (p=<0.001) (Tabla 3).

Tabla 3. Tabla cruzada entre comorbilidades y dehiscencias

		No	Si	Total
comorbilidades	diabetes	6 (11.3%)	47 (88.7%)	53
	hipertensión	7 (20.6%)	27 (79.4%)	34
	ninguna	39 (60%)	26 (40%)	65
Total		52	100	152

Fuente: datos obtenidos de pacientes del Hospital General de Puebla

Al revisar la localización de la cirugía y la presencia de la dehiscencia también se encontró una asociación significativa (p=<0.001) (Tabla 4).

Tabla 4. Tabla cruzada entre localización y dehiscencia

		No	Si	Total
localización	colon	3 (8.6%)	32 (91.4%)	35
	duodeno	1 (8.3%)	11 (91.7%)	12
	íleon	29 (46%)	34 (57%)	63
	yeyuno	19 (45.2%)	23 (54.8%)	42
Total		52	100	152

Fuente: datos obtenidos de pacientes del Hospital General de Puebla

También se identificó una asociación significativa entre la anastomosis manual (77.68%) vs mecánica (19.35%) (Chi-cuadrada de Pearson, p=<0.001) (Tabla 5).

Tabla 5. Tabla cruzada entre dehiscencia y tipo de anastomosis

		Dehiscencia	
		Si	No
Tipo de anastomosis	Manual	94 (77.7%)	27 (22.3%)
	Mecánica	6 (19.4%)	25 (80.6%)

Fuente: datos obtenidos de pacientes del Hospital General de Puebla

Situación similar se identificó con la presencia del sobrepeso donde 92.3% de las personas con obesidad presento dehiscencia vs 45.6% de las personas que no presentaban obesidad (p=<0.001) (Tabla 6).

Tabla 6. Tabla cruzada entre obesidad y dehiscencia

		Dehiscencia	
		Si	No
Sobrepeso	Si	60 (92.3%)	5 (7.7%)
	No	40 (46%)	47 (54%)

Fuente: datos obtenidos de pacientes del Hospital General de Puebla

Situación contraria la presentada al valorar las infecciones postoperatorias donde no se asoció con las dehiscencias (p=0.164) (Tabla 7).

Tabla 7. Tabla cruzada entre infecciones y dehiscencia

		Dehiscencia	
		Si	No

Infecciones	Si	34 (73.9%)	12 (26.1%)
	No	66 (62.3%)	40 (37.7%)

Fuente: datos obtenidos de pacientes del Hospital General de Puebla

De manera similar el uso de NPT para la alimentación no generó asociación con la dehiscencia (p=0.123)

Tabla 8. Tabla cruzada entre infecciones y dehiscencia

		Dehiscencia	
		Si	No
Infecciones	Si	34 (73.9%)	12 (26.1%)
	No	66 (62.3%)	40 (37.7%)

Fuente: datos obtenidos de pacientes del Hospital General de Puebla

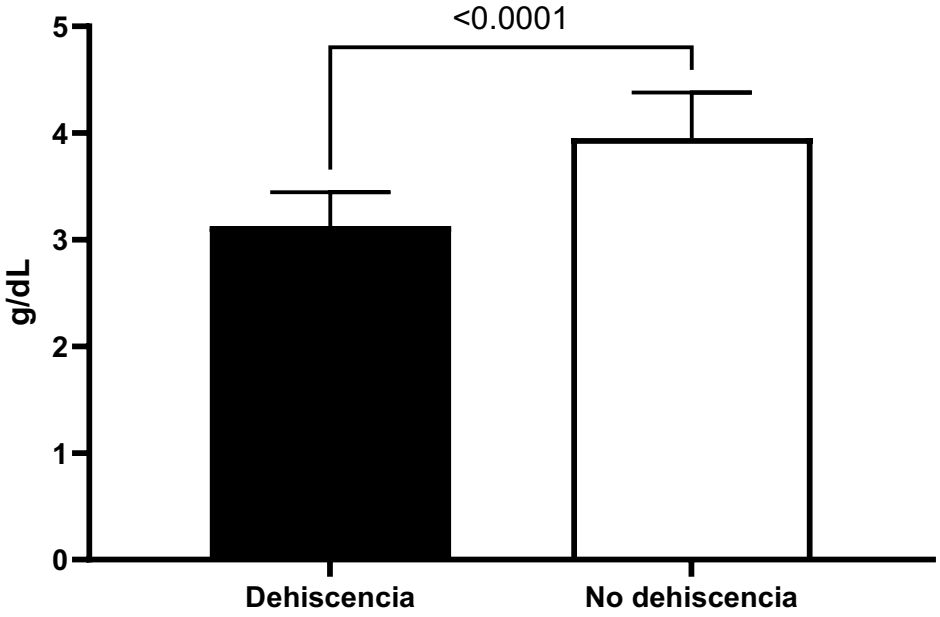
Se realizó un análisis comparativo de las medias de la albuminuria sérica entre los pacientes que presentaron dehiscencia y quienes no; con una menor concentración en quienes presentaron dehiscencia. Los resultados de dicha comparativa se encuentran en la Tabla 9 y Figura 3.

Tabla 9. Albuminemia de pacientes con dehiscencia y sin dehiscencia

	Dehiscencia	Sin dehiscencia	Valor de p
Albumina sérica	3.127 ±0.31	3.95 ±0.42	<0.0001

Fuente: datos obtenidos de pacientes del Hospital General de Puebla

Figura 3. Albumina sérica



También se realizó un estudio de la asociación de la mortalidad y la dehiscencia, encontrando una asociación significativa (p=0.002) (Tabla 10). Esto por que el 100% de las muertes ocurrieron en pacientes que presentaron dehiscencias.

Tabla 10. Tabla cruzada de dehiscencia y mortalidad

		Dehiscencia	
		No	Si
Mortalidad	Si	52 (38.23%)	84 (61.76%)
	No	0	16 (100%)

Fuente: datos obtenidos de pacientes del Hospital General de Puebla

8. DISCUSIÓN

El presente estudio fue desarrollado para identificar factores de riesgo asociados en la dehiscencia de anastomosis. Dentro de la población estudiada se identificó un menor número de caso de mujeres, lo cual corresponde a la prevalencia de casos de enfermedades colo-rectales donde se observa menor número en mujeres.(28, 29) Situación similar es lo que se observó respecto a la edad, en la cual suele presentarse enfermedades colo-rectales en mayores de 45 años, similar a lo observado en el presente estudio. (28, 29)

Se identificaron dentro de las regiones anatómicas do de las cuales se caracterizaron por presentar un mayor número de dehiscencias, estas fueron colon y duodeno, esto de manera significativa. Lo que implica de manera directa que existen zonas anatómicas de mayor dificultad para la anastomosis, teniendo que lo reportado previamente se había señalado a la zona colo-rectal como la de mayor incidencia según el trabajo de De Gyves Morales; por lo que el hallazgo de la zona duodenal en el presente estudio implica la necesidad de estudio del comportamiento de dicha región ante distintos tipos de cirugía. (15)

Por otro lado, en cuanto a los factores de riesgo que se han considerado o clasificado como preoperatorios en estudios previos, se pudo identificar y asociar factores como la edad, sexo, sobrepeso y la presencia de complicaciones como la hipertensión arterial y la diabetes. (15-20) De igual manera se ha demostrado previamente que la dehiscencia incrementa la mortalidad.(30)

Dicho lo anterior, si bien no se identificaron factores nuevos con respecto a la dehiscencia de anastomosis en la cirugía colorrectal si se puede señalar que existen oportunidades para reducir la incidencia de las dehiscencias en el Hospital General de Puebla.

9. CONCLUSIONES

Al evaluar las dehiscencias de las anastomosis entéricas se pudo identificar factores que se asocian a su desarrollo. Dentro de los factores se pudieron identificar algunos que no pueden ser modificables como la edad, localización anatómica de la lesión o la presencia de comorbilidades (hipertensión y diabetes), otras modificables en el paciente como la obesidad; mientras que otras corresponden a cuestiones técnicas propias de la cirugía como la duración de la misma y la anastomosis manual.

Por lo que previo a la cirugía se puede buscar contener algunos de los factores de riesgos como es buscar reducir el tiempo quirúrgico, dar preferencia a las anastomosis mecánicas. Así como mantener un control prequirúrgico adecuado pre operatorio de enfermedades crónicas del paciente.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Messaris E, Sehgal R, Deiling S, Koltun WA, Stewart D, McKenna K, Poritz LS. Dehydration is the most common indication for readmission after diverting ileostomy creation. Diseases of the colon & rectum. 2012;55(2):175-80.
2. Sanabria ÁE, Vega NV, Domínguez LC, Osorio C. Anastomosis intestinal:¿ manual o mecánica?,¿ en un plano o en dos planos? Revista Colombiana de Cirugía. 2010;25(2):97-103.
3. Quiroga ÁES, Contreras MJ, Giraldo HA. Experiencia quirúrgica de la sección de Cirugía General de la Universidad de Antioquia Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Revista Colombiana de Cirugía. 2002;17(4):199-206.
4. Quesada Piquero R. Anastomosis intestinal. 2018.
5. Torres Mesa PA. Incidencia y mortalidad por filtración en anastomosis intestinales y factores relacionados Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR) 2005-2009.
6. Leyva Alamillo JB. Estudio comparativo entre anastomosis manual y mecánica: tasa de éxito, factores de riesgo y complicaciones: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2022.
7. van Westreenen HL, IJpma FF, Wevers KP, Afzali H, Patijn GA. Reoperation after colorectal surgery is an independent predictor of the 1-year mortality rate. Diseases of the colon & rectum. 2011;54(11):1438-42.
8. Yamamoto T, Spinelli A, Suzuki Y, Saad-Hossne R, Teixeira FV, de Albuquerque IC, et al. Risk factors for complications after ileocolonic resection for Crohn's disease with a major focus on the impact of preoperative immunosuppressive and biologic therapy: A retrospective international multicentre study. United European Gastroenterol J. 2016;4(6):784-93.
9. Bannura G, Cumsille MA, Barrera A, Contreras J, Melo C, Soto D, Mansilla JA. Factores asociados a la dehiscencia clínica de una anastomosis intestinal

grapada: análisis multivariado de 610 pacientes consecutivos. Revista chilena de cirugía. 2006;58(5):341-6.

10. Álvarez-Villaseñor AS, Prado-Rico SdC, Morales-Alvarado JI, Reyes-Aguirre LL, Fuentes-Orozco C, González-Ojeda A. Factores asociados a dehiscencia de anastomosis intestinal. Cirugía y cirujanos. 2021;89(2):233-42.

11. Campos Campos SF, Ureña Álvarez JA, Fuentes Orozco C, Barbosa Camacho FJ, Barrera López FJ, Jiménez Ley VB, González Ojeda A. Dehiscencia de anastomosis gastrointestinal. Qué hacer y qué no hacer. Cirujano general. 2019;41(4):243-55.

12. Turrentine FE, Denlinger CE, Simpson VB, Garwood RA, Guerlain S, Agrawal A, et al. Morbidity, mortality, cost, and survival estimates of gastrointestinal anastomotic leaks. Journal of the American College of Surgeons. 2015;220(2):195-206.

13. Golda T, Lazzara C, Zerpa C, Sobrino L, Fico V, Kreisler E, Biondo S. Risk factors for ileocolic anastomosis dehiscence; a cohort study. The American Journal of Surgery. 2020;220(1):170-7.

14. Leahy J, Schoetz D, Marcello P, Read T, Hall J, Roberts P, Ricciardi R. What is the risk of clinical anastomotic leak in the diverted colorectal anastomosis? Journal of Gastrointestinal Surgery. 2014;18(10):1812-6.

15. De Gyves Morales MA. Anastomosis intestinal, características clínicas y demográficas en pacientes postquirúrgicos del HAEV. 2020.

16. Muñoz N, Rodríguez M, Pérez-Castila A, Campaña N, Campaña G. Evaluation of the risk factors associated with anastomotic dehiscence in colorectal surgery. Multivariate analysis of 748 patients. Rev Cir. 2019;71:136-44.

17. Angulo Angulo WD. Factores asociados a dehiscencia de anastomosis luego de cirugia de reconstitucion del transito intestinal por ostomias. 2016.

18. Castillo García CG. Hipoalbuminemia como factor de riesgo de dehiscencia de anastomosis intestinal. 2022.

19. Kiran RP, Murray AC, Chiuzan C, Estrada D, Forde K. Combined preoperative mechanical bowel preparation with oral antibiotics significantly reduces surgical site

infection, anastomotic leak, and ileus after colorectal surgery. Annals of surgery. 2015;262(3):416-25.
20. Jimenez Reyna Y. Hipoalbuminemia y dehiscencia de anastomosis intestinal en el HRDCQ Daniel Alcides Carrión-Huancayo 2021. 2022.
21. Cong ZJ, Hu LH, Xing JJ, Bian ZQ, Fu CG, Yu ED, et al. Incidence and mortality of anastomotic dehiscence requiring reoperation after rectal carcinoma resection. Int Surg. 2014;99(2):112-9.
22. Golda T, Lazzara C, Zerpa C, Sobrino L, Fico V, Kreisler E, Biondo S. Risk factors for ileocolic anastomosis dehiscence; a cohort study. Am J Surg. 2020;220(1):170-7.
23. Nieves-Alonso JM, Gómez Arredondo LA, Maestre Serantes P, Martín Martín C, Guitart de la Lastra F, Ramasco Rueda F. Factors associated with postoperative anastomotic leak and comparison of 4 prediction scales in colorectal surgery. Rev Esp Anestesiol Reanim (Engl Ed). 2025;72(7):501852.
24. Jarquin-Vasquez S, Lopez-Bernal C, Montiel-Jarquin A, Garcia-Galicia A, Bertado-Ramirez N, Porras-Juarez A, et al. Factores de riesgo para dehiscencia de anastomosis en cáncer colorrectal. Anales Medicos ABC. 2025;70(2).
25. Oliveira A, Faria S, Gonçalves N, Martins A, Leão P. Surgical approaches to colonic and rectal anastomosis: systematic review and meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2023;38(1):52.
26. Núñez AC. Factores de riesgo asociado a dehiscencia de anastomosis en cirugía colorrectal. Revista Argentina de Coloproctología. 2022;33(01).
27. Bannura G, Cumsille MA, Barrera A, Contreras J, Melo C, Soto D, Mansilla J. Factores de riesgo de dehiscencia de una anastomosis colorrectal grapada: Análisis multivariado. Revista chilena de cirugía. 2007;59(4):287-92.
28. González-Flores E, Garcia-Carbonero R, Élez E, Redondo-Cerezo E, Safont MJ, Vera García R. Gender and sex differences in colorectal cancer screening, diagnosis and treatment. Clin Transl Oncol. 2025;27(7):2825-37.
29. Negro S, Gennaro N, Bao QR, Ferroni E, Capelli G, Pucciarelli S, et al. Gender differences in colorectal cancer surgery. Journal of Sex-and Gender-Specific Medicine. 2024;10(1):29.

30. Jensen KK, Oma E, van Ramshorst GH, Nordholm-Carstensen A, Krarup PM. Abdominal wound dehiscence is dangerous: a nationwide study of 14,169 patients undergoing elective open resection for colonic cancer. Hernia. 2022;26(1):75-86.