



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA



**COMPARACIÓN DE MORBILIDAD EN PROCEDIMIENTO DE HARTMANN
VERSUS RESECCIÓN PRIMARIA Y ANASTOMOSIS POR PERITONITIS
DIVERTICULAR, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**

AUTOR:

Dr. Federico J. Álamo Homsy V-24.973.395

FEBRERO DE 2025



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

COMPARACIÓN DE MORBILIDAD EN PROCEDIMIENTO DE HARTMANN VERSUS RESECCIÓN PRIMARIA Y ANASTOMOSIS POR PERITONITIS DIVERTICULAR, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"

Presentado para optar al grado de **Especialista en CIRUGÍA GENERAL** por el (la) aspirante:

ALAMO H., FEDERICO J
C.I. V.- 24.973.395

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): **Maryeli Solorzano.**, titular de la C.I V.-8470610, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **13/06/2025**

Maryeli Solorzano
Prof. Maryeli Solorzano

(Pdte)

C.I. 8470610

Fecha 13/06/2025

Alexis Riera
Prof. Alexis Riera

C.I. 2445471

Fecha 13/06/2025

TEG: 07-25



Hilario M. Padrino
Prof. Hilario M. Padrino

C.I.

Fecha

7121909

13/06/25

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía constante. Sin su presencia y su mano en cada paso, este logro no sería posible. A mis padres Federico Álamo y Olga Homsy, cuyo apoyo incondicional, amor y ejemplo han sido mis pilares desde el inicio. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo y la dedicación; esta meta alcanzada es tanto de ustedes como mía.

A mi familia, especialmente a mi hermano Jorge Álamo, quienes me han acompañado en cada momento, dándome ánimo y recordándome siempre lo que soy capaz de lograr.

A mis amigos del postgrado, por su apoyo a lo largo de estos 3 años. Compartir este reto con ustedes ha hecho cada día más valioso, cada logro más especial y cada dificultad más fácil de superar.

AGRADECIMIENTO

Con profundo respeto y aprecio, quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Alexis Riera, mi tutor, cuya guía, conocimiento y paciencia han sido fundamentales en mi desempeño. Su apoyo y dedicación en cada año de este postgrado, me han permitido crecer como profesional y como persona.

Agradezco también a todos los doctores del postgrado de Cirugía General de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, quienes, con su compromiso y experiencia, han sido un pilar en mi formación. En especial, a la Dra. Maryelis Solorzano, la Dr. Hilario Padrino y el Dr. Darnny Beja, cuya disposición y orientación han enriquecido significativamente mi aprendizaje. Sus enseñanzas y ejemplos han dejado una marca invaluable en mi desarrollo académico y profesional.

A mis compañeras de guardia la Dra. María Ynojosa y la Dra. Romina Riera, gracias por acompañarme coleccionar los invaluable momentos que se convertirán en nuestras anécdotas. A cada uno de ustedes, mi más sincero agradecimiento, admiración y gratitud.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRAC	viii
INTRODUCCIÓN	2
MATERIALES Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIÓN	31
RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXO	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de frecuencias según edad	13
Tabla 2 Distribución de frecuencias según sexo	14
Tabla 3 Distribución de frecuencias según conducta quirúrgica	15
Tabla 4 Distribución de frecuencias según complicación quirúrgica	16
Tabla 5 Distribución de frecuencias según reingreso	17
Tabla 6 Distribución de frecuencias según Sexo y Clasificación Hinchey	18
Tabla 7 Distribución de frecuencias según Sexo y Ubicación de la lesión	19
Tabla 8 Distribución de frecuencias según Clasificación de Hinchey y Conducta quirúrgica	20
Tabla 9 Distribución de frecuencias según Clasificación de Hinchey y Tipo de complicación	21
Tabla 10 Distribución de frecuencias según Conducta y Complicación quirúrgicas	22
Tabla 11 Distribución de frecuencias según Tipo de complicación quirúrgica y Días de hospitalización	23
Tabla 12 Distribución de frecuencias según Conducta quirúrgica y Reingreso	24
Tabla 13 Distribución de frecuencias según Tipo de complicación quirúrgica y Reingreso	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución de frecuencias según edad	13
Gráfico 2 Distribución de frecuencias según sexo	14
Gráfico 3 Distribución de frecuencias según conducta quirúrgica	15
Gráfico 4 Distribución de frecuencias según complicación quirúrgica	16
Gráfico 5 Distribución de frecuencias según reingreso	17
Gráfico 6 Distribución de frecuencias según Sexo y Clasificación Hinchey	18
Gráfico 7 Distribución de frecuencias según Sexo y Ubicación de la lesión	19
Gráfico 8 Distribución de frecuencias según Clasificación de Hinchey y Conducta quirúrgica	20
Gráfico 9 Distribución de frecuencias según Conducta y Complicación quirúrgicas	22
Gráfico 10 Distribución de frecuencias según Tipo de complicación quirúrgica y Días de hospitalización	24
Gráfico 11 Distribución de frecuencias según Conducta quirúrgica y Reingreso	25



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL
CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA



**COMPARACIÓN DE MORBILIDAD EN PROCEDIMIENTO DE HARTMANN
VERSUS RESECCIÓN PRIMARIA Y ANASTOMOSIS POR PERITONITIS
DIVERTICULAR**

Autor: Dr. Federico J. Álamo Homsy
Tutor Clínico: Dra. Mayerli Solorzano
Año: 2025.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad diverticular afecta a mayores de 50 años, con prevalencia en el colon sigmoide. Puede ser asintomática (diverticulosis) o evolucionar a inflamación e infección (diverticulitis). El tratamiento quirúrgico generalmente incluye el procedimiento de Hartmann (PH) o la resección con anastomosis primaria (AP). Este estudio en el Hospital Dr. Enrique Tejera analiza ambas técnicas para optimizar el manejo quirúrgico. **Objetivo:** Comparación de morbilidad entre el procedimiento de Hartmann versus resección primaria y anastomosis por peritonitis diverticular en los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía General de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia-Venezuela, durante el periodo julio 2021-2024. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y transversal en 27 pacientes intervenidos quirúrgicamente por peritonitis diverticular (Hinchey II–IV) en el Hospital "Dr. Enrique Tejera" (julio 2020–julio 2023). Los datos se recolectaron de historias clínicas y se analizaron con estadística descriptiva e inferencial (SPSS v18). **Resultados:** El procedimiento de Hartmann se realizó en el 66,7% (18/27) de los casos, predominantemente en estadios Hinchey III (33%) y IV (25,9%). Las complicaciones ocurrieron en el 66,6% de los pacientes con PH (infecciones: 22,2%; ingresos: 25,7%) versus 0% en anastomosis primaria. Se halló asociación significativa entre PH y complicaciones ($\chi^2=10,8$; $*p=0,001$). Los pacientes con comorbilidades (64,3%) tuvieron mayor probabilidad de recibir PH. No se reportó mortalidad en ningún grupo. **Conclusión:** El PH sigue siendo preferido en pacientes inestables o con peritonitis Hinchey IV. La AP demostró seguridad en pacientes estables seleccionados, alineándose con guías internacionales.

Palabras clave: Diverticulitis; Procedimiento de Hartmann; Anastomosis primaria; Complicaciones postoperatorias; Clasificación de Hinchey.

Línea de Investigación: Infecciones.

ABSTRACT

Comparison of Morbidity in Hartmann's Procedure versus Primary Resection and Anastomosis for Diverticular Peritonitis at the "Dr. Enrique Tejera" Hospital

Author: Dr. Federico J. Álamo Homsy

Clinical Tutor: Dr. Mayerli Solórzano

Year: 2025.

Introduction: Diverticular disease mainly affects people over 50 years of age, with prevalence in the sigmoid colon. It can be asymptomatic (diverticulosis) or progress to inflammation and infection (diverticulitis). Surgical treatment includes the Hartmann Procedure (HP) or resection with primary anastomosis (PA). This study at the Dr. Enrique Tejera Hospital analyzes both techniques to optimize surgical management. Objective: Comparison of morbidity between the Hartmann procedure versus primary resection and anastomosis for diverticular peritonitis in patients treated at the General Surgery Department of the "Dr. Enrique Tejera" Hospital City, Valencia-Venezuela, during the period July 2020-2023. **Materials and methods:** Observational, retrospective, cross-sectional study in 27 patients who underwent surgery for diverticular peritonitis (Hinchey II–IV) at the "Dr. Enrique Tejera" Hospital (July 2021–July 2024). Data were collected from medical records and analyzed with descriptive and inferential statistics (SPSS v18). Results: The Hartmann procedure was performed in 66.7% (18/27) of cases, predominantly in Hinchey stages III (33%) and IV (25.9%). Complications occurred in 66.6% of patients with HP (infections: 22.2%; readmissions: 25.7%) versus 0% in primary anastomosis. A significant association between HP and complications was found ($\chi^2=10.8$; $*p=0.001$). Patients with comorbidities (64.3%) were more likely to receive HP. No mortality was reported in any group. **Conclusion:** HP remains preferred in unstable patients or those with Hinchey IV peritonitis, but is associated with increased morbidity. PA has demonstrated safety in selected stable patients, aligning with international guidelines. Individualized surgical decision-making, based on clinical stability and Hinchey classification, is key to optimizing outcomes.

Keywords: Diverticulitis; Hartmann procedure; Primary anastomosis; Postoperative complications; Hinchey classification.

Line of research: Infecciones.

INTRODUCCIÓN

El divertículo tiene su origen etimológico en las raíces indoeuropeas presentes en el idioma *vertere* se relaciona con *wer* cuyos significados son “volver, torcer, doblar”, haciendo referencia a la protrusión sacular emergente de una cavidad que constituye el divertículo (1).

La primera descripción de esta patología fue realizada por Alexis Littre, cirujano francés, en el siglo XVII. El termino diverticulitis, fue acuñado por Graser en 1889, siendo considerada una patología infrecuente. Posterior a la primera guerra mundial, junto con el auge de los estudios radiológicos contrastados, se comenzó a dilucidar la real prevalencia de esta patología (2).

En 1907 se realizó la primera cirugía para el manejo de la diverticulitis. En principio se prefería la resolución por etapas, requiriendo en algunos casos más de 3 cirugías por paciente. La morbimortalidad elevada asociada al procedimiento, el cual conlleva la realización de una resección inicial del segmento afectado, así como la búsqueda de alternativas menos invasivas (3).

Los divertículos colónicos típicamente se forman en filas paralelas entre las tenias colónicas debido a la debilidad de la pared muscular en los sitios de penetración de los vasos rectos que irrigan la mucosa. Los divertículos varían desde hallazgos solitarios hasta cientos, suelen tener diámetros entre 0.5 y 1 cm, pudiendo superar algunos de ellos los 2 cm, la literatura describe que se han descrito divertículos gigantes de hasta 25 cm (4).

Entre las poblaciones occidentales los divertículos surgen principalmente en el colon distal, el 90% de los pacientes tienen afección en colon sigmoide y sólo el 15% tienen divertículos del lado derecho, en contraste con etnias asiáticas, cuya afección del colon derecho es más frecuente. Su prevalencia es mayor en los países occidentales, donde se presenta en un tercio de la

población mayor de 45 años y hasta dos tercios de la población mayor de 85 años. En el mismo orden de ideas, del 10% al 28% de los pacientes con diverticulosis progresará hasta tener diverticulitis (5).

La patogénesis de la enfermedad diverticular, durante décadas se había atribuido a la edad, en frecuencia de incidencia y exacerbación, sin embargo, existe nueva evidencia que demuestra que los mecanismos fisiopatológicos son múltiples, entre ellos se describe a los factores genéticos, ambientales, cambios en mucosa intestinal y alteraciones neuroinmunológicas. Algunos autores relacionan el incremento de su incidencia y prevalencia a los cambios en los estilos de vida, como el tabaquismo, el sobrepeso, la inactividad física y la dieta baja en fibra (6).

Aunque los términos diverticulosis, diverticulitis y enfermedad diverticular se usan a menudo indistintamente, sus significados son bastante diferentes. La diverticulosis se refiere a la presencia de divertículos en el colon, sin inflamación asociada. La diverticulitis, es el resulta de la inflamación, infección y posterior perforación de un divertículo colónico, pudiendo provocar un flemón, un absceso (local o distante) o una peritonitis fecal difusa o purulenta.

La enfermedad diverticular se refiere al espectro completo de signos y síntomas asociados con la diverticulosis, que van desde un dolor leve en el cuadrante inferior izquierdo hasta las complicaciones de la diverticulitis (7-8).

Desde la clasificación clásica de Hinchey para perforaciones diverticulares en 1978, han surgido varias modificaciones y nuevos sistemas de clasificación más contemporáneos para la enfermedad basada en hallazgos clínicos, radiológicos e intraoperatorios. La clasificación de Hinchey clásica hace distinción entre las 4 fases, de acuerdo a hallazgos intraoperatorios: I) absceso o flemón pericólico; II) absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal; III) peritonitis

purulenta; IV) peritonitis fecal. Hasta el 35% de los pacientes con diverticulitis aguda presentan enfermedad complicada, como perforación con purulento o fecal (Hinchey III o IV). (8-9).

En 1997, tras la masificación de la tomografía computarizada Sher y cols. introdujeron la clasificación de Hinchey modificada, la cual se rige por hallazgos tomográficos: I) inflamación pericólica. II) absceso a distancia accesible a drenaje percutáneo mayor a 2cm, III) peritonitis purulenta; IV) peritonitis fecal. En 1999 se introdujo otra modificación a la clasificación de Hinchey, adicionando 0 para enfermedad con escasa manifestación clínica, Ia) inflamación y flemón pericólico Ib) absceso pericólico menor de 2cm con proceso inflamatorio principal cercano.

El procedimiento de Hartmann, el cual implica la resección del segmento afectado, el cierre del muñón largo intraperitoneal y colostomía terminal, es el procedimiento preferido para la mayoría de los cirujanos, sin embargo se ha asociado a una importante morbilidad, describiéndose infección de herida operatoria en un 29% de los casos, complicación del estoma entre un 7 a 12% y una mortalidad de un 15 a 30%, determinada principalmente para complicaciones sépticas en pacientes de edad avanzada. (5,9,10).

En contraposición, la resección primaria y anastomosis ha sido propuesto como una alternativa al procedimiento de Hartmann por Salem y Flum en 1964, en el contexto de peritonitis secundaria a enfermedad diverticular, ya que los resultados son significativamente comparables con las tasas de morbilidad y mortalidad después de resección primaria y anastomosis con el procedimiento de Hartmann, evidenciando que la tasa de mortalidad general para resección primaria y anastomosis es del 9,9% en comparación con el 18,8% de procedimiento de Hartmann (11).

Beyer-Berjot, en su metaanálisis publicado en el 2020, describe una menor duración de la estancia con el procedimiento Hartmann en comparación con la resección primaria con anastomosis a

corto plazo, y a largo plazo. De igual manera se asoció al procedimiento de Hartmann con peores resultados a largo plazo que la resección primaria con anastomosis con ileostomía, pero el procedimiento de Hartmann sigue siendo aceptable, especialmente en pacientes de alto riesgo (12).

En congruencia con los hallazgos del metaanálisis descrito previamente, Sarmiento, en su metaanálisis publicado en el año 2021, por la Universidad de Cuenca, contiene 10 estudios con un total de 131.312 pacientes. Se encontró que 124.827 sometidos a procedimiento de Hartmann y 6.485 a anastomosis primaria. Se encontró que la anastomosis primaria se encuentra asociada a menor mortalidad. En complicaciones, los datos indican una asociación protectora al realizar el procedimiento de Hartmann con el fin de evitar una futura infección. El análisis de los estudios sugiere que la sigmoidectomía con anastomosis primaria puede estar asociada con una menor mortalidad general en comparación con el procedimiento de Hartmann. Ambas técnicas quirúrgicas son aceptables, los datos no son concluyentes debido a la desproporción de casos (13).

En congruencia con los metaanálisis descritos, García, en su estudio publicado por la Universidad Católica de Cuenca, en el 2023, estableció como objetivo determinar la efectividad del manejo quirúrgico de la diverticulitis complicada en relación con resección y anastomosis primaria versus procedimiento de Hartmann. Obtuvo resultado 30 artículos elegibles de la base de datos virtuales, solos cuales sugieren que la sigmoidectomía con anastomosis primaria presenta menor nivel de mortalidad con relación al procedimiento de Hartmann, haciendo énfasis en alta frecuencia de este procedimiento en pacientes con condiciones clínicas deterioradas (14).

Estudio que contrasta con la Sociedad Mundial de la Cirugía de Emergencia (WSES), la cual en el año 2020, dictamino una serie de directrices en relación al abordaje de la diverticulitis en concepto de cirugía de emergencias, Recomendando el procedimiento de Hartmann para el tratamiento de la peritonitis difusa en pacientes gravemente enfermos y en pacientes seleccionados con múltiples comorbilidades (recomendación fuerte basada en evidencia de baja calidad, 2B). En pacientes clínicamente estables sin comorbilidades, se sugiere resección primaria con anastomosis con o sin estoma derivativo (recomendación débil basada en evidencia de baja calidad, 2B) (15).

Específicamente en Valencia-Venezuela, en la Cuidad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Hernández, realizó un estudio llamado *“Caracterización y manejo de la enfermedad diverticular en los servicios de cirugía general”*, teniendo como objetivo evaluar el manejo y evolución de los pacientes con enfermedad diverticular tratados por los servicios de cirugía general, documentando 29 pacientes con enfermedad diverticular de los cuales se registró una edad promedio de 59 a 65 años; teniendo 64,28% presencia de comorbilidades. Se caracterizó la muestra respecto a hallazgos intraoperatorios obteniendo el 51,72% correspondieron a Hinchey III, la peritonitis fecal estuvo presente en 24,14% de los casos. Se observaron complicaciones posoperatorias 44,83% de la muestra, siendo tasa de complicaciones significativa en comparación a estudios de otros centros.

Ante los significativos resultados sobre la alta incidencia de la patología diverticular, la cual se caracteriza por presentar una mayor frecuencia de complicaciones en los pacientes que superan la quinta década de la vida, agregando el alto nivel de complejidad de los procedimientos terapéuticos. Lo que evidencia un debate de gran impacto en la comunidad médica a cerca de las técnicas quirúrgicas empleadas, incluyendo al procedimiento de Hartmann, la resección

(sigmoidectomía, colectomía izquierda o derecha y pancolectomía) y anastomosis primaria, incluyendo conductas más particulares como la ostomía de protección. Siendo así la prevalencia del procedimiento de Hartmann significativa en las peritonitis fecaloides y paciente hemodinámicamente inestables, en las bibliografías consultadas (16).”

Las motivaciones que condujeron a llevar a cabo la presente investigación, están directamente relacionadas con atender el actual debate en cuanto a las dos técnicas más utilizadas a nivel mundial y regional como lo son el procedimiento de Hartmann y la resección y anastomosis primaria, tomando en cuenta la presencia de comorbilidades, los días de hospitalización y la cantidad de intervenciones requeridas; y de igual manera describir la relación entre la técnica quirúrgica con los hallazgos intraoperatorios en relación con la clasificación de Hinchey.

Los resultados del estudio propuesto tienen la finalidad evidenciar la situación epidemiológica de la población atendida en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, en el Departamento de Cirugía General en el periodo julio 2021 a julio 2024, logrando identificar el procedimiento quirúrgico que posee mejores resultados en relación morbilidad y mortalidad, así también incluir los resultados dentro del debate de la comunidad médica nacional e internacional.

Si bien la presentación clínica de la patología diverticular comprende un buen número de manifestaciones heterogéneas, se caracteriza por un gran aumento de su incidencia en la quinta década de vida, observado un gran aumento de patologías concomitantes en esa misma edad, generando un reto para el equipo multidisciplinario en el abordaje inicial de estos pacientes los cuales acuden en muchas ocasiones en delicadas condiciones generales. Por lo cual se busca exponer la relación entre las patologías de base y la morbilidad en el seguimiento postoperatorio de los pacientes intervenidos.

De este modo, se puede observar un gran abanico de variables que rodean el análisis propio de la patología y las características de los pacientes, por ello, en la presente investigación hay una predominante búsqueda de relacionar estas características, sirviendo complemento para la fidedigna comparación de la morbilidad asociada a ambos procedimientos quirúrgicos, en las intervenciones realizadas en el centro. Permitiendo un panorama más veraz de la situación actual, como la caracterización de los individuos que acuden al área de la emergencia.

La Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” constituye el principal centro de referencia del Estado Carabobo, recibiendo pacientes con una infinita variabilidad de patologías, entre ellas la enfermedad diverticular en sus distintos grados de severidad, constituyendo un manejo multidisciplinario con servicios de gastroenterología y coloproctología. Bajo los antecedentes expuestos se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la diferencia de morbilidad entre el procedimiento de Hartmann versus resección primaria y anastomosis por peritonitis diverticular en los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía General de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia-Venezuela, durante el periodo julio 2021-2024?

Por lo tanto, esta investigación plantea como *objetivo general*: La comparación de morbilidad entre el procedimiento de Hartmann versus resección primaria y anastomosis por peritonitis diverticular en los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía General de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia-Venezuela, durante el periodo julio 2021-2024.

Igualmente se plantean como *objetivos específicos*: Identificar la incidencia de peritonitis diverticular en función de la edad, sexo y ubicación del sitio de las lesión en los pacientes intervenidos por el Servicio de Cirugía General de la CHET, periodo julio 2020-2024. Categorizar bajo la escala de Hinchey a los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía General

de la CHET, durante el periodo julio 2021-2024 Identificar la relación entre el procedimiento quirúrgico, complicaciones, días de hospitalización y reingreso en los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía General de la CHET, durante el periodo julio 2021-2024.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional y descriptivo, implementando un diseño no experimental, de corte transversal y retrospectivo con el propósito de abordar la presencia de comorbilidades en los pacientes con peritonitis diverticular respecto al tipo de intervención quirúrgica realizada. La población estará representada por la totalidad de pacientes intervenidos por peritonitis de punto de partida apendicular, en los Servicios de Cirugía General A y B de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera durante periodo comprendido entre julio de 2021 y julio de 2024. La muestra será de tipo no probabilística deliberada y estará conformada por las historias de aquellos pacientes con diagnóstico de enfermedad diverticular intervenidos en el servicio antes mencionado y en el periodo establecido.

Entre los criterios de inclusión se encuentran:

- Edad de 18 a 89 años.
- Pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general, con hallazgo intraoperatorio de diverticulitis.
- Pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.
- Cumplir postoperatorio en el centro.

Los criterios de exclusión previamente establecidos son:

- Edad menor de 17 años o mayor de 90.
- Pacientes intervenidos con hallazgo intraoperatorio de diverticulosis.
- Pacientes en contexto de cirugía electivas.
- Pacientes que fallecieran durante la intervención quirúrgica.

- Pacientes retirados contraopinión medica durante su postoperatorio.

Se solicitó la aprobación para la recolección de datos de la investigación por parte de la Coordinación de Docencia, Investigación y Bioética de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” dando cumplimiento a los principios de bioética establecidos por el Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología, todo esto previo a la notificación a la jefatura de los servicios de cirugía y el departamento quirúrgico de la CHET.

La recolección de datos se realizó través de la revisión documental de las historias clínicas, almacenadas en el registro de historias medicas del hospital, obteniendo y como instrumento se utilizó una ficha de registro diseñada para el estudio, que contiene todas aquellas variables para responder a los objetivos planteados.

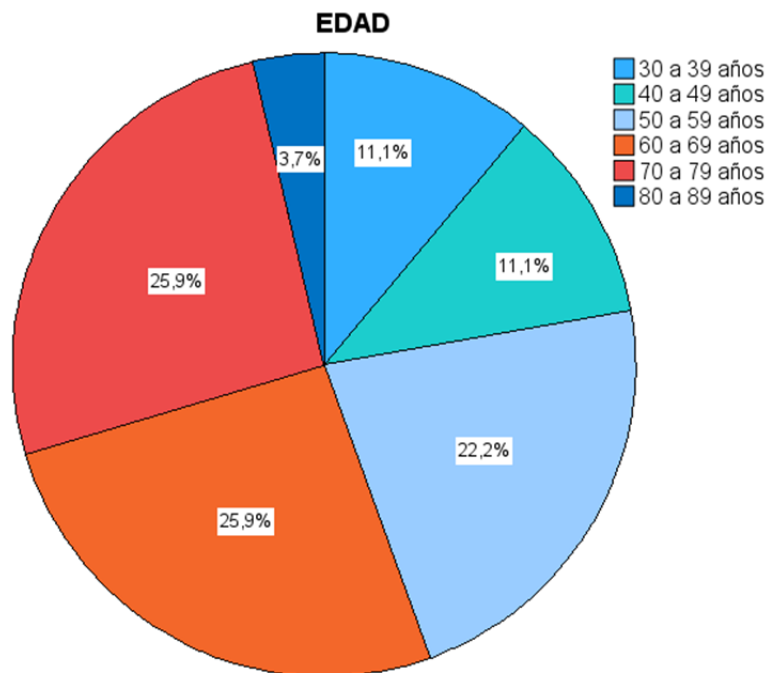
Una vez recolectados los datos, fueron vaciados en una tabla maestra diseñada a partir de una hoja de cálculo en Microsoft® Excel, para luego ser presentados mediante las técnicas estadísticas descriptivas univariadas en tablas de distribuciones de frecuencias (absolutas y relativas) conforme a lo establecido en los objetivos específicos del estudio. A las variables cuantitativas, una vez comprobada su tendencia a la normalidad, se les calculó media aritmética \pm desviación estándar, mediana y rango intercuartil, valor mínimo, máximo y coeficiente de variación. Para tales fines se utilizará el programa estadístico SPSS en su versión 18 IBM.

RESULTADOS

Tabla 1 Distribución de frecuencias según edad

EDAD				
		Frecuencia	Porcentaje	P. Acumulado
Válido	30 a 39 años	3	11,1	11,1
	40 a 49 años	3	11,1	22,2
	50 a 59 años	6	22,2	44,4
	60 a 69 años	7	25,9	70,4
	70 a 79 años	7	25,9	96,3
	80 a 89 años	1	3,7	100,0
	Total	27	100,0	

Gráfico 1 Distribución de frecuencias según edad



Autor: Federico Álamo.

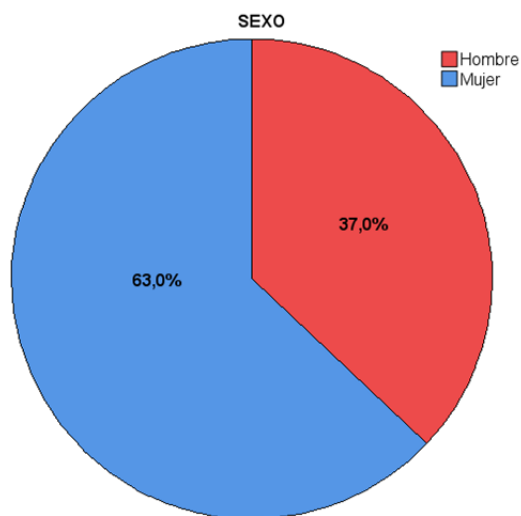
Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: En el servicio de cirugía se recibió un total de 27 pacientes bajo el diagnóstico de peritonitis diverticular donde se visualiza que la población dominante, con un 51,8% de la muestra se ubica entre los 60 y 79 años.

Tabla 2 Distribución de frecuencias según sexo

SEXO				
		Frecuencia	Porcentaje	P. Acumulado
Válido	Hombre	10	37,0	37,0
	Mujer	17	63,0	100,0
	Total	27	100,0	

Gráfico 2 Distribución de frecuencias según sexo



Autor: Federico Álamo.

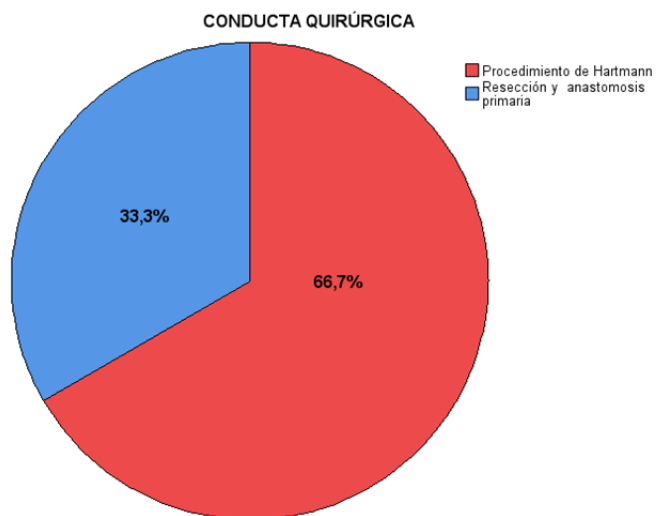
Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: Los pacientes ingresados bajo el diagnóstico de peritonitis diverticular se conformó por un 63% de mujeres, equivalente a 17 pacientes y un 37% de hombres, equivalente a 10 pacientes.

Tabla 3 Distribución de frecuencias según conducta quirúrgica

CONDUCTA QUIRÚRGICA				
		Frecuencia	Porcentaje	P. Acumulado
Válido	Procedimiento de Hartmann	18	66,7	66,7
	Resección y anastomosis primaria	9	33,3	100,0
	Total	27	100,0	

Gráfico 3 Distribución de frecuencias según conducta quirúrgica



Autor: Federico Álamo.

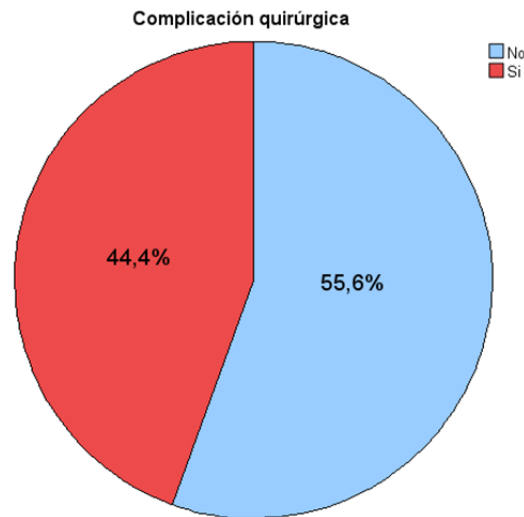
Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: Los pacientes ingresados bajo el diagnóstico de peritonitis diverticular fueron intervenidos quirúrgicamente bajo el procedimiento de Hartmann en un 66,7%, equivalente a 18 pacientes y únicamente el 33,3% bajo resección y anastomosis primaria.

Tabla 4 Distribución de frecuencias según complicación quirúrgica

Complicación quirúrgica				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	No	15	55,6	55,6
	Si	12	44,4	100,0
	Total	27	100,0	

Gráfico 4 Distribución de frecuencias según complicación quirúrgica



Autor: Federico Álamo.

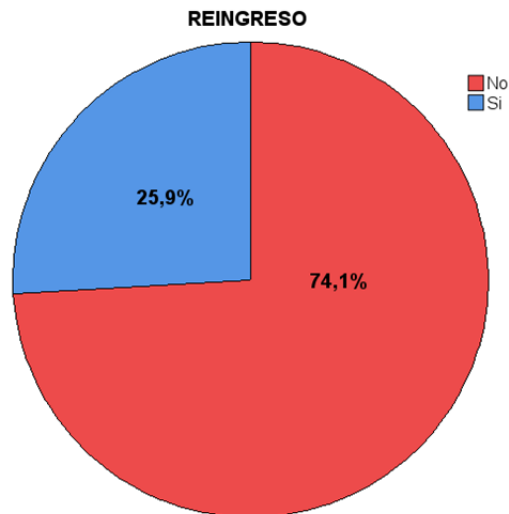
Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: Los pacientes ingresados bajo el diagnóstico de peritonitis diverticular fueron intervenidos quirúrgicamente, presentando el 44,4%, equivalente a 12 pacientes complicaciones en el postoperatorio y el 55,6% no presentó ningún tipo de complicación.

Tabla 5 Distribución de frecuencias según reingreso

Reingreso				
		Frecuencia	Porcentaje	P. Acumulado
Válido	No	20	74,1	74,1
	Si	7	25,9	100,0
	Total	27	100,0	

Gráfico 5 Distribución de frecuencias según reingreso



Autor: Federico Álamo.

Fuente: Base de datos del autor del estudio.

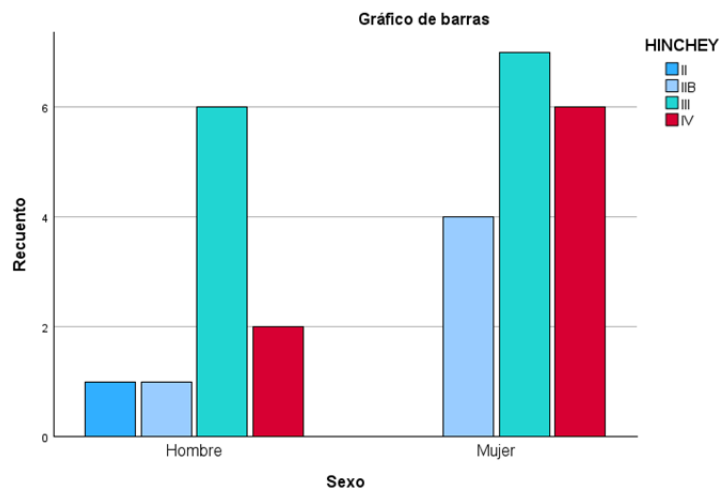
Análisis: Los pacientes ingresados bajo el diagnóstico de peritonitis diverticular que fueron intervenidos quirúrgicamente el 25,9% reingresaron a la institución, en contraposición al 74,1% quienes no requirieron reingresar. bajo el procedimiento de Hartmann en un 66,7%, equivalente a 18 pacientes y únicamente el 33,3% bajo resección y anastomosis primaria.

Tabla 6 Distribución de frecuencias según Sexo y Clasificación Hinchey

		HINCHEY				Total
		I	II	III	IV	
Sexo	Hombre	1	1	6	2	10
	Mujer	0	4	7	6	17
Total		1	5	13	8	27

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,283 ^a	3	,350
a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,37.			

Gráfico 6 Distribución de frecuencias según Sexo y Clasificación Hinchey



Autor: Federico Álamo.

Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: La asociación entre el sexo y el grado de clasificación de Hinchey, muestra que el grado IV tiene una dominancia de 6 pacientes mujeres en este grado, sin embargo, la mayoría de los pacientes se presentaron en grado III, representado por 6 hombres y 7 mujeres, equivalente al

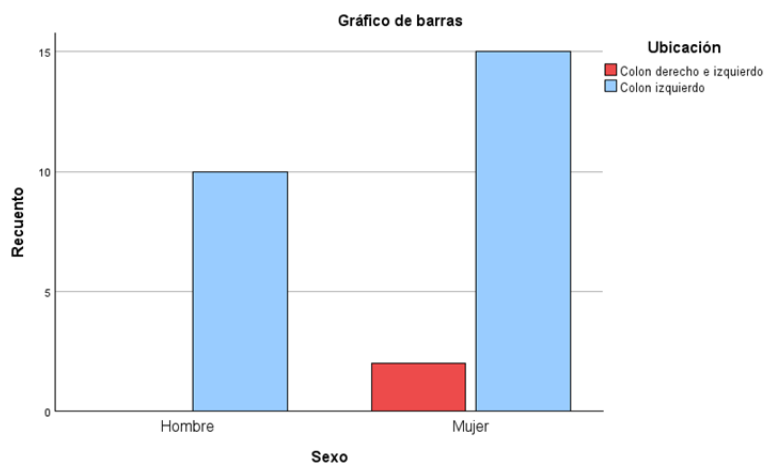
55% de la población estudiada. Chi cuadrado es menor al valor crítico y el valor P, no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las variables evaluadas.

Tabla 7 Distribución de frecuencias según Sexo y Ubicación de la lesión

		Ubicación		Total
		Colon derecho e izquierdo	Colon izquierdo	
Sexo	Hombre	0	10	10
	Mujer	2	15	17
Total		2	25	27

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,271 ^a	1	,260
a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,74.			

Gráfico 7 Distribución de frecuencias según Sexo y Ubicación de la lesión



Autor: Federico Álamo.

Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: El cruce de variables sexo y ubicación diverticular evidencia que la totalidad de los hombres y el 88,2% de las mujeres presentaron las lesiones en colon descendente y únicamente el 11,7%, equivalente a 2 mujeres presentaron en segmento derecho e izquierdo. Chi cuadrado es

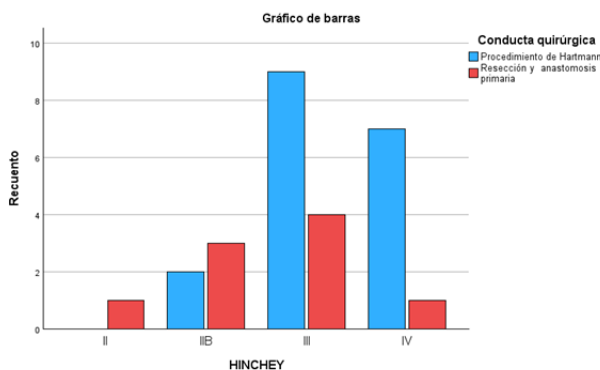
menor al valor crítico y el valor P, no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las variables evaluadas.

Tabla 8 Distribución de frecuencias según Clasificación de Hinchey y Conducta quirúrgica

		Conducta quirúrgica		Total
		Procedimiento de Hartmann	Resección y anastomosis primaria	
HINCHEY	I	0	1	1
	II	2	3	5
	III	9	4	13
	IV	7	1	8
Total		18	9	27

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,201 ^a	3	,158
a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,33.			

Gráfico 8 Distribución de frecuencias según Clasificación de Hinchey y Conducta quirúrgica



Autor: Federico Álamo.

Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: El cruce de variables grado en la clasificación de Hinchey y la conducta quirúrgica, distingue una notable dominancia de la aplicación del procedimiento de Hartmann en Hinchey grado III, siendo el 33% de la totalidad de la muestra, en contraposición con la resección y anastomosis primaria, practicada en mismo grado con una aplicación en el 14,8 % de casos. El

66,6% de la población analizada se intervino bajo el procedimiento de Hartmann. Chi cuadrado es menor al valor crítico y el valor P, no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las variables evaluadas.

Tabla 9 Distribución de frecuencias según Clasificación de Hinchey y Tipo de complicación

		Tipo de complicación					
		Asociadas a ostomía	Colección intraabdominal	Infección de sitio quirúrgico	Evisceración*	No aplica	Total
HINCHEY	I	0	0	0	0	1	1
	II	0	0	0	0	5	5
	III	2	2	3	3	6	16
	IV	0	2	3	4	3	12
Total		2	4	6	7	15	34

* Complicación que estuvo asociada a otras complicaciones, no se presentó de manera aislada.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,593 ^a	9	,476
a. 15 casillas (93,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,07.			

Autor: Federico Álamo.

Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: El cruce de variables entre grado de la clasificación de Hinchey y complicación, mostró que el 44,4% presentó complicaciones, acentuadas en el grado III y IV, dominando la infección de sitio quirúrgico, se guió de colección intraabdominal. La evisceración se encontró asociada a otras complicaciones, no se presentó de manera aislada. Chi cuadrado es menor al

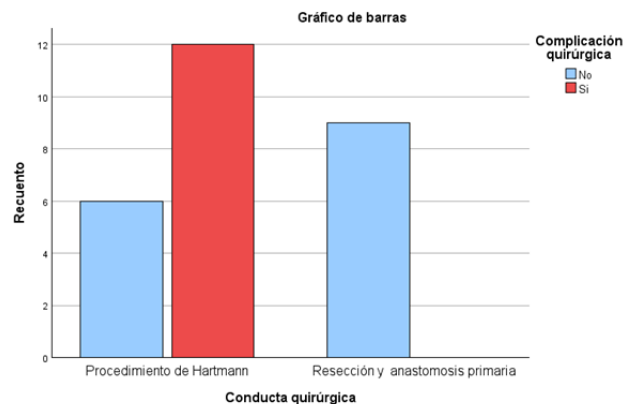
valor crítico y el valor P, no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las variables evaluadas.

Tabla 10 Distribución de frecuencias según Conducta y Complicación quirúrgicas

		Complicación quirúrgica		Total
		Si	No	
Conducta quirúrgica	Procedimiento de Hartmann	12	6	18
	Resección y anastomosis primaria	0	9	9
Total		12	15	27

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,800 ^a	1	,001
a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,00.			

Gráfico 9 Distribución de frecuencias según Conducta y Complicación quirúrgicas



Autor: Federico Álamo.

Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: El cruce de variables conducta y complicación quirúrgicas, muestra que el 66,6% de los pacientes que fueron intervenidos mediante el procedimiento de Hartmann presentaron complicaciones, sin embargo, no se evidenció complicaciones en los pacientes que se sometieron

a la resección y anastomosis primaria. *Chi cuadrado es mayor al valor crítico y el valor p, evidencia una asociación estadística significativa entre las variables evaluadas.*

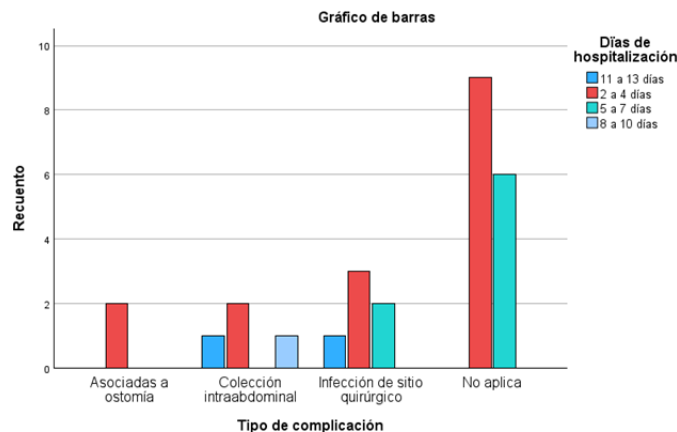
Tabla 11 Distribución de frecuencias según Tipo de complicación quirúrgica y Días de hospitalización

		Días de hospitalización				Total
		2 a 4 días	5 a 7 días	8 a 10 días	11 a 13 días	
Tipo de complicación	Asociadas a ostomía	2	0	0	0	2
	Colección intraabdominal	2	0	1	1	4
	Infección de sitio quirúrgico	3	2	0	1	6
	Evisceración*	2*	2*	1*	2*	7*
	No aplica	9	6	0	0	15
Total		16	8	1	2	27

* Complicación que estuvo asociada a otras complicaciones, no se presentó de manera aislada.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,431 ^a	9	,190
a. 15 casillas (93,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.			

Gráfico 10 Distribución de frecuencias según Tipo de complicación quirúrgica y Días de hospitalización



Autor: Federico Álamo.

Fuente: Base de datos del autor del estudio.

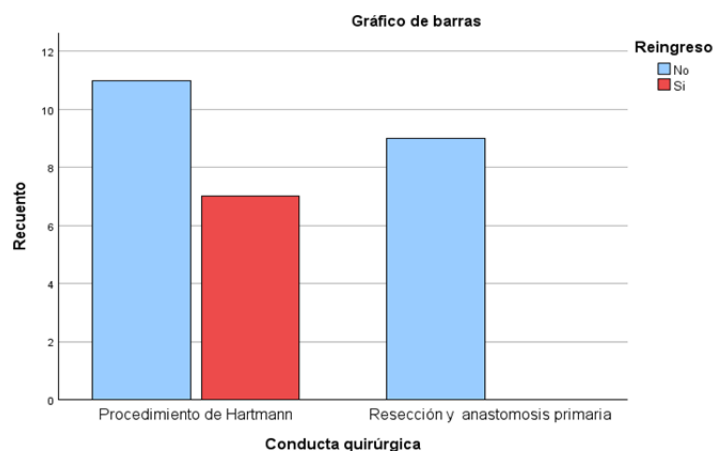
Análisis: El cruce de variables entre el tipo de complicación y días de hospitalización evidenció una amplia variabilidad, con una estancia mayor, entre 11 y 13 días para pacientes que presentaron colección intraabdominal e infección del sitio quirúrgico, asociado a evisceración en número de 2, equivalente únicamente al 7,4% de la muestra, ventajosamente, el 59,2% presentó una estancia de 2 a 4 días. Chi cuadrado es menor al valor crítico y el valor P, no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre las variables evaluadas.

Tabla 12 Distribución de frecuencias según Conducta quirúrgica y Reingreso

		Reingreso		Total
		Si	No	
Conducta quirúrgica	Procedimiento de Hartmann	7	11	18
	Resección y anastomosis primaria	0	9	9
Total		7	20	27

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,725 ^a	1	,030
a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,33.			

Gráfico 11 Distribución de frecuencias según Conducta quirúrgica y Reingreso



Autor: Federico Álamo.

Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: El cruce de variables entre conducta quirúrgica y reingreso, muestra que el 25,7% del total de los pacientes que se sometieron al procedimiento de Hartmann tuvieron que ser reingresados, en contraposición a aquellos que fueron intervenidos mediante resección y anastomosis primaria. *Chi cuadrado es mayor al valor crítico y el valor p, evidencia una asociación estadística significativa entre las variables evaluadas.*

Tabla 13 Distribución de frecuencias según Tipo de complicación quirúrgica y Reingreso

		Reingreso		Total
		No	Si	
Tipo de complicación	Asociadas a ostomía	0	2	2
	Colección intraabdominal	1	3	4
	Infección de sitio quirúrgico	5	1	6
	No aplica	14	1	15
Total		20	7	27

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,895 ^a	3	,003
a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,52.			

Autor: Federico Álamo.

Fuente: Base de datos del autor del estudio.

Análisis: El cruce de variables entre el tipo de complicación y reingreso muestra que la infección del sitio quirúrgico es la causa dominante de reingreso, con un 22,2% del total de la muestra. Ventajosamente, el 55,5% no tiene reingreso hospitalario. *Chi cuadrado es mayor al valor crítico y el valor p, evidencia una asociación estadística significativa entre las variables evaluadas.*

Análisis

En el servicio de cirugía se recibió un total de 27 pacientes bajo el diagnóstico de peritonitis diverticular donde se visualiza que la población dominante, con un 51,8% de la muestra se ubica entre los 60 y 79 años, seguido de la población comprendida entre 50 a 59 años, con una representación del 22,2%. En cuanto al sexo se observa que el 63% de la muestra fue conformada por mujeres y un 37% de hombres.

El procedimiento de Hartmann se realizó en un 66,7% de la población y el 33,3% bajo resección y anastomosis primaria, presentando en el 44,4% complicaciones en el postoperatorio y el 55,6% no presentó ningún tipo de complicación y el 25,9% reingresó a la institución.

No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre las siguientes variables, sin embargo, se determinó que en este estudio entre el sexo y el grado de la Clasificación de Hinchey, el grado IV tiene una dominancia de 6 pacientes mujeres en este grado, sin embargo, la mayoría de los pacientes se presentaron en grado III, representado por 6 hombres y 7 mujeres, equivalente al 55% de la población estudiada. En cuanto a las variables sexo y ubicación diverticular evidencia que la totalidad de los hombres y el 88,2% de las mujeres presentaron las lesiones en colon descendente y únicamente el 11,7% de mujeres presentaron en segmento derecho e izquierdo. Asimismo, las variables grado en la clasificación de Hinchey y la conducta quirúrgica, distingue una notable dominancia de la aplicación del procedimiento de Hartmann en Hinchey grado III en el 33% de la muestra, en contraposición con la resección y anastomosis primaria, practicada en mismo grado con una aplicación en el 14,8 % de casos. El 66,6% de la población analizada se intervino bajo el procedimiento de Hartmann. Las complicaciones quirúrgicas se evidenciaron en el 44,4% de la población estudiada, acentuadas en el grado III y

IV, dominando la infección de sitio quirúrgico, se guió de colección intraabdominal. La evisceración se encontró asociada a otras complicaciones, no se presentó de manera aislada. La estancia hospitalaria se presenta entre 11 y 13 días para pacientes que presentaron colección intraabdominal e infección del sitio quirúrgico, asociado a evisceración en el 7,4% del total de la muestra, ventajosamente, el 59,2% presentó una estancia de 2 a 4 días.

La asociación estadística significativa en este estudio se evidenció entre el procedimiento quirúrgico, las complicaciones postquirúrgicas y reingreso institucional, demostrando que el 66,6% de los pacientes que fueron intervenidos mediante el procedimiento de Hartmann presentaron complicaciones, de las cuales el 22,2% por infección en el sitio quirúrgico, de este grupo de pacientes sometidos a este procedimiento determinó que el 25,7% tuvieron que ser reingresados. En contraposición, no se evidenció complicaciones en los pacientes que se sometieron a la resección y anastomosis primaria.

DISCUSIÓN

El presente estudio sobre la peritonitis diverticular, su epidemiología, su clasificación tomográfica y sus abordajes quirúrgicos permite establecer una comparación entre la evidencia teórica y los resultados obtenidos. La revisión bibliográfica señala que la enfermedad diverticular es una afección de alta prevalencia en poblaciones occidentales, particularmente en adultos mayores, con una progresión desde la diverticulosis asintomática hasta cuadros complicados de diverticulitis, coincidiendo con los resultados obtenidos, donde el 74% de los pacientes con peritonitis diverticular pertenecen al grupo etario mayor de 50 años, confirmando la relación previamente documentada entre la edad y la incidencia de la enfermedad (1-5).

Asimismo, la literatura establece que la clasificación de Hinchey es un sistema ampliamente utilizado para determinar la gravedad de la diverticulitis y orientar el tratamiento quirúrgico. En esta investigación, se evidenció que el grado III de Hinchey fue el más prevalente (55%), y el procedimiento de Hartmann fue el tratamiento más aplicado (66,7%), especialmente en pacientes con peritonitis purulenta o fecaloide. Estos resultados se alinean con los reportes de la literatura, que sugieren que el procedimiento de Hartmann es el método preferido en casos de peritonitis difusa y pacientes hemodinamicamente inestables, a pesar de su alta morbilidad (8-10).

Desde una perspectiva estadística, el estudio señala que no se halló una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la gravedad de la clasificación de Hinchey ($p > 0.05$). No obstante, se identificó que la mayoría de los pacientes con Hinchey grado IV eran mujeres, lo que podría sugerir una tendencia que requiere una muestra mayor para confirmación. De manera similar, la distribución de los divertículos colónicos según sexo reflejó patrones documentados en la literatura, con predominio en el colon izquierdo (88,2% en mujeres y 100%

en hombres), en congruencia con estudios previos que reportan mayor afectación del colon distal en poblaciones occidentales (4,5).

Las complicaciones postoperatorias, los resultados mostraron que el 44,4% de los pacientes presentaron algún tipo de complicación, con una asociación estadísticamente significativa entre el procedimiento quirúrgico y la aparición de complicaciones ($p < 0.05$). En particular, el 66,6% de los pacientes intervenidos con el procedimiento de Hartmann desarrollaron complicaciones postquirúrgicas, de las cuales el 22,2% fueron infecciones en el sitio quirúrgico, y el 25,7% requirió reingreso hospitalario. En contraste, la resección con anastomosis primaria no presentó complicaciones en los pacientes estudiados. Estos hallazgos son consistentes con los metaanálisis revisados, los cuales reportan que la anastomosis primaria podría asociarse con menor mortalidad y complicaciones en comparación con el procedimiento de Hartmann en pacientes seleccionados (11-13).

La duración de la estancia hospitalaria también mostró una distribución bimodal: el 59,2% de los pacientes tuvieron estancias de 2 a 4 días, mientras que aquellos con complicaciones (infección de sitio quirúrgico, colección intraabdominal y evisceraciones) requirieron hospitalizaciones prolongadas de 11 a 13 días. Esto coincide con estudios previos, que describen que las complicaciones quirúrgicas pueden extender significativamente la hospitalización y afectar la recuperación del paciente (14-15).

CONCLUSIÓN

EL presente estudio evidencia la similitud de las tendencias epidemiológicas y clínico-quirúrgicas descritas en la literatura sobre la enfermedad diverticular, además es importante considerar que el procedimiento de Hartmann sigue siendo la técnica predominante en peritonitis diverticular avanzada, pese a que los resultados sugieren que la anastomosis primaria podría ser una alternativa viable con menor tasa de complicaciones en casos seleccionados, instando a los cirujanos a tomar consideraciones particulares de acuerdo a las necesidades de cada paciente, su estado hemodinámico, severidad de la enfermedad y disponibilidad de insumos institucionales para los procedimientos. Lo antes mencionado nos permite generar las siguientes conclusiones de los resultados obtenidos y comparados con la literatura vigente.

La prevalencia de la enfermedad diverticular es significativa en pacientes mayores de 50 años, con una clara tendencia al incremento de complicaciones en edades avanzadas.

La clasificación de Hinchey facilita la toma de decisiones clínico-quirúrgicas acorde a la necesidad de los pacientes, identificando que el grado III es el más común.

El procedimiento de Hartmann es la opción más utilizada, sin embargo, la anastomosis primaria presenta menor tasa de complicaciones postoperatorias y hospitalización reducida.

El porcentaje de complicaciones postoperatorias fue equivalente al 44,4% de la población, entre ellas la infección del sitio quirúrgico y la colección intraabdominal con mayor frecuencia.

Los pacientes que no presentaron complicaciones presentaron una estancia entre 2 a 4 días, sin embargo, aquellos con complicaciones se extendieron en su estancia médica.

RECOMENDACIONES

Al evidenciar el alto impacto que tienen las conclusiones de este estudio se deben considerar evaluar de manera individualizada la elección del procedimiento quirúrgico, priorizando la anastomosis primaria en pacientes estables para reducir complicaciones y mejorar la recuperación postoperatoria.

Asimismo, es necesario considerar actualizar constantemente los protocolos quirúrgicos que emplea el equipo de la institución, ya que tiene una repercusión significativa sobre la calidad de vida de los pacientes.

La optimización de recursos constituye un pilar fundamental para el diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes, por lo que la toma de decisiones médicas debe ser la óptima.

Se sugiere ampliar este estudio con un periodo de tiempo mas largo, que permita alcanzar una muestra más amplia de pacientes para evidenciar la superioridad entre los procedimientos, asimismo evaluar las asociaciones estadísticas más relevantes, incluyendo variables como comorbilidades, hábitos tóxicos e índice de masa corporal.

Implementar políticas públicas que permitan la optimizar los recursos físicos, económicos y humanos, mejorar la eficiencia del sistema sanitario.



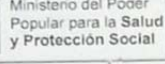
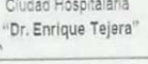




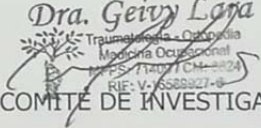
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Treviño Rodríguez, J. Etimología de DIVERTÍCULO. Dechile.net. [citado el 21 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://etimologias.dechile.net/?diverti.culo>
2. Martel J, Raskin JB, ND SG. History, incidence, and epidemiology of diverticulosis. *J Clin Gastroenterol*. 2008;42:1125-7.
3. Fozard JB, Armitage NC, Schofield JB, Jones OM. ACPGBI Position Statement on Elective Resection for Diverticulitis. *Colorectal Dis*. 2011;13(Suppl3):1-11.
4. Stollman N, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. *Lancet* [Internet]. 2004 [citado el 21 de octubre de 2023];363(9409):631–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14987890/>
5. Daniël PV Lambrichts; Pim P Edomskis; Ruben D van der Bogt; Gert-Jan Kleinrensink; Willem A Bemelman; Johan F Lange. Sigmoid resection with primary anastomosis versus the Hartmann's procedure for perforated diverticulitis with purulent or fecal peritonitis: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Colorectal Disease* (2020) 35:1371–1386 <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03617-8>
6. Barbaro, M.R.; Cremon, C.; Fuschi, D.; Marasco, G.; Palombo, M.; Stanghellini, V.; Barbara, G. Pathophysiology of Diverticular Disease: From Diverticula Formation to Symptom Generation. *Int. J. Mol. Sci.* 2022, 23, 6698. <https://doi.org/10.3390/ijms23126698>
7. W. Douglas Wong; Steven D. Wexner. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis—Supporting documentation. *The American Society Of Colon And Rectal Surgeons, Diseases of the Colon & Rectum* (2000), 43(3), 290–297. doi:10.1007/bf02258291

8. Klarenbeek BR, de Korte N, van der Peet DL, Cuesta MA. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. *Int J Colorectal Dis* [Internet]. 2012 [citado el 21 de octubre de 2023];27(2):207–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-011-1314-5>
9. Bezerra RP. ¿Procedimiento de Hartmann o resección con anastomosis primaria para el tratamiento de la diverticulitis perforada? Revisión sistemática y metaanálisis. *Abcd, arq bras cir dig* [internet]. 2020. DOI: 10.1590/0102-672020200003e1546
10. Belmonte C, Klas JV, Pérez JJ. The Hartmann procedure. First choice or last resort in diverticular disease? *Arch Surg*. 1996;131:612-5.
11. Salem L, Flum DR (2004) Primary anastomosis or Hartmann's procedure for patients with diverticular peritonitis? A systematic review. *Dis Colon Rectum* 47:1953–1964
12. Beyer-Berjot, Laura M.D., Ph.D. Emergency Surgery in Acute Diverticulitis: A Systematic Review. *Diseases of the Colon & Rectum* 63(3):p 397-405, Marzo 2020. DOI: 10.1097/DCR.0000000000001327
13. Doris Sarmiento MD. Sigmoidectomía con anastomosis primaria versus procedimiento de Hartmann para diverticulitis complicada. Revisión sistemática. 2021. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12357>
14. García Pinos, L.C. Manejo de la diverticulitis sigmoidea complicada. Colostomía de Hartmann versus Anastomosis Primaria. Revisión Sistemática. Universidad Católica de Cuenca. 2023. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/14817>

15. Sartelli, M., Weber, DG. Actualización de 2020 de las pautas de la WSES para el tratamiento de la diverticulitis colónica aguda en el contexto de emergencias. *World J Emerg Surg* 15 , 32 (2020). DOI: 10.1186/s13017-020-00313-4
16. Arias F. El Proyecto de Investigación. Ed 6a. Editor: Editorial Episteme. 2012. (Internet). (agosto 2023). Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/301894369_el_proyecto_de_investigacion_6a_edicion

ANEXO A

						
Misión	<p>Valencia, 18 de Noviembre del 2024</p> <p>Ciudadano (a): FEDERICO ALAMO HOMSY POSTGRADO UNIVERSITARIO UC CIRUGIA GENERAL SEDE DOCENTE: CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA En sus manos</p> <p>Por medio de la presente nos dirigimos a usted en la oportunidad de dar respuesta a su comunicación S/N, recibida en el 2023 referente a la solicitud de autorización de Trabajo titulado:</p> <p>"COMPARACION DE MORBILIDAD EN PROCEDIMIENTO DE HARTMANN VERSUS RESECCION PRIMARIA Y ANASTOMOSIS POR PERITONITIS DIVERTICULAR. EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA."</p> <p>Me permito informarle, que el mismo fue presentado ante la Comisión de Ética de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", la cual decidió: APROBAR su solicitud.</p> <p>Sin otro particular, nos subscribimos de Usted,</p> <div> DRA. MARIA VICTORIA GARCÍA COORDINADORA GENERAL DE INVESTIGACION Y EDUCACION CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" (CHET)</div> <div> Pablo Rivas Lebrun Medicina Interna - NEUROLOGIA D.S. 18.682 C.M. 1.847 COMITÉ DE ETICA Comite de Etica</div> <div> Dra. Geivy Lara Tratamiento de Dependencia Medicina Ocupacional D.S. 17.007 C.M. 2.024 COMITE DE INVESTIGACION</div> <p>MVG/PLR/BL</p> <p>Avenida Lisandro Alvarado-Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Valencia. Estado Carabobo Teléfonos 0241-8610000 - 8610274</p>					
Objetivo						



ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Los Miembros de la Comisión Coordinadora de la Especialización en: CIRUGIA GENERAL hacen constar que han leído el Proyecto de Grado, presentado por el ciudadano(a) FEDERICO JOSE ALAMO HOMSY, cédula de Identidad N° V-24.973.395, para optar al título de ESPECIALISTA EN: CIRUGIA GENERAL, cuyo título es: " COMPARACIÓN DE MORBILIDAD EN PROCEDIMIENTO DE HARTMANN VERSUS RESECCIÓN PRIMARIA Y ANASTOMOSIS POR PERITONITIS DIVERTICULAR, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA", y que el mismo está APROBADO ya que reúne los requisitos de factibilidad, originalidad e interés que plantea la línea de investigación: " Infecciones ", establecida por esta Especialidad. Igualmente, el mencionado Proyecto está enmarcado dentro de la normativa para la elaboración y presentación de los trabajos de grado para esta Especialización.

El profesor(a): MARYELI SOLORZANO C.I. V-8.470.610, aceptó la tutoría de éste trabajo.

En Valencia, a los 12 días del mes de Febrero del año 2025.

Comisión Coordinadora

Prof. _____

Dr. Alexis Riera Lugo
Cirujano General
C.I. 7.495.425
MPPS 20212 - CM. 3859

Nombre: _____

C.I. _____

Prof. _____

Nombre: Yaracá de Acevedo

C.I. 18252029

DR. YERACÁ DE ACEVEDO
CIRUJANO GENERAL - COLOPROCTOLOGO
C.I. 18252029 - CM. 9437
MPPS 20212 - CM. 3859

Sello

Prof. _____

Nombre: MARCOS GUERRA

C.I. 15529041

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

IDENTIFICACIÓN					
EDAD					
Sexo	Masculino			Femenino	
Patologías de base	Hipertensión arterial	Diabetes		Asma Bronquial	Otros
Hinchey Mod	Ia	Ib	II	III	IV
Tipo de Cirugía	Drenaje	Procedimiento de Hartmann		Resección primaria y anastomosis	RPA más ostomía de protección
Complicaciones asociadas a la cirugía.					
Estancia hospitalaria (días)					
Necesidad de reintervenciones	Asociadas a complicaciones postoperatorias			Restitución de tránsito intestinal	