SCRIPTA SCIENTIA
ISSN: 3134-5824 | Vol. 1 (2026)

Publicado por
ChauxLab Institute

ARTÍCULO ORIGINAL

Complicaciones posteriores a la restitución del tránsito intestinal en un hospital de referencia de Paraguay

Rosalía Mariel Ovelar Ferreira[1], Diana Beatriz Chaparro Morel[1], José Luis Wuyk Britos[1], Alexis Chaparro Morel[1], Ruth Natalia Alvarenga Arévalos[1], Elías Gianni[1]

[1]Universidad Nacional del Este

Recibido: 16 ago 2026
Aceptado: 27 sep 2026
Publicado: 3 oct 2026

DOI: 10.66201/ss.v1.63

Licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0 (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La restitución del tránsito intestinal tras una ostomía temporal tiene morbilidad relevante; la información local en Paraguay es limitada. El objetivo fue describir las complicaciones posoperatorias intrahospitalarias y el perfil clínico de adultos con restitución del tránsito intestinal en el Hospital Regional de Ciudad del Este entre enero de 2021 y junio de 2024.

Materiales y métodos: Serie retrospectiva de casos consecutivos con registros completos. Se recogieron datos sociodemográficos, causa y tipo de ostomía, duración del estoma, técnica anastomótica y complicaciones hasta el alta. Análisis descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes: 15 hombres (71,4 %) y 6 mujeres (28,6 %). Edad media 45,3 años (DE 15,2; rango, 19 a 66). Por edad, 5 (23,8 %) tenían 18 a 30 años, 8 (38,1 %) 31 a 50 y 8 (38,1 %) 51 a 70. El traumatismo abdominal fue la causa más frecuente de ostomización (7; 33,3 %). Predominaron las ileostomías (12; 57,1 %) y las anastomosis manuales (12; 57,1 %). Doce (57,1 %) tuvieron al menos una complicación, en una sola categoría: infección del sitio quirúrgico (4; 19,0 %), íleo prolongado (3; 14,3 %), dehiscencia anastomótica (2; 9,5 %), fístula anastomótica (2; 9,5 %) y evisceración (1; 4,8 %). Por técnica, 7/12 (58,3 %) en anastomosis manuales y 5/9 (55,6 %) en mecánicas, sin contraste inferencial.

Conclusiones: En esta serie las complicaciones fueron frecuentes y predominó la infección del sitio quirúrgico. Los hallazgos son descriptivos y no permiten concluir sobre la técnica anastomótica ni sobre gravedad estratificada.

Palabras clave: Ostomía, Cierre de ostomía, Anastomosis intestinal, Complicaciones posoperatorias, Paraguay.

Correspondencia: Rosalía Mariel Ovelar Ferreira. Universidad Nacional del Este.
✉ mariel.fomr@gmail.com.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.
Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

Las ostomías intestinales temporales se emplean para desviar el contenido fecal tras resecciones de urgencia, proteger anastomosis de alto riesgo o tratar complicaciones abdominales graves. Su cierre o la restitución del tránsito intestinal constituye un segundo tiempo quirúrgico con morbilidad propia, a menudo subestimada respecto de la operación índice (1,2).

En revisiones sistemáticas, el cierre de ileostomías en asa se asocia a una morbilidad global cercana al 17 %, con obstrucción intestinal e infección de herida entre los eventos más frecuentes (3). Series latinoamericanas de reconstrucción tras procedimiento de Hartmann reportan tasas de morbilidad entre aproximadamente el 10 % y más del 30 %, con infección de pared y fuga anastomótica como desenlaces destacados (4,5). En Paraguay, una serie unicéntrica de restitución tras colostomía tipo Hartmann describió complicaciones en 3 de 23 pacientes (13 %) (6).

La comparación entre series exige cautela: las definiciones de complicación, la ventana de seguimiento (intrahospitalaria frente a 30 o 90 días) y la composición de indicaciones (trauma, neoplasia, enfermedad inflamatoria) varían de forma sustancial (3,7). Además, la evidencia de ensayos aleatorizados no demuestra superioridad clara de la anastomosis mecánica sobre la manual en anastomosis colorrectales, aunque el perfil de eventos puede diferir según el nivel anatómico y el contexto clínico (8,9).

En la región de Alto Paraná, el Hospital Regional de Ciudad del Este concentra una demanda quirúrgica relevante, pero la literatura local sobre complicaciones tras restitución del tránsito sigue siendo escasa. Contar con una descripción institucional permite orientar la discusión de protocolos perioperatorios y de prevención de infección del sitio quirúrgico, en línea con estrategias de recuperación mejorada (10).

El objetivo de este estudio fue describir las complicaciones posoperatorias registradas durante la internación y el perfil clínico-quirúrgico de los adultos sometidos a restitución del tránsito intestinal en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Ciudad del Este entre enero de 2021 y junio de 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una serie retrospectiva de casos consecutivos con registros clínicos completos, conforme a los principios de reporte de estudios observacionales (11). Se revisaron las historias clínicas y las fichas al alta de pacientes de ambos sexos intervenidos por restitución del tránsito intestinal en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Ciudad del Este entre el 1 de enero de 2021 y el 30 de junio de 2024. En ese período se restituyó el tránsito intestinal a 25 pacientes. Se excluyeron 4 expedientes incompletos para las variables principales y se analizaron los 21 restantes.

Este trabajo forma parte de la especialización de la Universidad Nacional del Este. El protocolo se aprueba antes de la ejecución por el Comité de Ética y por el Comité Científico del posgrado. Los pacientes firmaron el consentimiento previsto para este tipo de trabajo. Al usar expedientes del Servicio de Cirugía General del hospital regional, se aplicaron las directivas de ese hospital. El número de protocolo no consta en este expediente. Los datos se manejaron de forma confidencial, sin identificadores personales en el análisis.

Las variables recogidas fueron: sexo; grupo etario (18-30, 31-50, 51-70 y >70 años); lugar de residencia; comorbilidad registrada en una sola categoría por paciente (ninguna, obesidad, hipertensión, neoplasias u otras); diagnóstico o causa de la ostomización inicial; tipo de ostomía (ileostomía o colostomía); duración del estoma hasta el cierre (≤6, 7-12, 13-24 y >24 meses); técnica anastomótica (manual o mecánica); y complicaciones posoperatorias. El desenlace de complicaciones se limitó a eventos documentados en las fichas al alta de la internación índice; no se definió ni se midió un seguimiento sistemático a 30 o 90 días ni se capturaron de forma explícita reingresos posteriores al alta. En los registros, cada paciente quedó clasificado en una sola categoría de complicación (o en «ninguna»); no fue posible determinar si existieron complicaciones concurrentes. No se aplicó una escala validada de gravedad (por ejemplo, Clavien-Dindo). Tampoco se informó la estancia hospitalaria pese a figurar en la operacionalización inicial del protocolo académico.

Los datos se tabularon en un formulario electrónico y se analizaron con estadística descriptiva: frecuencias absolutas y porcentajes para variables categóricas. No se aplicaron pruebas de hipótesis ni se calcularon intervalos de confianza; ninguna comparación entre subgrupos debe interpretarse como evidencia de asociación estadística.

RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes con registros completos, de 25 restituciones realizadas en el período. Quince eran hombres (71,4 %) y seis mujeres (28,6 %). La edad media fue de 45,3 años (DE 15,2), la mediana de 46 años y el rango de 19 a 66. Por grupos etarios: 5 (23,8 %) tenían entre 18 y 30 años, 8 (38,1 %) entre 31 y 50 y 8 (38,1 %) entre 51 y 70. Ningún paciente tenía más de 70 años.

Siete pacientes (33,3 %) residían en Ciudad del Este, 4 (19,0 %) en Hernandarias, 2 (9,5 %) en Presidente Franco y 8 (38,1 %) en otras localidades. Diez pacientes (47,6 %) no tenían comorbilidad registrada; entre quienes sí, la categoría consignada con mayor frecuencia fue obesidad (5; 23,8 %), seguida de hipertensión (3; 14,3 %), neoplasias (2; 9,5 %) y otras (1; 4,8 %). Estas categorías suman el 100 % de la serie, lo que indica que el registro trató las comorbilidades como mutuamente excluyentes.

La causa más frecuente de ostomización inicial fue el traumatismo abdominal (7; 33,3 %), seguida de neoplasia colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal y obstrucción intestinal (3; 14,3 % cada una), peritonitis (2; 9,5 %) y, con un caso cada una (4,8 %), megacolon chagásico, enfermedad diverticular complicada y enfermedad de Hirschsprung.

Doce pacientes (57,1 %) tenían ileostomía y nueve (42,9 %) colostomía. La duración del estoma fue ≤6 meses en 2 (9,5 %), 7-12 meses en 9 (42,9 %), 13-24 meses en 7 (33,3 %) y >24 meses en 3 (14,3 %). La anastomosis fue manual en 12 (57,1 %) y mecánica en 9 (42,9 %).

Nueve pacientes (42,9 %) no presentaron complicaciones registradas y doce (57,1 %) tuvieron al menos una, contabilizada en una sola categoría: infección del sitio quirúrgico en 4 (19,0 %), íleo prolongado en 3 (14,3 %), dehiscencia de anastomosis en 2 (9,5 %), fístula anastomótica en 2 (9,5 %) y evisceración en 1 (4,8 %).

Según la técnica anastomótica, presentaron alguna complicación 7 de 12 pacientes con anastomosis manual (58,3 %) y 5 de 9 con anastomosis mecánica (55,6 %). La infección del sitio quirúrgico se registró en 3/12 (25,0 %) y 1/9 (11,1 %), respectivamente; el íleo prolongado en 2/12 (16,7 %) y 1/9 (11,1 %); la dehiscencia y la fístula en 1/12 (8,3 %) y 1/9 (11,1 %) cada una; y la evisceración en 0/12 y 1/9 (11,1 %). Estas proporciones se presentan solo de forma descriptiva.

DISCUSIÓN

En esta serie retrospectiva de 21 adultos sometidos a restitución del tránsito intestinal en un hospital de referencia de Alto Paraná, 12 pacientes (57,1 %) presentaron al menos una complicación registrada durante la internación índice, con predominio de la infección del sitio quirúrgico.

La morbilidad observada es numéricamente superior a la morbilidad global del 17,3 % reportada en una revisión sistemática de cierre de ileostomías en asa (3) y a la de una serie paraguaya de restitución tras Hartmann (13 %) (6), y se sitúa en el extremo alto del rango descrito en series regionales de reconstrucción (4,5). Esa comparación, sin embargo, no es directa: aquí el desenlace se limitó a eventos documentados hasta el alta, sin ventana explícita a 30 o 90 días, y las complicaciones se contabilizaron en categorías mutuamente excluyentes, lo que puede subestimar la carga real de eventos concurrentes y, a la vez, dificultar la armonización con series que permiten múltiples complicaciones por paciente (3,7,12).

El perfil etiológico, con traumatismo abdominal como causa más frecuente de ostomización (33,3 %), difiere de series en las que predominan las neoplasias o la enfermedad diverticular (4,5). Ese patrón local puede reflejar la casuística de urgencias del centro, pero el estudio no midió mecanismos específicos de trauma ni denominadores poblacionales; por ello no se infiere incidencia comunitaria ni causalidad demográfica a partir del predominio masculino observado.

La infección del sitio quirúrgico (19,0 %) fue el evento más frecuente, en línea con la relevancia de la infección de herida tras el cierre de estomas (3,7,13). Factores descritos en la literatura —incluida la duración operatoria prolongada— se asocian a mayor riesgo de infección (14), pero no fueron registrados aquí. La dehiscencia y la fístula anastomótica (9,5 % cada una en esta contabilización excluyente) pertenecen al espectro de falla anastomótica, cuya detección clínica puede ser tardía respecto del alta (12,15). El íleo prolongado (14,3 %) es un desenlace frecuente tras cirugía colorrectal y contribuye a la morbilidad percibida aunque no siempre implique reintervención (16).

Las proporciones de complicaciones según anastomosis manual (58,3 %) o mecánica (55,6 %) fueron cercanas en esta muestra pequeña. Las revisiones Cochrane no demuestran superioridad global de una técnica sobre la otra en anastomosis colorrectales o ileocólicas (8,9), y la técnica anastomótica depende de nivel anatómico, condiciones locales y experiencia del equipo (17). Con 12 y 9 pacientes por brazo, y sin ajuste por confusores (sitio de anastomosis, carácter electivo/urgente, estado nutricional, ASA, vía de abordaje), estos datos no permiten afirmar perfiles de riesgo equivalentes ni cuestionar la superioridad inherente de una técnica.

Un hallazgo de gestión local es la duración del estoma: solo el 9,5 % se cerró en ≤6 meses, mientras que el 42,9 % permaneció entre 7 y 12 meses y el 14,3 % más de 24 meses. Intervalos prolongados se han asociado en otras series a mayor complejidad técnica y a barreras institucionales o clínicas para la reconstrucción (4,5). Este punto merece seguimiento institucional,

aunque el presente diseño no identificó los determinantes del retraso.

Desde la práctica perioperatoria, la elevada frecuencia de infección del sitio quirúrgico y de íleo invita a revisar profilaxis antimicrobiana, técnica de cierre cutáneo, movilización temprana y otros elementos de protocolos de recuperación mejorada adaptados al contexto (10,14,18). Cualquier implementación debería acompañarse de definición prospectiva de desenlaces y de ventana de seguimiento explícita.

Este estudio tiene limitaciones importantes. Primero, es retrospectivo, unicéntrico y con n = 21, lo que restringe la precisión y la generalización. Segundo, de las 25 restituciones del período se excluyeron 4 expedientes incompletos, con posible sesgo de selección. Tercero, las complicaciones se limitaron a la internación índice y se registraron en categorías excluyentes, sin escala de gravedad validada y sin reporte de mortalidad, reintervenciones, reingresos ni estancia. Cuarto, el análisis fue exclusivamente descriptivo: no se debe interpretar ausencia de «diferencias significativas» entre técnicas.

En conclusión, en esta serie de 21 pacientes sometidos a restitución del tránsito intestinal en un hospital de referencia de Paraguay, el 57,1 % presentó al menos una complicación intrahospitalaria registrada, predominando la infección del sitio quirúrgico. El traumatismo abdominal fue la causa más frecuente de ostomización inicial y una proporción relevante de estomas permaneció más de un año. Los hallazgos son descriptivos, no estratifican gravedad y no permiten conclusiones comparativas sobre la técnica anastomótica. Se requieren series prospectivas con flujo de participantes completo, definiciones operativas armonizadas, seguimiento temporal explícito y supervisión ética formal.

REFERENCIAS

1. Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF, Möslein G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy. Dtsch Arztebl Int. 2018;115(11):182-7. https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0182
2. Hendren S, Hammond K, Glasgow SC, Perry WB, Buie WD, Steele SR, et al. Clinical practice guidelines for ostomy surgery. Dis Colon Rectum. 2015;58(4):375-87. https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000347
3. Chow A, Tilney HS, Paraskeva P, Jeyarajah S, Zacharakis E, Purkayastha S. The morbidity surrounding reversal of defunctioning ileostomies: a systematic review of 48 studies including 6,107 cases. Int J Colorectal Dis. 2009;24(6):711-23. https://doi.org/10.1007/s00384-009-0660-z
4. Silva RG, Castro Júnior GR, Ferreira CLM, Luz MMP, Conceição SA, Lacerda-Filho A. Reconstrução de trânsito intestinal após confecção de colostomia à Hartmann. Rev Col Bras Cir. 2010;37(1):17-22. https://doi.org/10.1590/S0100-69912010000100005
5. Minatti WR, Rosales A, Mugianesi E, Bertani DJ. Reconstrucción poscirugía de Hartmann. Rev Argent Cirug. 2022;114(3):225-33. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2022000300225
6. Cuevas Estigarribia BR, Yegros Ortiz CD, Montiel Alfonso MA, Santacruz Bareiro ER. Restablecimiento del tránsito intestinal en pacientes con colostomía tipo Hartmann. Experiencia en un hospital de alta complejidad. Rev Cient UMAX. 2022;2(1):27-35. https://revista.umax.edu.py/index.php/rcumax/article/view/6
7. Li S, Zhou Z, Wang F, Li W, Liu C, Li L. Risk factors and incidence of surgical wound infection after stoma reversal: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2025;20(7):e0328344. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0328344
8. Neutzling CB, Lustosa SA, Proenca IM, da Silva EM, Matos D. Stapled versus handsewn methods for colorectal anastomosis surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2012;2012(2):CD003144. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003144.pub2
9. Choy PY, Bissett IP, Docherty JG, Parry BR, Merrie A, Fitzgerald A. Stapled versus handsewn methods for ileocolic anastomoses. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(9):CD004320. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004320.pub3
10. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659-95. https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y
11. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007;370(9596):1453-7. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X
12. Hyman N, Manchester TL, Osler T, Burns B, Cataldo PA. Anastomotic leaks after intestinal anastomosis: it's later than you think. Ann Surg. 2007;245(2):254-8. https://doi.org/10.1097/01.sla.0000225083.27182.85
13. Malik T, Lee MJ, Harikrishnan AB. The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials. Ann R Coll Surg Engl. 2018;100(7):501-8. https://doi.org/10.1308/rcsann.2018.0126
14. Cheng H, Chen BP, Soleas IM, Ferko NC, Cameron CG, Hinoul P. Prolonged operative duration increases risk of surgical site infections: a systematic review. Surg Infect (Larchmt). 2017;18(6):722-35. https://doi.org/10.1089/sur.2017.089
15. Kingham TP, Pachter HL. Colonic anastomotic leak: risk factors, diagnosis, and treatment. J Am Coll Surg. 2009;208(2):269-78. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2008.10.015

16. Wolthuis AM, Bislenghi G, Fieuws S, de Buck van Overstraeten A, Boeckxstaens G, D'Hoore A. Incidence of prolonged postoperative ileus after colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis. 2016;18(1):O1-9. https://doi.org/10.1111/codi.13210
17. Slieker JC, Daams F, Mulder IM, Jeekel J, Lange JF. Systematic review of the technique of colorectal anastomosis. JAMA Surg. 2013;148(2):190-201. https://doi.org/10.1001/2013.jamasurg.33
18. Kirchhoff P, Clavien PA, Hahnloser D. Complications in colorectal surgery: risk factors and preventive strategies. Patient Saf Surg. 2010;4:5. https://doi.org/10.1186/1754-9493-4-5