

11209 ² *cy*



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

CIUDAD DE MÉXICO
Servicios de Salud



Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Dirección General de Servicios de Salud
del Departamento del Distrito Federal
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
Curso Universitario de Especialización
en:

CIRUGIA GENERAL

**"CAUSAS MAS FRECUENTES DE REINTER-
VENCION EN CIRUGIA GENERAL"**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
P R E S E N T A :
DR. FELIPE ALFARO GOMEZ
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Director de Tesis: Dr. Carlos Arcos Huitrón

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I. INTRODUCCION.	1
II. OBJETIVOS.	7
III. MATERIAL Y METODOS	8
IV. RESULTADOS.	16
V. DISCUSION.	22
VI. CONCLUSIONES.	23
VII. BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUCCION

Dentro del área de la cirugía encontramos una situación a menudo frecuente, a la cual se le han asignado varios nombres como son: Reintervención, cirugía de repetición, relaparotomía o reoperación, sin decidirse por un término satisfactorio. (1,2).

Hasta hace unos años era frecuente usar el término reoperación para las intervenciones programadas como procedimiento para evaluar la evolución de una enfermedad previamente resuelta con cirugía, en la que había que reintervenir con el objeto de conocer las alteraciones y cambios que nuevamente se hubieran producido. Actualmente éstos términos se utilizan para referirse a un estado patológico ocasionado por una primera operación en la que la solución del problema no fué satisfactoria, ocasionando complicaciones que ahora por si mismas ameritan tratamiento quirúrgico.

Dentro de los factores que ocasionan reoperación, se encuentran, el efectuar un procedimiento impropio o incompleto y por accidentes durante la intervención.

Debe reconocerse también que la calidad de los cuidados postoperatorios juega un papel definitivo, y que en muchas ocasiones las complicaciones surgen por un mal manejo de éste.

Es de mencionar el avance que se ha tenido en cuanto a ciencia y tecnología, en los cuales se incluyen los modernos equipos auxiliares para el diagnóstico que se utilizan en los servicios hospitalarios, el mayor conocimiento de los procesos fisiopatológicos, el descubrimiento

de nuevos fármacos así y procedimientos de las unidades de terapia intensiva, han permitido someter a los pacientes a reoperaciones, con una supervivencia jamás imaginada, ya que antiguamente al carecer de éste apoyo el paciente fallecía antes de poder llegar a una reintervención. (2).

Conjuntamente con éste avance se incluye el uso de la tecnología que permite reconocer más tempranamente y con mayor exactitud la necesidad de una reoperación, como son, el ultrasonido, la tomografía computada y la medicina nuclear entre otras, (3) aunque la mayoría de las veces la reoperación es indicada en base a los hallazgos clínicos en un 97.8% según Kirk en un estudio de 1988 con 3000 reintervenciones. (4).

Es de suma importancia recalcar que la morbimortalidad disminuye en cuanto la necesidad de una reoperación se dilucida más tempranamente. (5).

En general las reoperaciones son inherentes a todo tipo de cirugía, sea ésta de urgencia o programada.

Se considera que la reoperación aguda es la que se practica cuando el procedimiento original no generó madurez y cicatrización total en el sitio intervenido y aún hay evidencia de inflamación en la herida, teniendo como causas, hemorragia postoperatoria, infección intraabdominal, obstrucción o dehiscencia anastomótica. (1).

La reoperación remota es el procedimiento en el cual la incisión o incisiones previas están totalmente maduras y generalmente tienen poco que ver directamente con la cirugía original. (1).

Hablando de cirugía abdominal en general, el porcentaje de reoperación varía de 2.5% a 5%; en cirugía gastrointestinal las reoperaciones ocurren en aproximadamente 4% de los casos. (2)

En ocasiones dentro de la cirugía abdominal por traumatismo, la reoperación tiene como causa lesiones inadvertidas primariamente. (17)

Dentro de las causas más comunes en general de reoperaciones, encontramos hemorragia, peritonitis, íleo y la formación de abscesos intraabdominales, siendo el tiempo de latencia antes de operar de 7 días para íleo, 3.5 días para peritonitis y alrededor de 24 hrs para hemorragia según Gunther en 1988. (8)

Probablemente la causa más común de reintervención sea la complicación infecciosa de una laparotomía reciente, (9), es posible que el procedimiento quirúrgico inicial haya sido a causa de peritonitis, con una magnitud de contaminación bacteriana tan grande que se forman colecciones purulentas y es necesaria una reoperación para drenaje. Aquí cabe mencionar que surgen discusiones en cuanto al manejo dado, ya que algunos autores se inclinan por la colocación de drenajes, otros por el drenaje percutáneo y por el drenaje quirúrgico otro grupo, siendo controversial el decidirse por un solo procedimiento, ya que para esto influyen factores tales como la edad del paciente, el estado nutricional, si cursa con enfermedades

asociadas o si el paciente presenta falla de uno o más órganos de la economía, lo cual viene a agravar el pronóstico según refiere Donald en 1991. (10,11,12,13).

En pacientes que han sufrido traumatismos penetrantes en abdomen , la combinación de factores coadyuvantes (hemoglobina, tejidos muertos, cuerpos extraños, choque y politransfusión) con la contaminación bacteriana pueden causar que se formen acúmulos importantes de material purulento.

Frecuentemente las complicaciones de procedimientos abdominales electivos tales como un derrame anastomótico, requieren de un procedimiento de drenaje a causa de la infección. (1)

Los abscesos intraabdominales siguen presentándose después de laparotomía por traumatismo, a pesar de los antibióticos perioperatorios, la técnica quirúrgica meticulosa, el lavado de la cavidad con solución salina y del uso de drenes para aspiración cerrados, además que casi siempre guarda relación con dificultades técnicas o errores de juicio.

En 1988 Ivatury indica en una serie de 872 laparotomías por heridas de instrumento punzocortante y de proyectil de arma de fuego, que 29 pacientes desarrollaron colecciones purulentas, siendo los órganos más frecuentemente lesionados o asociados, colon, duodeno y páncreas. (14). Así podemos mencionar que Blackwood en 1988 reúne un estudio en el cual las lesiones asociadas de colon y bazo tuvieron

una alta incidencia de infección cuando el paciente fué esplenectomizado, concluyendo en su estudio que cuando éstos dos órganos se encuentran lesionados conjuntamente, se debe de tratar en lo posible, de conservar el bazo, ya que con esto disminuye la probabilidad de infecciones en el postoperatorio. (7)

También encontramos como causa frecuente de reoperación en cirugía de trauma, la colocación de compresas para cohibir hemorragias severas, que cuando cursan además con acidosis, hipotermia y coagulopatía, conforman un formidable problema aún para el cirujano más experimentado, así la colocación de compresas perihepáticas como medida para salvar la vida del paciente, ha ganado popularidad en la última década ya que ha demostrado ser bastante efectiva; estadísticamente se encontró un 77% de eficacia independientemente de la evolución del paciente a causa de lesiones asociadas u otro padecimiento.

El control de una hemorragia por éste método no es privativo del hígado, ya que se usa en otro tipo de lesiones como hematoma retroperitoneal por fractura de pelvis abierto a cavidad peritoneal, en los cuales se logran buenos resultados, siendo reoperado el paciente para retiro de compresas en un lapso de 48-72 hrs. (15, 16, 17, 18)

Las fistulas enterocutáneas como secuela de una intervención, se presentan más frecuentemente cuando hay enfermedades inflamatorias asociadas o con radioterapia previa, así como errores técnicos, estando

presentes además en pacientes traumatizados sin enfermedad intestinal previa, en éstos casos el indicador mayor de una reoperación es la presencia de infección intraabdominal, ya que en ausencia de ésta el manejo varía considerablemente de acuerdo al tipo de fistula y al apoyo técnico y nutricional que se dé al paciente y posteriormente al curso de su evolución. (19,20)

Encontramos asimismo la reoperación en colostomías ya sea por complicaciones de éstas o por su cierre definitivo, siendo técnicamente sencillas de corregir en la mayoría de los casos. (21)

En colecistectomías se encontró un índice de reoperación de 4% y para exploración de vías biliares un 5%, (6), en apendicectomías de 0.5% a 1% y de 6.4% para colon y recto. (2)

Se encontraron en éste tema pocos trabajos realizados que utilicen aparte de mortalidad y supervivencia otros indicadores como serían el grado de severidad de las lesiones, enfermedades asociadas o problemas de la técnica quirúrgica, lo cual no permite una adecuada evaluación científica de éste problema. (22)

En nuestro país se encuentran aisladas fuentes de información respecto a ésta entidad, siendo que representa una parte importante dentro de la cirugía, por lo cual se pretende en éste estudio el conocimiento de las causas más frecuentes que originan reoperaciones dentro del sistema de los servicios de salud del D.D.F. tomando como muestra el Hospital General Balbuena.

OBJETIVOS:

1.-Conocer la causa más frecuente de reintervenciones en un Hospital General de Los Servicios de Salud del D,D,F.

2.-Obtener un índice de reoperaciones en general y cotejarlo con los publicados en la literatura mundial.

3.-Conocer la casuística en nuestro medio de las reintervenciones realizadas, para emprender acciones encaminadas a disminuir la morbimortalidad.

MATERIAL Y METODOS:

En el Hospital General Balbuena, se estudiaron 38 pacientes que ameritaron reoperación, en un período comprendido de septiembre de 1991 a septiembre de 1992, de un total de 962 intervenciones de cirugía general.

De los 38 pacientes que se reoperaron, 27 fueron del sexo masculino y 11 femeninos con una edad máxima de 65 años y mínima de 16, con un promedio de edad de 31.8 años para hombres y de 32.6 para mujeres. Se dividieron en cuanto al origen de la cirugía en causa traumática, (22 pacientes 57,5%) y no traumática (16 pacientes 42.1%). De los no traumáticos encontramos únicamente dos cirugías electivas (5.2%) siendo el restante urgencia no traumática (14 pacientes 36.8%). El tiempo de hospitalización fue de 7 días como mínimo y de 120 el máximo, con una media de 22.5 días por paciente; siendo 8 días mínimo y 120 máximo para pacientes de trauma, media 27.5 días y 70.9%, para los no traumáticos 7 días como mínimo y 40 días máximo media de 15.5 días, 29.0%. En cirugía de urgencia se encontraron 23.1 días como promedio de estancia y un 97.5% del total, siendo para electiva 10.5 días por paciente con un 2.4%. De los 22 pacientes traumáticos 18 cursaron con choque a su ingreso siendo corregido éste en el preoperatorio y transoperatorio, de éstos pacientes fallecieron dos.

Sólo se encontró enfermedad preexistente en dos casos, uno con desnutrición GII (defunción) y otro con síndrome de Pickwick (defunción).

El tiempo transcurrido entre la cirugía inicial y la primera reintervención varió de 8 hrs como mínimo a 9 días como máximo, media 3.6 días.

En la cirugía inicial encontramos al hígado como el órgano de mayor incidencia, con 8 casos (21.0%), seguido por colon con 7 (18.4%), y en tercer lugar el apéndice con 4 casos (10.5%), haciendo notar que un alto porcentaje se asocia con otros órganos lesionados, siendo de 7 casos para hígado (18.4%) y de 4 para colon (10.5%), el resto de órganos lesionados tiene una incidencia evidentemente más baja. También es de importancia mencionar que fueron 7 casos de trauma para hígado y 6 para colon, recalcando que la mayoría (22 pacientes 57.5%) de las reoperaciones fueron como consecuencia de cirugía de trauma.

Las causas que motivaron la primera reintervención fueron en 17 casos abscesos (44.6%), de los cuales 14 fueron abdominales (36.8%) y sólo tres torácicos (7.8%).

En oclusión intestinal por adherencias encontramos 5 pacientes (13.1%), por retiro de compresas hemostáticas 4 casos (10.5%), fistulas urinarias 4 casos (10.5%).

En dehiscencia de lesiones intraabdominales 3 casos (7.8%); para las siguientes fué de un caso con 2.6% cada uno: Fistula intestinal, fistula biliar, hundimiento de colostomia, necrosis de ileostomia y hemorragia de pared abdominal.

En la segunda reintervención encontramos un total de 11 pacientes (28.9%), de los cuales 5 con abscesos intraabdominales (45.4%), dos por eventración (18.1%), al igual que por fístula urinaria, y los restantes de un caso con 9.09% para cada uno :Fistula intestinal y oclusión intestinal.

Para una tercera reoperación el total fué de dos pacientes por fístula intestinal y abscesos intraabdominales.

En la cuarta reintervención se encontró un paciente por absceso intraabdominal.

CAUSA DE LA OPERACION INICIAL

ORGANO AFECTADO	TIPO DE CIRUGIA		CASOS	
	TRAUMA	PADECIM.MEDICO		
		URG.		ELECTIVA
Hígado		1	1	
Hígado más lesiones asociadas	7		7	
Colon	2	1	3	
Colon más lesiones asociadas	4		4	
Apéndice		4	4	
Riñón			1	
Riñón más lesiones asociadas	2		2	
Páncreas		1	1	
Páncreas más lesiones asociadas	1	1	2	
Intestino Delgado		1	1	
Intestino Delgado más lesiones asociadas	2		2	
Pleura y pulmones	1	1	2	
Pleura y pulmones más lesiones asociadas	1		1	
Vesícula		1	1	
Vesícula más vías biliares			1	
Estómago		1	1	
Uréter más lesiones asociadas	1		1	
Uretra		1	1	
Utero		1	1	
Vejiga más lesiones asociadas			1	
Total	22	14	38	

CAUSAS DE LA PRIMERA REINTERVENCION

CAUSA	CASOS
1.-Abscesos	
a)Peritoneales	14
b)Torácicos	3
2.-Oclusión intestinal	5
3.-Retiro de compresas	4
4.-Fístulas	
a)Urinarias	4
b)Intestinales	
c)Biliares	1
5.-Dehiscencia de lesiones intraabdominales	3
6.-Hundimiento de colostomía	1
7.-Necrosis de ileostomía	1
8.-Hemorragia de pared	1
Total	38

CAUSAS DE LA SEGUNDA REINTERVENCION

1.-Abscesos peritoneales	5
2.-Eventración	2
3.-Fistulas	
a)Urinarias	2
b)Intestinales	1
4.-Oclusión intestinal	1
Total	11

CAUSAS DE LA TERCERA REINTERVENCION

1.-Abscesos peritoneales 1

2.-Fistulas intestinales 1

Total 2

CAUSAS DE LA CUARTA REINTERVENCION

1.-Absceso peritoneal

1

Total

1

RESULTADOS

Tomando como parámetros signos y síntomas, signos vitales, datos de laboratorio y estudios de gabinete, encontramos lo siguiente:

De los 38 pacientes sometidos a una primera reintervención tuvimos, 17 por abscesos, 5 por oclusión intestinal, 4 por retiro de compresas, 6 por fistulas, 3 por dehiscencia de lesiones intraabdominales, un hundimiento de colostomía, una necrosis de ileostomía y uno por hemorragia de pared abdominal.

De los pacientes con abscesos encontramos 3 de ellos torácicos y 14 abdominales, los que cursaron con abscesos torácicos presentaron disnea, taquicardia entre 110 y 140, media 130 x min y fiebre de 38 a 40 media 39 C, dolor torácico y esputo purulento en dos casos, sus parámetros de laboratorio mostraron cifras de Hb que oscilaron entre 8.5 y 10 g/dl media de 9, en las PFH se encontró hipoproteïnemia de 4g/dl albúmina de 2 y globulina de 2 g/dl, esto en dos pacientes. A los RX de tórax se encontró en los tres casos opacidad homogénea y colapso pulmonar en el hemitórax izquierdo, en los hallazgos operatorios se obtuvo un paciente con empiema de 1000 cc, reacción fibrosa de pleura parietal y visceral, con tabicamientos múltiples, en el segundo paciente se encontró hemotórax coagulado de 500 cc y tabicado con paquipleuritis difusa y en el último hemotórax coagulado y tabicado de 250 cc y un absceso de 100 cc con paquipleuritis basal. De los pacientes que cursaron con abscesos intraabdominales, (14), los 14 presentaron dolor abdominal, 6 de ellos vomito, un caso con

diarrea, 12 pacientes con náusea, distensión abdominal en 10 y el mismo número con hipotensión entre 50 y 90 media 70 mmHg, taquicardia de 100 a 140 media 120 x min en 7 pacientes, taquipnea de entre 40 y 50 x min, media de 45 también en 7 pacientes, nueve cursaron con fiebre de 38 a 40 C media de 39 C; en los parámetros de laboratorio encontramos 12 pacientes con leucocitosis de 10 000 a 20 000 con media de 17 000, creatinina de 2 a 5 mg/dl promediode 2.8 mg/dl en 4 pacientes, el exámen general de orina (EGO) con bacteriuria en dos casos, 5 pacientes con Hb de 7 a 10 g/dl media 8.2 y 8 pacientes con hipoproteinemia entre 3 y 4 g/dl, media 3.5 .

Tres pacientes con radiografía simple de abdomen mostraron imagen en vidrio despulido sugestiva de líquido libre en cavidad abdominal, y en 6 el ultrasonido demostró abscesos intraabdominales. En los hallazgos operatorios hubo 3 pacientes con abscesos subfrénicos del lado derecho, 4 del lado izquierdo, 7 con abscesos interasas y 5 con colecciones en hueso pélvico.

De los pacientes con oclusión intestinal (5), se demostró distensión abdominal en todos, vomito y náusea en 4, y los 5 cursaron con dolor abdominal, dentro de los signos vitales 3 pacientes cursaron con hipotensión entre 70 y 90 mm Hg media 83 , los 5 con taquicardia de 100 a 130 x min , media de 125 x min, Frecuencia ventilatoria de 40 un caso y 4 con fiebre de 38.5 a 40 C media 39 C.

ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En los exámenes de laboratorio 5 pacientes mostraron leucocitosis entre 10000 y 17000 media 15000, dos con Hb de 8, resto de parámetros normales .

En los RX los 5 cursaron con imágenes de asas dilatadas y niveles hidroaéreos, no se realizó TAC ni ultrasonido.

Dentro de los hallazgos transoperatorios hubo adherencias laxas en todos los pacientes, dos con líquido de reacción peritoneal, 500 y 700 cc respectivamente.

Cuatro pacientes se reintervinieron para retiro de compresas, en los cuatro se encontró hemostasia adecuada. De los pacientes con fistulas urinarias (4) dos cursaron con fiebre de 38.5 C uno con náusea y otro con vómito.

Dentro de los hallazgos operatorios hubo dos casos de dehiscencia, de reimplante ureteral en vejiga uno y de anastomosis ureteral el otro. En los otros dos casos el hallazgo fué de dehiscencia de vejiga. Un paciente presentó fistula intestinal, que se manifestó por distensión abdominal, náusea y vómito, con 110 de pulso y fiebre de 38.5 C con leucocitosis de 12000. En otro paciente encontramos fistula biliar, la cual presentaba conjuntamente distensión abdominal, dolor y vómito, con fiebre de 38 C, en el transoperatorio se encontró dehiscencia de la sutura del colédoco en el cual previamente se había colocado una sonda en T. En 3 pacientes encontramos dehiscencia de lesiones suturadas, dos de intestino delgado y una de estómago, en los 3 casos hubo dolor abdominal, distensión, acompañados

de náusea y vómito, cursando con taquicardia de 100, 120 y 130 x min y hipotensión de 80, 80 y 90, en los exámenes de laboratorio se encontró leucocitosis de 12000 y 13000 en dos casos, no se realizaron más estudios diagnósticos. Dentro de los hallazgos operatorios encontramos heridas de intestino delgado con fuga de material intestinal y edema importante de la pared intestinal, la lesión de estómago presentaba necrosis en los bordes suturados con material gástrico libre en cavidad.

Un paciente se reoperó por necrosis de ileostomía, en el cual el diagnóstico se realizó por observación únicamente, ya que sus parámetros se encontraron normales, en el transoperatorio los vasos adyacentes al estoma se encontraban trombosados. Un paciente cursó con hemorragia de pared abdominal e hipotensión de 80-50, y como hallazgo transoperatorio hemostasia de pared inadecuada posterior a la colocación de un drenaje en el flanco.

Para la segunda reintervención (11 pacientes) 5 por abscesos peritoneales, 2 por eventración, 3 por fistulas y uno por oclusión intestinal.

En los pacientes por abscesos, encontramos fiebre de 38 C en dos, uno con taquicardia de 110 x min, hubo leucocitosis en dos casos de 11000 y de 13000, cabe mencionar en éste caso que el parámetro más importante para reintervención fué que los pacientes se habían manejado con abdomen abierto desde la primera reoperación, en los hallazgos operatorios 3 pacientes cursaron con abscesos subfrénicos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

derechos de 50,100 y 150 cc, los otros dos con un absceso pélvico de 50 y 100 cc, y el último con absceso subfrénico izquierdo de 10 cc.

Dos pacientes se reintervinieron por eventración, en éstos casos el parámetro para reintervención fué únicamente clínico, ya que los pacientes presentaban los demás parámetros dentro de lo normal, hallando transoperatoriamente desgarró de la aponeurosis por las suturas.

Dos pacientes se reoperaron por fistula urinaria, uno presentó fiebre de 38 C y ambos un EGO con bacteriuria, y como hallazgos transoperatorios encontramos dehiscencia de vejiga.

Un paciente se reintervino por fistula intestinal, por presentar náusea y dolor abdominal, con hipotension de 80-60 mm Hg, taquicardia de 110 y fiebre de 38.5 C, Hb de 8 g/dl, proteínas totales de 4.5 , 2.5 de albúmina y 2 de globulina, en los hallazgos operatorios se demostraron 3 fistulas de intestino delgado, con adherencias múltiples y edema intestinal generalizado.

Un paciente se presentó por oclusión intestinal, clínicamente con dolor abdominal, náusea vómito y distension, fiebre de 38,5 C taquicardia de 120, con leucocitosis de 15000 y radiológicamente imágenes de niveles hidroaéreos, en el transoperatorio se encontraron 1000 cc de líquido de reacción peritoneal y adherencias laxas.

En una tercera reintervención se manejaron 2 casos en total, uno por absceso abdominal, el cual se encontraba con abdomen abierto para

facilitar el drenaje de la cavidad, encontrando 5 cc de material purulento en fosa pélvica, el otro paciente cursaba con una fistula intestinal, acompañandose de náuseas y vómitos, con hipotensión de 80-50, fiebre de 39 C, leucocitosis de 11 000, Hb de 9 g/dl y proteínas de 4 g/dl, con 2 de albúmina y 2 de globulina, en el acto quirúrgico se encontraron múltiples fistulas de intestino delgado.

Para una cuarta reoperación se contó con un solo paciente, el cual se encontraba con abdomen abierto secundario a abscesos peritoneales, en el cual se encontró en la cirugía cavidad abdominal sin material purulento.

DISCUSION

En base a lo mencionado anteriormente podemos constatar que la causa más frecuente de reintervenciones es la formación de abscesos peritoneales, con un total de 17 casos, lo cual significa un 44,6% del total en la primera reoperación, la segunda causa fué la oclusión intestinal por adherencias con 5 casos (13.1%) y el retiro de compresas para hemostasia junto con las fístulas urinarias ocuparon el tercer lugar con 4 casos y un 10.5% para cada una, el cuarto lugar fué para la dehiscencia de lesiones intraabdominales suturadas con 3 casos (7.8%).

Para la segunda reoperación encontramos que la formación de abscesos abdominales vuelve a presentarse como la causa principal, con 5 pacientes de 11 y un 45.4%, seguido por eventración, dos casos y 18.1%.

En la tercera reoperación encontramos dos pacientes y en éste caso el 50% lo conforma la presencia de absceso peritoneal, y el restante una fístula intestinal.

En la última intervención de ésta serie que fué la cuarta se operó un paciente por absceso abdominal.

Se registró una mortalidad de 15.7% (6 pacientes).

En la primera reintervención 3 pacientes fallecieron (7.8%), en la segunda dos pacientes (18.8%), para la tercera reintervención un paciente falleció (50%) y en la cuarta reintervención (un paciente) no hubo defunciones.

CONCLUSIONES

El índice de reoperaciones obtenido se encuentra dentro del rango de la literatura existente que reporta del 2.5 al 5%, y en nuestra casuística se obtuvo un 3.9%. Además podemos decir que la causa más frecuente de reintervención fue la formación de abscesos intraabdominales (junto con la mayor mortalidad), ocupando el segundo lugar la oclusión intestinal por adherencias.

Por lo anterior se puede afirmar que nuestra institución se encuentra en éste problema al mismo nivel que otras instituciones nacionales o extranjeras, aunque cabe mencionar que se necesita de un estudio de mayor duración para un mejor análisis.

Asimismo podemos constatar que algunas de éstas complicaciones que conducen a reintervención pueden ser evitadas con el empleo de una técnica quirúrgica más depurada y un mejor control de los pacientes que se presentan en estado de choque previo a la cirugía lo cual condiciona estados hipóxicos con cambios metabólicos, que a la larga provocan situaciones desfavorables para el paciente y se presenta la infección.

En el postoperatorio se deben mejorar los cuidados al paciente ya que al prolongarse el tiempo de hospitalización por complicaciones, aumenta la necesidad de medicamentos especiales, mayor material quirúrgico y apoyo de las unidades de cuidados intensivos, lo

que hace el manejo de éstos pacientes sumamente problemático en todos los aspectos incluido el costo de todos éstos servicios.

Así concluimos que se trata de un problema que aunque tiene infinidad de causas relacionadas con el paciente y su estado de salud, el tipo de padecimiento, los recursos médicos, paramédicos y materiales, no deja de ser susceptible para ser disminuido con una mejor aplicación de las técnicas y conocimientos en cada paciente que amerite tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Donald E. Fry, "Cirugía de repetición", Clínicas quirúrgicas de norteamérica, vol 1: 2, 1991.
- 2.-Gutiérrez, S.C., "Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo", Ed el manual moderno. 402-7, 1988.
- 3.-Butler, J.A. "Repeated laparotomy for postoperative intra-abdominal sepsis. An analysis of outcome predictors", Arch Surg., 122(6): 702-6, 1987.
- 4.-Kirk, R.M. "Reoperative surgery for early complications following abdominal and abdominothoracic operations", J R Soc Med., 81(1): 7-9, 1988.
- 5.-Makela, J. "Relaparotomy for postoperative intra-abdominal sepsis in jaundiced patients", Br J Surg., 75(12):1157-9, 1988.
- 6.-Maj Roderick, C. Haff. "Biliary tract operations", Arch Surg., vol 98 april 1979.
- 7.-Blackwood, J.M. "Intra-abdominal infection following combined spleen-colon trauma", Am Surg., 54(4):212-6, 1988.
- 8.-Günther, K. "Disordered postoperative course. A retrospective analysis", Zentralbl Chir., 113:384-90, 1988.
- 9.-Andrus, C. "Planned reoperation for generalized intraabdominal infection", Am J Surg., 152(6):682-6, 1986.
- 10.-Donald, E.E. "Multiple system organ failure", Ed Mosby, Book of Year. 327-31, 1992.
- 11.- Lawrence, W. "Multiple system organ failure", ED Mosby, Book of year, 332-43, 1992
- 12.-Wain, M.D. "Emergency abdominal reexploration in a district general hospital", Ann R Coll Surg Engl., 69(4):169-74, 1987.
- 13.-Bubt, T.J. "Non directed relaparotomy for intra-abdominal sepsis. A futile procedure", Am Surg., 52(6):294-8, 1986.
- 14.-Ivatury, R.R: "Intraabdominal abscess after penetrating abdominal trauma", J Trauma., 28(8):1238-43, 1988.
- 15.-Krieger, J:E: "Therapeutic perihepatic packing in complex liver trauma", Br J Surg., 79(1):43-6, 1992.
- 16.-H.Leon .Pachter. "Significant trends in the treatment of hepatic trauma", Ann Surg., May:492-502, 1992.
- 17.-Oliver, J. "Traumatismo abdominal", Clínicas quirúrgicas de norteamérica., 3:519-633, 1990.

- 18.-Kenneth,W:"Abdominal packing for surgically uncontrollable hemorrhage",Ann Surg., May:467-74,1992.
- 19.-Kennan,J. Buechter."Enterocutaneous fistulas following laparotomy for trauma",The American Surgeon.,57:353-58,1991.
- 20.-Hugh,T.B.Coleman,M.J."Persistent postoperative enterocutaneous fistulas pathophysiology and tretment",Aust N Z J Surg.,56(12).901-6,1986.
- 21.-Allen,Mersh T.G."Surgical treatment of colostomy complications",Br J Surg.,75(5):416-8,1988.
- 22.-Bonhen,J.M. Mustard,R.A."Critical look at scheduled relaparotomy for secondary bacterial peritonitis",Surg Gynecol Obstet.,172 suppl:25-9,1991.