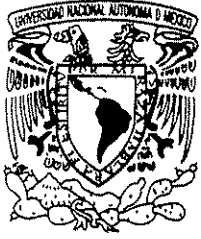


11209
25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

REOPERACIONES EN CIRUGIA GENERAL
FRECUENCIA Y MANEJO

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA

DR JESUS JURIBE PINEDA

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGIA GENERAL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

REOPERACIONES EN CIRUGÍA FRECUENCIA Y MANEJO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



[Handwritten signature]

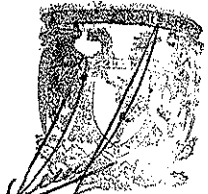
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

[Handwritten signature]

DR. ROBERTO PEREZ GARCIA
ASESOR DE TESIS
JEFE DE LA DIVISION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE
MEXICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADU
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a un ser muy especial
sin el cual hubiese sido muy difícil la culminación
de esta etapa de mi vida, su nombre es
Jesucristo, porque;
“Todo lo puedo en Cristo que me fortalece”
Fil. 4:13.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mi esposa:
Susan Rivera, compañera
de estudios, de profesión y lo
más importante compañera de
toda la vida, con amor eterno.

A mi hija: Susan E.
Incentivo constante de
superación y trabajo gracias
a Dios por tu vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis padres:
Mario y Enedina
Por infundir en sus hijos ese deseo
de superación e inquietud intelectual.

A mis hermanos, Saúl, José Luis y
Edgar, compañeros de mil juegos
sueños y aspiraciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis suegros:
Dr Alfredo Rivera Reyes y
Susana Magallanes Carrillo
Gracias por su confianza y apoyo

A mis cuñados: gracias por su
amistad, y muy en especial a
Alfred por su apoyo y ayuda
en la computadora.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al Hospital Juárez de México
Por haberme abierto las puertas
al conocimiento y educación
que se imparte en sus aulas,
quirófanos y consultorios.

Un agradecimiento especial a los
Doctores Roberto Pérez García y
Juan Girón Márquez, maestros
Incansables, ejemplos en disciplina
y superación académica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	Pag.
1.Antecedentes.....	1
2.Factores predisponentes.....	2
3.Delimitación e identificación del problema.....	5
4.Hipótesis.....	6
5.Objetivos.....	6
6.Diseño del estudio.....	7
7.Material y metodo.....	7
8.Criterios de Inclusión.....	8
9.Criterios de exclusión.....	9
10.Criterios de eliminación.....	9
11.Resultados.....	10
12.Discusión.....	27
13.Conclusiones.....	29
14.Bibliografía.....	30

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES:

Toda intervención quirúrgica representa un traumatismo para el paciente, sin embargo cuando está bien indicada, se realiza de acuerdo con las normas técnicas que el caso requiere, en un enfermo en condiciones para tolerar la agresión, en general conduce a la recuperación. Una nueva operación constituye un nuevo traumatismo, un desequilibrio de los mecanismos homeostáticos del paciente, por lo que aumentan las posibilidades y la mortalidad es mayor (1).

El retorno de un paciente a quirófano representa un problema y un reto para el cirujano de tal forma que un juicio adecuado es determinante para el paciente, Esta bien definido que lo anterior además de otros factores como el equipo y material necesario además de instalaciones adecuadas influyen de manera favorable en el postoperatorio (2,3).

En general, las reintervenciones, se relacionan con complicaciones, resultado de la progresión de la patología, hallazgos operatorios, condiciones generales y locales del paciente, y en algunas otras ocasiones errores en la táctica y técnica operatoria, Existen escasos registros de la incidencia de esta problemática Kovachev describe 1.3 % de una serie de 5 años (1,3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Shchepotin refiere en una serie de 700 pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico, la dehiscencia de anastomosis, abscesos intraabdominales y necrosis pancreática como las principales causas de reexploración quirúrgica de urgencia, evitando la muerte del 37.5 % de estos pacientes en forma temprana. Así mismo se sabe que de acuerdo al número de reintervenciones se incrementa la mortalidad (4,5).

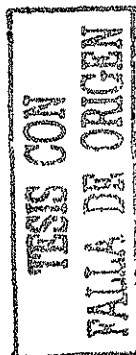
FACTORES PREDISPONENTES:

Se ha observado una serie de factores que en algún momento dado influyen de manera importante para reintervenciones repetidas, entre estos se encuentran los siguientes:

EDAD: edad mayor de 60 años, sobretodo cuando existe deterioro importante de salud previo además de hábitos como el alcoholismo y el tabaquismo.

ESTADO NUTRICIONAL: el estado nutricional del enfermo influye en la evolución posoperatoria, en los pacientes con desnutrición la cicatrización es deficiente al igual que los mecanismos de defensa, por lo que es mayor la frecuencia de infecciones.

ESTADO DE SALUD PREVIO: La existencia de enfermedades crónicas interfieren de forma



Shchepotin refiere en una serie de 700 pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico, la dehiscencia de anastomosis, abscesos intraabdominales y necrosis pancreática como las principales causas de reexploración quirúrgica de urgencia, evitando la muerte del 37.5 % de estos pacientes en forma temprana. Así mismo se sabe que de acuerdo al número de reintervenciones se incrementa la mortalidad (4,5).

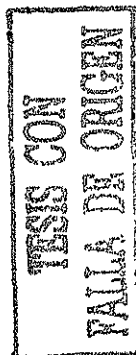
FACTORES PREDISPONENTES:

Se ha observado una serie de factores que en algún momento dado influyen de manera importante para reintervenciones repetidas, entre estos se encuentran los siguientes:

EDAD: edad mayor de 60 años, sobretodo cuando existe deterioro importante de salud previo además de hábitos como el alcoholismo y el tabaquismo.

ESTADO NUTRICIONAL: el estado nutricional del enfermo influye en la evolución posoperatoria, en los pacientes con desnutrición la cicatrización es deficiente al igual que los mecanismos de defensa, por lo que es mayor la frecuencia de infecciones.

ESTADO DE SALUD PREVIO: La existencia de enfermedades crónicas interfieren de forma



importante en la cicatrización y los mecanismos de defensa.

SEPSIS: la presencia de sepsis peritoneal desde la primer intervención frecuentemente es seguida de complicaciones las que se incrementan cuando se asocian a falla orgánica múltiple (1,6,7).

En pacientes que han de ser reintervenidos quirúrgicamente es de gran valor realizar una valoración preoperatoria integral que incluya índices pronóstico como lo son el APACHE, y de esta forma detectar pacientes en estado crítico para establecer un pronóstico y su reintervención oportuna (7).

La indicación para una nueva intervención quirúrgica urgente en el posoperatorio inmediato obedece a las siguientes causas: hemorragia, evisceración, oclusión y sépsis; en las 2 o 3 primeras horas después de la operación la indicación esta dada por hemorragia, durante la primer semana se agregan evisceración, obstrucción intestinal y sepsis, durante la segunda y tercer semana la causa más frecuente de reintervención quirúrgica son los abscesos residuales (1,8,9,10).



La revisión de la literatura mundial no presenta cambios substanciales en la mortalidad de las reoperaciones en los últimos 30 años, con rangos del 60 al 70 % reportados en la década de los 50 y de los 60 (4), con una variante del 40 al 100 % reportado en los años 80 y 90 (11,12), es decir, un incremento en la mortalidad por reintervenciones quirúrgicas, la frecuencia de las reoperaciones es variable en diferentes series, dependiendo de la causa de la primer cirugía. Pacientes con sépsis intra-abdominal requirieron reexploración en el 1.6 y 1.8 % de los casos (11,12), en laparotomias por trauma abdominal la reoperación se realizó en el 15% de los pacientes (13), en pacientes con carcinoma gástrico avanzado la reoperación se realizó en el 11.3%, después de trasplante de páncreas la reintervención quirúrgica fue necesaria en el 53% de los pacientes.

La proporción en la mortalidad global por reoperaciones por complicaciones agudas después de cirugía abdominal depende de diferentes factores, uno de los más importantes son los criterios de falla orgánica. De acuerdo con la literatura la falla de un órgano es asociada con una mortalidad del 10 al 40%, la falla de 2 a 3 órganos es asociada con una proporción en la mortalidad del 53 al 63% y del 79 al 100% respectivamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DELIMITACION E IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Las reintervenciones quirúrgicas generan múltiples complicaciones que tienen como resultado un incremento en el índice de morbi-mortalidad en cualquier unidad de atención quirúrgica, además de generar múltiples gastos económicos y con un incremento en los días estancia hospitalaria en pacientes que son sometidos a una o más reintervenciones, es por ello que es necesario la delimitación e identificación de los factores condicionantes y aquellos que son susceptibles de ser corregidos en forma adecuada.

Es necesario identificar la incidencia de reoperaciones en una unidad de tercer nivel, los padecimientos o las patologías que más frecuentemente se encuentran involucradas en la reintervención quirúrgica, también es de gran importancia el tipo de procedimiento realizado durante la primer cirugía y la indicación del mismo, otra de las necesidades de gran interés es identificar el grado de adiestramiento y el criterio quirúrgico del residente de cirugía que ha adquirido durante su entrenamiento en cirugía para la resolución de este tipo de problemas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPÓTESIS

La aplicación de criterios quirúrgicos acertados, intervención quirúrgica temprana y la supervisión por cirujanos de mayor experiencia en pacientes con alto riesgo de reoperación, disminuirán el número de reintervenciones quirúrgicas.

El registro escrito del número de reintervenciones, causa y evolución de pacientes reoperados, permitirá Identificar y corregir procedimientos que son de alta morbilidad.

OBJETIVOS

- Identificar la frecuencia de reintervenciones quirúrgicas en una unidad de tercer nivel.
- Identificar las causas más frecuentes de reintervenciones quirúrgicas.
- Describir los procedimientos quirúrgicos realizados en reintervenciones quirúrgicas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPÓTESIS

La aplicación de criterios quirúrgicos acertados, intervención quirúrgica temprana y la supervisión por cirujanos de mayor experiencia en pacientes con alto riesgo de reoperación, disminuirán el número de reintervenciones quirúrgicas.

El registro escrito del número de reintervenciones, causa y evolución de pacientes reoperados, permitirá Identificar y corregir procedimientos que son de alta morbilidad.

OBJETIVOS

- Identificar la frecuencia de reintervenciones quirúrgicas en una unidad de tercer nivel.
- Identificar las causas más frecuentes de reintervenciones quirúrgicas.
- Describir los procedimientos quirúrgicos realizados en reintervenciones quirúrgicas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Identificar la morbi-mortalidad por reintervenciones quirúrgicas en una unidad de tercer nivel.

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes que fueron reoperados en el Hospital Juárez de México en el periodo comprendido de enero de 1996 a diciembre del 2000, en donde se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución, diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, estudios auxiliares en el diagnóstico, cirujano (adscrito o residente), numero de reoperaciones, tiempo de reintervención, cirugía electiva o de urgencia, morbi-mortalidad y cirugía realizada en reoperación.

- Identificar la morbi-mortalidad por reintervenciones quirúrgicas en una unidad de tercer nivel.

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes que fueron reoperados en el Hospital Juárez de México en el periodo comprendido de enero de 1996 a diciembre del 2000, en donde se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución, diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, estudios auxiliares en el diagnóstico, cirujano (adscrito o residente), numero de reoperaciones, tiempo de reintervención, cirugía electiva o de urgencia, morbi-mortalidad y cirugía realizada en reoperación.

- Identificar la morbi-mortalidad por reintervenciones quirúrgicas en una unidad de tercer nivel.

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes que fueron reoperados en el Hospital Juárez de México en el periodo comprendido de enero de 1996 a diciembre del 2000, en donde se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución, diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, estudios auxiliares en el diagnóstico, cirujano (adscrito o residente), numero de reoperaciones, tiempo de reintervención, cirugía electiva o de urgencia, morbi-mortalidad y cirugía realizada en reoperación.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Todos aquellos pacientes que fueron reoperados del 1 de enero de 1996 a diciembre del 2000
- Pacientes que fueron operados en el Hospital Juárez de México de primera intención.
- Pacientes con el antecedente de una o más reintervenciones quirúrgicas.
- Pacientes que fueron reoperados por médicos adscritos al servicio de Cirugía General.
- Pacientes que fueron operados por médicos residentes de la especialidad de Cirugía General
- Pacientes programados por la consulta externa y pacientes que ingresaron por el servicio de urgencias.
- Pacientes reoperados del sexo masculino y femenino de cualquier edad.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Todos aquellos pacientes que se operaron de primera intención en otra unidad de salud y que fueron reoperados en el hospital Juárez de México.
- Todos aquellos pacientes que fueron operados por médicos externos al Hospital Juárez de México pero operados en el mismo por cursos o eventos especiales y por médicos rotantes de otras instituciones.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Todos aquellos pacientes que fueron operados en el Hospital Juárez de México que se reoperaron en otra unidad de salud
- Pacientes que solicitaron su alta voluntaria y que tenían altas probabilidades de ser reoperados.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Todos aquellos pacientes que se operaron de primera intención en otra unidad de salud y que fueron reoperados en el hospital Juárez de México.
- Todos aquellos pacientes que fueron operados por médicos externos al Hospital Juárez de México pero operados en el mismo por cursos o eventos especiales y por médicos rotantes de otras instituciones.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Todos aquellos pacientes que fueron operados en el Hospital Juárez de México que se reoperaron en otra unidad de salud
- Pacientes que solicitaron su alta voluntaria y que tenían altas probabilidades de ser reoperados.

RESULTADOS

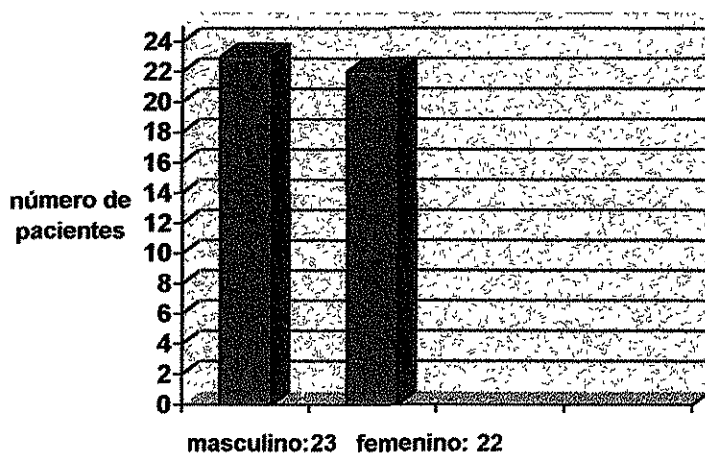
Durante la revisión de expedientes clínicos se encontraron un total de 45 casos de pacientes reoperados en un periodo de 5 años haciendo un promedio de 9 reoperaciones por año, de los 45 casos encontrados 23 pacientes son del sexo masculino es decir el 51 % y 22 pertenecientes al sexo femenino con el 49 % el rango de edad encontrado en los pacientes reoperados fue de los 18 hasta los 83 años de edad, con una moda de 54 años y una media de 50 años de edad (Cuadro No1, fig No 1, Cuadro No 2).

SEXO	CASOS	%
MASCULINOS	23	51
FEMENINOS	22	49
TOTAL	45	100

Cuadro No 1. Casos reportados de reoperaciones por sexo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig.1 Casos reportados de reoperaciones distribuidos por sexo.



EDAD	CASOS	%
11 – 20	3	7
21 – 30	4	8.8
31 – 40	8	17.7
41 - 50	8	17.7
51 - 60	9	20
61 - 70	9	20
71 - 80	2	4.4
81 - 90	2	4.4
Total	45	100

Cuadro No 2 Casos reportados de reoperaciones por grupos de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la estancia intrahospitalaria reportada fue desde 1 día hasta 120 días con una media de 30 días y una moda de 60 días, lo que hace un total de 1683 días de estancia intrahospitalaria por el total de los pacientes reportados en el presente estudio (Cuadro No 3).

ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

DIAS	CASOS	%
1 - 20	17	38
21 - 40	9	20
41 - 60	13	29
61 - 80	2	4.4
81 - 100	1	2
101 - 120	3	6.6
TOTAL	45	100

TESIS CON
 TALLA DE ORIGEN

Cuadro No 3 distribución de casos por días de estancia intrahospitalaria.

Las cirugías que más se realizaron en orden decreciente fueron: colecistectomía abierta con 9 pacientes, apendicectomías 7 pacientes, colecistectomías laparoscópicas 5 pacientes, resección intestinal por diferentes causas 5 pacientes, cierre primario de perforaciones gástricas con parche de epiplon 4 pacientes, colostomias 3 pacientes, hemicolectomía por tumores malignos 3 pacientes, antrectomías 3 pacientes, plastias inguinales 2, derivación biliodigestiva 2 pacientes,

lavados quirúrgicos 1 paciente por sépsis abdominal, biopsia de ganglio mesentérico 1 paciente, plastia de pared abdominal 1 paciente, plastia umbilical 1. El tiempo quirúrgico registrado fue desde 1 hora hasta 7 horas de tiempo quirúrgico, con una media de 3 horas. El tiempo de reoperación reportado fue desde 12 horas hasta 4 meses con una media de 7 días y una moda de 2 días (Cuadro No 4, fig. No.2).

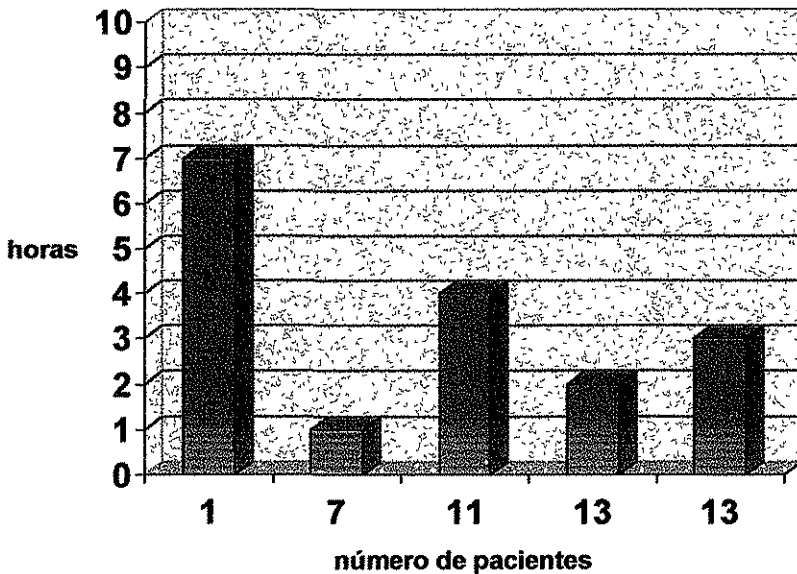
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Colecistectomia abierta	9	antrectomias	3
apendicectomias	7	Derivación biliodigestiva	2
Colecistectomia laparoscopica	5	Plastia inguinal	2
Resección intestinal Por dif. causas	5	Lavado quirurgico	1
colostomias	4	Biopsia de ganglio mesenterico	1
Cierre primario de Perf. Gástrica.	4	Plastia de pared	1
hemicolecotomias	3	Plastia umbilical	1

Cuadro No 4. Procedimientos quirúrgicos realizados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig N.2 Número de pacientes reportados por horas de cirugía



La distribución de pacientes operados en su primer cirugía por médicos adscritos y que fueron reoperados fue de 20 pacientes con el 44 % y los pacientes que fueron operados por médicos residentes y que posteriormente fueron reoperados fue de 25 pacientes con el 56 % (fig. 3). El total de reoperaciones por los 45 pacientes fue de 107, con un rango de una reoperación hasta 9 reintervenciones en un paciente, la moda observada fue de una reoperación y la media de 2 (fig 4). De los 45 pacientes registrados 16 fueron procedimientos electivos es decir el 36 % y 29 pacientes operados de urgencias con el 64 %(fig.5).

Solamente se registraron 7 defunciones lo cual representa el 15.5 % del total de las reoperaciones reportas, 4 pacientes del sexo femenino (57 %) 3 del sexo masculino (43%)(fig.6,cuadro No 5) La edad de los pacientes registrados como defunción oscilan entre los 33 y 81 años con una media de 54 años, el diagnóstico la causa y la cirugía de reoperación se registra en los sig. Cuadros (No.10,11,12,13).

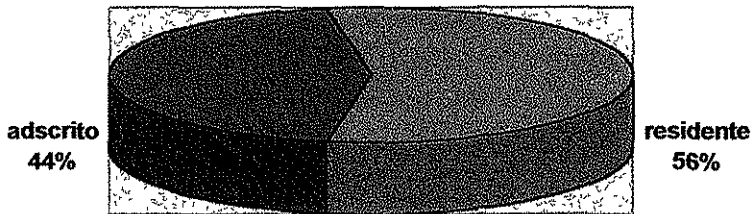


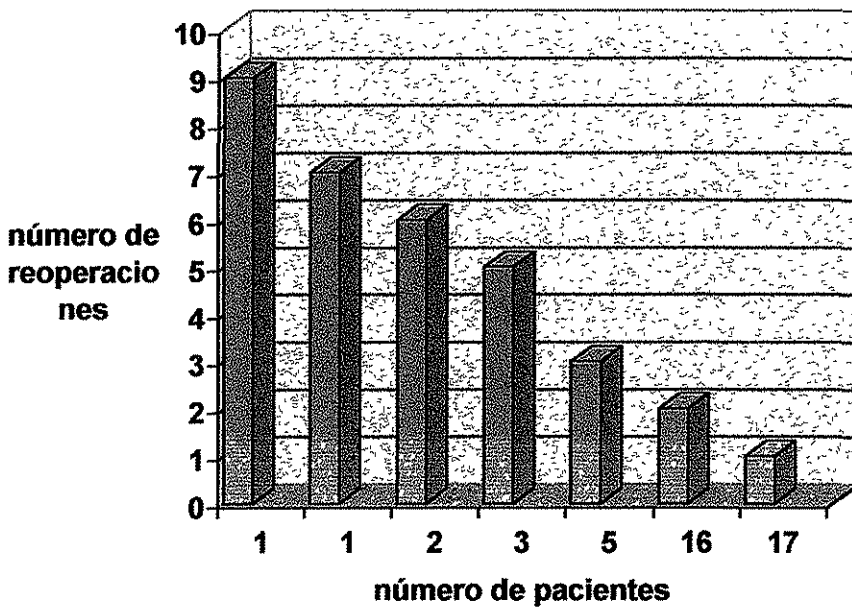
Figura No 3. Distribución de casos operados por médicos adscritos y residentes.

Los estudios auxiliares del diagnóstico reportados fueron los siguientes en orden decreciente: biometria hemática 38 pacientes, Rx 22 pacientes, química sanguínea 20 pacientes, ultrasonido 20 pacientes, pruebas de funcionamiento hepático 6 pacientes, colangiopancreatografías 4 pacientes, esofagogastroduodenoscopias 4 pacientes, TAC 3 pacientes, colonoscopia 3 pacientes, manometria esofágica 2 pacientes, Ph metria, tránsito intestinal,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

lavado peritoneal diagnóstico, biopsia hepática y fistulografía 1 paciente. La correlación entre el hallazgo quirúrgico y la cirugía realizada se pueden observar en los siguientes cuadros comparativos (cuadro No 6,7,8,9)

Fig. No 4 Número de pacientes por reoperación



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig.No 5 distribución de pacientes operados en forma electiva o de urgencia

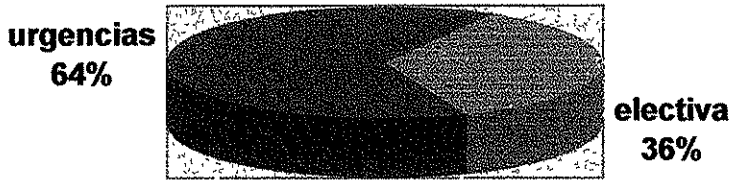
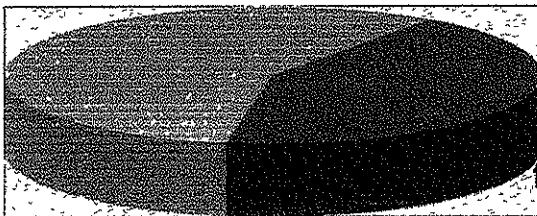


fig No. 6 distribución de mortalidad por sexos.

masculino

s
57%



femeninos
43%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No. 5 MORTALIDAD POR REOPERACIONES

DIAGNÓSTICO	CIRUGÍA	CAUSA DE REOPERACIÓN	CIRUGÍA ELECTIVA / E URGENCIA / U
1. Estenosis pilórica	Gastro-yeyuno anastomosis en omega de Brown	1 perforación de duodeno 2 perforación gástrica	Electiva
2. Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía más exploración de vía biliar	1. trombosis mesentérica y fascitis necrosante de pared	Electiva
3. Enfermedad por reflujo gastro-esofágico	Funduplicatura Nissen laparoscópica	1. Perforación gástrica 2. Peritonitis gen 3. Lavado quirúrgico	Electiva
4. Colecistitis crónica L hernia umbilical	Colecistectomía Plastia umbilical	1. Evisceración 2. Sépsis abdominal	Electiva
5. Colecistitis crónica L. Coledocolitiasis	Colecistectomía abierta lesión incidental de colédoco	1. Hepato-yeyuno anastomosis	Urgencia
6. Piocolecisto	Colecistectomía abierta	1. Pancreatitis severa. necrosis gástrica	Urgencia
7. Colecistitis crónica L. pseudoquiste de páncreas	Colecistectomía con drenaje de absceso de páncreas	1. lavado quirúrgico por sépsis abdominal	Urgencia

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No. 6 cirugías realizadas

HALLAZGO QUIRÚRGICO	CIRUGÍA REALIZADA
Úlcera prepilórica perforada	Cierre primario de perforación con parche de epiplón
Apendicitis fase III con perforación de su tercio medio	Apendicectomía tipo Puchet
Colecistitis crónica litiasica	Colecistectomía abierta
Hernia hiatal con hiato amplio	Funduplicatura laparoscópica tipo Nissen
Apendicitis aguda fase II	Apendicectomía tipo Halsted
Apendicitis aguda fase II	Apendicectomía tipo Halsted
Colecistitis crónica litiasica	Colecistectomía laparoscópica
Colecistitis crónica litiasica necrosis peripancreática	Colecistectomía abierta necrosectomía pancreática
Úlcera gástrica perforada	Cierre primario de perforación gástrica con parche de epiplón
Apendicitis aguda fase I	Apendicectomía tipo Halsted
Neoplasia de intestino delgado a 30 cm de válvula ileocecal	Resección intestinal más entero-entero anastomosis termino-Terminal en un plano
Colecistitis crónica litiasica	Colecistectomía laparoscópica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No 7. Cirugías realizadas.

HALLAZGO QUIRÚRGICO	CIRUGÍA REALIZADA
Lesión estenosante de sigmoides	Hemicolectomía izquierda más Bolsa de Hartmann
Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía laparoscópica
Apendicitis aguda fase III	Apendicectomía tipo Halsted
Perforación de duodeno	Antrectomía con gastro-yeyuno Anastomosis en Y de Roux y vagotomía troncular
Hernia hiatal por deslizamiento	Funduplicatura tipo Nissen, antrectomía con reconstrucción gástrica en omega de Brown
Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía abierta con Exploración de vías biliares
Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía abierta
Apendicitis aguda fase II	Apendicectomía tipo Puchet
Vesícula biliar escleroatrófica coledocolitiasis, neoplasia de cabeza de páncreas	Coledocoduodeno anastomosis colocación de sonda en T biopsia de páncreas
Fístula sigmoideo-vaginal divertículo sigmoideo	Fistulectomía más diverticulectomía
Hernia de pared abdominal con contenido intestinal estrangulado	Plastia de pared más resección intestinal con anastomosis término terminal
Colecistitis crónica litiásica Hernia umbilical	Colecistectomía más plastia umbilical

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro N.8 Cirugías realizadas

HALLAZGO QUIRÚRGICO	CIRUGÍA REALIZADA
Hidrocolecisto	Colecistectomía abierta
Úlcera gástrica perforada	Cierre primario de perforación con parche de epiplón
Colecistitis crónica litiásica y lesión incidental de colédoco en su tercio inferior	Colecistectomía abierta con colocación de sonda foley para derivación externa
Colecistitis crónica litiásica Absceso pancreático	Colecistectomía y drenaje de absceso pancreático
Hernia inguinal	Plastia inguinal más orquiectomía
Perforación gástrica	Cierre primario de perforación con colocación de parche de epiplón
Hernia inguinal indirecta	Plastia inguinal tipo McVay
Herida penetrante de abdomen Con lesión de la arteria cólica media	Colostomía con fistula mucosa
Divertículo perforado de sigmoides	Resección intestinal con colostomía y bolsa de Hartmann
Hidrocolecisto con ERGE	Colecistectomía y funduplicatura de 180° laparoscópica con conversión a cirugía abierta
Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía laparoscópica
CUCI	Colectomía total con ileostomía

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro N.9 Cirugías realizadas

HALAZGO QUIRÚRGICO	CIRUGÍA REALIZADA
Fibrosis de colédoco adherido a arteria hepática y vena porta	Derivación biliodigestiva externa yeyunostomía tipo Stam con colocación de sonda en T en coledoco
Aumento de volumen de páncreas Hemorrágico	Colecistectomía con colocación de drenajes y lavado de cavidad
Perforación de recto	Colostomía en asa y cierre Primario de la lesión
Neoplasia en colon ascendente	Toma de biopsia de hígado y Ganglios mesentéricos
Neoplasia de colon descendente	Hemicolectomía izquierda, colostomía y omentectomía
CCL lesión incidental de colédoco	Derivación biliodigestiva externa con colocación de sonda en T
Perforación en íleon terminal lesión de bazo, hemoperitoneo 1 litro	Resección intestinal con entero-entero anastomosis termino-Terminal y esplenectomía
Colostomía funcional	Restitución de tránsito intestinal con anastomosis termino-terminal en 2 planos
Apendicitis aguda fase II con perforación de su tercio medio	Apendicectomía tipo pouchet

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadros No. 10,11,12,13, Causas de reoperación

DIAGNÓSTICO	CIRUGÍA DE INICIO	CIRUGÍA DE REOPERACIÓN
Úlcera prepilórica perforada	Cierre primario de perforación con parche de epiplón	Lavado quirúrgico y Cierre de dehiscencia De cierre primario
Apendicitis fase III con perforación de su tercio medio	Apendicectomía tipo Puchet	Cierre de pared por evisceración
Colecistitis crónica litiasica	Colecistectomía abierta	Cierre de pared por evisceración
Hernia hiatal con hiato amplio	Funduplicatura laparoscópica tipo Nissen	Cierre de perforación gástrica, esplenectomía Lavado de cavidad
Apendicitis aguda fase II	Apendicectomía tipo Halsted	Cierre de pared por evisceración
Apendicitis aguda fase II	Apendicectomía tipo Halsted	Drenaje de absceso pélvico
Colecistitis crónica litiasica	Colecistectomía laparoscópica	LAPE por hemoperitoneo
Colecistitis crónica litiasica necrosis peripancreática	Colecistectomía abierta necrosectomía pancreática	Drenaje de colección peripancreática
Úlcera gástrica perforada	Cierre primario de perforación gástrica con parche de epiplón	Cierre de pared por evisceración
Apendicitis aguda fase I	Apendicectomía tipo Halsted	Resección ileocecal Ileostomía por dehiscencia de muñón apendicular
Neoplasia de intestino delgado a 30 cm de válvula ileocecal	Resección intestinal más entero-entero anastomosis termino-terminal en un plano	Dehiscencia de anastomosis
Colecistitis crónica litiasica	Colecistectomía laparoscópica	Derivación biliodigestiva por clipaje de coledoco
Lesión estenosante de sigmoides	Hemicolectomía izquierda más Bolsa de Hartmann	Remodelación de colostomía por perforación
Colecistitis crónica litiasica	Colecistectomía laparoscópica	LAPE por hemoperitoneo

TESS CON
TALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO	CIRUGÍA DE INICIO	CIRUGÍA DE REOPERACION
Apendicitis aguda fase III	Apendicectomía tipo Halsted	Hemicolectomía derecha-ileotransverso anastomosis
Perforación de duodeno	Antrectomía con gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux y vagotomía troncular	Drenaje de absceso residual
Hernia hiatal por deslizamiento	Funduplicatura tipo Nissen, antrectomía con reconstrucción gástrica en omega de Brown	LAPE por pexia de asa intestinal
Colecistitis crónica litiasica	Colecistectomía abierta con exploración de vías biliares	Drenaje de hematoma en lecho vesicular
Colecistitis crónico litiasica	Colecistectomía abierta	Cierre de pared por evisceración
Apendicitis aguda fase II	Apendicectomía tipo Puchet	Cierre de pared por evisceración
Vesicula escleroatrófica coledocolitiasis, neoplasia de cabeza de páncreas	Coledocoduodeno anastomosis colocación de sonda en T biopsia de páncreas	Cierre de pared por evisceración
Fístula colo-sigmoide v diverticulo sigmoideo	Fistulectomía más diverticulectomía	R.I. con colostomía por dehiscencia de cierre primario
Hernia de pared abdominal con contenido intestinal estrangulado	Plastia de pared más resección intestinal con anastomosis termino terminal	Plastia de pared con colocación de malla por eventración postquirúrgica
Colecistitis crónico litiasica Hernia umbilical	Colecistectomía más plastia umbilical	Cierre de pared por evisceración
Hidrocolecisto	Colecistectomía abierta	LAPE por pancreatitis severa con necrosis gástrica
Úlcera gástrica perforada	Cierre primario de perforación con parche de epiplón	R I. ileostomía con drenaje de absceso Residual

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO	CIRUGÍA DE INICIO	CIRUGÍA DE REOPERACION
Colecistitis crónica litiásica y lesión incidental de colédoco en su tercio inferior	Colecistectomía abierta con colocación de sonda foley para derivación externa	Hepatoyeyuno anasto- mosis
Colecistitis crónica litiásica Absceso pancreático	Colecistectomía y drenaje de absceso pancreático	Lavado quirúrgico
Hernia inguinal	Plastia inguinal más orquiectomía	Drenaje de hematocele
Perforación gástrica	Cierre primario de perforación con colocación de parche de epiplón	R.I más ileostomía
Hernia inguinal indirecta	Plastia inguinal tipo McVay	Drenaje de absceso escrotal
Herida penetrante de abdomen con lesión de la arteria cólica media	Colostomía con fistula mucosa	Remodelación de colostomía
Divertículo perforado de sigmoides	Resección intestinal con colostomía y bolsa de Hartmann	Remodelación de colostomía con necrosis de boca anastomótica
Hidrocolecisto con ERGE	CCT y funduplicatura de 180° laparoscópica con conversión a cirugía abierta	LAPE por hemoperito neo y cierre de pared por evisceración
Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía laparoscópica	Drenaje de colección subhepática
CUCI	Colectomía total con ileostomía	Drenaje de abscesos residuales
Fibrosis de colédoco adherido a arteria hepática y vena porta	Derivación biliodigestiva externa yeyunostomía tipo Stam con colocación de sonda en T en coledoco	Estracción de sonda de yeyunostomía
Aumento de volumen de páncreas hemo- rrágico	Colecistectomía con colocación de drenajes y lavado de cavidad	Colecistectomía y lavado quirúrgico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO	CIRUGÍA DE INICIO	CIRUGÍA DE REOPERACION
Perforación de recto	Colostomia en asa y cierre Primario de la lesión	Drenaje de absceso Residual y cierre de pared por evisceración
Neoplasia en colon ascendente	Toma de biopsia de hígado y ganglios mesentéricos	Hemicolectomia derecha e ileotransverso anastomosis
Neoplasia de colon descendente	Hemicolectomia izquierda,colostomia y omentectomia	Drenaje de absceso residual
CCL lesión incidental de colédoco	Derivación biliodigestiva externa con colocación de sonda en T	Cierre de pared por evisceración
Perforación en íleon terminal lesión de bazo, hemoperitoneo	Resección intestinal con entero-entero anastomosis termino-Terminal	Lavado y drenaje de abscesos residuales
Colostomia funcional	Restitución de transito intestinal con anastomosis termino-terminal	Cierre de pared por evisceración
Apendicitis aguda fase II con perforación de su tercio medio	Apendicectomia tipo puchet	R.I. por perforación de íleon a 1 cm de VIC

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DISCUSION

La reexploración quirúrgica urgente es una complicación seria y representa un problema quirúrgico y fisiológico y requiere un juicio médico substancial y objetivo por parte del equipo quirúrgico para realizar una reintervención quirúrgica oportuna, decisión que debe realizarse por un grupo de cirujanos con experiencia además del primer cirujano, los hallazgos clínicos son de significativa relevancia para la decisión de una reoperación eventual.(3) En el presente estudio podemos observar un rango muy amplio en el tiempo de reintervención desde 12 horas hasta 4 meses, con una moda de 2 días, lo que podríamos clasificar como reoperaciones de urgencia y en reoperaciones planeadas. Teniendo como reoperaciones de urgencia a hemorragia en el postoperatorio inmediato, dehiscencia de anastomosis, sépsis abdominal y ocusión intestinal, las reintervenciones planeadas son aquellas para tratar complicaciones o secuelas tardías de una operación urgente o electiva, realizada en semanas, meses o años atrás (1), una de las causas de mayor frecuencia registradas en la literatura para reoperacion abdominal es la dehiscencia o fuga de anastomosis(3), proceso que fue observado en 8 de los pacientes registrados, es decir el 18 % de los pacientes, porcentaje similar a lo reportado por

Shchepotin en una serie de 40 reoperaciones con 7 pacientes que presentaron dehiscencia de anastomosis con un 17.5 % de sus reoperaciones. La incidencia de reoperaciones en el presente estudio es de aproximadamente el 0.3 % en un periodo de 5 años con un promedio de 9 reoperaciones por año en comparación con otras series como le reportado por Kovachev del 1.3 %, la mortalidad observada en el presente estudio es menor en relación a otros trabajos en donde se reportan porcentajes del 18.5 % 39 % y hasta del 62.5 %. (4,7,14.). El porcentaje comparativo de reoperaciones por médicos residentes y médicos adscritos es de especial interés ya que se observan con porcentajes elevados siendo el médico residente el de mayor incidencia con una diferencia del 12 %, al respecto existe poca o nula información reportada en la literatura que pueda servir como parámetro de referencia y evaluar el proceso de aprendizaje del cirujano en formación, por otro lado el 44 % de reoperaciones realizadas en un inicio por el médico adscrito muestra también un porcentaje elevado en la incidencia de este problema.

CONCLUSIONES

La reintervención quirúrgica de urgencia o programada requiere de un juicio clínico y quirúrgico lo más acertado posible además de un amplio conocimiento de los factores de riesgo, pronóstico y alternativas quirúrgicas y que ocasione los menos desajustes fisiológicos posibles. Los costos que ocasiona la reintervención de un paciente y el tiempo de hospitalización son extremadamente elevados si no se realiza una evaluación completa de la patología a tratar y los riesgos potenciales inherentes a todo procedimiento quirúrgico, además de llevar un registro detallado en los expedientes clínicos del procedimiento quirúrgico realizado y las indicaciones del mismo. Es importante señalar la supervisión del médico residente por un cirujano de mayor experiencia para fortalecer el proceso de aprendizaje y disminuir el índice de reoperaciones o complicaciones altamente mórbidas para el paciente.

BILIOGRAFIA

1. Gutierrez S. Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. 1996 Ed. El Manual Moderno. pp 853-866.
2. Isbister WH. Unplanned return to the operating room. Aust N Z J Surg, 68 (2):143-46. 1998.
3. Kovachev L; Grozev V. Emergency reoperations in Surgery of the gastrointestinal tract. Khirurgiia, 50 (5): 22-25. 1997.
4. Shchepotin IB; Evans SR. Postoperative complications requiring relaparotomies after 700 gastrectomies performed for gastric cancer. American – Journal Surg, 171(2): 270-73, 1996.
5. Rygachev GP; Nekachev AN. Relaparotomy in the treatment of generalized postoperative peritonitis. Khirurgiia, HD (1):45-48 1997.
6. McCrory C; Crowley K. Is repeat laparotomy of value in patients with suspected intra-abdominal sepsis the intensive care unit?. Ir J. Med Sci, 166 (2): 88-91 1997.

BIBLIOGRAFIA

7. Koperna T. Prognosis and treatment of peritonitis. Do we need new scoring systems?. *Arch Surg*, 131 (2):180-86. 1996.
8. Velmahos GC; Degiannis E. Relaparotomies for – abdominal sepsis-why, when, how? A collective review. *S Afr J Surg*, 36(2): 52-56. 1998.
9. Anielski R. Wound dehiscence as a problem of the surgery department. *Wiad Lek, Sup. (HD)*:234-40 1997.
10. Cunningham JD; Weyant MT. Complications requiring reoperation following pancreatectomy. *Int J Pancreatol*, 24(1):23-29 1998.
11. Hinsdale JG, Jaffe BM. Reoperation for intra-abdominal sepsis. Indications and results in – modern critical care setting. *Ann Surg*. 199: 31-36 1984.
12. Makela J. Relaparotomy for postoperative intraabdominal sepsis in jaundiced patients. *Br. J. Surg*. 75:1157-1159. 1988.

BIBLIOGRAFIA

- 13.Driver T. Kelly GL. Reoperation after abdominal trauma. American J. Surg 135: 747-750. 1978.
- 14.Koop Bosscha MD. Fulminant acute pancreatitis and infected necrosis: results of open management of the abdomen and planned reoperations. J. Am Coll Surg. 187:255-262. 1998.