



11209

77

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
**CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA**

**REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA  
GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO  
MEDICO LA RAZA**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
**CIRUJANO GENERAL**  
P R E S E N T A:  
**DR. ISRAEL DIAZ CARRILLO**  
ASESOR:  
**DR. JESÚS ARENAS OSUNA**

**MÉXICO, DF. FEBRERO DEL 2002**

TESIS PARA GRADO DE ESPECIALIDAD

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.



~~ASESOR DE TESIS~~

~~DR. JESÚS ARENAS OSUNA~~

~~JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
CIRUJANO GENERAL ADSCRITO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO LA RAZA~~

DR. ISRAEL DIAZ CARRILLO

*Israel Díaz Carrillo*

RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO LA RAZA

No. DE PROTOCOLO:

2002-690-0115



*[Handwritten signature]*

DIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M. 2

## **INDICE**

TITULO

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

## **AGRADECIMIENTOS**

AMI ESPOSA  
POR SU APOYO, Y AMOR

A MIS PADRES  
POR SU APOYO, LA EDUCACIÓN Y EL ESTIMULO PARA SEGUIR  
ADELANTE

A MIS MAESTROS  
POR LA CONFIANZA DEPOSITADA EN MI

A LOS PACIENTES  
QUE SIRVEN PARA APRENDER NO SOLO COMO CIRUJANO SINO  
COMO PERSONA

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
QUE ME PERMITE SE RESIDENTE DEL MEJOR INTTITUO PARA  
FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS

## **RESUMEN**

### **Reintervención quirúrgica en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.**

#### **OBJETIVO**

Determinar la prevalencia de reintervención quirúrgica en el servicio de cirugía general.

#### **MATERIAL Y METODOS**

Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, con influencia de los Hospitales generales de zona y Hospitales Regionales de la delegación 2 Noreste. Reintervenidos en el período comprendido del 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre del 2001.

## RESULTADOS

Se realizaron 1959 cirugías en el período de estudio, de las cuales 396 correspondieron a reintervenciones y de éstas 174

Correspondieron a reintervenciones Urgentes (durante la hospitalización) y 222 reintervenciones tardías (en las que lo pacientes fueron egresados del hospital y se reingresa para nueva cirugía. De todos lo pacientes 1118 correspondieron al sexo femenino y 841 al masculino. Se presentaron cuatro muertes en quirófano, y 68 en piso. Se realizaron 616 cirugías que involucran cabeza y cuello, sobresaliendo 257 toma de biopsias, 138 cirugías de tiroides y 84 traqueostomías .En segundo 0lugar fueron las cirugías de vías biliares 384 1|94 colecistectomías abiertas y 115 laparoscopias, las cirugías relacionadas a catéteres de Tenckhoff fueron 213 con una reintervención de 127 de ellas.

## **CONCLUSIONES**

De la reintervención temprana mas frecuente fue para realizar lavado y drenaje de cavidad por sepsis abdominal, drenaje de abscesos, de las reintervenciones tardías mas frecuentes son las relacionadas a el retiro y colocación de catéter de Tenckhoff. Sobresale un paciente con mayor número de reintervenciones (12), con Pancreatitis aguda de etiología biliar quien fallece dos meses del termino del período de estudio.

**PALABRAS CLAVE:** Reintervención, reoperación, relaparotomía.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **SUMMARY**

### **Surgical Reoperation in the service of general surgery of the Hospital of Specialties of the Medical Center The Race.**

#### **OBJECTIVE**

To determine the prevail of surgical reoperation in the service of general surgery.

#### **MATERIAL AND METHODS**

Service of General Surgery of the Hospital of Specialties of the Medical Center The Race, with influence of the general Hospitals of area and Regional Hospitals of the delegation 2 Northeast. Reoperations in the understood period of January 1 of the 2001 at December 31 the 2001.

## **RESULTS**

They were carried out 1959 surgeries in the period of study, of which 396 corresponded to reoperations and of these 174

They corresponded to Urgent reoperations (during the hospitalization) and 222 late reoperations in those that the patient ones were leave of the hospital and you to enter for new surgery. Of all the patient ones 1118 corresponded at the feminine sex and 841 to the masculine one. Four deaths were presented in surgery, and 68 in floor. They were carried out 616 surgeries that involve head and neck, standing out 257 takings of biopsies, 138 thyroid surgery and 84 windpipe surgery .En second Olugar they were the surgeries of Bile duct 384 1|94 open Cholcystectomy and 115 laparoscopic, the surgeries related to catheters of Tenckhoff were 213 with a reoperation of 127 of them.

## **CONCLUSIONS**

Of the early reoperation but it frequents it was to carry out laundry and cavity drainage for abdominal sepsis, drainage of abscesses, of the late reoperations but you frequent they are those related to the retirement and placement of catheter of Tenckhoff. A

patient stands out with more reoperations number (12), with sharp Pancreatitis of etiology bile who dies two months of the I finish of the period of study.

**WORDS KEY:**,Reoperation, relaparotomy.

## **INTRODUCCION**

Toda intervención quirúrgica representa un traumatismo para el paciente, sin embargo cuando esta bien indicada, se realiza de acuerdo a las normas técnicas que el caso requiere, en un enfermo en condiciones para tolerar la agresión en general conduce a la curación. Una nueva operación constituye un nuevo traumático, un desequilibrio de los mecanismos homeostáticos del paciente, por lo que aumentan las posibilidades de que se presenten complicaciones y la mortalidad es mayor.<sup>1</sup>

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 ocasiones errores en la planeación técnica operatoria, lo que de manera habitual se conoce como iatrogenia la cual se puede deber a múltiples causas: malas condiciones para la cirugía, accidentes transoperatorios, falta de

recursos, instrumental inadecuado, precipitación o impericia, entre otras <sup>2'3</sup>

Las reintervenciones se dividen en dos categorías.

**urgentes: inmediatas.-** se llevan a cabo dentro de las primeras 24 horas de postoperatorio, mediata .- durante el mismo lapso de hospitalización.

**tardías.-** cuando el paciente se egreso del hospital;. Se dividen en: previsibles.- están en relación con el enfermo y cirugía realizada e imprevisibles.- en pacientes en quienes se espera una evolución satisfactoria.<sup>4</sup>

Reintervenciones planeadas, durante una operación de urgencia y con menos frecuencia durante una cirugía electiva se realizan procedimientos transitorios o parciales, con el fin de disminuir el trauma quirúrgico, la morbilidad y la mortalidad, el cirujano planea resolver el problema del enfermo en dos o mas tiempos quirúrgicos

recursos, instrumental inadecuado, precipitación o impericia, entre otras <sup>2'3</sup>

Las reintervenciones se dividen en dos categorías.

**urgentes: inmediatas.-** se llevan a cabo dentro de las primeras 24 horas de postoperatorio, mediata .- durante el mismo lapso de hospitalización.

**tardías.-** cuando el paciente se egreso del hospital;. Se dividen en: previsibles.- están en relación con el enfermo y cirugía realizada e imprevisibles.- en pacientes en quienes se espera una evolución satisfactoria.<sup>4</sup>

Reintervenciones planeadas, durante una operación de urgencia y con menos frecuencia durante una cirugía electiva se realizan procedimientos transitorios o parciales, con el fin de disminuir el trauma quirúrgico, la morbilidad y la mortalidad, el cirujano planea resolver el problema del enfermo en dos o mas tiempos quirúrgicos

para prevenir la aparición de complicaciones, con lo que le ofrece al enfermo mayor seguridad y mas posibilidades de recuperar la salud.<sup>5,7</sup>

El numero de reintervenciones quirúrgicas ha aumentado en todos los hospitales y se debe al progreso de la medicina, al avance de las medidas de sostén, unidades de terapia intensiva y métodos de nutrición artificial. Actualmente sobreviven muchos enfermos con complicaciones graves que antes fallecían en poco tiempo, estos pacientes con periodos prolongados de hospitalización se interviene quirúrgicamente en repetidas ocasiones.<sup>8,9</sup>

Las reintervenciones por cirugía abdominal ocurren ente el 3 al 25% de acuerdo con la casuística de dos grupos. La academia francesa de cirugía y la universidad de Vancouver.<sup>10</sup>

La mortalidad en el pasado era en promedio de 30% los avances técnicos y los recursos terapéuticos con los que se cuenta hoy en día, permiten que al enfermo se reintervenga en varias ocasiones con una mortalidad que varia entre 30 y 66% en relación directa con el numero de reintervenciones, hasta llegar a ser mínimo el porcentaje de supervivencia después del cuatro reintervenciones sucesivas.<sup>10,5</sup>

En México no se cuenta con información fidedigna en relación con la necesidad de reintervenciones quirúrgicas, causas de las mismas, morbilidad, estadísticas de supervivencia y mortalidad.

Los factores que condicionan la aparición de complicaciones son: edad mayor de 60 años (con mayor importancia la edad clínica que la cronológica), el grado de deterioro físico dado por la alimentación, hábitos (tabaquismo y alcoholismo) y enfermedades previas. El estado nutricional, las enfermedades coexistentes agudas y crónicas, la presencia de sepsis peritoneal, la administración de corticoides e inmunosupresores favorece la infección y retrasa la cicatrización, la insuficiencia cardíaca con retención de líquido edema y mala perfusión tisular, junto con la insuficiencia respiratoria crónica, escleroenfisema e infección del árbol respiratorio interfieren con una adecuada oxigenación y nutrición tisular, además el esfuerzo que se produce con la tos quizá repercuta en la cicatrización de la pared abdominal.<sup>3,6</sup>

### **Reintervenciones urgentes**

La indicación para nueva intervención quirúrgica urgente en el postoperatorio inmediato obedece a siguientes causas: **hemorragia,**



**evisceración, oclusión y sepsis**, en las 2 a 3 primeras después de la operación la indicación esta dada por hemorragia, durante la primera semana se agregan evisceración, obstrucción intestinal y sepsis, la que es mas frecuente en la segunda y tercer semana, sea como peritonitis generalizada o abscesos residuales .

### **Hemorragia**

Se presenta después de una cirugía extensa, difícil, con perdida abundante de sangre y transfusión masiva, en la que hubo una disección amplia y dejo grandes superficies cruentas, con dificultades técnicas para la hemostasia. La existencia de hapatopatía crónica o un padecimiento hematológico son antecedentes de mucha importancia. En pacientes con las características anteriores, si persiste o se acentúa el estado de choque, con hipotensión, baja de la pvc, taquicardia, palidez, mala perfusión tisular con llenado capilar lento, se debe pensar en una hemorragia activa, razón de mas si existe salida abundante de sangre por las canalizaciones y se observa distensión abdominal con matidez en los flancos y zonas declives. El descenso de la hemoglobina y el hematocrito no son datos fidedignos en el

postoperatorio inmediato, por la transfusión de soluciones electrolíticas, sangre y sus derivados en el transoperatorio, así como por la redistribución de líquidos en el postoperatorio inmediato. En ocasiones es necesario hacer hemostasia transitoria con compresión digital o taponamiento con compresas, mientras se transfunde con rapidez sangre, soluciones electrolíticas y coloides para mejorar las condiciones hemodinámicas y con la cavidad abdominal limpia se proceda a realizar hemostasia cuidadosa completa. En ocasiones durante la relaparatomía el sangrado activo cesa y no es posible localizar el origen de la hemorragia, en este caso es conveniente dejar canalizaciones rígidas en sitios cercanos al posible origen. El sangrado profuso en áreas de despegamiento amplio "sangrado en capa" es de difícil control, especialmente para paciente politransfundidos y con alteraciones de la coagulación, una alternativa es dejar un taponamiento con compresas, las que se pueden dejar perdidas o sacar un extremo por una contra abertura; para extraerlas 48 horas después en quirófano y bajo anestesia general, de volverse a presentar sangrado en ese momento se procede a una nueva laparotomía.<sup>9</sup>

## **Evisceración**

La apertura de la herida quirúrgica en todos sus planos con salida del contenido abdominal, se presenta en enfermos desnutridos, con sepsis, que cursan con distensión abdominal y vómitos, con problemas respiratorios y tos persistente. Puede haber dehiscencia de los planos profundos y observarse las asas intestinales subcutáneas, en este caso existe un exudado rojo oscuro por la herida, que debe hacer sospechar la evisceración.

## **Oclusión**

La falta de tránsito intestinal en el postoperatorio inmediato es secundaria a íleo paralítico, por la manipulación del intestino, sepsis o ambas.<sup>10,11</sup> El manejo consiste en colocación de sonda nasogástrica, corrección de las alteraciones metabólicas, principalmente hipopotasemia y la sepsis abdominal. Sin embargo cuando a pesar de la administración de antimicrobianos, esta progresa y se perpetúa el íleo, esta indicada una nueva intervención quirúrgica.<sup>10,11</sup> En algunos enfermos es difícil hacer el diagnóstico diferencial entre íleo paralítico postoperatorio y oclusión intestinal mecánica, en cuyo caso además de

posibles complicaciones de las reintervenciones quirúrgicas en los diferentes órganos que tienen el quehacer del cirujano general del hospital de especialidades del centro medico la raza

## **Esófago**

Este órgano tiene paredes delgadas, deficiente circulación e irrigación, por lo que su sutura y anastomosis tiene mas posibilidades de fistulizarse, por su localización profunda en el mediastino es difícil el abordaje y la fuga de su contenido da lugar a mediastinitis, complicación grave con elevada morbilidad y mortalidad. Las complicaciones postoracotomía son atelectasias e insuficiencia respiratoria,, neumonía, fibrilación auricular, infecciones de la herida y dolor posquirúrgico persistente,

La dehiscencia de la anastomosis cervical suele tratarse con apertura de la incisión y drenaje, la dehiscencia de la anastomosis torácica se asocia con una mortalidad alta, las de pequeño tamaño pueden tratarse con drenaje adecuado, pero las de gran tamaño requieren de exploración quirúrgica. Las estenosis suelen ser el resultado de una dehiscencia de sutura cicatrizada tras isquemia o cáncer recurrente, la

la distensión abdominal, vómitos y falta de expulsión de gases y heces por el recto, existe peristaltismo de lucha con tono metálico que coincide con la exacerbación del dolor cólico. La causa de la oclusión mecánica puede ser vólvulo, torsión alrededor de una brida o hernia interna a través de un orificio del mesenterio o un puente formado por adherencia del epiplón, la evisceración también puede ser la causa de la oclusión en estos casos la radiografía simple del abdomen ayuda al diagnóstico.

## **Sepsis**

Un problema serio es la decisión terapéutica en casos de sepsis abdominal temprana, mas aun cuando la primera intervención fue por infección de algún órgano intraabdominal o peritonitis, se debe valorar si el tratamiento inicial con la extirpación del o los órganos infectados , drenajes de las colecciones purulentas localizadas o lavado de la cavidad peritoneal es suficiente, por lo que es factible continuar con el tratamiento conservador o la infección progreso y es necesaria una nueva intervención para drenar los abscesos residuales o hacer limpieza de toda la cavidad peritoneal.<sup>10,11</sup> otras causas de sepsis son

las dehiscencia de suturas o anastomosis intestinales, la perforación y fístulas por isquemia o presión por un cuerpo extraño, como puede ser una sonda rígida colocada sobre una asa intestinal. En estos casos es necesario valorar: si la fístula temprana del tracto digestivo drena libremente a la cavidad abdominal y la contamina, es necesaria la reintervención urgente con limpieza de la cavidad peritoneal, identificación de la fístula y de acuerdo con los hallazgos, resección del segmento afectado, drenaje y disfuncionalización transitoria del tracto digestivo. Si la fístula es tardía sin datos de peritonitis ni sepsis y con el tránsito intestinal normal se debe continuar con una conducta conservadora.

### **Reintervenciones planeadas**

Es un problema tan extenso, en el cual se tienen dos orientaciones 1) como un procedimiento transitorio realizado durante la primer cirugía para prevenir posteriores complicaciones y 2) reintervenciones planeadas para tratar complicaciones o secuelas tardías de una operación urgente o electiva, realizada semanas, meses o años atrás.

A continuación se revisan las indicaciones, tácticas operatorias y

mayoría se dilatan con éxito.. Las complicaciones de los procedimientos antirreflujo derivan de fallos en el preoperatorio al no reconocerse alteraciones como retraso en el vaciamiento gástrico o peristaltismo esofágico débil o falso durante la intervención que provocan funduplicaturas demasiado apretadas o con excesiva tensión, la mayoría de estas complicaciones requieren revisión quirúrgica

### **Estomago y duodeno**

En la cirugía gastroduodenal la reintervención planeada es poco frecuente. En enfermos en muy malas condiciones con ulcera péptica complicada por hemorragia, perforación o estenosis solo se realiza un procedimiento de urgencia para tratar la complicación y salvar la vida de los pacientes, aun sabiendo que un buen numero de ellos necesitara otra intervención quirúrgica para tratar la patología de base <sup>12</sup>. Las operaciones gástricas ocasionan síntomas en aproximadamente un 20% la mayoría se trata sin reintervención y generalmente los síntomas mejoran con el paso del tiempo. El diagnostico depende estrechamente de la extensión de la resección gástrica, el tipo de reconstrucción, los síntomas clínicos, y de la existencia de obstrucción

mecánica o alteración funcional. La gastritis por reflujo alcalino ocurre en 5 a 15% de los pacientes después de cirugía gástrica y requiere tratamiento quirúrgico con mayor frecuencia que otros síndromes posgastrectomía.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **Intestino delgado**

Su patología es motivo de cirugía de urgencia por isquemia, perforación con la consiguiente peritonitis, oclusión intestinal o fístulas. La isquemia intestinal o trombosis es indicación para reseca intestino comprometido y muchas veces no es posible determinar con precisión los límites de la isquemia, en estos casos se haya hecho resección intestinal o sin ella, se justifica una segunda intervención quirúrgica 48 horas después, para determinar las condiciones del intestino y extirpar los segmentos no viables. En enfermos con oclusión intestinal simple, muchas veces basta la lisis de adherencias para que se restablezca el tránsito intestinal si existe compromiso vascular se lleva a cabo resección y anastomosis y en caso de haber contaminación peritoneal se realiza resección y estoma transitorio. En la oclusión intestinal recidivante con "abdomen congelado" por adherencias firmes en la fase aguda solo se hace un estoma y posteriormente se planea lisis de adherencias. Cuando existen fístulas intestinales solo se limpia la cavidad abdominal, se intuban las mas accesibles y de mayor calibre para tener fístulas controladas, después en un terreno no contaminado se resecan las fístulas y se restituye el tránsito con las anastomosis

que sean necesarias en caso de fracasar el tratamiento conservador. Con cada laparotomía se forman nuevas adherencias aumentando el área de adherencias; aproximadamente uno de cada 5 pacientes reoperados sufren de enterostomías inadvertidas y el riesgo se incrementa con la edad. <sup>15</sup>

obstrucción del intestino delgado se da de un 65 a 75% por adherencias postoperatorias, y de todos los casos de obstrucción intestinal de un 30 a 41% requerirán cirugía<sup>16</sup>

## **Colon y recto**

La cirugía de colon y recto tiene algunas peculiaridades dadas por su contenido fecal, con abundante flora bacteriana, por lo que sus complicaciones sépticas son muy graves <sup>13</sup>. Por otra parte tiene una parte móvil intraperitoneal y una extraperitoneal como son la porción terminal del recto, la cara posterior del colon ascendente y descendente, incluyendo los ángulos hepático y esplénico. En la cirugía de colon y recto son frecuentes las reintervenciones urgentes para resolver problemas agudos. Las reintervenciones planeadas resuelven problemas en varios tiempos quirúrgicos y se indican para disminuir

complicaciones. 19,44 la cirugía urgente de colon se realiza por oclusión, perforación, hemorragia, fístulas o perforaciones.<sup>1</sup>

En las reintervenciones tardías de un 15 a 20% son por procedimientos de ileostomías o colostomías, y las complicaciones crónicas de los estomas (hernia, prolapso y estenosis) requieren de una a seis operaciones. La necrosis del estoma ocurre en 1 al 10% de los estomas y en 1 al 5% de las ileostomías, un 6% de las colostomías y de un 3 a 7% de las ileostomías presentan retracción o umbilicación y todas requieren reintervención para corregirse. La estenosis de las colostomías e ileostomías se presenta en 2 a 10%, es mas frecuente en pacientes con enfermedad de crohn y nunca en colostomías del transverso .ocasionalmente los estomas se prolapsan produciendo encarcelación y estrangulamiento pero de 7 a 25% de las colostomías del transverso de prolapsan, dos a 3% de las colostomías terminales se prolapsan y se reporta de 0 a 3% en las ileostomías. La incidencia de hernias pericostomía es de 37% y periileostomía de 16% a largo plazo. Después del cierre de la colostomía se presenta infección de un rango del 1 al 25% y en el caso de las ileostomías de 0.5 al 6%. La dehiscencia o fístula con absceso intraabdominal se presente del 0 al

15% después del cierre de la colostomía, correspondiendo de 0 a 10% en las ileostomías, se presenta obstrucción por estenosis del sitio del cierre en las colostomías de 1 al 7% y no se presenta en caso de ileostomías, con hernia posterior al cierre en caso de colostomías del 1 al 15% y en caso de ileostomías es del 0%, la mortalidad relacionada al cierre de colostomía va del 0 al 3% y no hay reporten para mortalidad relacionada al cierre de ileostomías. <sup>17</sup>

Factores de riesgo para la infección en el sitio quirúrgico: escor de asalto, sexo masculino, procedimiento de hartmanns colectomía subtotal o total, creación de un estoma, presencia de drenajes y transfusión sanguínea. <sup>18</sup>

## **Vesícula y vías biliares**

La causa mas frecuente de reintervención urgente son el sangrado y el biliperitoneo, y de modo tardío la litiasis residual y la estenosis de vías biliares. las lesiones de los conductos biliares se presentan de 0 a 0.8%, se informa de colecciones subhepáticas de liquido hasta en un 25% de los pacientes después de colecistectomía abierta, se ha demostrado que contienen bilis de 30 a 45% de estas acumulaciones, la gran parte de estas acumulaciones carece de importancia clínica, pero la fuga importante de bilis da por resultado fístulas biliares prolongadas, biliomas, ascitis o peritonitis biliar, la lesión de los conductos biliares con formación de estrechases quizá la complicación mas grave después de colecistectomía .los factores de riesgo son: fibrosis del triangulo de Calot, colecistitis aguda, obesidad, hemorragia local, anatomía variante y grasa en el hilio hepático. En la colecistectomía laparoscópica se producen complicaciones alrededor del 5%, estas son de tipo mayor en 2% y en 1% requiere laparotomía para el tratamiento de un problema perioperatorio. <sup>19</sup>

## **Páncreas**



En la pancreatitis aguda grave las reintervenciones quirúrgicas son muy frecuentes, de hecho es excepcional que en aquellos enfermos en quienes se requiere tratamiento quirúrgico se resuelva el problema en una sola reintervención. La cirugía en la pancreatitis aguda grave, que corresponde a las variedades hemorrágica y necrótico hemorrágica ofrece muchas dificultades para el cirujano, ya que debe valorar el grado de lesión pancreática, diferenciar el tejido conservado con hemorragia focal que no debe extirparse, del tejido necrótico no viable que si debe extirparse, las reintervenciones planeadas se indican por la progresión del proceso necrótico, hemorragia y con mas frecuencia por las complicaciones sépticas que requieren secuestrectomía a demanda, lavado peritoneal y drenaje los cuales pueden ser necesarios en repetidas ocasiones. Y las complicaciones tardías pueden requerir cirugía como pseudoquistes sintomáticos , y absceso pancreático este ultimo requiere cirugía de urgencia.<sup>1</sup>

La necrosis pancreática es la mas devastadora complicaciones de la pancreatitis aguda la mortalidad actual es del 20% y la reportada en 1970 era del 50 al 70%, el 80% de las muertes se debe al desarrollo de complicación infecciosa y necrosis pancreática y peripancreática. La

decisión de desbridar se basa principalmente en la presencia de infección con el método de emory desbridando con cierre de la pared seguida de lavado con catéteres la tasa de mortalidad ha disminuido por debajo del 20%, la tasa de fístula entero cutánea, sangrado y demás complicaciones son bajas así mismo la necesidad de reoperaciones.<sup>20</sup>

El pseudoquiste de páncreas es una complicación de la pancreatitis que se presenta de un 16 al 50% de todos los casos de pancreatitis aguda y de un 20 al 40% en casos de pancreatitis crónica. Con una fase primaria de 6 semanas en la cual la mayoría presenta resolución espontánea, la maduración de la pared hace mas difícil la resolución espontánea y la persistencia del pseudoquiste se asocia a un 40% de complicación(absceso, fístula, ruptura espontánea, hemorragia masiva y muerte). El drenaje percutáneo se asocia a una alta falla comparada con la terapia quirúrgica con incremento de la morbilidad y mortalidad, se aconseja manejo conservador en pseudoquistes menores de 6 centímetros.<sup>21</sup>

## **Pared abdominal**

Las reintervenciones requieren nueva apertura de la cavidad abdominal, lo que puede hacerse a través de una incisión anterior que se amplía tanto cuanto sea necesario, o bien a través de una nueva incisión, la localización y orientación de las nuevas incisiones es muy importante para no comprometer la circulación de la pared abdominal, lo que puede dar lugar a complicaciones tempranas a dehiscencia y en fase tardía a hernia incisional. La infección de la pared es la más frecuente de las reintervenciones, va desde la simple infección del tejido celular subcutáneo a la fascitis necrosante, dando lugar a pérdida de la fascia y defectos de pared que requieren procedimientos auxiliares, incisiones, mallas de material sintético e injertos libres o pediculados durante la reintervención.

La proporción de recurrencia de las hernias inguinales es del 5%, las complicaciones quirúrgicas son hematomas, infección, lesión nerviosa,, lesión vascular, lesión del conducto deferente, orquitis isquémica y atrofia testicular.

Las hernias incisionales aparecen en 14% de los pacientes sometidos a cirugía abdominal.



## **Peritoneo**

La peritonitis denota una inflamación del peritoneo y la infección intrabdominal denota una peritonitis causada por bacterias, típicamente la peritonitis primaria es monocrobiana y causada por bacterias aerobias, la presencia de bacterias anaerobias o flora mixta sugiere una peritonitis secundaria, después de una perforación de colon, mas de 400 especies de bacterias invaden la cavidad peritoneal, la peritonitis depende de dos factores uno las defensas sistémicas y locales del paciente y el segundo del volumen, naturaleza y duración de la contaminación así como la presencia de coadyuvantes para la infección (sangre, bilis y bario), el manejo de la peritonitis primaria es esencialmente no quirúrgico con antibiótico, y el de la peritonitis secundaria es básicamente quirúrgico. Con una mortalidad que varia del 3.5 hasta 32% en casos de infección intraabdominal severa. Reduciendo la mortalidad de un 90 a 40% con la intervención quirúrgica siguiendo los principios de eliminar el foco de infección y segundo limpiar la cavidad abdominal, no se recomienda el uso de antibióticos durante la irrigación ya que las bacterias son expuestas poco tiempo al tratamiento y el uso de antisépticos producen efectos

tóxicos, el papel del lavado peritoneal en el postoperatorio aun es bastante discutible por que es imposible realizar un adecuado lavado de toda la cavidad peritoneal, el uso de drenajes solo se aconseja para drenar abscesos establecidos escape potencial de secreciones de un víscera y para establecer el control de una fístula. Cuando persisten los signos de infección o presenta falla orgánica esta indicada una reexploración, se puede presentar reintervenciones programadas dejando la cavidad abdominal abierta o cerrada con cierres (zipper) para evitar síndrome compartamental, en casos de necrosis pancreática, fístula intestinal y defectos de pared. <sup>22</sup>

La frecuencia de reintervenciones tempranas es de 1% en apendicetomías, 4.2 y 6.5% en cirugía gástrica o duodenal, 2.4 y 1.8% en cirugía de vesícula, de vías biliares y páncreas. De 4.5 y 2% en cirugía intestinal, y de 6.4 y 5.3% en intervenciones de colon y recto. Hablando de cirugía abdominal en general el porcentaje de reoperación varia de 2.5 al 5%.

La frecuencia de reintervenciones tardías es de 4% en cirugía de tipo billroth varia de 1 a 2.5% de vías biliares de un 4 a 6%. -

## RESULTADOS

Se realizaron aproximadamente 1959 cirugías por el servicio de cirugía general en el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2001 (Tabla No.1) , de los cuales 1118 correspondieron al sexo femenino y 841 al sexo masculino. La distribución del sexo masculino de 16 a 20 años 22 pacientes y femeninos 23 pacientes, masculinos de 21 a 30 años 97 pacientes, femeninos de 128, masculinos de 21 a 30 años 161 pacientes femenino 182, masculinos de 31 a 40 años 161 y femeninos de 182, masculinos de 41 a 50 años 140 pacientes y femeninos 233, masculinos de 51 a 60 años 156 pacientes y femeninos 192, masculinos de 61 a 70 años 124 pacientes y femeninos 175 pacientes , masculinos mayores de 70 años 141 pacientes y femeninos 185 pacientes.

El numero total de reintervenciones fue de 396, de éstas 222 correspondieron a las reintervenciones urgentes o tempranas que incluyen dentro de las primeras 24 horas o durante la hospitalización, y

174 reintervenciones tardías o programadas en las cuales el paciente es egresado del hospital para reoperarse posteriormente.

Se desglosó el tipo de cirugía especificando el tipo de procedimiento realizados en la intervención quirúrgica obteniéndose mayor número de procedimientos los cuales se clasificó dependiendo del órgano interesado.

De cirugía de cabeza y cuello (tabla 2) se realizaron 616 procedimientos 21 parotidectomías, 18 resecciones de glándulas submandibulares, 57 resecciones de quistes y tumores cervicales, 138 cirugías de tiroides (tiroidectomías o hemitiroidectomías), traqueostomías 84 con dos reintervenciones por sangrado, paratiroidectomías 26, toma de biopsias 257 y 15 exploraciones de cuello con dos reintervenciones por hemorragia con solo 4 reoperaciones en total.

cirugía de esófago (tabla 3) se realizaron 26 procedimientos 15 miotomías, 5 esofagostomas con una reintervención, 3 reparaciones de perforación y 3 resecciones de tumores con solo 1 reoperación en total.

cirugía de estomago (tabla 4)se realizaron 170 procedimientos con solo 4 reoperaciones , desglosadas en 58 gastrectomías con una reintervención, 11 piloroplastías, 15 vagotomías, 85 funduplicaturas con 3 reoperaciones por disfunción, 1 ascenso gástrico.

cirugía del intestino delgado (tabla 5)se realizaron 159 procedimientos con 18 reoperaciones desglosadas: 7 cirugías de duodeno (esfinterotomía transduodenal y duodenostomias), yeyunostomías 73 con 3 reintervenciones por disfunción y fuga, 23 procedimientos relacionados a ileostomías con 13 reoperaciones 10 de ellas para reconección y 3 por complicaciones del estoma, 54 resecciones intestinales con 2 reintervenciones por dehiscencia de anastomosis y dos cierres de perforaciones.

cirugía del intestino grueso (tabla 6) en total 109 con 14 reoperaciones: con 52 apendicectomías, 22 colectomías (hemicolectomia o colectomias subtotales), 28 cirugias relacionadas a colostomías (realización, remodelación o reconección) con 14 reintervenciones 10 por realización 3 por reconección y una por necrosis.

cirugía de hígado y vías biliares (tabla 7) con 384 procedimientos y 23 reoperaciones. de las cuales 194 fueron colecistectomías abiertas con 5 reintervenciones de ellas 4 por sangrado y una por bilioma, 115 colecistectomías laparoscópicas de ellas 5 se convirtieron en abiertas, 28 exploraciones de vías biliares con 9 reintervenciones por litiasis residual y fuga biliar, 26 derivaciones biliodigestivas con 9 reintervenciones por estenosis, y 21 hepatectomías o biopsias hepáticas.

cirugía de páncreas (tabla 8) 23 procedimientos de las cuales 4 para drenaje de abscesos, 11 drenajes de pseudoquistes y 8 pancreatectomías o toma de biopsias, aquellos pacientes con drenajes de abscesos no resueltos en la primer cirugía pasaron al apartado de lavado y drenaje de cavidad.

Cirugías relacionadas a catéteres de Tenckhoff (tabla 9) con 213 procedimientos y 127 reintervenciones con 133 colocaciones de catéteres de ellos 47 reintervenciones por disfunción, 80 cirugías para retiro correspondiendo todas a reintervención

Cirugía para colocación de accesos venosos centrales (tabla 10) 20 procedimientos y 2 reoperaciones las cuales fueron para retiro

Cirugías relacionadas a enfermedades hematológicas (tabla 11) 40 procedimientos y 4 reintervenciones con 29 esplenectomías y dos reintervenciones por sangrado y 11 laparotomías protocolizadas (esplenectomía, toma de biopsia hepática, toma de biopsia de epiplón) con 2 reintervenciones por sangrado.

Cirugías complejas que involucran varios órganos (tabla 12) 62 procedimientos con 5 reintervenciones procedimiento de Whipple 4, 9 procedimientos de Sugiura con 2 reintervenciones por evisceración y hemoperitoneo,, 1 ascenso gástrico, 12 interposiciones de colon con 3 reintervenciones por evisceración, fugas de la yeyunostomía y hemoperitoneo, 5 suprarrenalectomías y 31 toma de biopsias no localizadas en cuello.

Cirugías para por defectos de pared abdominal (tabla 13) 193 procedimientos con 61 reintervenciones 82 plastias de pared 57 reintervenciones por eventraciones postquirúrgicas tardías, 90 plastias inguinales con 3 reintervención por recidiva y 21 plastias umbilicales con una reintervención por recidiva.

Cirugías ginecológicas (tabla 14) 42 procedimientos con 11 reintervenciones con 20 hysterectomías 2 reintervenciones por sepsis y sangrado, 11 ooforectomías o resecciones en cuña y 11 drenajes de abscesos pélvicos por enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) con 9 reintervenciones.

Cirugías que incluyen la cavidad abdominal (tabla 15) con 358 procedimientos y 99 reintervenciones 16 empaquetamientos con 3 reintervenciones, 20 desempaquetamientos con 23 reintervenciones por 3 pacientes fuero empaquetados en otras unidades, 170 lavados y drenajes de cavidad de los cuales 70 fueron reintervenciones, 152 laparotomías exploradoras con 3 reintervenciones.

se presentaron 72 muertes de los pacientes de cirugía general en el periodo de estudio 36 correspondieron al sexo masculino y 36 al femenino ,de todos los fallecimientos 4 fueron en quirófano, 2 con diagnostico de trombosis mesentérica, uno con aneurisma roto de aorta abdominal y una paciente del servicio de neurología para la



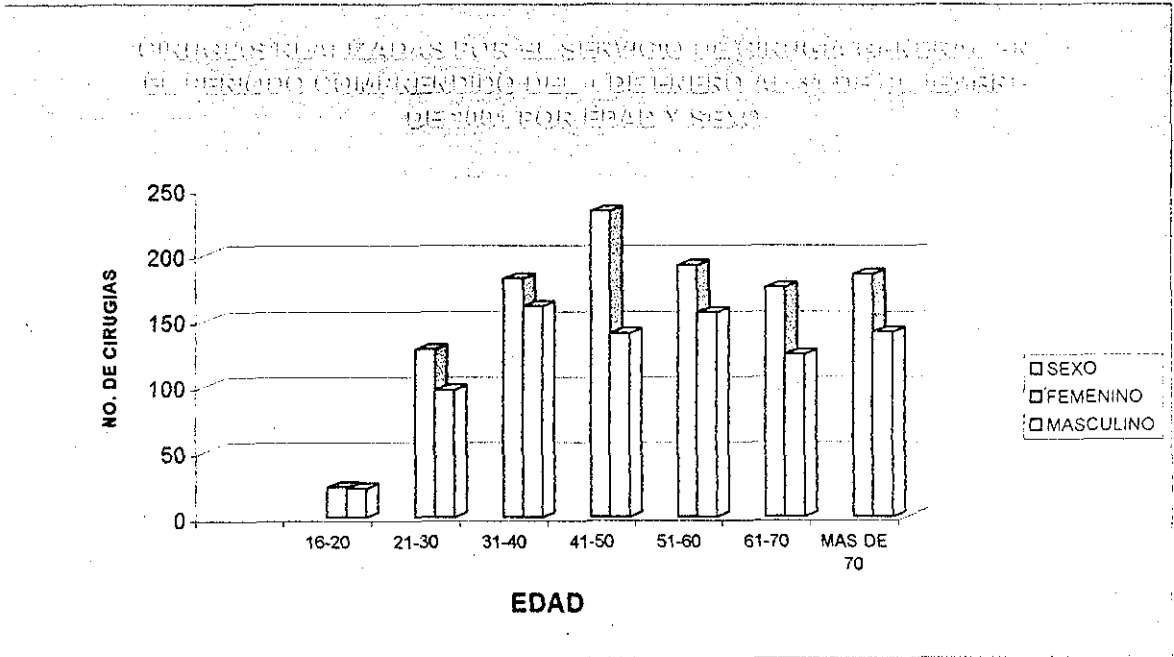
realización de traqueotomía, el resto de los pacientes fallecieron en piso.

**CIRUGIAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2001 POR EDAD Y SEXO**

TABLA No. 1

CIRUGIAS REALIZADAS POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001 POR EDAD Y SEXO								
EDAD SEXO	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	MAS DE 70	TOTAL
FEMENINO	23	128	182	233	192	175	185	1118
MASCULINO	22	97	161	140	156	124	141	841
TOTAL	45	225	343	373	348	299	326	1959

GRAFICO No.1



40

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

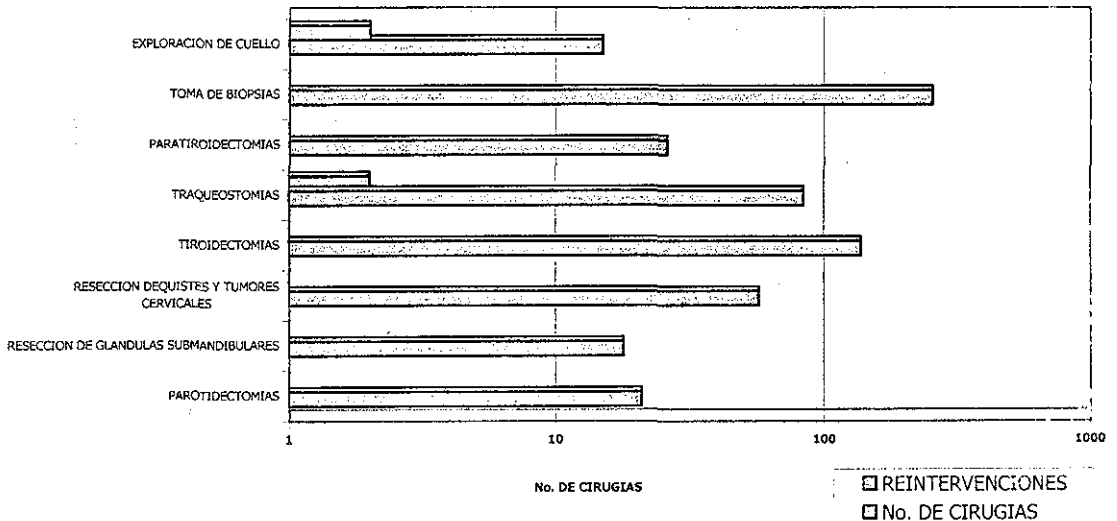
**CIRUGIAS DE CUELLO REALIZADAS POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DE EL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 2

CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
PAROTIDECTOMIAS	21	0
RESECCION DE GLANDULAS SUBMANDIBULARES	18	0
RESECCION DE QUISTES Y TUMORES CERVICALES	57	0
TIROIDECTOMIAS	138	0
TRAQUEOSTOMIAS	84	2
PARATIROIDECTOMIAS	26	0
TOMA DE BIOPSIAS	257	0
EXPLORACION DE CUELLO	15	2
<b>TOTAL</b>	<b>616</b>	<b>4</b>

GRAFICO No. 2

**CIRUGIAS DE CABEZA Y CUELLO REALIZADAS EN EL SERVICIO DE  
CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL  
31 DE DICIEMBRE DE 2001**



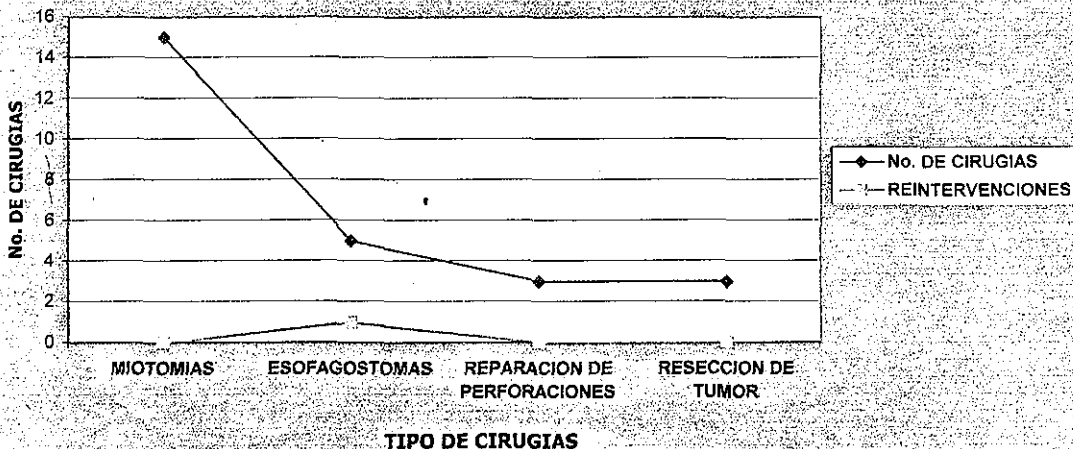
**CIRUGIAS DE ESOFAGO REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 3

CIRUGIA DE ESOFAGO		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
MIOTOMIAS	15	0
ESOFAGOSTOMAS	5	1
REPARACION DE PERFORACIONES	3	0
RESECCION DE TUMOR	3	0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>1</b>

CUADRO No. 3

**CIRUGIAS DE ESOFAGO REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL  
PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**



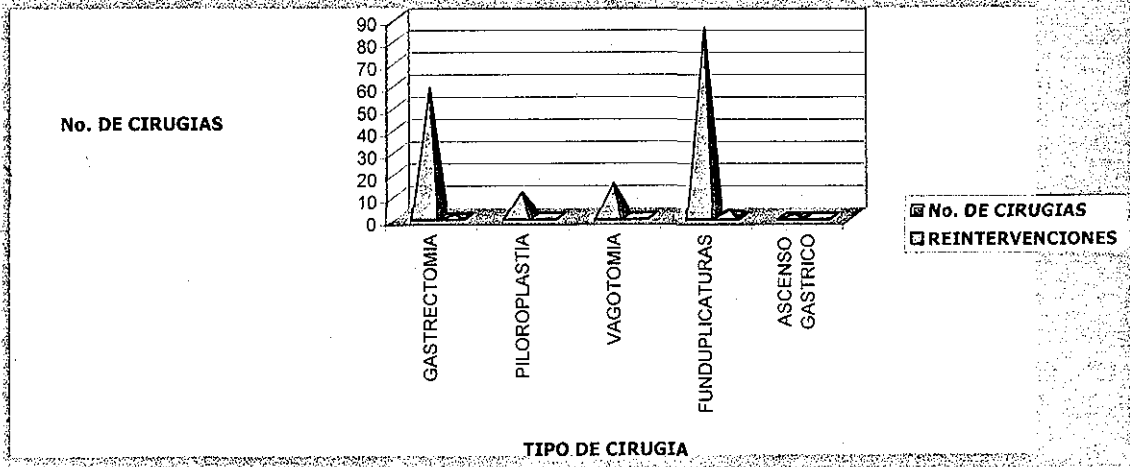
**CIRUGIAS DE ESTOMAGO REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 4

CIRUGIA DE ESTOMAGO		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
GASTRECTOMIA	58	1
PILOROPLASTIA	11	0
VAGOTOMIA	15	0
FUNDUPLICATURAS	85	3
ASCENSO GASTRICO	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>4</b>

GRAFICO No.4

**CIRUGIAS DE ESTOMAGO REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL  
PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**



43

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**CIRUGIAS DE INTESTINO DELGADO REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

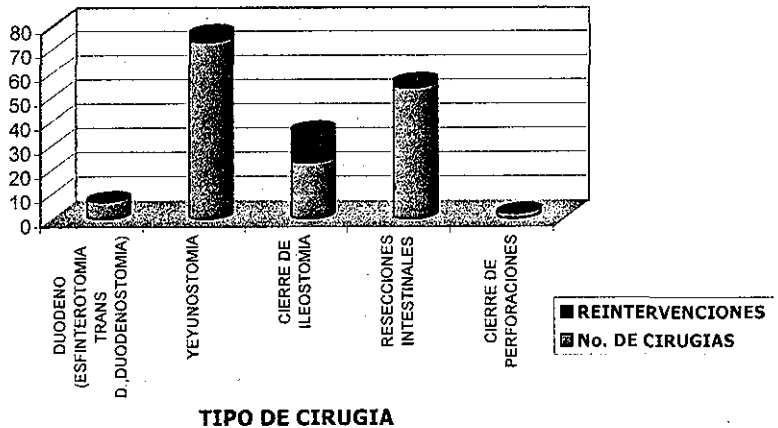
TABLA No. 5

CIRUGIA DE INTESTINO DELGADO		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
DUODENO (ESFINTEROTOMIA TRANS D., DUODENOSTOMIA)	7	0
YEYUNOSTOMIA	73	3
CIERRE DE ILEOSTOMIA	23	13
RESECCIONES INTESTINALES	54	2
CIERRE DE PERFORACIONES	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>159</b>	<b>18</b>

GRAFICO No. 5

**CIRUGIAS DE INTESTINO DELGADO REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

No. DE CIRUGIAS



**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

AA

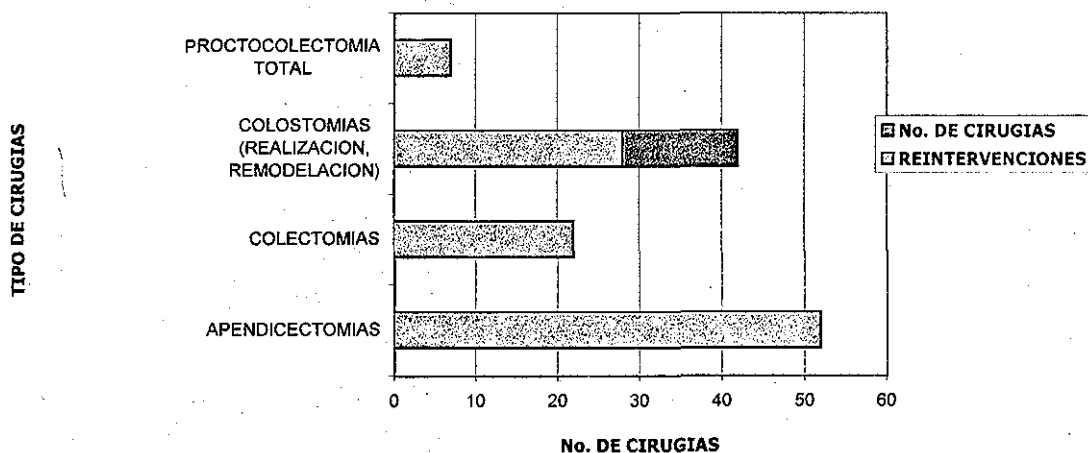
**CIRUGIAS DE INTESTINO GRUESO REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 6

CIRUGIAS DE INTESTINO GRUESO		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
APENDICECTOMIAS	52	0
COLECTOMIAS	22	0
COLOSTOMIAS (REALIZACION, REMODELACION)	28	14
PROCTOCOLECTOMIA TOTAL	7	0
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>14</b>

GRAFICO No. 6

**CIRUGIAS DE INTESTINO GRUESO REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**



**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

45

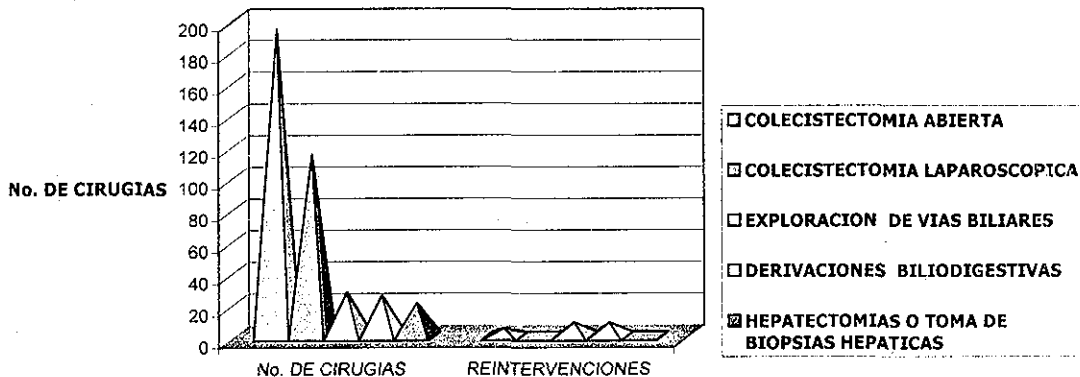
**CIRUGIAS DE HIGADO Y VIAS BILIARES REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 7

CIRUGIAS DE HIGADO Y VIAS BILIARES		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
COLECISTECTOMIA ABIERTA	194	5
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	115	0
EXPLORACION DE VIAS BILIARES	28	9
DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS	26	9
HEPATECTOMIAS O TOMA DE BIOPSIAS HEPATICAS	21	0
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>23</b>

GRAFICO No. 7

**CIRUGIAS DE HIGADO Y VIAS BILIARES REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**



COMPARACION DE No. DE CIRUGIAS Y No. DE REINTERVENCIONES

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



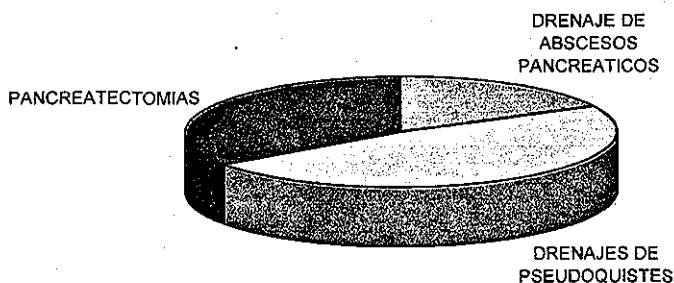
**CIRUGIAS DE PANCREAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 8

<b>CIRUGIAS DE PANCREAS</b>	
<b>TIPO DE CIRUGIA</b>	<b>No. DE CIRUGIAS</b>
DRENAJE DE ABSCESOS PANCREATICOS	4
DRENAJES DE PSEUDOQUISTES	11
PANCREATECTOMIAS	8
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>

GRAFICO No. 8

**CIRUGIAS DE PANCREAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA  
GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE  
DICIEMBRE DE 2001**



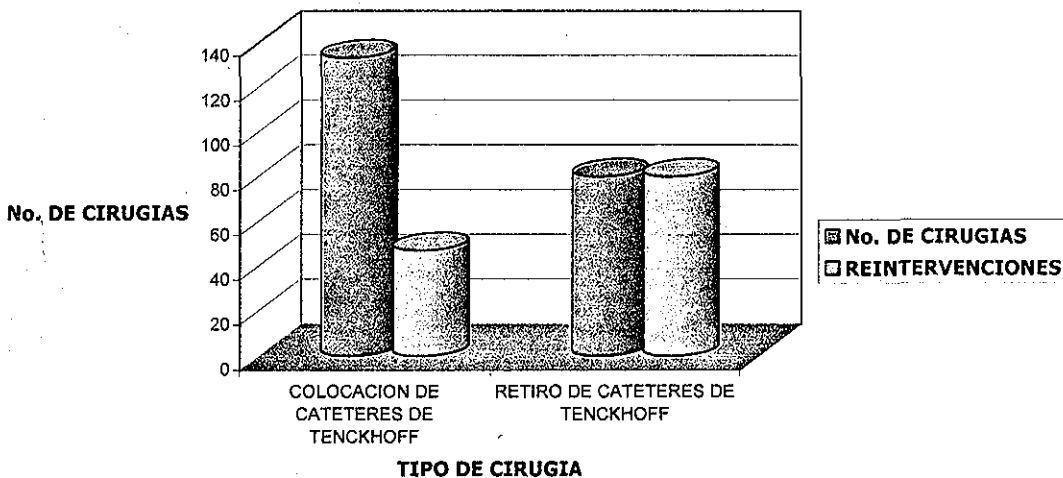
**CIRUGIAS RELACIONADAS CON CATETERES TENCKHOFF EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 9

CIRUGIAS RELACIONADAS CON CATETERES DE TENCKHOFF		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
COLOCACION DE CATETERES DE TENCKHOFF	133	47
RETIRO DE CATETERES DE TENCKHOFF	80	80
<b>TOTAL</b>	<b>213</b>	<b>127</b>

GRAFICO No. 9

**CIRUGIAS RELACIONADAS CON CATETERES TENCKHOFF**



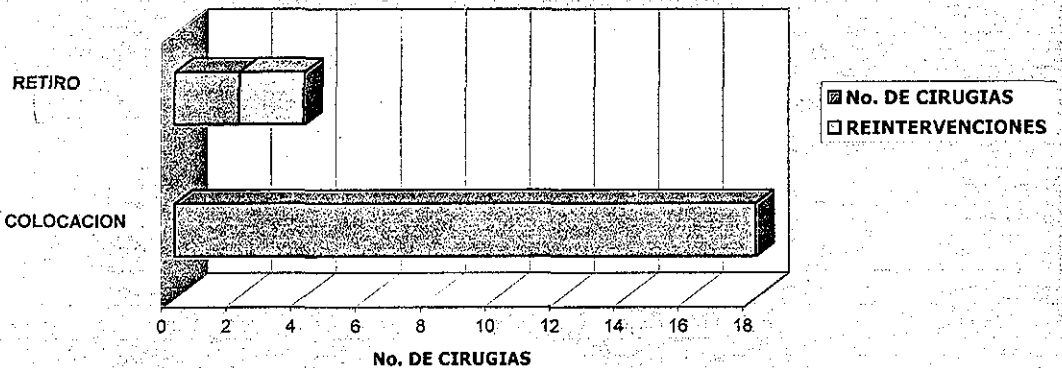
**ACCESOS VENOSOS CENTRALES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 10

ACCESOS VENOSOS CENTRALES		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
COLOCACION	18	0
RETIRO	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>2</b>

GRAFICO No. 10

**ACCESOS VENOSOS CENTRALES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO  
COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**



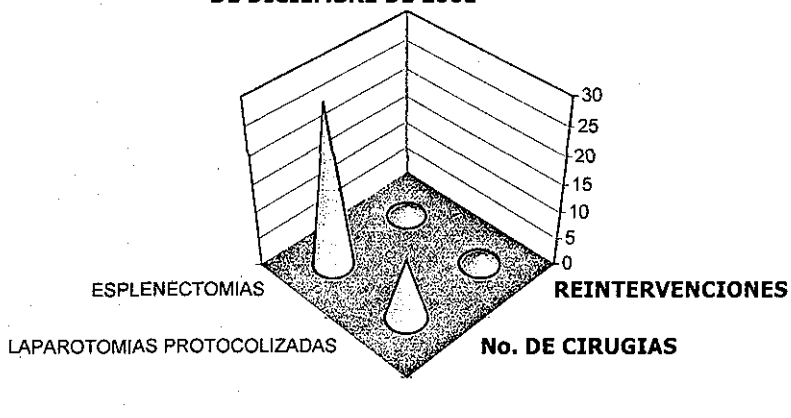
**CIRUGIAS RELACIONADAS A ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO CROMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 11

CIRUGIAS RELACIONADAS A ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
ESPLENECTOMIAS	29	2
LAPAROTOMIAS PROTOCOLIZADAS	11	2
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>4</b>

GRAFICO No. 11

**CIRUGIAS RELACIONADAS A ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**



50

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**CIRUGIAS QUE INCLUYEN VARIOS ORGANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

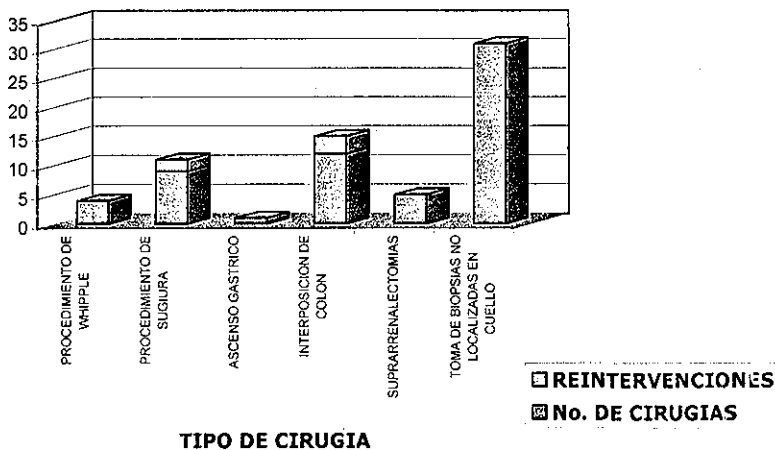
TABLA No. 12

CIRUGIAS QUE INCLUYEN VARIOS ORGANOS		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
PROCEDIMIENTO DE WHIPPLE	4	0
PROCEDIMIENTO DE SUGIURA	9	2
ASCENSO GASTRICO	1	0
INTERPOSICION DE COLON	12	3
SUPRARRENALECTOMIAS	5	0
TOMA DE BIOPSIAS NO LOCALIZADAS EN CUELLO	31	0
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>5</b>

GRAFICO No. 12

**CIRUGIAS QUE INCLUYEN VARIOS ORGANOS EN EL SERVICIOS DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

No. DE CIRUGIAS



51

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

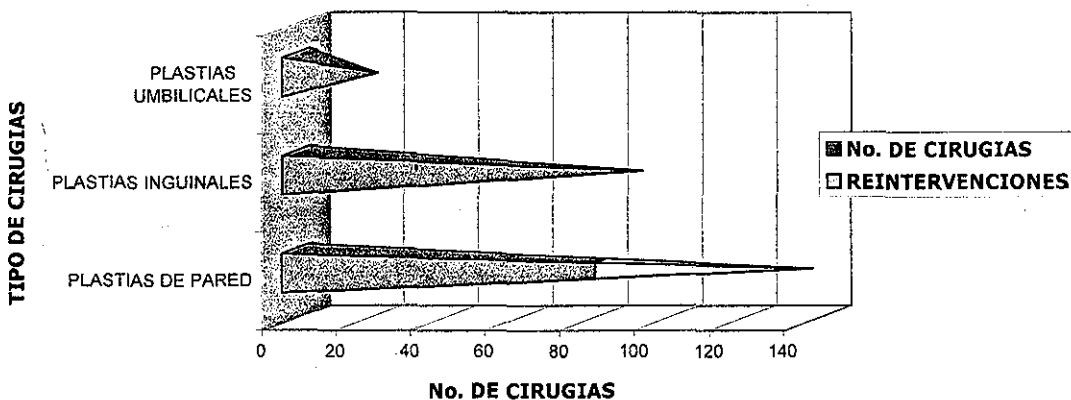
**CIRUGIAS POR DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 13

CIRUGIAS POR DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
PLASTIAS DE PARED	82	57
PLASTIAS INGUINALES	90	3
PLASTIAS UMBILICALES	21	1
<b>TOTAL</b>	<b>193</b>	<b>61</b>

GRAFICO No. 13

**CIRUGIAS POR DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

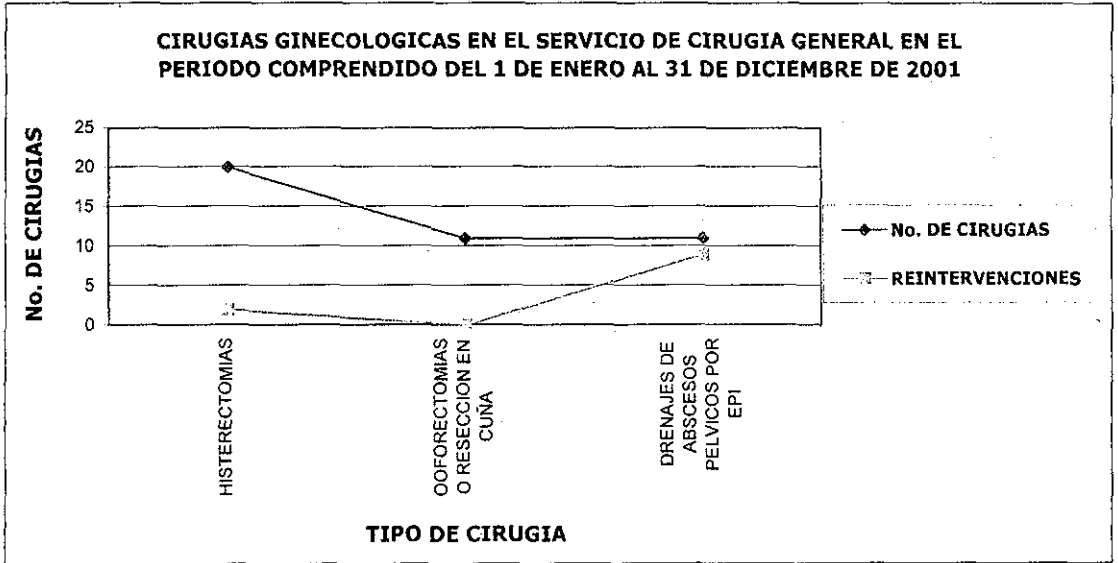


**CIRUGIAS GINECOLOGICAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 14

CIRUGIAS GINECOLOGICAS		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
HISTERECTOMIAS	20	2
OOFORECTOMIAS O RESECCION EN CUÑA	11	0
DRENAJES DE ABSCESOS PELVICOS POR EPI	11	9
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>11</b>

GRAFICO No. 14



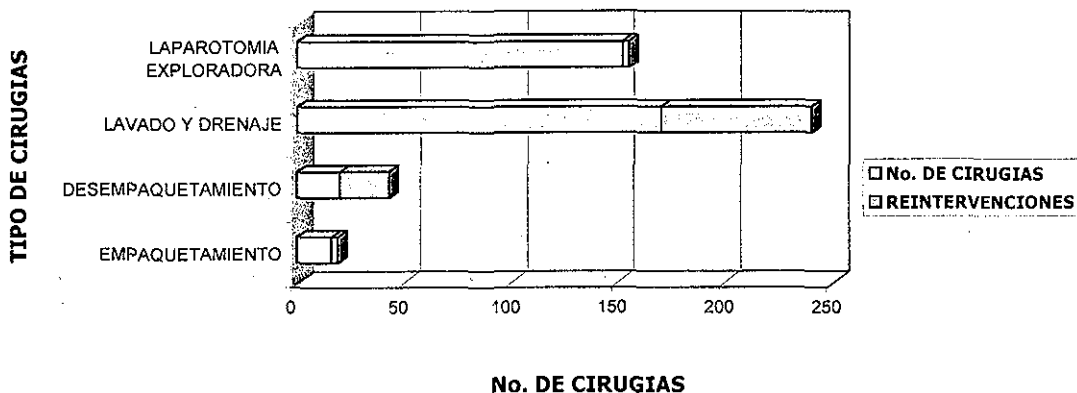
**CIRUGIAS QUE INCLUYEN TODA LA CAVIDAD ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL  
EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2001**

TABLA No. 15

CIRUGIAS QUE INCLUYEN TODA LA CAVIDAD ABDOMINAL		
TIPO DE CIRUGIA	No. DE CIRUGIAS	REINTERVENCIONES
EMPAQUETAMIENTO	16	3
DESEMPAQUETAMIENTO	20	23
LAVADO Y DRENAJE	170	70
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	152	3
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>99</b>

GRAFICO No. 15

**CIRUGIAS QUE INCLUYEN TODA LA CAVIDAD ABDOMINAL EN EL SERVICIO  
DE CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO AL  
31 DE DICIEMBRE DE 2001**



54

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## DISCUSION

La primer causa de reintervención urgente o temprana fue por infección (sepsis abdominal, abscesos, infección de heridas ,etc.); no se tiene uso uniforme en el uso de sistemas de irrigación continua, ni tampoco con los dispositivos adecuados.

la segunda causa de reintervención temprana fue la evisceración que se presento en pacientes con antecedente de desnutrición por su patología (oncológica u obstrucción del tracto digestivo) para lo cual se cuenta con el apoyo de la nutrición parenteral perioperatoria en los casos de cirugías programadas, el uso de material protésico para defectos de pared.

la primer causa de reintervención tardía es por la disfunción de los catéteres de Tenckhoff en la que se incluye infecciones, catéteres migrados y obstrucción del catéter, actualmente no se cuenta con una técnica uniforme y es uno de los procedimientos que realiza principalmente el residente durante las guardias, la calidad de los catéter es variable.

la segunda causa de reintervención tardía es por eventración posquirúrgica tardía, para lo cual contamos con el apoyo del material protésico, pero por ser un centro de referencia hay pacientes con múltiples cirugías abdominales y malos hábitos higiénico dietéticos, con obesidad, enfermedades pulmonares, desnutrición.

con el aumento de la esperanza de vida aumentan el numero de padecimientos que requiere intervención quirúrgica y también las enfermedades sistémicas que alteran los mecanismos para mantener el equilibrio de salud.

De todos las cirugías se encontró que el 20% era una reintervención ya sea temprana o tardía, de los pacientes referidos de otras unidades la mayoría contaba con al menos una cirugía y en

algunos casos era imprescindible una laparotomía ya que los hallazgos comentados en las hojas de referencia son insuficientes.

El numero de reintervenciones por paciente es muy variable desde una sola reintervención hasta 12 este ultimo con diagnostico de pancreatitis aguda grave quien finalmente falleció dos meses después del termino del periodo de estudio. Dentro de los pacientes que requieren mayor numero de reintervenciones son los pacientes con insuficiencia renal crónica bajo diálisis peritoneal con catéter de Tenckhoff, los pacientes con sepsis abdominal para realización de lavado y drenaje de cavidad, los pacientes con fístulas enterocutáneas.

En cuanto a las muertes solo se incluyen aquellas que se presentaron en el año de estudio, quedando incluidos pacientes quienes se intervino fuera del tiempo de estudio, y asi mismo pacientes intervenidos en el período de estudio algunos fallecieron fuera del período.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES

El tipo de cirugía que se realiza en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza incluye procedimientos que se realizan en hospitales de segundo nivel así como de tercer nivel, se reciben pacientes de hospitales de segundo nivel y pacientes referidos de hospitales privados por ser derechohabientes con mutipatologías y en algunos casos con reintervenciones, dejando una tarea difícil al nuevo equipo de cirujanos quienes frecuentemente no se cuenta con toda la infraestructura necesaria para otorgar el mejor servicio, optando por la mejor cirugía para el paciente aunque se tenga que realizar nueva intervención de forma planeada.

En este hospital se cuenta con personal con amplia experiencia en el manejo del paciente reintervenido ya que aproximadamente el 20% de todos los pacientes del servicio, se

cuenta con el personal en adiestramiento para otorgar mejores atenciones y cuidados necesarios de los pacientes quienes en su mayoría presentan multipatologías

El numero de reintervenciones desgasta los recursos económicos así como los mecanismos de defensa del paciente, pero cuando está indicada y bien realizada la mejor opción para mantener el equilibrio de salud enfermedad del paciente quirúrgico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gutiérrez S C, Arrubarrena AVM: Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. Ed. Manual Moderno, México 1996: 853.
2. Taylor WT, Cameron HR: Reoperative gastrointestinal surgery, Ed. Little Brown Co. 1973.
3. White TT, Harrison RC: Reoperative abdominal surgery. Ed. Little Brown Co. New York. 1973.
4. Adar R, Bus A, Walden R: Iatrogenic complications in surgery. Ann Surg. 1982; 196:725.
5. Poileay LH, Plumerault J: Le's problèmes des reinterventions en chirurgie abdominales. Mem. Acad. Chir. 1964; 90:580.
6. Terq H, Aberg C: Repalaratomy. Acta Chir. Scand. 1964; 141: 637.
7. Murria JJ: Non elective colon resection, alternative to multistage resections, Sur. Clion N am. 1991; 1187.

8. Soteriou CM, Williams FL Jr: Unexpected findings in gastrointestinal tract surgery. Surg Clin. N Am. 1991; 71:1283.
9. Fry ED, Clevenger WF: reoperations for intraabdominal abscess. Surg. Clin. N Am. 1991; 71:159.
10. Hinsdale J, Jaffe MB: Reoperations for intraabdominal sepsis. 1989; 199:31.
11. Muller JL: Consequences of malnutrition in the surgical patient, Surg Clin. N Am. 1981;61:465.
12. Washer GF, Gear MWL, Dowling BL et al: Randomized prospective trial of Roux Y duodenal diversion versus funduplication for severe reflux esophagitis Br J. Surg. 1984; 71:181.
13. Gutiérrez SC, Cervantes HC, Ayala AE, Arrubarrena AV, Garcia CJ, Zarate AA: Acalasia del esófago, Cardiomiopatía y funduplastia, tratamiento de elección. Rev Gastrent. Mex. 1983; 48:65.
14. Montes FNR. La reintervención quirúrgica en el Hospital de Especialidades del Centro Medico la Raza; tesis de postgrado, Mex, 1986.

15. Van der Krabben, AA; Dijkstra, FR; Nieuwenhuijzen, M, Morbidity and mortality of inadvertent enterotomy during adhesiotomy: Br J Surg 2000; 87 (4): 467-471.
16. Parker MI Postoperative adhesions: Ten year follow-up of 12,585 patients undergoing lower abdominal surgery; Dis Colon Rectum. 2001; 44 (6) june: 822-830.
17. Shellito,PC; Complications of abdominal Stoma Surgery; Dis Colon Rectum. 1998; 41 (12). 1562-1572.
18. Reiping T, Hong Hwa C, Yung LW, Chung RC; Risk Factors For Surgical Site Infection After Elective Resection of the Colon And rectum: A Single-Center Prospective Study of 2,809 Consecutive Patients. Ann. Surg August. 2000: 181-189.
19. Rossi RL Revision de las lesiones biliares; Surg. Clin N Am.1994.
20. Branum G, GallowayJ, Hirchowitz W. et. Al. Pancreatic Necrosis; Ann. Surg. June 1998 227 (6) :870-877.
21. Heider R, Meyer AA, Galanko JA, Behms KE; Percutaneous Drainage of Pancreatic Pseudocysts is Asociated With a Higher



Faikure Rate Than Surgical Treatment in Ynselected Patients.

Ann. Surg. Vol 229 (6): 781-789.

22. Deitmar WH. Moshe S Condon RE; Management of secondary Peritonitis; Ann. Surg 1996;, 224 (1) July : 10-18.