

112091  
18

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
*SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA***

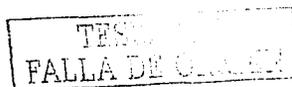
**CAUSAS DE REOPERACIONES DURANTE LAS  
PRIMERAS 72 HORAS POSTOPERATORIAS**

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO GENERAL  
P R E S E N T A :  
DR. LUIS FELIPE BOJALIL DURAN

**ASESOR DE TESIS:  
DR. FELIPE ROBLEDO OGAZÓN**



MEXICO, D.F.



2003.



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.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL SIGLO XXI  
DELEGACIÓN No 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR BERNARDO SEPÚLVEDA G  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLOXXI  
SERVICIO GASTROCIROUGIA  
DIVISION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA**

**CAUSAS DE REOPERACIONES DURANTE LAS PRIMERAS 72  
HORAS POSTOPERATORIAS.**

**Dr. Luis Felipe Bojalil Duran.**

**Asesor: Dr. Felipe Robledo Ogazon.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Dr. Roberto Blanco Benayides.**  
Jefe del Servicio de Gastrocirugia  
Hospital de Especialidades. CMN SXXI  
IMSS.

**Dr. Felipe Robledo Ogazon.**  
Cirujano Adscrito al Servicio de Gastrocirugia.  
Hospital de Especialidades. CMN SXXI.  
IMSS.

**Dr. Antonio Castellanos Olivares**  
Jefe de Enseñanza e Investigacion Medica.  
Hospital de Especialidades. CMN SXXI.  
IMSS.

15 JUN 1980

TESIS CON  
FALLA DE OMBEN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI  
DELEGACION 3 SURESTE DEL D.F.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"DR. BERNARDO SEPLAVEDA G." C.M.S. XXI  
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

11 DE OCTUBRE, 2002

REF. 37.B5.09.2153 02

ACTA DEL COMITE LOCAL DE INVESTIGACION

Despues de revisar y discutir el documento enviado por los autores, el protocolo:

175 02 " CAUSAS DE REOPERACIONES DURANTE LAS PRIMERAS 72 HORAS  
POSTOPERATORIAS "

Comentarios de los vocales:

Dictamen: APROBADO

ALTERNAMENTE  
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

DOCTOR  
HECTOR A. FLORES GAS  
DIRECTOR

NHWR

TESIS CON  
FALLA DE CALIFICACION

## DEDICATORIAS

A mi Papa Víctor Manuel Bojalil Jaber  
Porque con tu esfuerzo, dedicación y  
paciencia me enseñaste a superar los  
retos y amar mi profesión.  
Te recuerdo con mucho amor.

A mi Mama Margarita Duran de la Vega.  
Porque con tu cariño y amor incondicional  
continuo superando metas.

A Ingrid y Nicole.  
Son la inspiración que necesito a diario  
Gracias por todo su amor  
Las amo.

A mis Hermanos  
No existen palabras de agradecimiento  
Por todo su apoyo, ayuda y comprensión  
Con mucho amor.

A Guadalupe  
Gracias por estar siempre conmigo.

Al Dr. Felipe Robledo Ogazon  
Gracias por su amistad incondicional  
Gracias por ser mi maestro.

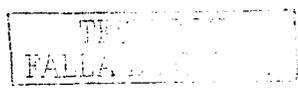
A mis amigos  
Toño, Adrián, Ary y Guillermo.

A mis suegros y cuñados por su  
Animo durante estos años.



**INDICE**

<b>Antecedentes</b>	<b>1</b>
<b>Planteamiento del Problema</b>	<b>16</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>16</b>
<b>Objetivo</b>	<b>17</b>
<b>Material, Pacientes y Métodos</b>	<b>17</b>
<b>Consideraciones Éticas</b>	<b>19</b>
<b>Recursos para el estudio</b>	<b>19</b>
<b>Cronograma de actividades</b>	<b>19</b>
<b>Resultados</b>	<b>20</b>
<b>Discusión</b>	<b>22</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>25</b>

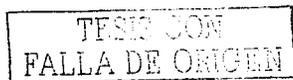


### **Antecedentes.**

Toda intervención quirúrgica representa un traumatismo para el paciente, sin embargo cuando un enfermo se encuentra en condiciones aceptables sin enfermedades concomitantes las intervenciones son bien toleradas y por lo general conducen a la curación. Una nueva operación o reoperación constituye un nuevo traumatismo y desequilibrio de los mecanismos homeostáticos del paciente, por lo que aumentan las posibilidades de que se presenten complicaciones y aumento de la mortalidad.(1)

Existen pocas publicaciones referentes al tema aunque sea un problema grave por lo que representa, el diagnóstico y la indicación quirúrgica para realizar una segunda o tercera laparotomía son decisiones que deben de tomar cirujanos expertos, sin dejar pasar horas ya que podría ser de consecuencias fatales y de realizarse sin una buena decisión podría ser un desastre. (1,2)

Se requiere de un conocimiento profundo de la historia de la enfermedad, de su fisiopatología y de sus probables complicaciones



Así como del juicio maduro para llevar cada caso en particular. En general las reintervenciones se relacionan con complicaciones, resultados de la progresión de la patología, condiciones generales y locales del paciente y en diversas ocasiones por mala técnica o errores en la técnica lo que se conoce como yatrogenia las cuales se presentan por múltiples causas tales como malas condiciones para la cirugía, accidentes transoperatorios, instrumental inadecuado, precipitaciones o impericia. (3)

Las reintervenciones se clasifican en 2 categorías.

1) Reintervenciones urgentes: Son aquellas que se llevan acabo de manera inmediata durante las primeras 24 a 72 hrs. Del postoperatorio, durante el mismo lapso de hospitalización. (2,3)

2) Reintervenciones planeadas: Son aquellos que durante una cirugía de urgencia y con menos frecuencia cirugías planeadas se realizan procedimientos parciales con el fin de disminuir el trauma quirúrgico sin embargo no se va a tratar este tema por no corresponder al objetivo principal de la tesis (1)



Actualmente el número de reintervenciones ha aumentado y no por realizar más yatrogenias sino que los avances en medicina tales como terapias intensivas, medidas de soporte y nutrición artificial han permitido que los pacientes graves tengan una mayor sobrevida que antes que fallecían tempranamente.

Las reintervenciones por cirugía abdominal ocurren en el 2.5 al 3% de acuerdo con los grupos de estudios más grandes que son la academia francesa de cirugía y la Universidad de Vancouver con una mortalidad entre el 30 al 66 % posterior a 4 reintervenciones sucesivas. (1,2) En México no se cuenta con información fidedigna de las causas más frecuentes de reoperaciones por esto esta tesis pretende saber la casuística de 3 hospitales del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) en la delegación tres Suroeste.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Reintervenciones Tempranas o Urgentes.**

Las reoperaciones o complicaciones aparecen inmediatamente en el 4% de la cirugía gastrointestinal. La frecuencia de una cirugía secundaria o no planeada no se conoce con exactitud a excepción de algunos pocos centros y solo parcialmente. La relación mortalidad y complicaciones va en relación con el cirujano. Algunos estudios de la Academia Francesa de Cirugía refieren reintervenciones en apendicectomías entre el 0.9% al 1 %, 4.2% al 6.5% en cirugía de estomago y duodeno del 2.4% en cirugía biliar, 1.8% en cirugía de páncreas y de 4.5 al 6% en cirugía de intestino delgado colon y recto.

(2)

Las complicaciones postoperatorias que requieren una segunda operación necesitan de un cirujano con experiencia, un equipo adecuado en el cual se tenga habilidad, conciencia moral y habilidades técnicas para situaciones difíciles y toma de buenas decisiones.



Se ha observado que un cirujano al que se le solicita su ayuda por problemas como sangrado, oclusión intestinal o peritonitis hace un juicio claro rápido y lleva acabo cirugías con éxito, sin embargo a este mismo cirujano que presentan estas complicaciones sus pacientes no siempre responde como con los pacientes que el no opero por 1era vez. (2)

Como ya se menciona con anterioridad el indice de reoperaciones es el 2.5% y si quitamos a las apendicectomías (como causas de reoperaciones) se incrementa al 5%.

#### **Causas que predisponen a Reoperaciones:**

Es indudable que existen muchos factores que en un momento dado condicionan la aparición de complicaciones y una o más reintervenciones quirúrgicas, entre ellas se nombran las siguientes:

- 1) Edad mayor de 60 años lo que reviste importancia es la edad clínica y no la cronológica, el deterioro físico, la alimentación y hábitos como alcoholismo y tabaquismo y enfermedades previas.

(1,2,3)



- 2) El estado nutricional del paciente el cual influye en la evolución postoperatoria, desde hace muchos años se conoce la relación desnutrición y complicaciones postoperatorias tales como mala cicatrización, mecanismos de defensas deficientes y propensión a infecciones. (1,2,3)
- 3) Las enfermedades concomitantes agudas o crónicas también interfieren en la cicatrización y los mecanismos de defensa, así pacientes Diabéticos, Cirróticos o con insuficiencia renal tienen mas probabilidades de presentar complicaciones, lo mismo para pacientes sépticos o con neoplasias, los pacientes con insuficiencia cardíaca con retención de líquidos, edema y mala perfusión tisular junto con insuficiencia respiratoria predisponen a mala perfusión tisular y por efectos de la tos presenten dehiscencia de la cicatriz abdominal. (1,2,3)

TESIS DE  
FALLA DE CÍRULOS

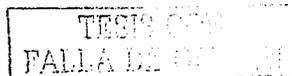
- 4) La evaluación preoperatoria de la Coagulación es imprescindible y primordial por lo que se deberá de solicitar tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, y cuenta de plaquetas. (1,2,3)

#### **Indicaciones para Reintervenciones Urgentes.**

Las indicaciones para una nueva reintervención quirúrgica urgente en el postoperatorio inmediato obedecen a las siguientes causas: Hemorragia, Evisceración, Oclusión y Sepsis; en la 2da a 3era hora después de la intervención la indicación esta dada por persistencia de hemorragia, durante el 1er al 10mo y 15vo día continua siendo hemorragia a la 2da a 3er semana oclusión o sepsis.

#### **Reglas para llevar acabo una Cirugía o una Reoperación.**

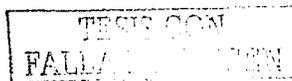
- 1) Estudios preoperatorios completos con corrección de déficit de coagulación, problemas respiratorios, de insuficiencia renal o relacionados con hipertensión.
- 2) Buena anestesia y cuidados postoperatorios.



- 3) Realizar una incisión suficiente para una adecuada exposición.
- 4) Realizar una laparotomía completa.
- 5) Realizar una técnica meticulosa y cuidado especial al ligar vasos sanguíneos.
- 6) Revisar la cavidad abdominal y campo Qx al terminar de la cirugía.
- 7) Drenajes apropiados si se necesitan.
- 8) Solicitar ayuda en cuanto este al limite tu capacidad. (3)

### **Hemorragia Postoperatoria.**

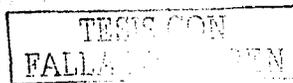
Se presenta después de una cirugía extensa, difícil, con pérdidas abundantes de sangre y transfusiones masivas en la que se realizo una disección amplia con grandes superficies cruentas y con dificultades técnicas para la hemostasia o se presentan por mala técnica en la ligadura de vasos.



Los efectos mecánicos de la hemorragia aguda intraabdominal pueden compensar parcialmente los de la hipovolemia aguda, la acumulación excesiva de sangre en la cavidad produce una presión sobre el diafragma desplazándolo hacia la cavidad torácica lo que ocasiona una disfunción respiratoria por colapso de los segmentos basales pulmonares lo que resulta en una falta de oxigenación arterial por lo que si en este momento se inicia la respiración controlada el problema se hace más complejo debido a la formación de shunts por lo que no se puede obtener una ventilación adecuada.

La presencia de sangre en cavidad con lleva también a irritación peritoneal que causa rigidez muscular lo que aumenta el efecto de tapón, hecho que debe tomarse en cuenta en cuanto el anestesiólogo utilice relajantes musculares, de no ser así, por pérdida súbita de tono muscular se puede incrementar la hemorragia y causar un inesperado deterioro cardiovascular. (3)

Una vez abierto el abdomen se libera la compresión sobre las venas esplácnicas y sobre la vena cava inferior por lo que la capacitancia venosa aumenta repentinamente y causa una hipotensión profunda,



además se libera la presión sobre la aorta lo que aumenta la distensibilidad del vaso provocando que disminuya la presión sistólica.

También hay que estar alerta debido a que estos pacientes también presentan cambios metabólicos como desequilibrio ácido base produciendo acidosis metabólica así como también hipotermia secundario a la pérdida sanguínea y a que se reponen las pérdidas sin soluciones calientes(2)

La existencia de hepatopatía crónica con disminución de factores de coagulación o alteraciones hematológicas con mala calidad de plaquetas son antecedentes de mucha importancia.

Los signos de sangrado agudo intraperitoneal son fácilmente reconocidos durante la convalecencia y como regla que allí presentado un sangrado abundante durante la primera cirugía. Si el paciente se encuentra con PVC bajas, taquicárdico, oligúrico, con palidez, extremidades frías, insuficiencia respiratoria y ansioso, estamos obligados a descartar como posibilidades Diagnósticas Tromboembolia pulmonar u oclusión coronaria una vez descartadas



estas posibilidades y realizado el dx de hemorragia intraperitoneal es indiscutible llevar a cabo una intervención Quirúrgica de urgencia por lo que se tiene que seguir la siguiente rutina. (1,3)

- 1) Reposición de sangre y líquidos.
- 2) Revisar la historia y exámenes del paciente para verificar que no presente alguna enfermedad concomitante o que haya ingerido alguna droga como cortisona o antihipertensivos.
- 3) Verificar que el paciente no se encuentre en fibrinólisis secundario a pérdidas masivas de sangre o transfusiones masivas o que tenga cirrosis.
- 4) Llevar al paciente inmediatamente a quirófano, instituir de nuevo anestesia, volver a abrir la Herida Quirúrgica evacuar la sangre y los coágulos y explorar los posibles sitios de sangrado en las zonas cruentas o donde se trabaje y realizar hemostasia con compresión digital o con compresas mientras se transfunde sangre, soluciones electrolíticas y coloides para que el paciente en mejores condiciones y con la cavidad limpia se puede realizar una exploración adecuada con hemostasia cuidadosa, de no ser posible por encontrarse con



fibrinolisis y sangrado en capa se recomienda dejar compresión mediante compresas para extraerlas en el tiempo que se crea conveniente o se hayan mejorado las condiciones del paciente. Existe controversia para dejar drenajes cuando no se encuentra un sitio específico de sangrado. (2,3)

### **Evisceracion.**

Esta es una complicación que se presenta en el 1 al 3% de los pacientes operados y tiene una mortalidad de hasta el 20% y se define como la salida del contenido abdominal por apertura de todas las capas de la pared abdominal, es mas frecuente que se presente en pacientes sépticos, con desnutrición o que cursan con distensión abdominal, vómitos y tos crónica. El diagnostico se realiza cuando se observa salida de material serosanguinolento rosado durante el 5to al 8vo día postoperatorio por lo que debe ser inmediatamente revisado quirúrgicamente y cerrado de nuevo, en el tiempo que tarda en llevarse acabo el procedimiento se recomienda cubrir las asas con compresas estériles e irrigarlas con solución fisiológica. (1,2)

TIPOS CON  
FALLA EN EL TIEMPO

**Factores metabólicos que contribuyen a la mala cicatrización.**

- a) Mala nutrición.
- b) Obesidad.
- c) Diabetes.
- d) Cirrosis.
- e) Uremia.
- j) Sepsis.
- k) Choque.
- l) Acidosis.
- f) Esteroides.
- g) Sangrado.
- h) Aterosclerosis.
- i) Cáncer e inmuno  
Supresión.

**Oclusión:**

La falta de tránsito intestinal en el postoperatorio inmediato es secundaria a íleo paralítico, o por manipulación del intestino, sepsis o ambas. En estos enfermos el abdomen se encuentra doloroso, distendido y sin peristalsis por lo que el manejo que hay que instituir es colocación de sonda de Levin corrección de las alteraciones metabólicas, principalmente hipokalemia y reposición hídrica y antibióticos, de continuar el paciente con datos de oclusión fiebre y leucocitosis es necesario realizar una nueva laparotomía. (2)

TEST CON  
FALLA DE ORIGEN

En algunos pacientes es difícil realizar un diagnóstico certero y diferenciar entre íleo postoperatorio y oclusión intestinal mecánica en cuyo caso además de distensión, vomito, y falta de canalización de gases presenta también peristalsis de lucha con ruidos metálicos.

La causa más frecuente de oclusión mecánica son las adherencias postoperatorias, seguida por vólvulo y hernias internas.

#### **Alimentación Antes y Después de las Reintervenciones.**

- El éxito o falla de las reoperaciones depende en buena medida del estado nutricional del paciente antes y después de la cirugía además de otros factores.

La importancia de que el paciente se encuentre con un buen estado nutricional es primordial para llevar a cabo las reoperaciones en la medida que sea posible la duración de la terapia alimentaria puede ser tan corta como 3 días o extenderse hasta 15 días, el índice para valorar a un paciente con desnutrición es el balance nitrogenado que

TEST CON  
FALLA DE ORIGEN

es la división entre el nitrógeno proteico que ingerimos y el nitrógeno que excretamos por orina heces fecales y piel.(1,3)

La mejor vía de alimentación siempre que el paciente se encuentre en condiciones y con un sistema digestivo apto es la vía enteral. Cuando el paciente tiene alteraciones de la deglución, esta bajo sedación o con alteraciones neurológicas se coloca una sonda nasoyeyunal o nasogástrica sin embargo hay que tener en cuenta las complicaciones como reflujo gastroesofagico o bronco aspiración. También hay técnicas quirúrgicas como la gastrostomía y la yeyunostomía pero hay que recordar que también pueden presentar complicaciones las cuales se observan aproximadamente en el 5% de los pacientes que se les realiza alguno de estos procedimientos sobre todo complicaciones locales como exfoliación o abscesos de piel. (3)

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

### **Planteamiento del Problema.**

Actualmente en nuestro país como en el resto del mundo continua siendo un problema de salud publica y económico el reintervenir a los pacientes por lo que tenemos que mejorar las condiciones generales en las que los pacientes entran por primera vez a cirugía sin embargo hay factores como las enfermedades concomitantes que siempre van a alterar la evolución natural de la enfermedad y la evolución de un procedimiento quirúrgico además de ser honestos con nosotros y saber cada cirujano sus limitantes para no exponer a los pacientes a mayor riesgo.

### **Hipótesis.**

1era. La hemorragia es causa principal de reoperaciones dentro de las primeras 72 horas.



**Objetivo.**

Demostrar cuales son las causas más frecuentes de reoperaciones, teniendo como principal causa la hemorragia.

**Material Pacientes y Métodos:**

*Diseño del Estudio:* Este es un estudio Longitudinal, Prospectivo y observacional.

Universo de Trabajo: Se tomaran pacientes de 3 hospitales del IMSS de la delegación 3 suroeste Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, Hospital General Regional Gabriel Mancera, Hospital General de Zona 47. Durante un tiempo de 18 meses de Marzo del 2001 a Agosto del 2002.

*Descripción de Variables:*

Variable Independiente: Edad, tiempo Quirúrgico, enfermedades concomitantes.

Variable Dependiente: reoperaciones y muerte.

TRABAJADO CON  
FALLA DE ORIGEN

Variables de Confusión:

*Selección de la Muestra:*

Tamaño de la Muestra: Se analizaran todas las reintervenciones dentro del numero total de cirugías en el periodo mencionado.

*Criterios de Selección:*

Criterios de Inclusión: Pacientes que sean reoperados.

Criterios de no Inclusión: Pacientes que ingresen a los hospitales de estudio enviados de otros hospitales ya con algún procedimiento quirúrgico previo.

Criterios de exclusión: Pacientes que se tenga planeado reoperarlos desde la primera cirugía.

*Procedimientos:* El estudio se llevara acabo principalmente por el autor del proyecto sin embargo se solicito ayuda de 1 o 2 residentes adscritos en ese momento a alguno de los hospitales del estudio para llevar acabo la recoleccion de datos y hojas de los pacientes

TEMA CON  
FALLA DE CALIDAD

**Análisis estadístico:** Se obtendrá una base de datos donde se registrarán las distintas variables dependientes e independientes y se realizará un análisis estadístico para encontrar la asociación entre dos variables obtenidas en una población.

**Consideraciones Éticas:**

Este es un estudio observacional, no tiene consideraciones éticas, sin embargo se explicó a todos los pacientes y familiares el motivo de su reoperación.

**Recursos para el Estudio.**

**Recursos Humanos:** Cirujanos y residentes adscritos a los servicios de los hospitales de realización del proyecto.

**Recursos Materiales:** ver hoja anexo 1.

**Recursos Financieros:** No se requirió de partidas especiales.

**Cronograma de Actividades:**

El estudio inició en Marzo del 2001 y continuará hasta septiembre del 2002. Se captarán pacientes elegibles que se presenten a cualquier hora y cualquier día en los servicios de urgencias y hospitalización de los centros de desarrollo del estudio.

ESTADÍSTICA TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS.

Un total de 2500 cirugías se llevaron a cabo durante el periodo de estudio de Marzo del 2001 a Septiembre del 2002, de los cuales 77 pacientes (3.08%) fueron sometidos a reintervención quirúrgica durante las primeras 72 horas, 56 hombres (72%) y 21 mujeres (21%) de los cuales 27 pacientes eran menores de 65 años y 50 pacientes mayores de 65 años, de los 56 hombres 46 eran menores de 65 años y 10 mayores de 65 años y de las 21 mujeres 17 eran mayores de 65 años y 4 menores de 65 años. Tabla 1. Se observó que dentro de las 24 hrs. postoperatorias se reintervinieron 40 pacientes (51.9%) de las 24 a las 48 horas, 11 pacientes (14.2%) y de las 48 a las 72 horas, 26 pacientes (33.7%)

Tabla 1. No de Pacientes por Edad y Sexo

	Hombres	Mujeres
Mayores 65a	10	17
Menores 65a	46	4
	56	21

En 40 pacientes (51.9%) la Hemorragia fue la causa principal de reintervención, de los cuales 35 de ellos, se ubicaron dentro de las

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

primeras 24 horas, 3 pacientes con hemorragia a las 48 horas y 2 pacientes con hemorragia a las 72 horas.

Se reintervinieron 18 pacientes (23.3%) por Sepsis (Dehiscencia de anastomosis o Abscesos) de los cuales 2 pacientes se reoperaron a las 24 horas, 7 paciente a las 48 horas y 9 pacientes a las 72 horas.

Por Eventración, se reoperaron 10 pacientes(12%), 3 pacientes a las 24 horas, 1 paciente a las 48 horas y 6 pacientes a las 72 horas y 9 pacientes.

La Oclusión Intestinal, se presentó en 9 pacientes, él (11.6%), de los cuales los 9 pacientes sé reoperaron a las 72 horas. Tabla 2.

Tabla 2: No de Complicaciones

	Hemorragia	Oclusión	Eventración	Sepsis	
0-24hrs.	35	0	3	2	40
24-48hrs	3	0	1	7	11
48-72hrs.	2	9	6	9	26
	40	9	10	18	77

#### Enfermedades Concomitantes.

Se observo que de los 77 pacientes que sé reoperaron un total de 72 pacientes(93.5%) tenían enfermedades crónico degenerativas predominando la Diabetes Mellitus en 45 pacientes(62.5%) Hipertensión arterial en 17 pacientes (23.6%), Insuficiencia renal

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

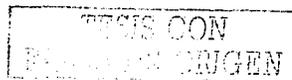
crónica en 5 pacientes (6.9%) y cirrosis hepática en 5 pacientes (6.9%).

## DISCUSIÓN.

La cirugía de reintervención representa una posibilidad que se presenta al realizar cirugías tanto electivas como de urgencia en pacientes previamente sanos o con enfermedades concomitantes por lo que previo, durante y posterior a cualquier evento quirúrgico debemos realizar una evaluación cuidadosa de los pacientes para poder disminuir el número de complicaciones.

Actualmente no se conoce con exactitud el número de reintervenciones, lo que sí está claro es que han aumentado gracias a las nuevas tecnologías que se emplean en las terapias intensivas así como la mejora en las medidas de soportes y de alimentación nutricia.

Debemos tener en cuenta los factores metabólicos y estado nutricional de los pacientes previas a cualquier operación o reoperación, los cuales tienen un papel trascendental durante el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio y que está en relación con la presentación de complicaciones. Se observó y de acuerdo con



los resultados de los pacientes con enfermedades concomitantes como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal crónica y Cirrosis hepática que son factores que aumentan el riesgo de reoperaciones por tener alteraciones en los mecanismos de Coagulación, alteraciones del sistema inmune y alteraciones en los mecanismos de cicatrización.

La primera causa de reoperación y con lo que se comprobó el objetivo de la tesis fue la hemorragia con 40 pacientes de los cuales 35 pacientes se reoperaron durante las primeras 24 horas, esto por las manifestaciones clínicas como hipotensión, taquicardia, diaforesis y gastos elevados por drenajes de sangre. En comparación con el resto de las causas que se reoperaron 48 a 72 horas después por las pocas manifestaciones clínicas que presentaban.

Por lo que se pudo observar en el estudio y de acuerdo con la literatura internacional como los Hospitales de Vancouver Canadá y la Academia Francesa de Cirugía los resultados que se obtuvieron de 3.08% de reintervenciones nos ubican dentro de los índices de reoperaciones sin embargo no significa que no debemos de mejorar desde la relación con el paciente, los procedimientos diagnósticos,

TESIS CON  
FALLA DE ENGEN

**evaluación integral de los pacientes y mejora de las técnicas quirúrgicas.**

TESIS CON  
FALLA DE ENGEN

**BIBLIOGRAFÍA.**

1. - Thomas Taylor White, R.Cameron Harrison. Reoperative Gastrointestinal Surgery. 1979 Pág. 331, 2d ED USA.
2. - Cesar Gutierrez Samperio, Víctor M Arrubarena A. Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. 1996 pag 993, 2d ed Mex DF.
3. - Ronald K, Tompkins, Reintervenciones en Cirugia. 1991 pag 490. 3er ed USA.

TEXTE CON  
FALLA DE ORIGEN