

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"

I.S.S.S.T.E.

LIBRO DE REGISTRO DE
TESIS DE POSGRADO

"REOPERACIONES EN CIRUGIA GENERAL"

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. DANIEL REYNAGA MORELOS

MEXICO D.F.

2001-2004

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.	
NOMBRE:	DANIEL REYNAGA MORELOS
FECHA:	07 - OCTUBRE - 04
FIRMA:	[Firma manuscrita]



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).

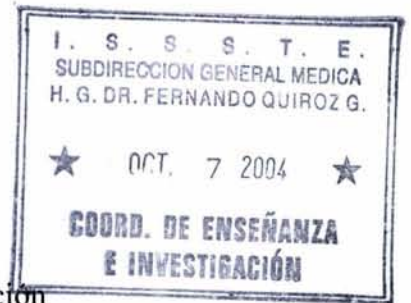
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



Dr. Jaime Soto Amaro
Profesor titular del curso de Cirugía General
Asesor de Tesis



Dr. Ángel Jesús Aguirre Ortega
Coordinador de Enseñanza e Investigación



A mis padres,..... Angelina y Enrique
Mis hermanos, Guisell, Heriberto, Dolores, Mariana y Haydee
Mis Maestros: Dr. Jaime Soto, Dr. Albeiro Restrepo,
Dr. Roberto Rojas. Dra. Tere Salinas .Dr. Ordóñez
Enf. Ana Maria Sánchez, Lulu Guerrero, Juana Chávez, Jefa Myrna,

A todos muchas gracias.

RESUMEN

Se realiza un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo de los pacientes reoperados en la cavidad abdominal por el servicio de cirugía general; excluyendo a los pacientes operados en otras regiones. Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez; México DF. del 01 Enero 2001 al 31 de Diciembre 2001. Se contabilizaron a todos los pacientes operados por todos los diferentes servicios para un valor porcentual. Se clasifico a todos los pacientes por diagnostico de la primera cirugía, edad, sexo y si se considero la primera cirugía como urgente o electiva. A los pacientes en estudio se les dio un seguimiento por 30 días a partir de la primera intervención, con controles intrahospitalarios y extrahospitalarios (en su caso) con el apoyo de compañeros residentes de la especialidad y de médicos adscritos. Del primero de Enero del 2001 al 31 de diciembre del 2001, se estudiaron 944 pacientes operados por el servicio de cirugía general, y subespecialidades como oncología, cirugía pediátrica, urología etc. De los cuales 706 casos fueron cirugías abdominales (74.7%) 565 correspondieron al sexo femenino (61.5%) y 379 al sexo masculino (38.45%) las edades oscilaron entre los 2 y 92 años, con una media de 42 años.

Se realizaron 406 procedimientos de urgencia (43%) y 538 en forma electiva (57%). Del total de pacientes estudiados se encontraron los siguientes diagnósticos (Grafica 3). 210 casos de cirugías de vías biliares, 105 apendicectomías, 37 plastias hiatales, 14 cirugías gástricas, 9 tiroidectomías, 8 hemicolectomías y 2 colectomías totales. Así como 2 cirugías de Whipple, 2 derivaciones biliodigestivas, 94 plastias inguinales, 51 plastias umbilicales, 9 resecciones de intestino delgado, 4 laparotomías por heridas y una por arma blanca.

De los 944 pacientes sometidos a cirugía 40 casos fueron reintervenidos, que representa el (4.23%) 8 fueron sometidos a una segunda reintervención, representando el (0.84%) las manifestaciones clínicas en los pacientes que ameritaron reintervención se caracterizaron por: dolor, nauseas, vómitos, fiebre y síndrome abdominal agudo, los estudios de laboratorio revelaron, anemia, leucocitosis que oscilo entre 10,000 y 15,000, las radiografías de abdomen mostraron, íleo reflejo caracterizado por dilatación de asas y niveles hidroaereos.

CONTENIDO.

<i>Prefacio</i>	<i>1</i>
<i>Introducción</i>	<i>2</i>
<i>Antecedentes Históricos</i>	<i>3</i>
<i>Objetivos</i>	<i>6</i>
<i>Hipótesis</i>	<i>7</i>
<i>Justificación</i>	<i>8</i>
<i>Material y Métodos</i>	<i>9</i>
<i>Resultados</i>	<i>10</i>
<i>Cuadros</i>	<i>11</i>
<i>Graficas</i>	<i>11</i>
<i>Discusión</i>	<i>19</i>
<i>Comentarios</i>	<i>27</i>
<i>Referencias</i>	<i>28</i>

PREFACIO

Es muy acertada la cita del Profesor Ronald K. Tompkins en la introducción de su obra *Reoperative Surgery* "Para un cirujano, la decisión mas difícil es cuando reoperar". La reintervención quirúrgica implica en primer lugar, la idea de que ha surgido alguna complicación en el curso postoperatorio, motivado por un fallo técnico, o, cuando se trata de un paciente intervenido por un traumatismo grave, la posibilidad de que haya pasado inadvertida una lesión asociada, y padecimientos abdominales complicados por sepsis responsables de abscesos residuales y la obstrucción intestinal por adherencias.

El cirujano, ante la necesidad de una nueva intervención en estas circunstancias, tiene un sentimiento de fracaso de su actuación, realmente, la relación causa-efecto es tan directa que se podría afirmar que es esta una de las características principales de su quehacer. Además tiene presente que estos enfermos probablemente presentaran un mayor índice de morbilidad y mortalidad, sin olvidar las posibles implicaciones legales, tan frecuentes en la actualidad, que deba afrontar.

El cirujano sabe que encontrara mas dificultades en el campo operatorio, comenzando por la identificación de las estructuras anatómicas y complicaciones que quizás no hayan sido perfectamente establecidas con los métodos auxiliares diagnósticos; Se requiere de mucha experiencia, la que el cirujano ha adquirido de forma directa y la que pueden aportarle quienes antes tuvieron que resolver problemas similares.

INTRODUCCION.

En la práctica médica de nuestros días no existe situación más dramática que la desencadenada por las afecciones quirúrgicas del abdomen, por lo que el cirujano no deberá preocuparse más que de una cosa, la más imperiosa de todas: la hora quirúrgica. La búsqueda de complicaciones postoperatorias en el interior del abdomen constituye un desafío singular debido a la dificultad para establecer un diagnóstico preciso; los signos físicos principales sugestivos del cuadro abdominal agudo –sensibilidad dolorosa y rigidez– están presentes normalmente a causa del dolor de la incisión y la irritación peritoneal que acompaña a la manipulación quirúrgica de las estructuras intra-abdominales .

La decisión de reoperar es crítica, y la actitud del cirujano es básica en este proceso importante de toma de decisiones. La negación de la posibilidad de una operación imperfecta es peligrosa para el paciente. Examinando complicaciones en un servicio quirúrgico muy activo, encontraron que cerca del 10% de las complicaciones postoperatorias graves y que amenazaban la vida, eran iatrógenas.

De las reflexiones hechas por algunos autores sobre el tema, queremos expresar: “Los resultados del abstencionismo jamás llegaran a conocerse, las muertes por defectos de reintervenir, jamás serán explicadas ante un operado en peligro, el cirujano digno de este nombre, no debe tener más que un objetivo: “... aportar una ayuda por todos los medios, la reintervención constituye una de estos medios”.

Los resultados que mostramos en este trabajo, expresados en cifras e interpretadas a la luz del conocimiento actual, no es más que la conclusión de todo lo que hemos hecho con los enfermos que se han atendido en nuestro servicio, y que cualquiera de estos, está determinado por un acierto o un error; donde en la medida que los resultados sean mejores, podremos sentirnos satisfechos

ANTECEDENTES HISTORICOS

Actualmente existen pocos reportes en relación a reintervención abdominal aguda. La mayoría de los estudios previos pertenecen a la literatura Europea. Starlinger (1) Entre los años 50 y 60 reporto una mortalidad de 71% en 132 pacientes. Lowdon(2) en 1959 publico una serie de 62 pacientes con una mortalidad del 33%. Series posteriores de Lorenc(3) en una revisión de 216 pacientes con una mortalidad del 29%. En este estudio se incluyen 32 pacientes re-explorados por sangrado con una mortalidad del 18.7%. Este autor menciona la frecuencia de reoperaciones se encuentra en los rangos de 0.5% a 4% de las laparotomías. En 1978 Driver (4) analiza un total de 782 laparotomías por trauma abdominal con una re-exploración del 15%, con una mortalidad del 22%. Este autor hace un énfasis de un 20% de relaparotomías negativas. En 1984 James G. en una revisión de 5532 laparotomías procedentes de otros servicios de cirugía general, se encontró 87 relaparotomías en 77 pacientes que representa 1.6 del total. Siete pacientes recibieron múltiples re-exploraciones. La media de este grupo fue de 60 años (rango de 16 a 92 años). La distribución por sexos fue: 58 del sexo masculino (75%) y 19 del sexo femenino (25%). Los hallazgos en la re-exploración se encontró: abscesos en 54%, dehiscencia de la línea de sutura 16%, necrosis intestinal 12% error técnico 6%, laparotomía negativa 9% y otros 3%. La mortalidad de este grupo de pacientes fue de 43%. Los factores correlacionados a la mortalidad fue: edad superior a los 50 años, peritonitis en la primera operación, y falla orgánica múltiple.

En 1988 Gutiérrez Samperio (6) publica una serie de 100 casos de reintervención aguda en el centro medico la Raza, México DF. 42 correspondieron al sexo masculino y 58 al femenino, la edad promedio fue de 45.7 años (rango de 16 a 92 años) 55% de los pacientes correspondió a patología de las vías biliares, apéndice y páncreas, 16% por lesiones del aparato digestivo superior (esófago, estomago y duodeno), un 12% cirugías de tipo ginecoobstetrico y urológico, 6% cirugía intestinal, 4% cirugía de hígado y 2% por cirugía por traumatismo de abdomen. El tiempo transcurrido entre la primera y segunda reintervención fue entre 3 horas y un máximo de 40 días. Como causa de reintervención se mencionan abscesos peritoneales 24%, hemorragia 14%, eventración postoperatoria 14%, oclusión intestinal 11%, fistulas 7%, hemoperitoneo 11%, otras causas (estenosis, litiasis residual, biliperitoneo, necrosis de tejido, perforación de víscera) 27%. En este estudio se menciona como 46% de los pacientes pasaron a una segunda reintervención, de los cuales 20 pasaron a una tercera reintervención. Diez a una cuarta reintervención, 5 a una quinta reintervención, dos a una sexta reintervención y un paciente a una séptima reintervención. En un análisis global se encuentra que, a partir de la cuarta reintervención la mortalidad es del 50% y entre la sexta y la séptima reintervención del 100%.

La mortalidad global es del 45%. La mayoría de los protocolos actuales, solamente se hace comentario como complicaciones a los pacientes que se reintervinieron sin un énfasis especial.

Donald E. Fry en 1991 realiza una revisión sobre cirugía abdominal de repetición haciendo énfasis de la poca cultura médica en relación a exponer las complicaciones tempranas de una cirugía abdominal. Pero si expone ampliamente factores técnicos en relación a fracasos quirúrgicos previos. Este autor considera como causa de reintervención urgente: hemorragias, infección o fracasos técnicos.

Sierre (8). Reporta una reintervención de 76 pacientes operados de vagotomía con piloroplastia, encontrando necrosis de la curvatura menor. Duca(9) en una revisión de 87 reintervenciones en cirugía gástrica y duodenal analiza como causa de reintervención aguda, fistulas, hemorragia de la anastomosis, ulcera por estrés.

Li-N (10) analiza una mortalidad de 18.2% en pacientes con fistula duodenal haciendo énfasis en el apoyo de la nutrición parenteral y drenaje abdominal.

J. Lynwood (11) reporta un 18% de complicaciones mayores en cirugía gástrica de los cuales muchos de ellos amerita reintervención.

Lillemoe(12) en una revisión sobre colecistectomías por laparoscopia, reporta un índice de complicaciones postoperatorias candidatos a reintervención entre 1y 2% de los casos. La causa frecuente de complicaciones es peritonitis y sangrado.

G. Branum(13) reporta 5 de 38 pacientes con lesiones mayores de la vía biliar por colecistectomía laparoscópica fueron reoperados.

Lee (14) reporta que las complicaciones de la cirugía de vías biliares por laparoscopia son menores del 3% y la mortalidad es rara.

Thomas R. (16) publica una complicación de 15% en los pacientes con cirugía de la vía biliar (colecistectomía) de los cuales menos de la mitad requieren cirugía de repetición. Las complicaciones mas frecuentes encontradas: conducto accesorio, deslizamiento de la ligadura del conducto cístico, extracción prematura del tubo en "T" y estenosis.

Markku(16) reporta 12% de complicaciones de la cirugía de funduplicatura tipo Nissen para el tratamiento del reflujo esofágico de la cual se desprende los pacientes a reoperación y mortalidad que es de 0 a 1.4%.

George Musser (17) reporta hasta un 5% de reintervenciones por sangrado en los pacientes esplenectomizados por enfermedad hematológica.

William Browder(18) reporta como causa de reintervención en los pacientes con pancreatitis aguda la debridación y drenaje de la necrosis de tejidos.

Masanori Sugiyama (19) reporta un grupo de pacientes con cirrosis hepática con gran riesgo de sangrado como causa de reintervención aguda, aumentando la mortalidad (31.3) en relación a menor del 1% en pacientes no cirróticos.

Seymour I. Schwartz (20) reporta como causa de reintervención en los pacientes con apendicectomía por apendicitis son: absceso, fistula, dehiscencia de ligadura muñón o de vasos, y más tardíamente obstrucción por adherencias.

H. León Patcher (21) hace referencia en los pacientes con trauma hepático con empaquetamiento para el control de la hemorragia de hasta un 25% desarrollan abscesos que requieren drenaje.

Así también pueden desarrollar sangrado postoperatorio de 1.9% de los pacientes o la formación de fistula biliar en 5.6% de los casos.

M. Rorbaek (22) refiere como un alto factor de riesgo en complicaciones y mortalidad la edad mayor de 80 años.

Jiménez Valdez (23) en un estudio del año del 2001, estudio 76 enfermos que requirieron una segunda reintervención, el 52.3% correspondió al sexo femenino y el 50% se encontraba en décadas superiores a la séptima. El 75% de los casos lo constituían pacientes operados inicialmente como urgencia, con predominio de la oclusión intestinal mecánica y las neoplasias del tubo digestivo. En el 98% de las reintervenciones se realizó antes del sexto día de la intervención inicial, las causas de las reintervenciones fueron: peritonitis residual por procesos supurativos o perforaciones (22.3%), dehiscencia de la sutura gastrointestinal (18.5%) y hemorragias intraabdominales (17.1%). Los factores de riesgo destacables fueron la edad (mayor de 61 años), la intervención quirúrgica de urgencia y los antecedentes personales de enfermedad (cáncer, diabetes y mala nutrición) La mortalidad quirúrgica de los pacientes reintervenidos fue del 20.5%

Arreguin Porras (24) Evalúa pacientes intervenidos por patología oncológica abdominal con sepsis abdominal postoperatoria, diagnosticada clínica y/o radiologicamente en quienes se midieron POSSUM, APACHE II, E IPM durante su estancia en cuidados intensivos. La mortalidad fue del 38.7%. Los pacientes reintervenidos y los hombres tuvieron mortalidad del 47.3% y 66.6% respectivamente ($p=0.002$). Edad > 70 años POSSUM > 25 en cirugía inicial y APACHE II > 20 en la primera reintervención tuvieron mortalidad del 66%, 60% y 80% respectivamente, concluyendo que hay un alto riesgo de muerte postoperatoria con los datos positivos comentados.

Los trabajos realizados por nuestro servicio de cirugía general del Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez", no hay alguno que se refiera a este grupo de pacientes con un síndrome complejo en su manejo requiere de un apoyo multidisciplinario. Es por este motivo de trazar un estudio en este grupo de pacientes.

OBJETIVOS

1. Conocer las causas de la complicación que lleva al paciente a una reintervención.
2. Conocer los hallazgos quirúrgicos que expliquen el motivo de esta cirugía.
3. Conocer en que tipo de pacientes, tomando en cuenta edad, sexo y diagnóstico, son más frecuentes las reintervenciones.
4. Conocer los factores asociados a estos pacientes.
5. Establecer la evolución de los pacientes que se reintervienen.
6. Proponer aspectos de solución o mejoramiento trazados a evitar este tipo de complicaciones para la mejor calidad de apoyo en salud a nuestros pacientes.
7. Establecer estadísticas para futuros estudios.
8. Motivar a cirujanos y personal médico para que comuniquen sus experiencias

HIPOTESIS

Un sabio y experimentado cirujano ha dicho “La segunda decisión mas difícil en cirugía es cuando operar, La decisión mas difícil es cuando reoperar” La veracidad de este aforismo se hace rápidamente evidente para la mayoría de los cirujanos clínicos, con esta idea y después de extensas consultas se decide realizar el presente trabajo.

La cirugía, como ciencia, ha dado pasos gigantes, con el desarrollo sucesivo de descubrimientos, como los métodos de anestesia en el control del dolor, la antisepsia, el desarrollo de la antibioticoterapia, el surgimiento de las salas de cuidados intensivos. Sin embargo a pesar de lo anterior, y del nivel científico de nuestros cirujanos y el desarrollo de la docencia médica especializada en nuestro hospital surgen complicaciones que requieren de una evaluación profunda y de una reintervención quirúrgica temprana, situaciones que deciden sobre la vida de nuestros enfermos y alteran de manera significativa la mortalidad quirúrgica. Siempre existe una planeación previa de lo que se va a realizar, y en esta se encuentra principalmente la de solucionar la totalidad del problema cuando es posible, exceptuando aquellos en la que planeadamente el procedimiento se realiza en dos tiempos. A pesar de ello existe la posibilidad de complicación temprana que amerita una reexploración urgente motivados por factores propios del paciente dada por la patología existente o por problemas técnicos en la cirugía realizada. Por lo tanto estas dos causas generalmente referidas ¿son los determinantes de una reoperación?

JUSTIFICACION

Debido a la extensión, la complejidad y la continua expansión del campo de acción de muchas de las intervenciones quirúrgicas contemporáneas, la necesidad de reoperar debido a las complicaciones postoperatorias o por problemas intercurrentes se ha convertido en una materia de interés e importancia creciente

Existen tantas razones para intervenir como diagnósticos hay en un diccionario médico, por lo que cada paciente requiere una evaluación personal especial. Excepto en el caso de las urgencias, el cirujano puede valerse de una evaluación objetiva de los síntomas, analizando si estos son suficientemente graves para justificar una segunda intervención y, si lo son debe preguntarse quien esta mejor calificado para tratar la causa mas probable del problema postoperatorio. Debe haber un solo “capitán del barco” es decir, un solo cirujano debe de coordinar todos los procedimientos diagnósticos, consultas y tratamientos. La fragmentación de las responsabilidades no tiene razón de ser en el cuidado preoperatorio, operatorio o postoperatorio del paciente que requiere una reoperación.

Si la reoperación esta indicada, el paciente y su familia deben de ser informados con una presentación realista de las posibilidades. Los pacientes deben de saber que no todas las intervenciones quirúrgicas son completamente satisfactorias desde el punto de vista de los enfermos, a pesar de los más denodados esfuerzos médicos y cirujanos experimentados. La Mayoría de las expectativas de los pacientes que se enfrentan a una operación son excesivamente optimistas.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo de los pacientes reoperados en la cavidad abdominal por el servicio de cirugía general; excluyendo a los pacientes operados en otras regiones. Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez; México DF. del 01 Enero 2001 al 31 de Diciembre 2001. Se contabilizaron a todos los pacientes operados por todos los diferentes servicios para un valor porcentual. Se clasifico a todos los pacientes por diagnostico de la primera cirugía, edad, sexo y si se considero la primera cirugía como urgente o electiva. A los pacientes en estudio se les dio un seguimiento por 30 días a partir de la primera intervención, con controles intrahospitalarios y extrahospitalarios (en su caso) con el apoyo de compañeros residentes de la especialidad y de médicos adscritos.

Se utilizaron de la misma forma para los procedimientos diagnósticos, la evolución clínica del paciente, estudios de laboratorio que incluyen, Biometría hemática, Química sanguínea, Examen General de Orina, Pruebas funcionales Hepáticas, Estudios de radiología e Imagen tales como: Tele de tórax, simple de abdomen, Tomografía axial computada, colangiografía por sonda en T y estudios de medio de contraste hidrosoluble.

El seguimiento por este periodo obedece porque la mayoría de las complicaciones tempranas de una cirugía es en los primeros días de la convalecencia. Algunos pacientes no se vigilo por el periodo referido, por alta del servicio por curación, fallecimiento o alta voluntaria. El seguimiento de los pacientes es solamente para establecer las complicaciones tempranas que llevan a una reintervención, como una complicación mayor. Se analizo en cada paciente con cirugía de repetición en la cavidad abdominal, sobre los factores que condicionan la complicación buscando llegar a la etiología misma, así como la evolución de cada uno tomando en cuenta, días de intervalo entre la primera cirugía y la reoperación, días de estancia intrahospitalaria, apoyo recibido de la Unidad de terapia intensiva (UTI), mortalidad. Se estableció también la evolución de aquellos pacientes que ameritaron una segunda reoperación. Para este estudio únicamente se tomo en cuenta a todos los pacientes operados por médicos del servicio de cirugía general del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.

RESULTADOS.

Del primero de Enero del 2001 al 31 de diciembre del 2001, se estudiaron 944 pacientes operados por el servicio de cirugía general, y subespecialidades como oncología, cirugía pediátrica, urología etc. De los cuales 706 casos fueron cirugías abdominales (74.7%) 565 correspondieron al sexo femenino (61.5%) y 379 al sexo masculino (38.45%) las edades oscilaron entre los 2 y 92 años, con una media de 42 años.

Se realizaron 406 procedimientos de urgencia (43%) y 538 en forma electiva (57%). Del total de pacientes estudiados se encontraron los siguientes diagnósticos (Grafica 3). 210 casos de cirugías de vías biliares, 105 apendicectomías, 37 plastias hiatales, 14 cirugías gástricas, 9 tiroidectomías, 8 hemicolectomías y 2 colectomías totales. Así como 2 cirugías de Whipple, 2 derivaciones biliodigestivas, 94 plastias inguinales, 51 plastias umbilicales, 9 resecciones de intestino delgado, 4 laparotomías por heridas y una por arma blanca.

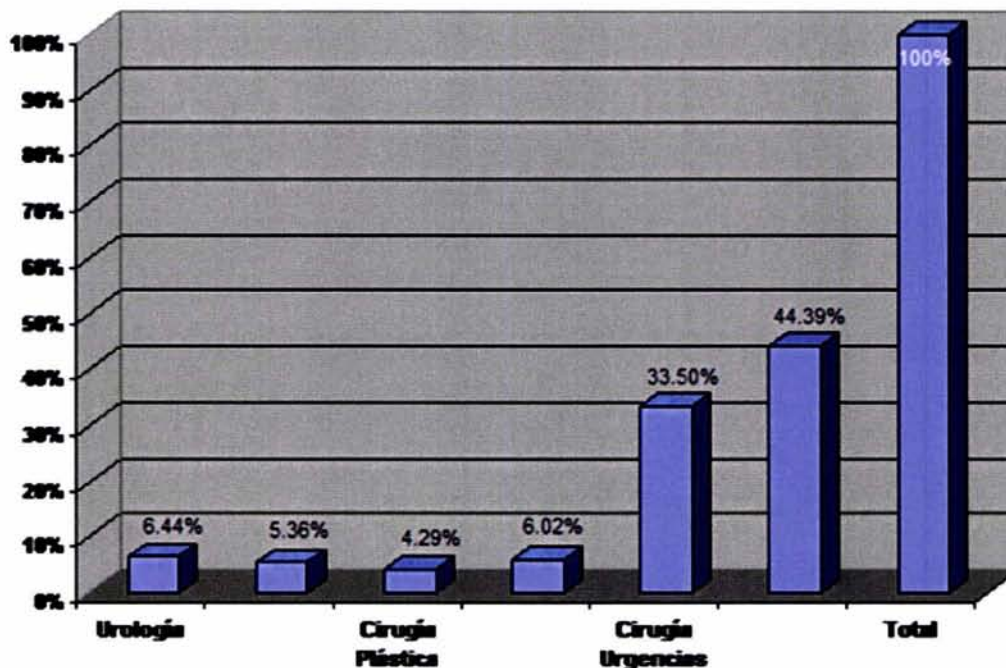
De los 944 pacientes sometidos a cirugía 40 casos fueron reintervenidos, que representa el (4.23%) 8 fueron sometidos a una segunda reintervención, representando el (0.84%) las manifestaciones clínicas en los pacientes que ameritaron reintervención se caracterizaron por: dolor, nauseas, vómitos, fiebre y síndrome abdominal agudo, los estudios de laboratorio revelaron, anemia, leucocitosis que oscilo entre 10,000 y 15,000, las radiografías de abdomen mostraron, íleo reflejo caracterizado por dilatación de asas y niveles hidroaereos.

Porcentaje de Cirugías totales realizadas
del 1° de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2001

Servicio	Numero	Porcentaje
Urología	78	6.44%
Cirugía Pediátrica	65	5.36%
Cirugía Plástica	52	4.29%
Oncología	73	6.02%
Cirugía Urgencias	406	33.50%
Cirugía Programada	538	44.39%
Total	1,212	100%

Cuadro 1

**Porcentaje de Cirugías totales realizadas
del 1° de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2001**



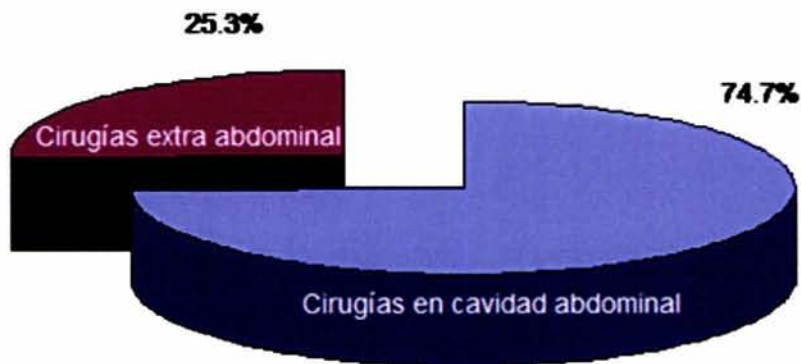
Gráfica 1

Porcentaje de Cirugías en la cavidad abdominal en relación a un total de 944 casos Servicio de Cirugía General enero 2001 diciembre 2001 Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"

Cirugía Extra Abdominal		Cirugía en cavidad Abdominal	
Total	%	Total	%
238	25.3	706	74.7

Cuadro 2

Porcentaje de Cirugías en la cavidad abdominal en relación a un total de 944 casos Servicio de Cirugía General enero 2001 diciembre 2001 Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"



Gráfica 2

Clasificación de 992 cirugías en 944 pacientes
de enero a diciembre 2001

Tipo de Cirugía	N° de Pacientes	F	M	Edad Media	Urgente	Electiva	Mortalidad	Reintervenciones	2ª Reintervención	Total Cirugías
Apendicectomía	105	64	41	37	105	0	0	7	1	113
Histerectomías	8	8	0	45	0	8	0	0	0	8
Tiroidectomías	9	7	2	40	0	9	0	0	0	9
Laparotomía	30	23	7	51	25	5	2	2	1	33
Plastia de Hiato	37	19	18	47	0	37	1	1	2	40
Cirugía de vías biliares	210	154	56	50	70	140	1	3	1	214
Plastia Umbilical	51	17	34	52	4	47	0	3	2	56
Plastia Inguinal	94	32	62	53	7	87	0	0	0	94
Hemorroidectomía	39	27	12	50	3	36	0	0	0	39
Fistulectomía	20	5	15	45	3	17	0	1	0	21
Plastia de Pared	18	16	2	55	1	18	0	0	0	18
Otras	323	193	130	50	188	134	2	17	1	341
Totales	944	565	379	53	406	538	6	34	8	992

Cuadro 3

Distribución porcentual de
cirugías de un total de 944 de
enero a diciembre 2001

Tipo de Cirugía	Total Cirugías	Porcentaje
Apendicectomía	105	11.12
Histerectomías	8	0.85
Laparotomía	30	3.18
Plastia de Hiato	37	3.92
Cirugía de Vías Biliares	210	22.24
Plastia Umbilical	51	5.40
Plastia Inguinal	94	9.96
Hemorroidectomía	39	4.13
Fistulectomía	20	2.12
Tiroidectomías	9	0.90
Plastia de Pared	18	1.91
Otras	323	35.60
Totales	944	100.00

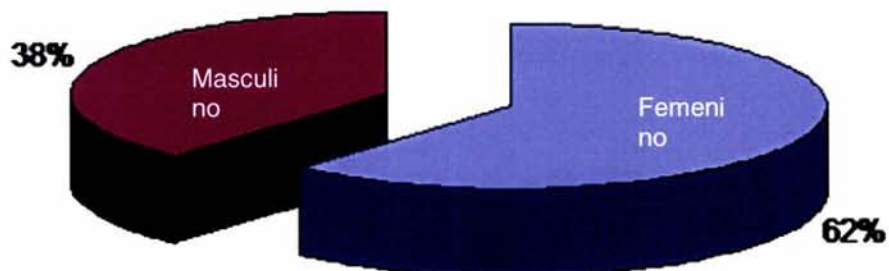
CUADRO 3-A

Distribución porcentual en sexo de 944 pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía General enero 2001 diciembre 2001 Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"

Femenino		Masculino	
Total	%	Total	%
565	61.5	379	38.45

Cuadro 4

Distribución porcentual en sexo de 944 pacientes intervenidos en el Servicios de Cirugía General enero 2001 diciembre 2001 H. G. "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"



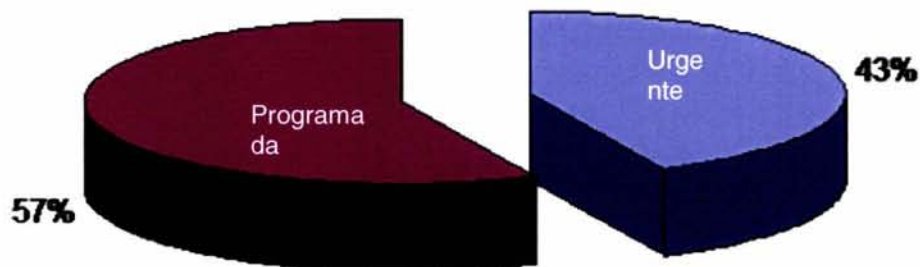
Gráfica 4

Distribución porcentual de cirugías urgentes y electivas de 944 pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía General enero 2001 diciembre 2001 Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"

Urgente		Programada	
Total	%	Total	%
406	43	538	57

Cuadro 5

Distribución porcentual de cirugías urgentes y electivas de 944 pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía General enero 2001 diciembre 2001 Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"



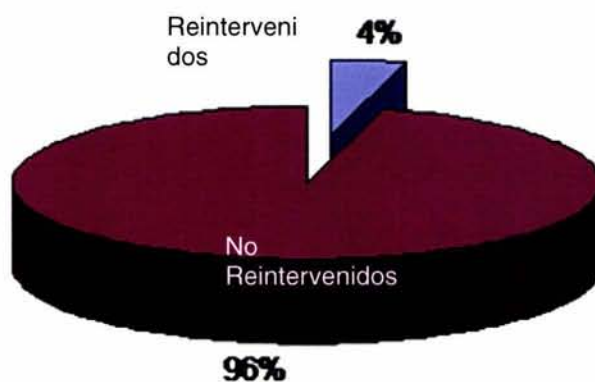
Grafica 5

Porcentaje de reintervenciones de un total de 944 pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía General enero 2001 diciembre 2001 Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"

Reintervenidos		No Reintervenidos	
Total	%	Total	%
40	4	904	96

Cuadro 6

Porcentaje de reintervenciones de un total de 944 pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía General enero 2001 diciembre 2001 Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"



Grafica 6

Clasificación de 48 reintervenciones en 40 pacientes

Tipo de Cirugía	Reintervención	F	M	Edad Media	2° Reintervención	Mortalidad	total de pacientes	Total cirugías
Apendicectomía	7	4	3	37	1	0	7	8
Plastia de Hiato	1	1	0	47	1	1	1	2
Plastia Umbilical	3	2	1	52	2	0	3	5
Cirugía de Vías Biliares	3	2	1	53	1	0	3	4
Fistulectomía	1	0	1	45	1	0	1	2
Laparotomías	8	5	3	45	1	3	8	9
Otras	17	12	5	50	1	2	17	18
Totales	40	26	14	50	8	6	40	48

CUADRO 7.

DISCUSION.

Del 01 de Enero del 2001 al 31 de Diciembre del 2001, se realizaron 1212 cirugías en el Hospital “Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez”, en nuestro servicio, Cirugía General y subespecialidades, 944 procedimientos en cirugía que representan el (77.89%) cirugía Plástica y reconstructiva 52 procedimientos (4.29%), Oncología quirúrgica 73 procedimientos (6.02%) Cirugía pediátrica 65 procedimientos (5.36%), Urología 78 procedimientos (6.44%), (Cuadro 1, Grafica 1)

De 944 cirugías realizadas por el servicio de cirugía general, (706) casos fueron en la cavidad abdominal (74.7%). (Cuadro 2, Grafica 2), realizadas a los 944 pacientes que se les dio seguimiento por 30 días encontramos los siguientes diagnósticos (Grafica No.3) 210 casos (22.24%) fueron cirugías en las vías biliares, una media de edad de 51.2 (rango de 19 a 88 años) sin mortalidad. 30 casos de laparotomías (3.17%) una media de edad de 45 años, (con rango de edad de 7 a 86 años) mortalidad de 3 pacientes (0.31%), 105 casos de apendicectomía (11.12%), una media de edad de 37 años (rango de 7 a 86 años) mortalidad de 0 pacientes, 37 casos (3.92%) cirugías de hiato, una edad media de 47 (rango de 23 a 76), mortalidad de un paciente (1.7%), 323 cirugías con un rango de edad de 27 a 69 años, (35.60%) incluyendo cirugías gástricas, hemicolectomías, colectomías y 2 cirugías de Whipple. (Cuadro 3-A). 565 pacientes fueron del sexo femenino (61.5%), 379 fueron masculinos (38.45%). (Cuadro 4, Grafica 4), una edad media global de 42 años (rango de 2 a 92 años) 406 procedimientos fueron cirugía de urgencia (43.0%) y 538 en forma electiva (57%), (Cuadro 5 y Grafica 5). con una mortalidad de 6 pacientes (0.6%), reintervenciones 40 (4.23%), segunda reintervención en 8 pacientes (0.84%) (Cuadro 6, Grafica 6)

El análisis de los pacientes con reintervención abdominal urgente, por grupos tanto por diagnostico previo y diagnostico de reintervención encontramos. (grafica 7)

Siete pacientes tuvieron cirugía primaria por apendicitis, 4 femeninos y 3 masculinos, edad media de 37 años, Ocho pacientes tuvieron una laparotomía previa, 5 femeninos y 3 masculinos, edad media de 51 años, Tres pacientes del sexo femenino tuvieron cirugía electiva para tratamiento de la enfermedad ácido péptica, edad media de 62 años. un paciente del sexo femenino por plastia de hiato, con edad media de 47 años, Tres pacientes por plastia umbilical, 2 del sexo femenino y 1 del sexo masculino, con una edad media de 61 años, otros procedimientos, una paciente femenino por piocollecisto, con edad media de 53 años, y 2 pacientes masculinos con diagnostico de ,exploración de vías biliares y fístula perianal y 2 pacientes femeninos, una con lesión de colédoco y otra por hematoma residual posterior a esplenectomía. Con edad media de 50 años.

Un total de 40 pacientes, 26 femeninos y 14 masculinos, edad media global de 50.1 años. 40 se reintervinieron en una segunda ocasión (4.23%), y 8 (0.84%) una segunda reintervención, la mortalidad global fue de 6 casos, (15%).

Como causa de reintervención abdominal urgente se dividió en INFECCIONES ,8 casos se considero aquellos pacientes que dada la patología primaria llevo como causa a la

reintervención, HEMORRAGIA 2 casos, aquel paciente que su patología lleva riesgo de sangrado como causante de reintervención.

FALLA TECNICA y FACTORES DE RIESGO ASOCIADO. 23 casos. Pacientes en los cuales se aprecia factores propios del paciente y deficiencia en la técnica quirúrgica. OTROS. 17 Casos en los cuales se incluye factores propios del paciente que llevo a una segunda reintervención, sin encontrar otros factores determinantes.

INFECCIONES. 8 casos, con edad media de 67.8 años, 3 del sexo femenino y 3 del sexo masculino, con una media de 9 días de intervalo entre la primera y segunda cirugía, 1 masculino y 1 femenino requirió apoyo de la UTI, con 35 días de estancia intrahospitalaria, 5 cirugías fueron de forma urgente y una electiva. Caso no.1 Paciente femenina de 53 años de edad acude a urgencias por dolor abdominal se interviene quirúrgicamente encontrando píocolocisto, se realiza colecistectomía, encontrando abscesos subfrenicos, realizamos lavado de cavidad, la paciente al quinto día con fiebre y mal estado general, se reinterviene encontrando múltiples abscesos, realizando nuevo lavado y drenaje, la evolución satisfactoria de la paciente. Caso 2. Paciente sometido a sigmoidectomía, quien presenta dolor y fiebre, con apoyo de NPT, se reinterviene al quinto día con hallazgo de absceso en fondo de saco, se drena sin complicación presentando posteriormente evisceración. Caso No. 3 Paciente que acude por presentar perforación de asa de delgado secundario a torsión, se encuentra con cavidad séptica, se realiza resección intestinal y anastomosis termino-terminal, 2 días después con datos de oclusión intestinal, se somete a una segunda reintervención con hallazgos de abscesos interasa que ocasiona torsión, se lava cavidad, con adecuada evolución. Caso no. 4 Paciente con laparotomía por cuadro apendicular fase 4, se realiza apendicectomía y se seca cavidad, se presenta nuevo cuadro de oclusión intestinal, se reopera encontrando nuevamente perforación en delgado, realizando resección intestinal, posteriormente presenta dehiscencia de anastomosis reinterviniendo en una segunda ocasión, se egresa con adecuada evolución.

Caso no.5 (83años) paciente femenino con cirugía previa por apendicitis fase 4, con dolor abdominal, datos francos de irritación peritoneal por lo que se decide su intervención encontrando múltiples abscesos en cavidad, requiere de apoyo en la UTI la paciente fallece.

Caso no.6 Paciente programado para plastia umbilical, el cual presenta formación de serosa de pared al 7mo día, posteriormente con infección, se reinterviene para retiro de cicatriz umbilical, con estancia de 28 días, con 3 lavados mecánicos. Se egresa sin complicación.

El hallazgo en las primeras fue de sepsis abdominal por abscesos residuales, requiriendo en 1 de ellos una segunda reintervención, en 7 días promedio posteriores a la primera cirugía por sepsis y una evisceración, 1 paciente falleció. Caso no. 7 edad, 50 años, sexo masculino, 29 días de intervalo entre la primera y segunda cirugía, recibió apoyo de la UTI, 64 días de estancia intrahospitalaria, la primera fue de urgencia, el hallazgo de la operación fue sepsis abdominal por absceso pancreático, necesito de una segunda reintervención cinco días posteriores a la primera por sepsis y evisceración, Caso No. 8 Resección intestinal por hernia estrangulada, dos días después se encuentra en la reoperación abundantes restos hemáticos distal a la anastomosis, sin sangrado activo y con colección purulenta, se drena sin complicación.

HEMORRAGIA. 2 casos con edad media de 58 años, del sexo femenino, con un intervalo de 12 horas entre la primera y la segunda cirugía, su estancia intra hospitalaria fue de 10.6 días. La primera intervención fue programada, por trombocitopenia para esplenectomía no existió una segunda reintervención. Con hallazgos de sangrado en el lecho esplénico en capa un día después. Se considero como consecuencia misma de la patología, dado que curso con trombocitopenia prolongada. Caso 2. 18 días después de una vagotomía truncular, se encuentra en la reintervención ulcera prepilórica perforada,

FALLA TECNICA. Y FACTORES ASOCIADOS. 23 casos, con edad media de 53 años, rango de (37 a 62 años), sexo femenino 15, masculino 8, una media de 7.3 días de intervalo entre la primera y segunda cirugía (rango de 6 horas hasta 23 días), 6 pacientes recibieron apoyo en UTI, estancia promedio en el hospital fue de 25.6 días (rango de 6 a 62 días) 17 pacientes tuvieron cirugía previa de urgencia y 6 electiva, hubo 8 segundas reintervenciones y una mortalidad de 3 pacientes. Caso No. 1 Se realizo apendicectomía, 7 días posteriores se encontró en la reoperación dehiscencia del nudo primario de un súrgete continuo en la aponeurosis que condiciono evisceración. Caso 2. Ulcerectomía y cierre en tres planos de ulcera prepilórica, 3 días después en la reoperación se encontró dehiscencia de tres puntos. Caso 3. Se realizo oforectomía bilateral por tumoración y omentectomía, 5 horas después de la reintervención, se encontró vaso sangrante en epiplón por dehiscencia de ligadura. Caso 4. Paciente que se le realiza colecistectomía simple, 3 días después inicia con ictericia, se realiza exámenes con evidencia de lesión de colédoco secundaria a ligadura del mismo, se somete a derivación biliodigestiva. Caso No. 5 paciente que se le realiza cirugía tipo Whipple por adenocarcinoma en ampula de Vater, posteriormente inicia con datos de irritación peritoneal, se interviene quirúrgicamente encontrando dehiscencia de anastomosis a nivel de páncreas, el paciente finalmente fallece. Caso 6. Se realizo apendicectomía fase 3, 7 días después se encontró en la reoperación, desgarró de la aponeurosis como causante de la evisceración, sin encontrar otro factor propio del paciente como causa, pero si se aprecio algunos puntos muy cercanos al borde del tejido como etiología. Caso 7. Se realizo colectomía, doce días después en la reoperación se encuentra con fuga abdominal por anastomosis. La paciente finalmente muere por causas múltiples. Caso 8. Se realizo colecistectomía con exploración de vías biliares y colocación de sonda en T, 5 días posteriores en la reoperación se encuentra sonda fuera de la vía biliar que condiciono el biliperitoneo. Causa secundaria al mal manejo y cuidado de la misma, ya que hubo previamente tracción de la misma. Caso 9. Paciente que se somete a plastia de hiato, inicia con datos de oclusión intestinal 6 días posteriores a la plastia, con datos de irritación peritoneal, se somete a cirugía encontrando perforación de asa de delgado, se realiza resección intestinal con anastomosis termino terminal, posteriormente una segunda reintervención por dehiscencia de sutura, la paciente permanece con apoyo de NPT y en UTI, finalmente fallece por causas distintas al procedimiento. Caso 10. Paciente femenino la cual se interviene quirúrgicamente posterior a resección de tumor de ovario, 4 días posteriores en la segunda reintervención se encuentra con dehiscencia total de aponeurosis y se encuentra con dehiscencia de nudo de sutura. Se repara la aponeurosis con adecuada evolución de la paciente. Caso 11. Paciente masculino intervenido por Whipple por tumor en cabeza del páncreas, el cual presenta reoperación por datos de irritación peritoneal encontrando fuga en la anastomosis del colédoco con el yeyuno, se realiza nueva

anastomosis. Caso 12. Se realiza apendicectomía fase 4, la paciente al 4to día presenta salida de contenido intestinal por herida quirúrgica por lo que se somete a cirugía encontrando desgarro total de la aponeurosis, probablemente secundaria a una tensión excesiva del tejido. Caso 13. Paciente femenino posoperada de apendicectomía que presenta retiro temprano de puntos de la piel que ocasionan dehiscencia de la misma y posteriormente infección que requiere de lavados quirúrgicos y cierre en un segundo tiempo. Caso 14 se realizó vagotomía, antrectomía con gastroyeyunoanastomosis por úlcera duodenal, un día después se encontró en la reoperación perforación accidental de yeyuno, no diagnosticada en la cirugía previa. Caso no 15. Se realizó colecistectomía, 7 días posteriores se encontró en la reoperación dehiscencia de nudo primario de un súrgete continuo en la aponeurosis que condiciono evisceración. Caso No. 16 Se realizó colecistectomía con exploración de vías biliares, 7 días después se encontró en la reoperación, desgarro de la aponeurosis como causante de la evisceración, sin encontrar otro factor propio del paciente como causa, pero si se apreció algunos puntos muy cercano al borde del tejido como etiología. Caso no 17. Ulcerectomía y cierre en tres planos de úlcera prepilórica perforada, 3 días después en la reoperación se encontró con dehiscencia de tres puntos. Caso No. 18 Se realizó destorsión de volvulus de sigmoides, descompresión y cecostomía. Doce días después, en la reoperación se encuentra fuga abdominal por cecostomía. Caso No. 19. Se realizó ooforectomía bilateral por abdomen agudo secundario a cuadro apendicular, y hallazgos de ovarios poliquísticos 24 horas después en la reoperación, se encontró vaso sangrante en región retroperitoneal por dehiscencia de ligadura. Caso no. 20. Se realiza lavado, drenaje abdominal y cierre de perforación de vejiga por lesión secundaria a laparotomía exploradora, diez días después en la reoperación se encuentra dehiscencia de la cistorrafia, sepsis abdominal y evisceración. Caso no 21. Paciente que se le realiza yeyunostomía por desnutrición y EVC, 9 días posteriores en la reoperación se encontró perforación de yeyuno, muy probablemente por uso de sonda de gran calibre con sutura a tensión. Caso no. 22. Se realizó ulcerectomía, cierre con parche por úlcera gástrica perforada 5 días posteriores en la reoperación se encontró fuga en el cierre, probablemente secundario a la falta de algún punto para el sello total. Caso no. 23. Se realizó antrectomía con gastroyeyunoanastomosis por úlcera duodenal, 13 días posteriores en la reoperación se encontró lesión del colédoco no valorado en la primera cirugía con fuga biliar que condiciono sepsis abdominal.

OTROS. 17 Pacientes, 12 del sexo femenino y 5 del sexo masculino, edad media de 50.1 años (rango 39 a 67). Una media de 15 días, entre la primera y segunda cirugía (rango de 1 a 30 días). Un paciente requirió apoyo de la UTI, la estancia promedio fue de 28 días (rango de 11 a 60 días) 2 de los 7 pacientes recibieron cirugía urgente y 5 electiva, de estos uno tuvo una segunda reintervención. La mortalidad del grupo fue de 2 pacientes. Caso no.1 Paciente masculino al cual se le realiza fistulectomía perianal, encontrando paquete hemorroidal, posteriormente el paciente presenta sangrado por lo que se somete a exploración encontrando sangrado en capa, posteriormente, presenta a los 3 días infección con salida de material purulento por conducto anal que requiere de varios lavados quirúrgicos. Caso 2. Paciente que ingresa posterior a cuadro de dolor abdominal encontrando en la cirugía enfermedad diverticular perforada, se realiza hemicolectomía, se apoya con NPT, al cuarto día con salida de material intestinal por penrose, se encuentra perforación a 2cm por arriba de la anastomosis, se realiza nueva resección intestinal y pasa a UTI donde finalmente fallece por falla orgánica múltiple. Caso 3. Paciente femenino que

se interviene por hernia umbilical, a los 4 días con presencia de tumoración periumbilical, dolorosa, se explora encontrando colección líquida, además de reacción fibrosa pericicatricial realizando exéresis de granuloma de pared, quizás inadvertido en la primera cirugía. Caso 4. Paciente femenino que se interviene programada para plastia umbilical, al segundo día con datos de oclusión intestinal, náusea y vómito fecaloide, se interviene encontrando torsión de asa de yeyuno a nivel de cicatriz umbilical secundaria a brida, se libera sin complicación. Caso 5. Paciente programada para cirugía de plastia umbilical, presentando fistula de cicatriz umbilical a los 16 días, se interviene para resección de cicatriz sin evidencia de patología, posteriormente por herida quirúrgica con persistencia de salida de material seroso, se concluyo por reacción al material. Caso 6. Se realiza antrectomía con gastroyeyunoanastomosis por estenosis Pílorica, 16 días posteriores en la reoperación se encontró perforación del colon transverso, diagnosticada como diverticulitis. Posteriormente desarrollo fistula del muñón duodenal. Este paciente requirió una segunda reintervención por sepsis abdominal y evisceración. Concluimos como causa de la perforación del colon por probable diverticulitis asociada. Caso no 7. Se realiza apendicectomía y adherenciólisis por oclusión intestinal. Nueve días posteriores en la reoperación se encontró adherencias cerca del ángulo de Treitz, concluimos que es como consecuencia de la cirugía previa. Caso no. 8 Se realizo exploración de las vías biliares por colédoco litiasis, 7 días posteriores en la reoperación se encontró tumoración retroperitoneal que condicionaba oclusión de duodeno que posteriormente se comporto como una pancreatitis aguda, cabe mencionar que este paciente, días antes de la cirugía se realizo esfínterotomía endoscópica sin resultados. Caso No. 9 Se realiza colecistectomía por disquinesia vesicular, 16 días posteriores en la reoperación se encontró colección de bilis subhepática. Concluimos que probablemente fuera secundario a una vía biliar accesoria. Caso no. 10. Se realizo colecistectomía por colecistitis aguda. Once días posteriores en la reoperación se encontró colección biliar y absceso subhepático, sin otra causa aparente. Caso no. 11. Se realiza antrectomía con gastroyeyunoanastomosis por estenosis Pílorica, 16 días posteriores en la reoperación se encontró perforación del colon transverso, diagnosticada como diverticulitis. Caso 12. Se realizo antrectomía con gastroyeyunoanastomosis tipo polya por ulcera duodenal 21 días después en la reoperación se encontró fistula de muñón duodenal, gastritis erosiva con sangrado profuso. Caso 13. Paciente que se le realiza vagotomía con piloroplastia por estenosis Pílorica, 20 días posteriores en la reoperación se encontró obstrucción del píloro sin encontrar causa evidente, se realizo gastroyeyunoanastomosis en asa. Este paciente requirió una segunda reintervención. Caso 13. Se realizo gastrectomía subtotal y hemicolectomía secundaria a cáncer gástrico. A los 6 días en la reoperación se encontró dehiscencia de anastomosis del colon. Concluimos dado el antecedente del cáncer y la edad del paciente (82 años) fueron causas determinantes de la evolución. Caso 14. Se realiza apendicectomía y 2 días posteriores en la reoperación se encontró obstrucción cerca de la válvula ileocecal secundaria a adherencias. Concluimos que fue consecuencia de la misma patología, dado el reporte de apendicitis fase IV, sin embargo llama la atención el periodo corto en tiempo para la formación de adherencias. Caso 15. Se realizo hemicolectomía derecha por lesión de proyectil de arma de fuego. Tres días posteriores en la reoperación se encontró adherencias laxas. Existe la posibilidad que la reexploración haya sido blanca, aunque el reporte comenta lo de las adherencias. Caso 16. Paciente femenino que es intervenido por enfermedad diverticular, a los 12 días en la reoperación se encuentra con adherencias firmes que ocasiona cuadro de oclusión intestinal. Requiere apoyo de NPT. Caso No. 17

Paciente que se interviene por cuadro apendicular, con obesidad importante, presenta al quinto día reoperación encontrando dehiscencia de sutura de aponeurosis y absceso de pared se realiza lavado de cavidad y pared con adecuada evolución.

En un análisis global de los 40 pacientes, 57.5% se considero como fallas en la técnica y factores asociados, 5% por hemorragia, 20% por infecciones y otros 42.5%. La evolución de estos pacientes se considero satisfactoria en 20 pacientes (50%), mortalidad de 6, (15%) evolución con secuelas (colostomias, hernias, alteraciones en el transito intestinal) en 3 pacientes, (7%), 8 pacientes necesitaron de una segunda reintervención (20%). La causa de mortalidad encontrada fue por sepsis abdominal en 4 pacientes (66.6%) y falla múltiple en 2 (33.3%).

La evolución de los 8 pacientes que requirieron una segunda reintervención 3 de ellos fallecieron, los otros 5 pacientes restantes, 1 con secuela ya comentado y 5 con evolución satisfactoria.

Algunos factores encontrados en todo el grupo de pacientes fueron: hipertensión arterial, tres casos; de cirrosis, un paciente; con cardiopatía, dos pacientes; con enfermedad pulmonar cuatro pacientes; obesidad ocho pacientes; 20 pacientes con edad superior a los 50 años, alteraciones hematológicas en un paciente.

Los padecimientos asociados, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cirrosis hepática, enfermedad obstructiva crónica, obesidad, edad superior a los 50 años y las alteraciones hematológicas son patologías que con mucho aumentan la morbi-mortalidad en estos pacientes.

En el campo de la cirugía y en especial, cirugía general se agrega una patología totalmente diferente donde se encuentran los pacientes con cirugía de repetición urgente. Dadas las características propias de estos pacientes y los factores que lo acompañan, obedece a complicaciones en una interrelación de varios factores.

La clave de la infección intraabdominal es la sepsis, según la descripción del doctor Fry et al. Debe de incluir alguno de los siguientes puntos: a) Temperatura superior a los 39 grados durante 5 días consecutivos; b) supuración visceral (es decir absceso) que requiera drenaje; c) reintervención para desbridar un foco infectado; d) uno o mas hemocultivos positivos, o e) un episodio de hipotensión. Las pruebas de laboratorio apoyan el diagnostico de los abscesos intraabdominales, existe elevación entre 10000 y 15000, así como las infecciones crónicas pueden causar anemia normocítica, no existe relación entre supuración aguda y el recuento de hematías.

La confirmación diagnostica del proceso abdominal incluye la exploración física y casi siempre, la realización de procedimientos radiológicos para localizarlo.

La radiografía de tórax es esencial en cualquier paciente con problemas abdominales agudos. Esta exploración permite demostrar mejor que otras la presencia de aire subdiafragmatico debido a neumoperitoneo. Excluye la presencia de enfermedad pulmonar causante de dolor abdominal referido, como en los casos de neumonía basal; puede demostrar la presencia de derrames pleurales simpáticos acompañado a enfermedad subdiafragmatica, así como demuestra la posición del diafragma, lo que puede ser muy importante en los casos en que se sospecha rotura de este.

La mayor parte de los cuadros de obstrucción intestinal se pueden estudiar bien con las radiografías de abdomen en posición de supino y bipedestación en decúbito laterales

con rayo horizontal, bien por que el paciente no pueda soportar la posición de bipedestación o bien por que se quiera completar su estudio. Estas radiografías van a servir para demostrar la relación que existe entre el líquido y el aire intestinal, su distribución, que segmentos del intestino están distendidos, si existe o no fijación de asas intestinales y el estado dinámico del intestino.

La administración de contraste por vía oral no plantea problemas si la obstrucción es de delgado, por lo que su uso esta indicado en enfermos que con cuadro radiológico dudoso en radiografía simple. Por el contrario, en caso que, por el examen de estas, se sospeche obstrucción del colon, la técnica exploratoria de elección es el enema opaco, para tratar de definir la localización y la etiología de la obstrucción. Este enema debe ser realizado de urgencia, ya que acorta el tiempo preoperatorio, permite al cirujano escoger la técnica más idónea y reduce las complicaciones posteriores.

El uso de Ultrasonido ha supuesto un importante paso en la detección de los abscesos abdominales. Su capacidad para localizar y definir con precisión las colecciones líquidas, convierten al US en una exploración particularmente apropiada para detectar abscesos intraperitoneales.

La TAC es de gran utilidad en el estudio del hemoperitoneo traumático. Su distribución abdominal sigue las localizaciones ya descritas previamente. La TAC es muy útil en la demostración de afectación esplénica, hepática, del riñón, así como en las lesiones retroperitoneales. No solamente localiza bien la presencia de fracturas parenquimatosas, difíciles de ver en radiografías simples, sino que puede demostrar la presencia de hemorragias en las regiones presacras y de la pelvis.

Al analizar los pacientes por grupo de diagnóstico y en el periodo referido, se observo una mortalidad elevada en algunos grupos como es el caso de los pacientes intervenidos en las vías biliares con una mortalidad de 1.83% aunque se incluye a los pacientes que se les realiza exploración de vías biliares (EVV) que son el número muy pequeño; la mortalidad debe de ser por debajo de del 1%(15) . Dentro del grupo de laparotomías, observamos una mortalidad del 17.2%, en este grupo se incluye a los pacientes con traumatismo de abdomen (abierto y cerrado), y pacientes que en su mayoría padecen de patología que afectan por sí mismo el estado general, como es pancreatitis aguda, trombosis mesentérica, problemas oclusivos, sangrado de tubo digestivo y otras causas que en su mayoría son de urgencia. A pesar del diagnóstico múltiple, consideramos que la mortalidad es elevada en relación con otros reportes, donde la mortalidad no supera el 10 %(8, 11, 18, 21,22). En el grupo de cirugías de hiato, se aprecia una mortalidad del 2.3 % (una paciente), es elevado dados los reportes sostienen una mortalidad cercano al 0%(16), el grupo de pacientes con apendicectomía, la mortalidad es de 0%, lo que concuerda con la literatura (20). En el grupo de cirugías por enfermedad ácido péptico, con mortalidad del 6.06 % se encuentra elevado si se toma en cuenta que la mayoría de los pacientes fueron cirugía electiva (8, 9,11).En el grupo de pacientes con mortalidad de 8.3 %, concuerda con la mayoría de los reportes (22), dado que en este grupo se incluye a los pacientes de alto riesgo como son los pacientes con padecimientos neoplásicos, edad avanzada, enfermedades hepáticas (17, 19,22). La mortalidad de los grupos referidos, no necesariamente refleja consecuencias de la cirugía, ya que pudieron ser por otras causas ajenas de las cuales no fue el objetivo analizar el presente estudio. Los pacientes que fueron sometidos a una reintervención urgente, representa el 2.4 %, cifra ligeramente elevada en relación con el reporte de James G5. Quien publica el 1.6 % de reintervenciones

del total de laparotomías, y por debajo de la cifra referida (4%) por Gutiérrez Samperio, 6 aunque este último incluye en su estudio, pacientes provenientes de otros servicios como es el caso de dos pacientes ginecoobstétricos y urológicos.

En el análisis por hallazgos encontramos un alto índice de fracasos técnicos (57.5%) que en teoría, es posible superarlos. La infección y hemorragia, totalizan un 25 % y otras causas en las que se considero como factores propios del paciente y su patología, representó un 42.5 %, como son el caso de esplenectomía con alteraciones hematológicas, padecimientos neoplásicos y otros. En el grupo de estudio con 22 mujeres y 18 varones, con edad media de 53 años, se encontró que aquellos que se detectaba tempranamente un proceso que fuera posible su solución con una reoperación, prolonga de manera importante su estancia hospitalaria (rango 8 a 66 días), media de 31.2 días, cifra muy elevada en comparación con aquellos pacientes que no requieren reoperación; no mayor de cinco días en términos generales. Cerca del 25% de los pacientes recibieron apoyo en la Unidad de Terapia Intensiva, lo que aumenta significativamente, el costo para el soporte de los mismos, aunque de los 10 pacientes que recibieron apoyo en esta unidad falleció la mitad (3 pacientes) la importancia de este apoyo es inobjetable. Se encontró un ligero aumento en reoperación en los pacientes que provenían de una cirugía urgente (3.8 %) en relación a los pacientes con cirugía electiva (1.8 %) se aprecia una mayor cifra de mujeres en cirugía de repetición (4.8 %) en relación a los hombres (1.3%). La mortalidad global en la primera reintervención es de 3 pacientes (50 %); 5 pacientes evolucionaron con serias secuelas y la mayoría de ellos pendientes de reoperación electiva, 20 pacientes (50%) evolucionan en forma satisfactoria

Con secuelas prácticamente nulos, 8 pacientes (3.9%) requirieron de una segunda reintervención urgente, de los cuales su evolución fue fallecimiento en tres casos (34.1%) y un paciente vivo con serias secuelas que representa un (34.1%), aunque el grupo es solamente de 3 pacientes, la mortalidad es muy elevada en comparación con el reporte de Gutiérrez Samperio, quien refiere 30.4 %. Globalizando la evolución de los 40 pacientes en estudio, encuentra una mortalidad de 6 pacientes que representa el % de los cuales, 3 de ellos son mayores de 50 años de edad, y tres de ellos menores, lo que demuestra que la edad es un factor determinante como lo establece James G. La causa de muerte encontrando fue sepsis abdominal con falla orgánica múltiple en 4 casos (66%) y en un paciente, falla orgánica múltiple en (33 %) ocho pacientes vivos evolucionan con varias secuelas pendientes de una reoperación electiva en la mayoría de ellos. 20 pacientes (50%) de los pacientes con cirugía de repetición abdominal urgente, evolucionan satisfactoriamente; el restante (50%), el pronóstico es incierto ya sea con serias secuelas o bien el fallecimiento.

COMENTARIO.

Es importante mencionar que en el grupo de pacientes estudiados (944) no se estudio algunos aspectos muy importantes, la mortalidad reflejada en cada grupo por diagnóstico , se desconoce la relación entre la intervención quirúrgica y el fallecimiento (30 días). El grupo de pacientes reoperados urgentemente, 40 casos es pequeño lo que amerita ampliación del periodo de estudio y así poder tener un mayor valor estadístico.

La cirugía de repetición urgente ya es una entidad nosológica bien establecida, lo que obliga al cirujano a la formación de un buen criterio y juicio clínico, la evolución sombrío de estos, ofrece una mayor importancia a todos los procedimientos preventivos tendientes a evitar dicha complicación. También es importante mencionar analizar más a fondo los factores asociados en este grupo de pacientes, como coadyuvantes en la morbimortalidad, tarea que deberá ser realizada de una manera multidisciplinaria. En este estudio tampoco se tomo en cuenta el factor "riesgo anestésico" que por sí mismo es significativo; la mayor dedicación preoperatorio, transoperatoria y posoperatoria de parte de los anestesiólogos a los pacientes, ofrecerá mejores pronósticos al enfermos: ya que se observa mortalidad en periodo trans y posoperatorio inmediato que muy probablemente es posible evitarlo. También es importante mencionar las carencias importantes en el hospital, como es; un servicio completo de laboratorio las 24 horas del día, un servicio de radiología que no alcanza cubrir las necesidades de un hospital; no se cuenta con el servicio de endoscopia a cualquier hora del día; así mismo el acceso a los estudios topográficos es lejano, y muy frecuentemente la disposición a ejecutarlo.- De contar con lo más mínimo de cada aspecto mencionado permanentemente, la calidad en la atención debe ser mejor lo que se debe de reflejar en la evolución de los pacientes. Los factores económicos de nuestra institución son determinantes. Es importante presentar nuevos protocolos de estudios tendientes a descifrar todos los aspectos no valorados y de ser posible prolongar el estudio: el objetivo del cirujano debe ser evitar, hasta donde sea posible las reintervenciones quirúrgicas, lo que se puede lograr estudiando íntegramente al enfermo. Corrigiendo en el preoperatorio los problemas nutricionales, infecciosos, cardiovasculares, respiratorios y en otros aparatos. Utilizando en la intervención quirúrgica una técnica depurada, evitar la isquemia y traumatismo de los tejidos, hacer una hemostasia minuciosa, conocer la indicación precisa de drenajes y cerrar la pared respetando los planos que son factores de riesgo para la dehiscencia y eviseracion si no se hacen de forma adecuada, evitar la contaminación y dejar puntos de contención cuando se tema una eventración. El manejo postoperatorio es tanto o más importante que la intervención quirúrgica, la succión gástrica nutrición del enfermo, su movilización y correcto manejo de la herida, movilización y retiro de las canalizaciones en el momento adecuado, puede evitar muchas complicaciones.

Este estudio es una muestra clara de la importancia de una primera cirugía libre de complicaciones, ya que además de poner en riesgo la vida y futuro de los sobrevivientes; el costo beneficio en la atención a este grupo es muy elevado.

Referencias

1. Starlinger F Die Relaparotomie. Berlin: W. De Gruyter, 1954
2. Lowdon AGR Emergency re-operation in abdominal surgery. Jroy Coll Surg edin 1959, 4:291-304
3. Lorenc J. Early urgent relaparotomy in abdominal surgery. Int Surg 1969, 51: 433-437
4. Driver T Kelly GL, Eiseman B. Reoperation after abdominal trauma. Amj Surg 1978. 1978; 135; 747-750.
5. James G Re – operation for intra-abdominal Sepsis. Ann Surg, 1984, Vol. 199. N. 31-36
- 6.- Gutiérrez Samperio; Reintervención quirúrgica urgente; fisiopatología quirúrgicas del aparato Digestivo, 1988; 402-410.
7. Donald E Fry, cirugía abdominal de Repetición; Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Tomo 1
8. Sverre E Mas; Six year Results of a Prospective, Randomized Trial of selective Proximal Vagotomy with a Whithout Pyloroplasty in tha treatment of gastric and duodenal ulcer; Cirugía. 1992; 41(1):19-31.
9. Duca-s; late reinterventios after the surgical treatment of gastric and duodenal ulcer; Chirurgia. 1992; 41(1):19-31
- 10 L-N; Traumatic external gastrointestinal fistula; Chung-Hua-wuai-Ko-Tsa-Chih. 1992; Sep 30(9) :556-8. 573.
11. J Lynwood; Experience with Vagotomy-Antrectomy and Roux-En-Y Gastrojejunostomy in Surgical Treatment of Duodenal, Gastric, and Stormal Ulcers, Ann Surg. Vol. 199, May 1984; 590-596
12. Lillemoe; Cholangiography in laparoscopic Cholecystectomy, And Surg; June 1992; Vol 21.5 (6) :668-674
13. G. Branumm. Management of Major Biliary Complications After Laparoscopic Cholecystectomy; Ann Surg, 1993; Vol. 217(5); 532-541.
14. Lee; Complications of laparoscopic cholecystectomy; am-J-Surg; 1993 April 165(4); 527-32.
15. Thomas R Colelitis of laparoscopic cholñesistectomy; Am-J-Surg, 1993 April 165(4) 527-32

16. Markku Luostarinen ; Nissen Fundoplication for Reflux Esophagitis; Ann Surg, 1993; Vol. 217 (4) ;329-337
17. George Musser; Splenectomy for Hermatologic Disease;Ann Surg 1984; Vol. 200(1);40-45.
18. William Browder. Acute Pancreatitis of Unknown Etiology in the Eldery; Ann Surg; 1993; Vol. 217 (5);469-475.
19. Masanori Sugiyama; Treatment of Choledocholithiasis in Patiens with Liver Cihhosis; Ann Surg; 1993; Vol. 218(1):68-73
20. Seymour I Shwartz; Apéndice; Principios de Cirugía; 5a Edición; Vol 2;1991;1173-1183
21. H Leon Pachter; Significants Trens in the treatment of hepatic Trauma: Ann Surg;1992; Vol 215(5);492-499
22. M. Rorbaeck- Madsen; General suirgery in patiens aged 80 years and older. Br. J Surg. 1992; Vol. 79, Novenver 1216-1218
23. Niggebrugge A, Trimbos J, et al.. Un estudio Aleatorizado." The Lancet 353:1563-1567, May 1999

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**