

11209
113
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO
" LA RAZA "

MANEJO POSTOPERATORIO DEL ABDOMEN SIN DRENAJE INTRAPERITONEAL.
ESTUDIO COMPARATIVO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A



DR. JUAN CARLOS ROSALES AVALOS

IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

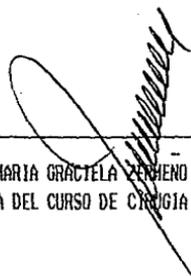
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

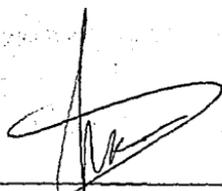


DR. ANTONIO ALBARRAN GARCIA
MEDICO JEFE DE SERVICIO



DRA. MARIA GRACIELA ZEPENO GOMEZ
TUTORA DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL

DR. EMILIO ESCOBAR PICASSO
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEMANZA E INV.



DR. DAVID JUAREZ CORONA
ASESOR DE TESIS

11209
113
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital General Centro Médico "LA RAZA"

*Manejo Postoperatorio del Abdomen sin drenaje intraperitoneal.
Estudio Comparativo*

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. JUAN CARLOS ROSALES AVALOS

MEXICO, D.F. FEBRERO DE 1995

INVESTIGADOR Y RESPONSABLE DEL PROYECTO:

DR. DAVID JUAREZ CORONA

COLABORADORES:

* ***DR. JUAN CARLOS ROSALES AVALOS***

DR. SAMUEL SENTIES CARBAJAL

DR. FRANCISCO GOMEZ BAUTISTA

DR. RODOLFO PADILLA GOMEZ

A DIOS

Porque a pesar del olvido en que
le he tenido.
El no me ha abandonado nunca.

A MIS PADRES

Por el cariño con que me han
sabido guiar hasta la realización
de mis ideales y el apoyo que me
brindaron en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

..... Al Dr. David Juárez Corona, sin cuya valiosa intervención no hubiera sido posible la realización de este trabajo, por su asesoría y por el tiempo que generosamente me brindó.

..... A todos mis maestros, que con paciencia y desinterés me han transmitido su experiencia y su sabiduría con el anhelo de hacer de mí un buen profesionista.

..... A mis pacientes, todas aquellas personas que afectadas por alguna enfermedad constituyeron para mí, fuente de enseñanza inagotable y que noblemente depositaron su confianza para la solución de su problema.

..... Al IMSS y particularmente al H.G.C.M. La Raza, por haberme proporcionado los medios necesarios para la realización de una especialidad médica que me permitirá abrirme camino a través de la vida.

**MANEJO POSTOPERATORIO DEL ABDOMEN SIN
DRENAJE INTRAPERITONEAL**

ESTUDIO COMPARATIVO

INDICE

Indice	Página
Planteamiento del problema	1
Recursos Humanos y Factibilidad	2
Diseño Experimental	3
Objetivo	4
Hipótesis	5
Introducción	6
Material y métodos	7
Resultados	9
Comentarios	19
Conclusiones	22
Referencias bibliográficas	23

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento del problema:

La mayoría de los procedimientos quirúrgicos permiten al cirujano esclarecer las diferentes tendencias para el manejo postoperatorio de los pacientes, el uso de los drenajes es una práctica controversial toda vez que no ha demostrado ser totalmente de utilidad e incluso no justificado en base a la fisiología y anatomía del peritoneo impidiendo su adecuado funcionamiento e incluso modificando la respuesta peritoneal a la agresión bacteriana o química.

El principal antecedente que tenemos de su ineficacia se desprende de la observación de dos grupos clínicos con sepsis intrabdominal con seguimiento en esta institución, en el cual observamos que el curso de los pacientes no sólo es diferente usando drenajes o no, si no que incluso en el grupo con empleo del dren, la morbilidad fue muy superior y con significancia estadística comprobada.

RECURSOS HUMANOS Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos y Factibilidad:

Colaborarán los médicos del IMSS que se encuentren adscritos al servicio de Cirugía General del HGR No. 25, cada uno de ellos desempeñará las labores correspondientes a su categoría, las cuales desarrolla en forma habitual.

El estudio es posible de realizar, puesto que no requiere de instalaciones o equipo especial, los recursos necesarios se encuentran disponibles habitualmente. No se requieren modificaciones de las actividades diarias del servicio ni del personal que ahí labora.

La probabilidad de obtener una muestra aceptable de pacientes es elevada, dado el tipo de patología que ahí se maneja.

El protocolo no requiere de donación alguna.

DISEÑO EXPERIMENTAL

Estudio:

Comparativo, Prospectivo.

Análisis estadístico:

Se utilizará la X^2 con el sistema 2 X 2 en base a:

- I.- Buena evolución = sin complicaciones
- II.- Mala evolución = con complicaciones

1	Montaje e instrumentación	
2	Desarrollar técnicas	
3	Obtención de datos	
4	Análisis de resultados	
5	Presentación del informe técnico final	

OBJETIVO

Objetivo:

Demostrar con un estudio comparativo que el peritoneo puede ser manejado en el postoperatorio sin drenajes peritoneales, no modificándose la evolución de los pacientes.

HIPOTESIS

Hipótesis:

Es realmente justificado el uso de drenajes en el manejo postoperatorio de los pacientes con cirugía abdominal.

Introducción:

El uso cotidiano de drenajes en cirugía es una práctica controversial que ha obligado a muchos autores a realizar estudios tendientes a mejorar la efectividad funcional (1), e incluso a demostrar si realmente son necesarios en el manejo postoperatorio (2), en muchos de los casos son enumeradas las complicaciones de su uso, no encontrando una justificación científica para colocarlos (3), su uso en cirugía por sepsis intrabdominal, colecistectomía, esplenectomía, etc., realmente no ha podido ser justificado plenamente (2, 4-7).

Esta insuficiente efectividad del dren ha obligado a la modificación constante de los sistemas de drenaje desde el simple penrose hasta sistemas cerrados o combinaciones de tubos y penrose (1,8), en realidad el principal argumento para no usarlos radica en las condiciones anatómicas y funcionales del peritoneo, así como en la evidencia de que no se trata de un método inocuo, el cual representa por sí solo un riesgo asociado de complicaciones derivadas de su uso (9-12).

MATERIAL Y METODO

Pacientes:

Se incluirán al azar los pacientes sometidos a cirugía abdominal que ingresan al HGR No. 25 entre el período del 1o. de marzo de 1990 al 31 de mayo de 1994.

Todos los pacientes serán incluidos en dos grupos aleatorios: en el grupo I se incluirán los pacientes en quienes se colocó drenaje para mantenerlo en el postoperatorio y en el grupo II, los pacientes sin drenaje.

Serán excluidos los pacientes con sepsis muy severa (repercusiones sistemáticas de gravedad), dado que en ellos el uso o no de drenajes no modifica la letalidad, también se excluyen los pacientes con pancreatitis grave con la misma justificación, finalmente se excluyen los pacientes con fístulas gatrointestinales, en los cuales se justifica el uso del drenaje externo para mantener la fístula controlada y evacuar el líquido hacia el exterior.

MATERIAL Y METODO

Metodo:

Los pacientes incluidos en ambos grupos serán analizados: edad, sexo, tipo de cirugía; electiva o de urgencia, operaciones realizadas, reintervenciones: si las hubo, complicaciones postoperatorias y mortalidad en base a la evolución: buena = sin complicaciones; mala = con complicaciones.

El análisis estadístico será en base al promedio, mínima y máxima para la edad y porcentajes para sexo, complicaciones, tipo de cirugía, cirugía realizada y reintervenciones, la significancia en la morbilidad será calculada con la χ^2 con el sistema 2 X 2 en base al análisis de la evolución, acorde a: pacientes con complicaciones = mala evolución, sin complicaciones = buena evolución.

RESULTADOS

Resultados:

Se incluyeron 137 pacientes en este estudio, los cuales se distribuyeron en dos grupos:

Grupo I: sin el uso de drenaje intrabdominal.

Grupo II: con drenaje intrabdominal

En el grupo I observamos la evolución de 57 pacientes, 41.6% (N=137), 30 de estos pacientes correspondieron al sexo masculino (52.63% (N=57)) y 27 al sexo femenino (47.36% (N=57)); la edad promedio fue de 35.33 años con máxima de 87 años y mínima de 15 años.

Los diagnósticos preoperatorios de los pacientes se enlistan en la Tabla I.

RESULTADOS

TABLA I

Diagnósticos preoperatorios de los 57 pacientes manejados sin drenaje intrabdominal.

Diagnóstico	N	%
Apendicitis complicada	33	57.8
Colecistitis	4	7.0
Trauma penetrante de abdomen	3	5.2
Piocollecisto	3	5.2
Embarazo ectópico roto	2	3.5
Oclusión intestinal	2	3.5
Úlcera péptica hemorrágica	1	1.7
Volvulus de ciego	1	1.7
Cáncer gástrico	1	1.7
Piosalpins	1	1.7
Contusión abdominal	1	1.7
Hidrocolecisto	1	1.7
Cáncer de colon	1	1.7
Miomatosis uterina	1	1.7
Desconexión cólica	1	1.7
Diverticulitis de Meckel	1	1.7
Total	57	100

RESULTADOS

TABLA II

Lista de cirugías realizadas en 57 pacientes del grupo I, manejados sin drenaje intrabdominal.

Cirugía	N	%
Apendicectomía	33	57.8
Colecistectomía	8	14.0
Salpingectomía	3	5.2
Liberación de adherencias, resección intestinal y anastomosis	2	3.5
Laparotomía exploradora	2	3.5
Resección intestinal y anastomosis	1	1.7
Hemostasia, vagotomía troncular y piloroplastía	1	1.7
Resección cólica y colostomía	1	1.7
Gastrectomía subtotal	1	1.7
Esplenectomía	1	1.7
Hemicolectomía derecha con ileotransversoanastomosis	1	1.7
Histerectomía	1	1.7
Cierre de colostomía	1	1.7
Cierre primario de intestino delgado	1	1.7
Total	57	100

RESULTADOS

En el grupo de pacientes sin drenaje intrabdominal sufrieron complicaciones 5 pacientes, que corresponden al 8.7% de los casos, cuatro de ellos (7% (N=57)) presentaron infección de la herida quirúrgica, 1 (1.7% (N=57%)) de los pacientes hematoma de la herida, la mortalidad de este grupo fue de 0% ya que no se presentaron descensos.

En el grupo II se incluyeron 80 pacientes que corresponden al 58% de la muestra, los cuales fueron manejados con drenaje intrabdominal postoperatorio, 52 de ellos corresponden al sexo masculino (65% (N=80)) y 28 al sexo femenino (35% (N=80)), la edad promedio fue de 43.3 años con una máxima de 86 y mínima de 17 años.

Los diagnósticos de los 80 pacientes de este grupo se enlistan en la tabla III y las operaciones practicadas se enumeran en la tabla IV.

RESULTADOS**TABLA III**

Diagnóstico de los 80 pacientes del grupo II manejados con drenaje intrabdominal postoperatorio.

Diagnóstico	N	%
Apendicitis complicada	26	32.5
Colecistitis	23	28.7
Herida penetrante de abdomen	7	8.7
Úlcera perforada	4	5.0
Piocolocisto	3	3.7
Cáncer gástrico	3	3.7
Desconexión entérica	2	2.5
Hernia hiatal	2	2.5
Contusión abdominal	2	2.5
Oclusión intestinal	1	1.2
Volvulus de sigmoides	1	1.2
Apendicitis aguda no complicada	1	1.2
Embarazo ectópico roto	1	1.2
Piosalpínx derecho	1	1.2
Desconexión cólica	1	1.2
Hidrocolecisto	1	1.2
Total	80	100

RESULTADOS**TABLA IV**

Cirugías realizadas en los 80 pacientes del grupo II manejados con drenaje intrabdominal postoperatorio.

Cirugía	N	%
Colecistectomía	27	33.7
Apendicectomía	24	30.0
Cierre primario y parche de epiplón	4	5.0
Resección intestinal y entero anastomosis	4	5.0
Hemicolectomía derecha con ileostomía	3	3.7
Colostomía	3	3.7
Cierre de ileostomía	2	2.5
Gastrectomía subtotal	2	2.5
Funduplicatura Nissen	2	2.5
Salpingectomía	2	2.5
Liberación de adherencias, resección y anastomosis intestinal	1	1.2
Cierre de diafragma y estómago	1	1.2
Cierre primario de intestino delgado	1	1.2
Gastrectomía total	1	1.2
Cierre de colostomía	1	1.2
Vagotomía troncular y pilorosplastía	1	1.2
Hepatorrafia	1	1.2
Total	80	100

RESULTADOS

La morbilidad en el grupo con drenaje intrabdominal fue de 18.75% (15 de 80), las complicaciones que se presentaron en los 15 pacientes fueron:

Infección de la herida quirúrgica en 10 pacientes (12.5%), infección del orificio del dren, 5 pacientes (6.25%), eventración, tres pacientes (3.75%), absceso residual, dos pacientes (2.5%), dehiscencia de anastomosis y peritonitis en un paciente (1.2%) y absceso de pared abdominal en un paciente (1.2%).

En la tabla V se desglosa el cálculo de la χ^2 con la tabla 2 X 2 para el cálculo de la significancia en base a: Buena evolución = sin complicaciones y mala evolución = con complicaciones.

La mortalidad de este grupo fue del 0% ya que no hubo descensos.

RESULTADOS

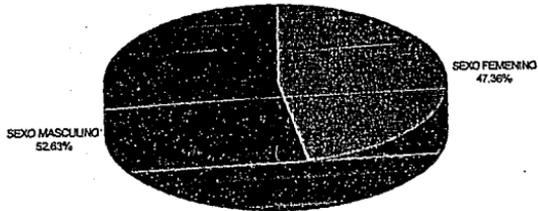
TABLA V

Evaluación comparativa de ambos grupos en base a la evolución:

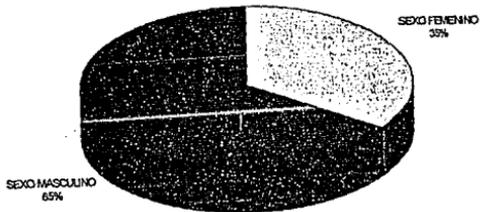
	SIN DRENAJE	CON DRENAJE	TOTAL
Mala evolución	5	15	20
Buena evolución	52	65	117
TOTAL	57	80	137

El resultado de 2.65 con χ^2 crítica = a 0.05 y un grado de libertad, demuestra que existe significancia estadística en ambos grupos, siendo mayor la morbilidad con el uso del drenaje intraperitoneal.

RESULTADOS

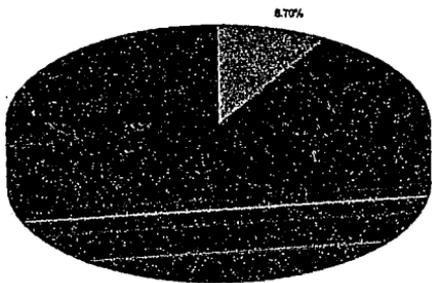


Grupo I sin drenaje intrabdominal
Distribución por sexo

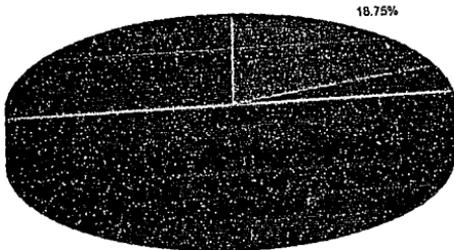


Grupo II con drenaje intrabdominal
Distribución por sexo

RESULTADOS



Grupo I sin drenaje Intrabdominal
Porcentaje de complicaciones



Grupo II con drenaje Intrabdominal
Porcentaje de complicaciones

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

COMENTARIOS

Comentarios:

Existe gran controversia en el uso del drenaje intrabdominal, es generalmente concebido el dogma de la necesidad imperativa de drenar la cavidad abdominal para evitar colecciones indeseables (1-3, 13) sin embargo, estudios tan antiguos como el de Yates et.al. y cols (citado en 14 y 15), en el cual se muestran las deficientes cualidades del drenaje y conceptos tajantes como el del Dr. Charnes Mayo (citado en 13) en 1921 en el cual menciona "Más y más yo cierro el abdomen sin drenaje", se enfatiza sobre todo la tendencia a demostrar que el uso del drenaje es innecesario e inútil en muchos y contraponen evidencias científicas a la sugerencia de Den Besten et. el. de que algunos procedimientos quirúrgicos como la colecistectomía son inaceptables legalmente sin el uso del drenaje (citado en 13).

Este estudio pretende demostrar que existen múltiples procedimientos quirúrgicos, entre los cuales se incluye la apendicectomía, la colecistectomía, trauma abdominal, sepsis intrabdominal y hemoperitoneo, los cuales pueden ser manejados sin drenaje, con una evolución adecuada y baja morbilidad tratando de eliminar la inseguridad del cirujano al usar el penrose o cualquier otro tipo de drenaje.

El drenaje en colecistectomía resulta de poca utilidad (4-6, 13-14, 16-17) y potencialmente influenciante en la morbilidad (6, 18-22).

COMENTARIOS

Nosotros observamos la tendencia al uso más frecuente del drenaje después de colecistectomía, mostrándose como un procedimiento asociado y sin indicación precisa (13), la evidencia de un aumento en las colecciones subhepáticas y la inhabilidad del dren por el epiplón u órganos adyacentes ha sido demostrada y explicada por la acción como cuerpo extraño del drenaje (13, 14, 23-25). En estos casos debe considerarse el drenaje como un método no perfecto y que requiere de precauciones (26).

Otros puntos ya mencionados y controversiales también son las sepsis intrabdominal y la esplenectomía, en la primera es notorio que en muchos de los casos disfunciona rápidamente y sobre todo que produce una falsa sensación de seguridad en el cirujano al utilizarlo, retrasando en muchas ocasiones la reintervención (3-5), y provocando complicaciones como la contaminación con los drenajes externos (1), o falla anastomótica (10), e incluso potencializando la sepsis de la herida quirúrgica (12), existe también la evidencia de que las posibilidades de evacuación completa no son posibles acorde a lo mencionado por Mikulicz (referido en 11) y mostrados con nuestra serie al analizar las complicaciones presentes en el grupo con drenaje, sepsis intrabdominal, dehiscencia de anastomosis, absceso residual y contaminación del trayecto del dren con infección asociada.

COMENTARIOS

Incluyendo el 18.5% de infecciones en la herida quirúrgica comparado contra el 7% de los pacientes sin drenaje.

El análisis estadístico global es bastante objetivo, mostrando una diferencia sustancial y estadísticamente significativa, mostrando que el drenaje en estos casos no sólo es innecesario, si no en mucho de ellos, contraproducente.

CONCLUSIONES

Conclusiones:

Realizamos un estudio comparativo para demostrar la ineffectividad del drenaje en cirugía abdominal, los resultados son determinantes en grupos semejantes de pacientes, en los cuales la presencia de complicaciones es mayor con el uso de drenajes, mostrando estadísticamente que existe una influencia directa sobre la morbilidad en esta casuística.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Referencias Bibliograficas:

1. Raves, J.J.; Slifkin M.; Dianónd D; Bacteriologic study comparing closed subtion and simple conduit drainaje: Am. sur. 1984: 148; 618..
2. Haller J.A.; Shaker I.J.; Donahoo J.S.; Schnanfer L.; White J.J.: Peritoneal vs non Peritoneal drainage for generalized peritonitis from ruptured appendicitis in children: Ann Surg: 1973, 177:595.
3. Duthie H.L.: Drainage of the abdomen: New Engl. J. Med.: 1972: 287; 1081.
4. Budd D.C.; Cochran R.C.; fouty W.J.: Cholecystectomy with and without drainage. Am J. Surg; 1982; 143;307.
5. Monson J.R.T. Mc Fie J.; Irving H.; Keane F.V.B.; Brennan t.G.; Tanner W.A.; Influence of intraperitoneal drains on subhepatic collection following cholecystectomy: A prospective clinical trial Br. J. Surg: 1986: 73;993.
6. Baraldi V.; Macellari G.; David P.: Cholecystectomy without drainage a dilema. Am. J. Surg; 1980; 140;658.
7. Carmichael J.; thomas W.O.; Dillard D.; Luterman A.; Ferrara J. J.; Indications por placement of drains in de splenic fossa: Am. Surg; 1990: 56;313.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

8. Okudaira Y.; Sugimachik K.; Matsumata T.; Hanawa S.:
Combined penrose and silicone drains provide excellent drainage:
Surg Gynecol Obstet 1987: 165;449.
9. Monson J.L.: Tratamiento de la sepsis intrabdominal; Clin Quir
Nort Am 1991: 6;1229.
10. Manz C.W., La Tendresse Ch., Soko Y.: Detrimental effects of
drains on colonic anastomosis: An experimental study; Dis Col
Rec: 1990: 13;17.
11. Hanna E.A.; Efficency of peritoneal drainage; Surg Gynecol
Obstet; 1970: 131;983.
12. Magge Ch.; Rodeheaver C.T.; Golden G.T.; Fox J.; Edgerton
M.T.; Edlich r.f.; Potentration of wound infection by surgical drains.
Am J. Surg: 1976: 131;547.
13. Monson J.R.T., Guillou P.J., Keane F.B.V., Tanner W.A.,
Brennan T.G., Cholecystectomy is safer without drainage. The
results of prospective, radomized clinical trial SURGERY 1991;
109;740.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

14. Gilsdorf J.R., Phillips M., Mcleod M.K., Harness J.K., Hoversten G.H., Woodbury D., Daley K., Radionuclide evaluation of bile leakage and the use of subhepatic drains after Cholecystectomy
Am. J. Surg. 1986; 151;259.
15. Walsh M.J., Chiasson P., Hedderich G., Wexlar M.J., Meakins J.L., Técnica con malla de marlex y cierre de cremallera (zipper) para tratar infecciones intrabdominales; Clin Quir. N.A.; 1988; 68;27.
16. Trownbridge P.E., A randomized study of Cholecystectomy with and without drainage; Surg Gynecol Obstet; 1982; 155;171.
17. Kambouris H.a., Carpenter W.S., Allaben R.D., Cholecystectomy without drainage; Surg Gynecol Obstet; 1973; 137;613.
18. Ross F.P., Quinlan R.M., Eight Hundred Cholecystectomies; A plea for fewer drains Arch Surg; 1975; 110;721.
19. Edlund G., Gedda S., Vanderlinden W., Intraperitoneal drain and nasogastric tubes in elective cholecystectomy; A controlled clinical trial; Am. J. Surg; 1979; 137;775.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

20. Goldberg I., M., Goldberg J., P., Lechty R., D., Cholecystectomy with and without surgical drainage Am. J. Surg.; 1975; 130;29.
21. Farha G., J., Chang F., C., Matthews E., H., Drainage in elective cholecystectomy; Am J., Surg 1981; 142;678.
22. Tobias S.; Cholecystectomy without drainage; Am Surg 1983; 50;536.
23. Broome A., E., Hansson L., C., Tyger J., F., Efficiency of various types of drainage of the peritoneal cavity an experimental study in man; acta Chir Scand; 1983; 149;53.
24. Van Der Linden W., Kenpi V., Gedda S., A radionuclide study of the effectiveness of drainage after elective cholecystectomy Ann surg 1981; 193;155.
25. Gordon A., B., Bates T., Fiddian R., V., a controlled trial of drainage after cholecystectomy Br. J., Surg., 1976; 63;278.
26. Irwin S., t., Moorehead R., J., Parns t., G., Effect of drainage of subhepatic collections and respiratory function after elective cholecystectomy; Br. J. Surg; 1988; 75;476.