

11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA** 52  
**DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA 26j

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

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

REINTERVENCION ABDOMINAL URGENTE

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. DAVID HERNANDEZ PEREZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1993 - 1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



*[Handwritten signature]*

Dr. Jaime Soto Amaro  
Coordinador de Cirugía y Profesor titular del curso de Cirugía General.

*[Handwritten signature]*

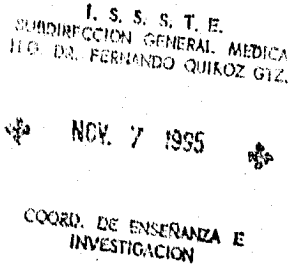
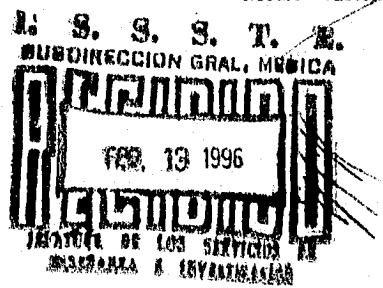
Dra. Ma. Eugenia Espinoza Pérez  
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación.

*[Handwritten signature]*

Dr. Rodolfo Prado Vega  
Coordinador de la Comisión de Investigación.

*[Handwritten signature]*

Dr. Roberto Rojas Paredes  
Médico adscrito al servicio de Cirugía General.  
Asesor de Tesis.



H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez. México D.F. Octubre 1995.

**En memoria de todos los pacientes que requirieron manejo médico quirúrgico a quienes muchos de ellos logramos mejorar sus condiciones y otros en quienes no tuvimos la posibilidad. De todos ellos obtuvimos aprendizaje, experiencia con aplicación futura. Siempre en nuestra memoria.**

**David Hernández Pérez**

## **CONTENIDO**

Prefacio

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Introducción            | 1  |
| Antecedentes históricos | 3  |
| Objetivos               | 7  |
| Hipótesis               | 8  |
| Material y métodos      | 9  |
| Resultados              | 11 |
| Cuadros                 | 19 |
| Gráficas                | 22 |
| Conclusiones            | 35 |
| Comentarios             | 38 |
| Referencias             | 41 |

## *PREFACIO*

"El criterio clínico frecuentemente significa la búsqueda de un plan de acción en el cuidado del paciente, cuando el médico dispone una base de datos incompleta. En ningún área de la cirugía general el criterio clínico es más importante que en la cirugía abdominal de repetición, ya que hay relativamente pocos datos publicados que se refieran específicamente a la cirugía urgente de repetición, posterior a complicaciones de un procedimiento que se practicó horas o días antes. La cirugía de repetición aguda suele realizarse en caso de hemorragias, infección o fracasos técnicos. Publicar o exponer esta reoperación representaría lavar la -ropa sucia- en casa, y esto se hace con renuencia.

El criterio clínico alcanza un significado mayor cuando se practica reoperación remota después de cirugías complicadas o fracasadas realizadas en años anteriores. Aunque un gran número de estudios puede referirse a procedimientos previos, el carácter similar y complejo de las circunstancias de cada paciente hace casi imposible la aplicación de estándares uniformes de conducta."<sup>7</sup>

La necesidad de reoperación aguda no significa que el procedimiento original sea equivoco pero si, puede representar problemas técnicos.

"La información que aquí se expone no tiene la intención de centrarse en consideraciones litigiosas u hostiles, sino que representa el objetivo de lograr una mejor calidad de los cuidados quirúrgicos, en el futuro."<sup>7</sup>

DAVID HERNANDEZ PEREZ

Residente en cirugía general

## *INTRODUCCION*

Cualquier actividad que el ser humano realiza en su vida cotidiana, se enfrenta continuamente a riesgo de fracasos y éxitos. El hombre nunca termina de aprender. El médico que enfrenta los problemas de salud de sus pacientes, apesar de aportar toda su capacidad en ofrecerle la ayuda necesaria para el restablecimiento de su bienestar, no siempre es posible solucionar el padecimiento dada las limitaciones humanas, técnicas y así como de las características propias del padecimiento, que en muchas ocasiones no podemos ofrecer absolutamente nada para su tratamiento. Agregamos a esto, la mayoría de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos conllevan riesgos desde los más mínimos, hasta aquellos que pueden exponer la vida. Todos los riesgos de cada procedimiento, es obligación de cada médico conocerlo; que ayudará para un mejor juicio clínico en ofrecer al paciente lo más conveniente a su salud, siempre proponiéndose prolongar la vida con la mayor funcionalidad y de ser posible tomar en cuenta el aspecto estético.

La cirugía como modalidad diagnóstica y terapéutica ofrece al paciente la posibilidad de reconstruir el órgano afectado o la eliminación cuando su reconstrucción es imposible. Este procedimiento es uno de los que con mayor riesgo se realiza. En sí mismo el procedimiento es un trauma al organismo, lo que influye primordialmente la capacidad, el conocimiento, la experiencia del cirujano y todo el equipo que lo acompaña para su realización. Los procedimientos quirúrgicos se realizan en cualquier parte del organismo por diferentes especialidades. El cirujano general tiene la capacidad de llevar a cabo procedimientos en todo el organismo, aunque en los últimos años con la especialización quirúrgica en diferentes sistemas, le ha reducido parcialmente su

campo de acción. La cirugía en la cavidad abdominal es uno de los procedimientos que con mayor frecuencia realiza el cirujano general.

Durante mi vida hospitalaria observé múltiples complicaciones en todos los procedimientos quirúrgicos y en especial las de la cavidad abdominal. Pude apreciar que de las complicaciones presentadas, las últimas son las que con mayor frecuencia producen un síndrome complejo de alteraciones fisiológicas que pueden llevar a la muerte del paciente. Es por ello, como residente de cirugía general tuve la preocupación de analizar todos aquellos factores que acompañan al paciente que se reinterviene en forma aguda de la cavidad abdominal. Buscando siempre como fin, aportar a la comunidad médica los resultados y propuestas que de ello provenga.



## ANTECEDENTES HISTORICOS

A la fecha existen pocos reportes en relación a reintervención abdominal aguda. La mayoría de los estudios previos pertenecen a la literatura Europea. Starlinger<sup>1</sup> entre los años 50 y 60 reportó una mortalidad de 71% en 132 pacientes. Lowdon<sup>2</sup> en 1959 publicó una serie de 62 pacientes con una mortalidad de 33%. Series más recientes como la de Lorenc<sup>3</sup> en una revisión de 216 pacientes con una mortalidad de 29%. En este estudio incluye una serie de 32 pacientes re-explorados por sangrado con una mortalidad 18.7%. Este autor menciona la frecuencia de re-exploraciones se encuentra en los rangos de 0.5% a 4% de las laparotomías. En 1978 Driver<sup>4</sup> analiza un total de 782 laparotomías por trauma abdominal con una re-exploración del 15%, con una mortalidad del 22%. Este autor hace énfasis de un 20% de relaparotomías negativas. En 1984 James G.<sup>5</sup> en una revisión de 5532 laparotomías procedentes de 8 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 edad en este grupo fue de 60 años (rango 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%, otros, 3%. La mortalidad en 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<sup>6</sup> publica una serie de 100 casos de reintervención aguda en el Centro Médico La Raza, México, D.F.; 42 correspondieron al sexo masculino y 58 al femenino; la edad promedio fue de

45.7 años (rango 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, estómago y duodeno), y un 12% cirugías de tipo ginecoobstétrico y urológico, 6% cirugía intestinal, 4% cirugía del hígado y 2% cirugía por traumatismo de abdomen. El tiempo transcurrido entre la primera y segunda intervención fue entre 3 horas y un máximo de 40 días. Como causa de reintervención se menciona abscesos peritoneales 24%, hemorragias 14%, evisceración posoperatoria 14%, oclusión intestinal 11%, fistulas 7%, hemoperitoneo 11%, otras causas (estenosis, litiasis residual, biliperitoneo, necrosis de tejido, perforación de vísceras) 27%. En este estudio se menciona como 46% de los pacientes pasaron a 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, es 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 reintervienen sin un énfasis especial.

Donald E. Fry<sup>7</sup> 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 sí expone ampliamente factores técnicos en relación a fracasos quirúrgicos previos. Este autor considera como causa de reintervención urgente; hemorragias, infección o fracasos técnicos.

Sverre<sup>8</sup> reporta una reintervención de 76 pacientes operados de vagotomía con piloroplastía, encontrando necrosis de la curvatura menor.

Duca<sup>9</sup> en una revisión de 87 reintervenciones en cirugía gástrica y duodenal analiza como causa de reintervención aguda: fistulas, hemorragia de la anastomosis, úlcera de stress.

Li-N<sup>10</sup>, analiza una mortalidad de 18.2% en pacientes con fístula duodenal haciendo énfasis en el apoyo de la nutrición parenteral y el drenaje abdominal.

J. Lynwood<sup>11</sup> reporta un 18% de complicaciones mayores en cirugía gástrica de los cuales muchos de ellos amerita reintervención aguda.

Lillemoe<sup>12</sup> en una revisión sobre colecistectomía por laparoscopia, reporta un índice de complicaciones posoperatorias candidatos a reintervención entre 1 y 2 % de los casos. La causa frecuente de complicaciones es peritonitis y sangrado.

G. Branum<sup>13</sup> reporta 5 de 38 pacientes con lesiones mayores de la vía biliar por colecistectomía laparoscópica fueron reoperados.

Lee<sup>14</sup> reporta que las complicaciones en la cirugía de vías biliares por laparoscopia son menores de 3%; y la mortalidad es rara.

Thomas R.<sup>15</sup> 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 más frecuentemente encontradas: conducto accesorio, deslizamiento de la ligadura del conducto cístico, extracción prematura del tubo en T y estenosis.

Markku<sup>16</sup> reporta, 12% de complicaciones en la cirugía de funduplicación 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<sup>17</sup> reporta hasta un 5% de reintervenciones por sangrado en los pacientes esplenectomizados por enfermedad hematológica.

William Browder<sup>18</sup> reporta como causa de reintervención en los pacientes con pancreatitis aguda la debridación y drenaje de la necrosis de tejidos.

Masanori Sugiyama<sup>19</sup> reporta a 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<sup>20</sup> reporta como causas de reintervención en los pacientes con apendicectomía por apendicitis son: absceso, fistula, dehiscencia de ligadura del muñón o de vasos; y más tardíamente obstrucción por adherencias.

H. León Pachter<sup>21</sup>, hace referencia en los pacientes con trauma hepático con empaquetamiento para control de hemorragia de hasta un 25% desarrollan abscesos que requieren drenaje; así también pueden desarrollar sangrado posoperatorio de 1.9% de los pacientes o la formación de fistula biliar en 5.6% de los casos.

M. Rorbaek Madsen<sup>22</sup> refiere como un alto factor de riesgo en complicaciones y mortalidad la edad mayor de 80 años.

Los trabajos realizados a la fecha por el 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 que su manejo requiere de un apoyo multidisciplinario. Es por este motivo de trazar un estudio integral en este grupo de pacientes.

## **OBJETIVOS**

1.- Conocer la causa de la complicación que lleva al paciente a una reintervención urgente.

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 en forma aguda.

6.- Proponer aspectos de solución o mejoramiento trazados a evitar este tipo de complicaciones para mejorar la calidad de apoyo en salud a nuestros pacientes.

7.- Establecer estadísticas que sirvan de apoyo para futuros estudios.

8.- Motivar a cirujanos y personal médico para que comuniquen sus experiencias.

## *HIPOTESIS*

Cuando un cirujano lleva al quirófano un paciente, siempre tiene en mente proporcionar bajo un principio de ética, el procedimiento quirúrgico que más conviene para el tratamiento de la patología existente; nadie supone la necesidad de una reintervención urgente. 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 generales referidas; ¿son los determinantes en una reintervención abdominal urgente?

## *MATERIAL Y METODOS*

Se realiza un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo de los pacientes reoperados urgentemente 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 D.F. periodo 1 de marzo 1993 a 15 de septiembre 1995. Se contabilizó a todos los pacientes operados por todos los diferentes servicios para un valor porcentual. Se clasificó a todos los pacientes por diagnóstico 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, siguiendo su evolución intrahospitalaria y extrahospitalaria con el apoyo de compañeros residentes en la especialidad y médicos adscritos. El seguimiento por este periodo obedece que la mayoría de las complicaciones tempranas de una cirugía es en los primeros días de la convalecencia. Algunos pacientes no se vigiló 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 urgente, como una complicación mayor. Se analizó a cada paciente con cirugía de repetición urgente 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 hospitalaria, apoyo recibido en 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 tomó en

**cuenta a todos los pacientes operados por médicos del servicio de cirugía general del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.**



## RESULTADOS

Del 1 de Marzo de 1993 al 15 de Septiembre de 1995, se contabilizaron 8056 cirugías en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, realizadas por catorce servicios quirúrgicos de las cuales presentamos los porcentajes: (Gráfica No. 1) Ginecología 3136 procedimientos (39%), Cirugía General 2343 procedimientos (29.1%), Traumatología y Ortopedia 1064 procedimientos (13.2%), Cirugía Plástica y Reconstructiva 343 procedimientos (4.25%), Oncología quirúrgica 80 procedimientos (1%), Neurocirugía 48 procedimientos (0.7%), Otorinolaringología 416 procedimientos (5.2%), Cirugía Pediátrica 116 procedimientos (1.43%), Proctología 47 procedimientos (0.6%), Oftalmología 166 procedimientos (2.1%), Urología 193 procedimientos (2.4%), Otros (Maxilofacial, Neumología, Vascular) 104 procedimientos (1.2%). De 2343 cirugías realizadas por el servicio de cirugía general, 1167 casos fueron en la cavidad abdominal (49.8%) (Cuadro No. 1, Gráfica No. 2), realizadas en 1136 pacientes; 28 procedimientos fueron reintervención abdominal urgente (2.46%), y tres más fueron segunda reintervención aguda (0.26%). A los 1136 pacientes que se les dio seguimiento por 30 días encontramos los siguientes diagnósticos (Gráfica No. 3). 538 casos (46.7%) fueron cirugías en las vías biliares, una media de edad de 43 años (rango 15 a 85 años); mortalidad 10 pacientes (1.83%). 170 casos (16%) laparatomías sin diagnóstico previo, una media de edad de 45 años (rango 7 a 86 años); mortalidad 32 pacientes (17.2%). 221 casos (19%) apendicectomía, una media de edad de 24 años (rango 8 meses a 73 años); mortalidad 0 pacientes. 42 casos (3.6%) cirugías de hiato, una media de edad de 46 años (rango 18 a 68 años); mortalidad un paciente (2.3%). 42 casos (3.6%) peritoneoscopías, una media de edad de 45 años (rango 13 a 86); mortalidad 2

pacientes (4.76%). 29 casos (2.8%) cirugía en la enfermedad ácido péptica, una media de edad de 54 años (rango 18 a 80 años); mortalidad 2 pacientes (6.06%). 94 casos (8.2%) otras cirugías (histerectomía, cirugía en cáncer de la cavidad abdominal, manejo de colostomías e ileostomías y otras resecciones planeadas), una media de edad de 51 años (rango 13 a 86 años); mortalidad 8 pacientes (8.3%). 767 pacientes fueron femeninos (67.5%), 369 fueron masculinos (32.5%), una media de edad global de 42 años (rango 8 meses a 86 años), 366 procedimientos fueron cirugías de urgencia (32%) y 770 en forma electiva (68%), mortalidad de 46 pacientes (4%), reintervenciones 28 pacientes (2.4%), segunda reintervención 3 pacientes (0.26%)(Cuadro No. 1, Gráfica No. 3,4,5 y 6). El análisis de los pacientes con reintervención abdominal urgente, por grupos tanto por diagnóstico previo y diagnóstico de reintervención encontramos: Cuadro No. 2 y 3, Gráfica No. 7,8,9,10 y 11. Siete pacientes tuvieron cirugía primaria en las VIAS BILIARES, 5 femeninos, 2 masculinos, edad media de 54 años. Dos pacientes fueron operados de APENDICECTOMIA previa, masculino 1, femenino 1, edad media de 23 años. Trece pacientes tuvieron una LAPAROTOMIA previa, 2 femeninos y 11 masculinos, edad media de 53 años. Tres pacientes del sexo femenino tuvieron cirugía electiva para tratamiento de la enfermedad ACIDO PEPTICA, edad media de 62 años. Tres pacientes tuvieron OTRAS cirugías, femenino 1, masculino 2, edad media de 53 años. Un total de 28 pacientes, femenino 12, masculino 16, edad media global 49 años. De los 28 pacientes, 3 se reintervinieron por segunda ocasión, la mortalidad global fue de 9 casos (32%), siete en la primera reintervención, y dos en la segunda. Como causa de reintervención abdominal urgente, se dividió en INFECCIONES, 1 caso, se consideró aquellos pacientes que dada la patología primaria infecciosa llevó como causa a la reintervención; HEMORRAGIA, 3 casos, aquellos pacientes que su patología lleva gran riesgo de sangrado como causante de reintervención;

FRACASOS TECNICOS, 14 casos, aquellos pacientes en las que se reintervinieron encontrando con mucha evidencia deficiencias técnicas en el manejo del procedimiento sin encontrar otros fenómenos determinantes: OTROS, 10 casos, en las cuales se incluye, factores propios del paciente que llevó a la segunda reintervención, sin encontrar otros factores determinantes.

INFECCIONES: 1 caso, edad 50 años, sexo masculino, 29 días de intervalo entre primera y segunda cirugía, recibió apoyo en UTI, 64 días de estancia hospitalaria, la primera cirugía fue de urgencia, el hallazgo en la reoperación fue sepsis abdominal por absceso pancreático, necesitó de una segunda reintervención cinco días posteriores a la primera, por sepsis y evisceración, el paciente falleció.

HEMORRAGIA: 3 casos, edad media 56 años (rango 42 a 74 años), sexo masculinos, una media de 7 días de intervalo entre primera y segunda cirugía (rango 1 a 18 días), 1 paciente recibió apoyo en UTI, estancia promedio hospitalaria fue de 10.6 días (rango 7 a 15 días). Un paciente, la primera cirugía fue de urgencia y 2 electivas. No hubo segunda reoperación ni mortalidad. Caso No.1, 18 días después de una vagotomía troncular, se encuentra en la reintervención úlcera prepilórica perforada. Caso No. 2, resección intestinal por hernia hinguinal estrangulada, dos días después, se encuentra en la reoperación abundante restos hemáticos distal a la anastomosis, sin sangrado activo. No se detectó defectos en la anastomosis. Caso No. 3, esplenectomía por trombocitopenia se cundario a hiperesplenismo, un día después se encuentra en la reintervención sangrado en el lecho esplénico en cupa. Se consideró como consecuencia misma de la patología, dado que cursó con trombocitopenia prolongada.

FRACASOS TECNICOS: 14 casos, edad media 60 años (rango 37 a 84 años), sexo femenino 6, masculino 8, una media de 7.3 días de intervalo entre primera y segunda cirugía (rango 5 horas a 25 días), 8 pacientes recibieron apoyo en UTL, estancia promedio hospitalaria fue de 22.2 días (rango 8 a 66 días), 7 pacientes tuvieron cirugía previa de urgencia y 7 electiva, no hubo segunda reoperación y una mortalidad de 5 pacientes. Caso No. 1, se realizó vagotomía, antrectomía con gastroyeyunoanastomosis por úlcera duodenal, 1 día después se encontró en la reintervención perforación accidental de yeyuno, no diagnosticada en la cirugía previa. Caso No. 2, se realizó colecistectomía, 7 días posteriores, se encontró en la reoperación dehiscencia de nudo primario de un surjete continuo en la aponeurosis que condicionó evisceración. Caso No. 3, se realizó colecistectomía con exploración de vías biliares, 7 días después se encontró en la reoperación, desgarró de la aponeurosis como causante de evisceración, sin encontrar otro factor propio del paciente como causa, pero sí se apreció algunos puntos muy cercano al borde del tejido como etiología. Caso No. 4, Ulcerectomía y cierre en tres planos de úlcera prepilórica perforada, 3 días después en la reoperación se encontró dehiscencia de tres puntos. Caso No. 5, se realizó destorsión de vólvulus de sigmoides, descompresión y cecostomía. Doce días después, en la reoperación se encuentra fuga abdominal por cecostomía. El paciente finalmente falleció por causas múltiples. Caso No. 6, se realizó oforectomía bilateral por tumoración y omentectomía, 5 horas después en la reoperación, se encontró vaso sangrante en epiplón por dehiscencia de ligadura. Caso No. 7, se realiza lavado, drenaje abdominal y cierre de perforación de vejiga por lesión secundaria a plastía inguinal previa. Diez días después en la reoperación se encuentra dehiscencia de cistorrafia, sepsis abdominal y evisceración. El paciente fallece finalmente. Se aclara que la plastía

inguinal no fue realizado en nuestro servicio. Caso No. 8, paciente que se le realiza yeyunostomía por desnutrición y E.V.C., 9 días posteriores en la reoperación se encontró perforación de yeyuno, muy probablemente por uso de sonda de gran calibre con sutura a tensión. El paciente fallece finalmente. Caso No. 9, se realizó 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 condicionó biliperitoneo. Concluimos que fue por problemas en el manejo y cuidado de la misma, ya que hubo previamente tracción accidental. Caso No. 10, se realizó reparación de lesión hepática y gástrica por herida penetrante en abdomen. Un día posterior, en la reoperación se encontró hemoperitoneo con lesión de bazo la cual aparentemente no se visualizó en la primera cirugía. Caso No. 11, se realizó colecistectomía con colocación de drenaje, 25 días posteriores en la reoperación se encontró biliperitoneo. Se concluyó como causa, el retiro temprano del drenaje mientras existía un gasto bajo de material biliar sin la formación previa de una fístula; se consideró la posibilidad de un conducto accesorio. Caso No. 12, se realizó derivación ureteral posteriormente nefrectomía por ligadura de uretero en una histerectomía previa; 29 días posteriores en la reoperación se encontró hematomas y abscesos intracavitario. Se aclara que este paciente su primera cirugía de histerectomía fue llevado a cabo en otro servicio. Existe la posibilidad de una derivación ureteral incompleta en la cirugía previa que condicionó la sepsis abdominal. Caso No. 13, se realizó ulcerectomía, cierre con parche por úlcera gástrica perforada, 5 días posteriores en la reoperación se encontró fuga en el cierre. Concluimos que probablemente la falta de algún punto para el sello total. Este paciente fallece posteriormente. Caso No. 14, 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 condicionó a una sepsis abdominal. El paciente fallece finalmente.

OTROS: 10 pacientes, sexo femenino 4, masculino 6, edad media de 46 años (rango 8 a 82 años). Una media de 11 días, entre primera y segunda cirugía (rango 2 a 20 días), 2 pacientes recibieron apoyo en UTI, la estancia hospitalaria promedio fue de 28 días (rango 11 a 60 días), 5 pacientes recibieron cirugía urgente previa y 5 electiva, 2 de los 10 pacientes se reoperaron en segunda ocasión. La mortalidad de este grupo fue de 3 pacientes. Caso No. 1, se realiza apendicectomía y adherensiolisis por oclusión intestinal. Nueve días posteriores en la reoperación se encontró adherencias cerca al ángulo de Treitz. Concluimos que es como consecuencia de la cirugía previa. Caso No. 2, se realizó exploración de vías biliares por coledocolitiasis, 7 días posteriores en la reoperación se encontró tumoración retroperitoneal que condicionaba oclusión de duodeno que posteriormente se comportó como una pancreatitis aguda. Cabe mencionar que este paciente, días antes de la primera cirugía se realizó esfinterotomía endoscópica sin resultado. Caso No. 3, 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. 4, se realizó colecistectomía por colecistitis aguda. Once días posteriores en la reoperación se encontró colección biliar y absceso subhepático, sin otra causa aparente. El paciente fallece finalmente. Caso No. 5, se realiza antrectomía con gastroyeyunonastomosis en polya por estenosis pilórica, 16 días posteriores en la reoperación se encontró perforación del colon transverso, diagnosticada como diverticulitis. Posteriormente desarrolló fistula del muñón duodenal. Este paciente requirió de una segunda reintervención por sepsis abdominal y evisceración. Concluimos como causa la perforación del

colon (3 perforaciones) por probable diverticulitis asociada. Caso No. 6. se realizó antrectomía con gastroyeyunoanastomosis tipo polya por úlcera duodenal, 21 días posteriores en la reoperación se encontró fistula del muñón duodenal, gastritis erosiva con sangrado profuso. El paciente finalmente presentó evisceración y fallecimiento. Se menciona que este paciente presentaba un síndrome de Fomier asociado. Concluimos que este paciente tuvo una causa múltiple de reintervención. Caso No. 7, paciente que se le realiza vagotomía con piloroplastia por estenosis pilórica, 20 días posteriores en la reoperación se encontró obstrucción del piloro sin encontrar causa evidente; Se realizó gastroyeyunonastomosis en asa. Este paciente ameritó de una segunda reintervención. Caso No. 8, se realizó gastrectomía total y hemicolectomía secundaria a cáncer gástrico. A los 6 días en la reoperación se encontró dehiscencia de la anastomosis del colon. Concluimos dada la patología existente y la edad de la paciente (82 años), fueron causas determinantes de la evolución. Caso No. 9, se realiza apendicectomía y 2 días posteriores en la reoperación se encontró obstrucción cerca de la válvula iliocecal secundaria a adherencias. Concluimos que fue como consecuencia misma de la enfermedad, dado que se reportó como apendicitis fase IV aunque persiste la duda en relación a adherencias con oclusión en un período muy corto. Caso No. 10, se realizó hemicolectomía derecha por lesión por 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 sea la mencionada.

En un análisis global de los 28 pacientes, 50 % se consideró como fracasos técnicos, 10.7% por hemorragia, 3.5% infecciones y otros 35.7%. La evolución de estos pacientes se consideró como satisfactoria en 11 pacientes (39%), mortalidad de 7 pacientes (25%), evolución con secuelas (colostomía, hernias, alteraciones del tránsito intestinal y cirugías pendientes) en 7 pacientes (25%), 3

pacientes necesitaron de una segunda reintervención (11%). La causa de mortalidad encontrada fue sepsis abdominal en 6 pacientes (86%) y falla cardiaca en un paciente (14%).

La evolución de los tres pacientes que requirieron una segunda reintervención, evolucionaron dos de ellos al fallecimiento (67%) y el tercero se encuentra hospitalizado con serias secuelas pendiente de otra reintervención.

Algunos factores encontrados en todo el grupo de pacientes fueron: hipertensión arterial, dos casos; cirrosis hepática, un paciente; cardiopatía, un paciente; enfermedad pulmonar, tres pacientes; obesidad, ocho pacientes; y edad superior a 50 años, catorce pacientes; alteraciones hematológicas por hiperesplenismo en un paciente.



CLASIFICACION DE 1167 CIRUGIAS DE ABDOMEN EN 1136 PACIENTES. CIRUGIA GENERAL PERIODO MARZO 1993 A  
SEPTIEMBRE 1995. H G DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

| CIRUGIA                  | No. DE PAC | F   | M   | EDAD MEDIA | URGENTE | ELECTIVA | MORTALIDAD | REINTERVENCIONES | 2a REINTERVENCION |
|--------------------------|------------|-----|-----|------------|---------|----------|------------|------------------|-------------------|
| VIAS BILIARES            | 538        | 445 | 93  | 45         | 8       | 530      | 9          | 7                | 0                 |
| APENDICECTOMIA           | 221        | 107 | 114 | 24         | 221     | 0        | 0          | 2                | 0                 |
| LAPAROTOMIA              | 170        | 82  | 88  | 46         | 117     | 53       | 26         | 13               | 1                 |
| PERITONEOSCOPIA          | 42         | 29  | 13  | 42         | 3       | 39       | 2          | 0                | 0                 |
| CIRUGIA ANTIREFLUJO      | 42         | 28  | 14  | 42         | 0       | 42       | 1          | 0                | 0                 |
| ENFERMEDAD ACIDO PEPTICO | 29         | 15  | 14  | 54         | 0       | 29       | 1          | 3                | 2                 |
| OTROS                    | 94         | 61  | 33  | 51         | 17      | 77       | 7          | 3                | 0                 |
| TOTAL                    | 1136       | 767 | 369 | 42         | 366     | 770      | 46         | 28               | 3                 |

CUADRO No 1

CLASIFICACION DE 31 REINTERVENCIONES URGENTES DE ABDOMEN.

EN UN TOTAL DE 28 PACIENTES CIRUGIA GENERAL

MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995. H.G.DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.

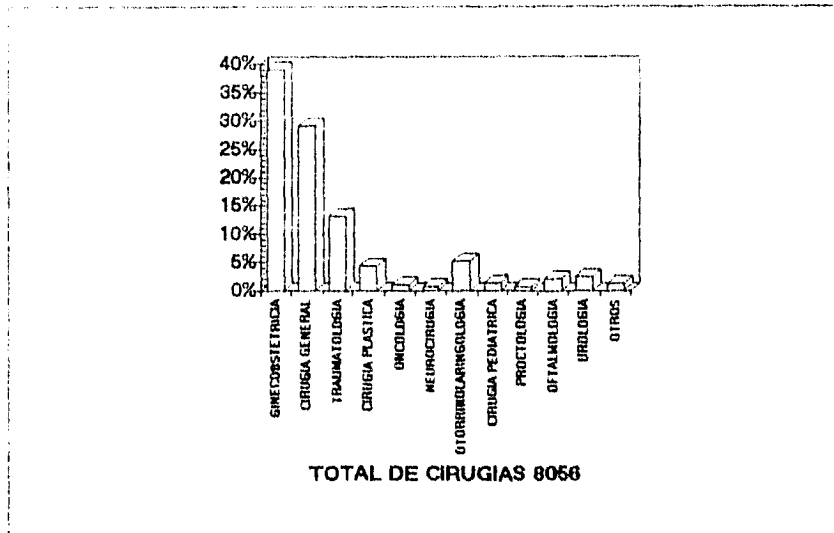
| CIRUGIA                  | Nº DE PAC | F  | M  | EDAD MEDIA | 2ª REINTERVENCION | MORTALIDAD |
|--------------------------|-----------|----|----|------------|-------------------|------------|
| VIAS BILIARES            | 7         | 5  | 2  | 54 a       | 0                 | 1          |
| APENDICECTOMIA           | 2         | 1  | 1  | 23 a       | 0                 | 0          |
| LAPAROTOMIA              | 13        | 3  | 10 | 53 a       | 1                 | 6          |
| ENFERMEDAD ACIDO PEPTICO | 3         | 0  | 3  | 62 a       | 2                 | 1          |
| OTROS                    | 3         | 1  | 2  | 53 a       | 0                 | 1          |
| TOTAL                    | 28        | 10 | 18 | media 49 a | 3                 | 9          |

CUADRO Nº 2

MORBIMORTALIDAD DE 28 PACIENTES DE ACUERDO A CAUSA DE REINTERVENCION ABDOMINAL URGENTE. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995  
 CIRUGIA GENERAL. H.G.DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

|                   |    |    |      |          |    |            |    |    |   |   |
|-------------------|----|----|------|----------|----|------------|----|----|---|---|
| FRACASOS TECNICOS | 6  | 8  | 60 a | 73 DIAS  | 8  | 222        | 7  | 7  | 0 | 5 |
| HEMORRAGIA        | 0  | 3  | 66 a | 7 DIAS   | 1  | 106        | 1  | 2  | 0 | 0 |
| INFECCIONES       | 0  | 1  | 50 a | 29 DIAS  | 1  | 64         | 1  | 0  | 1 | 1 |
| OTROS             | 4  | 6  | 46 a | 11 DIAS  | 2  | 28         | 5  | 5  | 2 | 3 |
| TOTAL-MEDIA       | 10 | 18 | 53 a | 135 DIAS | 12 | MEDIA 31.2 | 14 | 14 | 3 | 9 |

PORCENTAJE DE CIRUGIAS EN EL H.G.DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ  
PERIODO MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995 DE LOS DIFERENTES SERVICIOS



| ESPECIALIDADES       | NUMERO | PORCENTAJE |
|----------------------|--------|------------|
| GINECOBISTETRICIA    | 3136   | 39%        |
| CIRUGIA GENERAL      | 2343   | 29.10%     |
| TRAUMATOLOGIA        | 1064   | 13.20%     |
| CIRUGIA PLASTICA     | 343    | 4.25%      |
| ONCOLOGIA            | 80     | 1%         |
| NEUROCIURUGIA        | 48     | 0.70%      |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 416    | 5.20%      |
| CIRUGIA PEDIATRICA   | 118    | 1.43%      |
| PROCTOLOGIA          | 47     | 0.60%      |
| OFTALMOLOGIA         | 166    | 2.10%      |
| UROLOGIA             | 193    | 2.40%      |
| OTROS                | 104    | 1.20%      |
| TOTAL                | 8056   | 100%       |

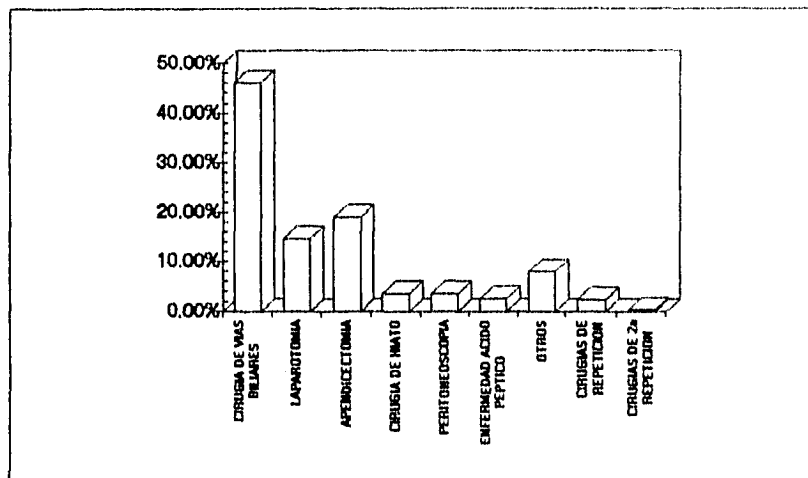
GRAFICA No 1

PORCENTAJE DE CIRUGIAS EN LA CAVIDAD ABDOMINAL EN RELACION A UN TOTAL DE 2343 CASOS. SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1996. H.G. DR. FERNANDO GUIROZ GUTIERREZ. 23



GRAFICA No 2

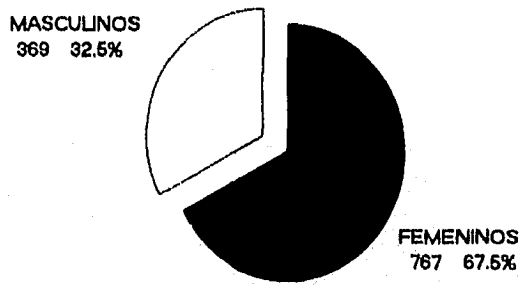
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CIRUGIAS DE ABDOMEN DE UN TOTAL DE 1167  
CIRUGIAS. SERVICIO DE CIRUGIA GRAL H.G. DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ  
MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995



| ESPECIALIDADES            | NUMERO | PORCIENTO |
|---------------------------|--------|-----------|
| CIRUGIA DE VIAS BILIARES  | 538    | 48.10%    |
| LAPAROTOMIA               | 170    | 14.60%    |
| APENDICECTOMIA            | 221    | 19.00%    |
| CIRUGIA DE HIATO          | 42     | 3.60%     |
| PERITONEOSCOPIA           | 42     | 3.60%     |
| ENFERMEDAD ACIDO PEPTICO  | 29     | 2.50%     |
| OTROS                     | 94     | 8.00%     |
| CIRUGIAS DE REPETICION    | 28     | 2.40%     |
| CIRUGIAS DE 2ª REPETICION | 3      | 0.26%     |
| TOTAL                     | 1167   | 100%      |

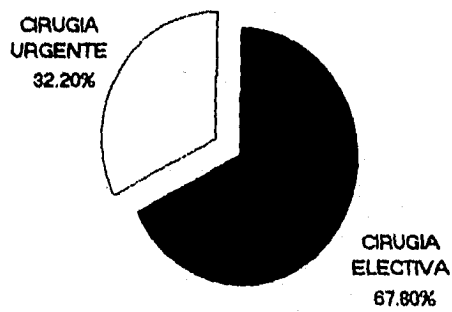
GRAFICA No 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL, EN SEXO, DE 1136 PACIENTES INTERVENIDOS EN LA CAVIDAD ABDOMINAL. CIRUGIA GENERAL. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995. H.G.DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ. 25



GRAFICA No 4

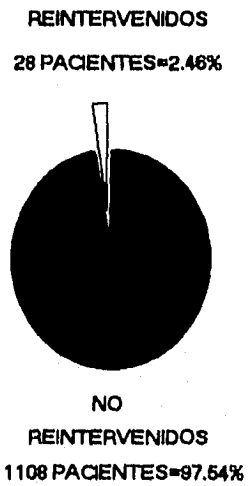
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CIRUGIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL, EN URGENTES Y <sup>26</sup>  
ELECTIVAS, DE 1136 CASOS. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995. CIRUGIA GENERAL. H.G.DR.  
FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.



GRAFICA No 5

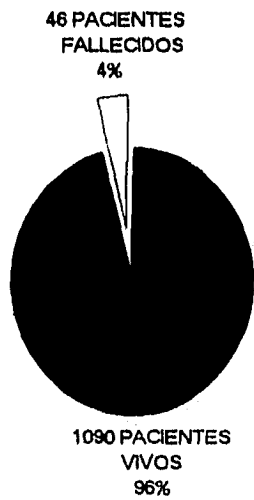


PORCENTAJE DE REINTERVENCIÓN ABDOMINAL URGENTE, DE UN TOTAL DE 1136  
PACIENTES OPERADOS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995.  
H.G.DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.



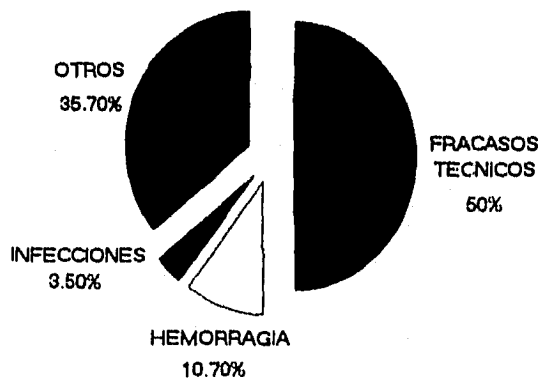
GRAFICA No 6

MORTALIDAD DE 1136 PACIENTES, EN CIRUGIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL. CIRUGIA 28  
GENERAL. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995. H.G.DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.



GRAFICA No 7

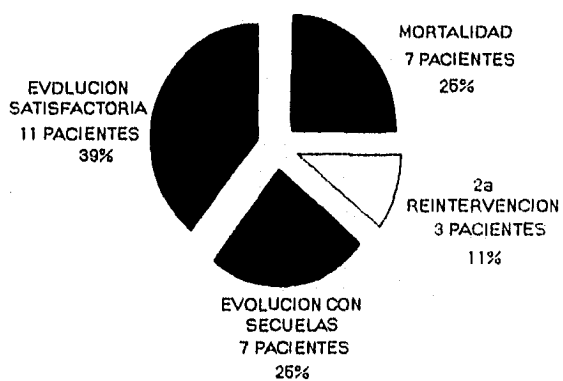
CAUSA PORCENTUAL COMO HALLAZGO DE REINTERVENCION ABDOMINAL URGENTE EN 28<sup>29</sup>  
PACIENTES. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995. CIRUGIA GENERAL. H.G.DR. FERNANDO  
QUIROZ GUTIERREZ.



GRAFICA No 8

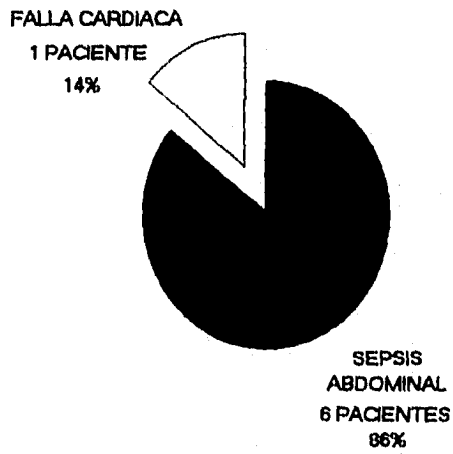
MORBIMORTALIDAD DE 28 PACIENTES CON REINTERVENCION ABDOMINAL URGENTE.  
MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995. CIRUGIA GENERAL. H.G.DR. FERNANDO QUIROZ  
GUTIERREZ.

30



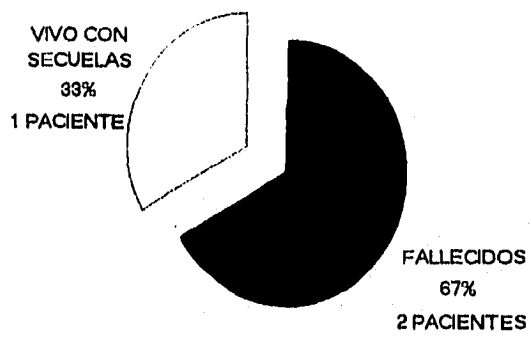
GRAFICA No 9

CAUSA DE FALLECIMIENTO EN 7 PACIENTES CON REINTERVENCION ABDOMINAL URGENTE, DE UN TOTAL DE 28 PACIENTES. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995. CIRUGIA GENERAL. H.G.DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.



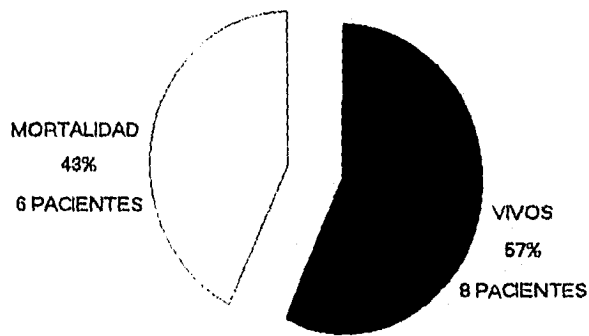
GRAFICA No 10

EVOLUCION DE TRES PACIENTES CON SEGUNDA REINTERVENCION ABDOMINAL URGENTE<sup>32</sup>  
DE UN TOTAL DE 28 CASOS DE REINTERVENCION. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995.  
CIRUGIA GENERAL. H.G.DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.



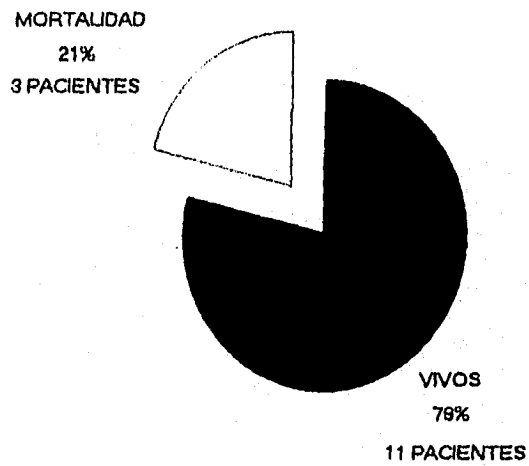
GRAFICA No 11

MORBIMORTALIDAD DE 14 PACIENTES REINTERVENIDOS MAYORES DE 50 AÑOS DE EDAD.  
CIRUGIA GENERAL. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995.H.G.DR. FERNANDO QUIROZ  
GUTIERREZ



GRAFICA No. 12

MORBIMORTALIDAD DE 14 PACIENTES REINTERVENIDOS MENORES DE 60 AÑOS DE EDAD. 34  
CIRUGIA GENERAL. MARZO 1993 A SEPTIEMBRE 1995. H.G.DR. FERNANDO QUIROZ  
GUTIERREZ.



GRAFICA No.13



## CONCLUSIONES

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. Dada las características propias de estos pacientes y los factores que lo acompañan, obedece a complicaciones en una interrelación de varios factores. Al analizar los pacientes por grupo de diagnósticos y en el periodo referido, se observó 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 en número muy pequeño; la mortalidad debe ser por abajo del 1%<sup>15</sup>. 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%<sup>8,11,18,21,22</sup>. En el grupo de cirugías de hiato, se aprecia una mortalidad de 2.3% (un paciente), es elevado dado los reportes sostienen una mortalidad cercano al 0%<sup>16</sup>. Dentro del grupo de peritoneoscopías se aprecia una mortalidad de 4.76%, que persiste elevado, dado los reportes por cirugía laparoscópica, la mortalidad es menor de 1%<sup>15</sup>. El grupo de pacientes con apendicectomía, la mortalidad es de 0%, lo que concuerda con la literatura<sup>20</sup>. 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<sup>8,9,11</sup>. En el grupo de pacientes, otras cirugías con mortalidad de 8.3%, concuerda con la mayoría de los reportes<sup>22</sup>, dado que en este grupo se incluye a los pacientes de alto riesgo como son los pacientes con padecimientos neoplásicos, edad avanzada, enfermedades hepáticas<sup>17,19,22</sup>. La mortalidad en los grupos referidos, no necesariamente refleja consecuencia de la cirugía, ya que pudieron ser por otras causas ajenas de las cuales no fue el objetivo analizar en el presente estudio. Los pacientes que fueron sometidos a una reintervención urgente, representa el 2.4%, cifra ligeramente elevada en relación al reporte de James G.<sup>5</sup>, quien publica 1.6% de reintervenciones del total de laparotomías, y por abajo de la cifra referida (4%) por Gutiérrez Sanperio<sup>6</sup>, aunque este último incluye en su estudio, pacientes provenientes de otros servicios como es el caso de pacientes ginecoobstétricos y urológicos. En el análisis por hallazgos (Cuadro No.3, Gráfica No. 6,7,8,9,10) encontramos un alto índice de fracasos técnicos (50%) que en teoría, es posible superarlos. La infección y hemorragia, totalizan un 14%; y otras causas en las que se consideró como factores propios del paciente y su patología, representó un 35.7%, como son los casos de esplenectomía con alteraciones hematológicas, padecimientos neoplásicos y otros. En el grupo de estudio con 10 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, el pronóstico mejora. Los pacientes con reoperación, prolonga de manera importante su estancia hospitalaria (rango 8 a 66 días), media de 31.2 días (Cuadro No. 3), cifra muy elevada en comparación con aquellos pacientes que no requieren reoperación; no mayor de cinco días en terminos generales. Cerca del 50% 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 12 pacientes que recibieron apoyo en esta unidad falleció la mitad(6 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 varones en cirugía de repetición (4.8%) en relación a las mujeres (1.3%). La mortalidad global en la primera reintervención es 7 pacientes (25 %); 7 pacientes evolucionaron con serias secuelas y la mayoría de ellos pendientes de reoperación electiva; 11 pacientes (39%) evolucionan en forma satisfactoria con secuelas practicamente nulos; 3 pacientes (11%) requirieron de una segunda reintervención urgente, de los cuales su evolución fue fallecimiento en dos casos (67%) y un paciente vivo con serias secuelas que representa un 33%; aunque el grupo es solamente de 3 pacientes, la mortalidad es muy elevada en comparación con el reporte de Gutiérrez Sanperio<sup>6</sup>, quien refiere 30.4%. Globalizando la evolución de los 28 pacientes en estudio, se encuentra una mortalidad de 9 pacientes que representa 32 % de los cuales, 6 de ellos son mayores de 50 años de edad, y tres de ellos menores, (Gráfica No. 12,13) lo que demuestra que la edad es un factor determinante como lo establece James G.<sup>5</sup>; La causa de muerte encontrado fue sepsis abdominal con falla orgánica múltiple en 8 casos (88%) y en un paciente, falla cardiaca (12%). Ocho pacientes vivos evolucionan con serias secuelas pendientes de una reoperación electiva en la mayoría de ellos. Solamente 11 pacientes (39%), evolucionaron satisfactoriamente libres de secuelas. Concluyendo; solamente el 39 % de los pacientes con cirugía de repetición abdominal urgente, evolucionan satisfactoriamente; el restante (61%), el pronóstico es incierto ya sea con serias secuelas o bien al fallecimiento.

## COMENTARIOS

Es importante mencionar que en el grupo de pacientes estudiados (1136), no se estudió algunos aspectos muy importantes; la mortalidad reflejada en cada grupo por diagnóstico (Cuadro No.1), se desconoce la relación entre la intervención quirúrgica y el fallecimiento, ya que solamente se encontró como hallazgo en el periodo de seguimiento (30 días). El grupo de pacientes reoperados urgentemente, 28 casos es pequeño lo que amerita ampliación del periodo de estudio y así poder tener un mayor valor estadístico. No se tomó en cuenta la experiencia y capacitación de los cirujanos quienes intervinieron por primera, segunda y tercera ocasión a los pacientes en estudio; tomando en cuenta que dada las características propias del estudio es de vital importancia. Se apreció durante el análisis documental de los pacientes en estudio, en algunos casos poca correlación de hallazgo quirúrgico con la documental, lo que representa la posibilidad de una desviación de la estadística. Esto hace necesario sugerir la transcripción exacta del hallazgo y procedimiento quirúrgico en el expediente. 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 realizado de una manera multidisciplinaria. En este estudio tampoco se tomó en cuenta el factor "riesgo anestésico" que por sí mismo es significativo; la mayor dedicación preoperatoria, transoperatoria y posoperatoria de parte de los anestesiólogos a los pacientes, ofrecerá mejores pronósticos al enfermo; ya que se

observa mortalidad en periodo trans y posoperatorio inmediato que muy probablemente es posible evitarlo. Tambien es importante mencionar las carencias importantes en el hospital, como es: un servicio completo de laboratorio las 24 hrs del día, un servicio de radiología que no alcanza a cubrir las necesidades del hospital; no se cuenta con el servicio de endoscopia a cualquier hora del día; así mismo el acceso a los estudios tomográficos es lejano, y muy frecuentemente la disposición a ejecutarlo. De contar con lo más mínimo en cada aspecto mencionado permanentemente, la calidad en la atención debe ser mejor lo que se debe reflejar en la evolución de los pacientes. Los factores económicos de nuestra Institución son determinantes. Es importante establecer nuevos protocolos de estudio tendientes a descifrar todos los aspectos no valorados y de ser posible prolongar el periodo para este estudio. De cualquier manera el objetivo del cirujano debe ser evitar, hasta donde sea posible, las reintervenciones quirúrgicas no planeadas, lo que se puede lograr estudiando integralmente 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, drenar adecuadamente sólo cuando exista algo que drenar y cerrar la pared respetando los planos, evitar la contaminación y dejar puntos de contención cuando se tenía una eventración. El manejo posoperatorio 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

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

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. *J. Roy 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, Eisenman B. Reoperation after abdominal trauma. *Am J Surg* 1978; 135:747-750.
5. James G. Re-operation for Intra-abdominal Sepsis. *Ann Surg*, 1984, Vol. 199, No.1, 31-36.
6. Gutiérrez Samperio; Reintervención Quirúrgica Urgente; Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, 1988; 402-410.
7. Donald E. Fry; Cirugía Abdominal de Repetición; Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Tomo I.
8. Sverre Emas; Six-Year Results of a Prospective, Randomized Trial of Selective Proximal Vagotomy With and Without Pyloroplasty in the Treatment of Duodenal, Pyloric, and Prepyloric Ulcers; *Ann Surgery*, 6-14.
9. Duca-S; Late reinterventions after the surgical treatment of gastric and duodenal ulcer; *Chirurgia*.1992; 41(1):19-31.
10. Li-N; Traumatic external gastrointestinal fistula; *Chung-Hua-Wai-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 Stomal Ulcers. *Ann Surg*; Vol. 199; May 1984; 590-596.
12. Lillemoe; Cholangiography in Laparoscopic Cholecystectomy; *Ann Surg*; June 1992; Vol. 215(6):668-674.

13. G. Bramm; 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 Apr; 165(4);527-32.
15. Thomas R.; Colelitiasis y Colecistitis; Cirugía del Aparato Digestivo; 1993; Tomo III;209-222.
16. Markku Luostarinen; Nissen Fundoplication for Reflux Esophagitis; Ann Surg; 1993;Vol. 217(4);329-337.
17. Goerge Musser; Splenectomy for Hematologic Disease; Ann Surg; 1984; Vol. 200(1);40-45.
18. William Browder; Acute Pancreatitis of Unknown Etiology in the Elderly; Ann Surg;1993; Vol. 217(5); 469-475.
19. Masanori Sugiyama; Treatment of Choledocholithiasis in Patients with Liver Cirrhosis; Ann Surg; 1993; Vol. 218(1); 68-73.
20. Seymour I. Schwartz; Apéndice; Principios de Cirugía; 5a. Edición; Vol. 2; 1991; 1173-1183.
21. H. Leon Pachter; Significant Trends in the Treatment of Hepatic Trauma; AnnSurg; 1992; Vol. 215(5);492-499.
22. M. Rorbaek-Madsen; General surgery in patients aged 80 years and older; Br. J. Surg; 1992; Vol. 79, November, 1216-1218.