

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

Relaparotomias en Cirugía abdominal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero 1999 a Diciembre del 2001

TESIS para optar el Título de: CIRUJANO GENERAL

AUTOR

NEEL MAURO HUAMAN ALFARO

LIMA – PERÚ 2004

..	1
INTRODUCCIÓN .	3
MATERIALES Y MÉTODOS: .	7
RESULTADOS : . .	11
DISCUSIÓN: .	19
RECOMENDACIONES: . .	23
BIBLIOGRAFÍA: .	25
ANEXOS .	29

DEDICATORIA: Dedicado con el amor y el afecto mas profundo a mis padres. Su amor, sabiduría y fortaleza me inspiraron para ser lo mejor que puedo ser y compartir todo lo que aprendí.

INTRODUCCIÓN

La cirugía en tiempos primitivos no se definió como un campo especial dentro de la medicina primitiva misma, pero gran parte de su crecimiento médico debería considerarse quirúrgico. Así el factor más aislado y de mayor importancia que limitaba el trabajo de esos cirujanos primitivos era su poco conocimiento de la anatomía, aseverado por Galeno cuando refería que es tan posible para un cirujano que no conoce la anatomía, trabajar en el cuerpo humano sin error como lo sería para un ciego dibujar una imagen y lograr que fuera perfecta.

Las restricciones que regía la cirugía antigua fueron particularmente severas. Por ejemplo, en el código de Hammurabi las leyes babilónicas imponían severos castigos al cirujano cuyas operaciones fracasaban. Si un ciudadano libre fallecía como resultado de la operación, se le amputaba la mano derecha al cirujano. La cirugía de los principios de la Edad Media fue descrita por Bishop, como simplemente oficiosa. Los cirujanos operaban cálculos, cataratas y hernias. Como tales intervenciones tenían muchas probabilidades de ir seguidas de complicaciones, los operadores muchas veces operaban y luego escapaban.

Situación que aparentemente perduró por varios años como lo refiere la historia al mencionar que Efrain McDowell médico de Kentucky que extirpó con éxito un tumor ovárico gigante a un paciente en 1809, era muy diestro, pero también es cierto que tuvieron mucha suerte pues muchos conciudadanos, el día de Navidad, había colgado una soga en una árbol y preparada para emplearla si el doctor fracasaba en la carnicería que estaban convencidos que practicaba. Seguramente le habrían colgado si su paciente

hubiera muerto.

Cabe entonces preguntarnos, como lo hizo Peter Lowe en 1597, ¿ Qué es la Cirugía? La respuesta es tan cierta hoy como hace cuatro siglos, " Es una ciencia o arte que busca la forma de trabajar sobre el cuerpo humano, ejerciendo todas las operaciones manuales necesarias para curar al hombre, o las más posibles utilizando las medicinas más convenientes". Asociado quizás a lo que Thomas Vicary (siglo XVI) refería como propiedades o condiciones para ser un cirujano perfecto: la primera, que sea letrado; la segunda que sea experto; la tercera que sea ingenioso; la cuarta que tenga buenos modales.

El reconocimiento y manejo temprano de las complicaciones postoperatorias son aspectos importantes para aumentar la tasa de resultados exitosos en los procedimientos quirúrgicos. Ocasionalmente, estas complicaciones son de tal severidad que requieren de una segunda intervención, a veces más, para resolverlas.

La segunda decisión más difícil en cirugía es cuando operar. La decisión más difícil es cuando reoperar. Pues esto implica que surgieron algunas complicaciones en el curso postoperatorio, motivado por falla técnica, o la posibilidad de que haya pasado inadvertida alguna lesión asociada, como tal mayor posibilidad de incrementar la morbimortalidad. Sin que ello implique algún tipo de sanción para el cirujano como en épocas pasadas, pero sí implicancias legales sin olvidar el sentimiento de fracaso de su actuación que lleva consigo.

Las reintervenciones no siempre han de relacionarse con la idea de que existe una complicación inmediata o diferida o problemas fisiopatológicos secundarios; muchas veces se trata de reoperaciones programadas debido a que inicialmente solo se ha atendido a una situación de autentica emergencia que ponía en peligro la vida del enfermo para posteriormente plantear una táctica y una técnica quirúrgica que resuelvan de forma definitiva el problema.

No pueden esperarse milagro de los antibióticos o de la alimentación parenteral prolongada. La duda en tomar la decisión de reintervenir puede ser más dañina para el paciente que una intervención quirúrgica precoz. La decisión de reintervenir debería significar que se ha establecido un diagnóstico firme y que la enfermedad no será controlada si no es con una intervención quirúrgica.

Las relaparotomías tienen incidencia baja frente al total de laparotomías variando entre 0,5% y 15.9%; y que en nuestro estudio el total de laparotomías exploratorias es en el orden de 13.41%; sin embargo pese al avance de la tecnología médica y antibióticos de amplio espectro la mortalidad sigue siendo alta con valores entre 11.53% y 92.6%.

Con frecuencia existen opiniones divididas con respecto al momento en que debe reintervenirse un paciente, debido a que no existe signología abdominal clara, por compromiso multisistemático ó por ser insuficientes los exámenes auxiliares de laboratorio y de diagnostico por imágenes.

Estas dificultades se presentan a diario en nuestro hospital; que es un Hospital Nacional; y como tal no cuenta con los implementos necesarios para realizar diagnósticos completos de los casos; situación que se vé directamente relacionada al atender a

población de condición socio- económica baja. Y cuya patología predominante es la infecciosa y la traumática. La misma que no puede o accede positivamente a los pocos exámenes auxiliares existentes.

Se decide realizar el presente trabajo con la finalidad de valorar el estado de salud de cada paciente estableciendo así la condición previa a la cirugía de reintervención; identificar las causas que motivaron las relaparotomías tempranas y los factores relacionados a ellos; y finalmente establecer las conductas más adecuadas para prevenirlas.

MATERIALES Y MÉTODOS:

A) Definición de conceptos: Las que debemos considerar en el presente trabajo.

1. **Relaparotomía:** Procedimiento quirúrgico en el cual la cavidad abdominal es reexplorada con el objetivo de resolver las complicaciones de la enfermedad o cirugía inicial.

Relaparotomía temprana; es aquella que se realiza en un periodo menor o igual a 30 días luego de la laparotomía primaria, y tardía a la que se realiza luego de este periodo.

2. **Edad** : Las edades de los pacientes que participaron del presente estudio fueron aquellos que tuvieron igual o mayor de 15 años. Los menores de 15 años pertenecen a Cirugía Pediátrica

3. **Valoración del paciente:** Se utilizaron parámetros que determinaran el estado hemodinámico del paciente (Presión arterial media, Frecuencia cardiaca y respiratoria, Escala de Glasgow), así como también exámenes hematológicos, bioquímicos y de diagnóstico por imágenes.

4. **Antecedentes:** Se consideró los antecedentes patológicos por un lado, aquella patología médica que pueda o no favorecer a la cirugía actual; por otro lado el antecedente de cirugía previa referida, aquella cirugía abdominal que ocurrió antes de la laparotomía primaria en un intervalo mayor de 30 días.

5. **Diagnósticos:** Los diagnósticos de ingreso y asociado son aquellos diagnósticos con los cuales el paciente llega al momento de su ingreso que no necesariamente coinciden con los diagnósticos pre y post quirúrgicos.

6. Hallazgos: Definidos como los principales hallazgos post operatorios que fueron la causa final de la relaparotomía temprana, teniéndose otros hallazgos secundarios.

7. Procedimiento : Son aquellas maniobras quirúrgicas realizadas durante cada acto quirúrgico, siendo algunas principales y otras adicionales a éstas.

8. Soporte recibido: Referido a las medidas de apoyo que fueron proporcionados a cada uno de los pacientes luego de cada intervención quirúrgica, como Fluidos, Ventilación mecánica, Fármacos inotrópicos, Antibióticos, Sangre y Nutrición Parenteral Total.

9. Complicaciones: Aquellas entidades clínicas - quirúrgicas que se presentan como consecuencia de la propia cirugía o del mismo estado del paciente o condicionado por antecedente patológico.

B) Tipo de Estudio: - Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo.

C) Criterios de Inclusión:

- Casos comprendidos entre 1º Enero 1999 al 31 Diciembre de 2001
- Paciente cuya edad era mayor o igual a 15 años.
- Paciente que presentó una relaparotomía temprana.
- Toda reintervención se realizó con el consentimiento informado por el paciente o por los familiares directos, si éste se encontraba incapacitado para manifestar su voluntad.

D) Criterios de Exclusión:

- Casos no comprendidos entre 1º Enero 1999 al 31 Diciembre de 2001.
- Paciente cuya edad era menor a 15 años.
- Entidades cuyo tratamiento quirúrgico correcto implica la realidad de mas de una operación programada.
- Paciente que no firme la autorización para intervenir quirúrgicamente.
- Paciente cuya laparotomía primaria fue ginecológica.
- Paciente reintervenido por recidiva de cirugías menores en la pared abdominal.

E) Proceso de Captación de Información:

Para captar información de los pacientes se buscó en los libros de anestesiología y de los reportes operatorios, estableciendo así cuales eran las reoperaciones (dado que el diagnóstico de relaparotomía no figura en la unidad de estadística), luego de la cual se identificó el número y posteriormente la historia clínica, a partir del cual se recolectó los datos a través de una ficha previamente elaborada.

El presente estudio está comprendido en el periodo de Enero del año 1999 a Diciembre del año 2001, en el Hospital Nacional Hipólito Unánue del Distrito de El Agustino, en la ciudad de Lima. En este periodo de tiempo se llevaron a cabo un total de 7149 intervenciones quirúrgicas; de ellas 959 fueron laparotomías exploratorias (13.41%),

y se obtuvo 51 historias clínicas (5.3%) que cumplieron con los criterios de inclusión

F) Análisis de la información:

El análisis de la información sería en forma individual (ficha por ficha) y el global de todos se utilizó el paquete estadístico EPI – INFO 6.04a. Se agruparon los datos mediante tendencia central y dispersión; se consideró el nivel de significancia de $p < 0.05$.

RESULTADOS :

El presente estudio está comprendido en el periodo de Enero del año 1999 a Diciembre del año 2001, en el Hospital Nacional Hipólito Unánue del Distrito de El Agustino, en la ciudad de Lima. En este periodo de tiempo se llevaron a cabo un total de 7149 intervenciones quirúrgicas; de ellas 959 fueron laparotomías exploratorias (13.41%), y se obtuvo 51 historias clínicas (5.3%) que cumplieron con los criterios de inclusión

Del total de relaparotomías hubo 39 hombres (76.5%) y 12 mujeres (23.5%); comprendidos entre las edades de 15 hasta los 89 años de los cuales el 43.13% estuvo comprendido entre los 15 y 34 años de edad (Tabla N° 1 - Gráfico N° 1). De ellos el 52% de pacientes ingresaron por el servicio de emergencia del tópico de cirugía; el 28% procedió de emergencia del tópico de medicina; el porcentaje restante 16%, 2%, 2%, perteneció a los servicios de consultorio externo de cirugía, de medicina y ginecología respectivamente.

Al correlacionar la Edad con las complicaciones se vio que había significación clínica es decir que a mayor edad hay más posibilidades de tener complicaciones, pero esto no significaba que pacientes jóvenes estaban exentos de complicaciones. Así mismo existe alta significación al relacionar la Edad con el número de relaparotomías, determinándose que a mayor edad de 34 es mayor la posibilidad de reintervenirse, pero tiene un grado de dispersión considerable que hace que se establezca que el número de relaparotomías no depende de sí es menos de 34 años. Sin embargo no se encontró relación entre edad y condición de alta del paciente, lo que nos demuestra que no se mueren por tener más edad.

Con respecto a la valoración del paciente previa a cada intervención quirúrgica, se vio que en la Presión Arterial Media el 54.5% de los pacientes presentaron valores comprendidos entre 71- 90 mmHg con una media de 82.41 y Desviación Standard (DS) de 13.38. La Presión Arterial Media tiene relación significativa con la causa de muerte, situación que no hace sino corroborar lo ampliamente conocido por todos nosotros, que al decaer la Presión Arterial Media el riesgo de muerte es inminente. El hematocrito presentó una media de 34.1 gr% con DS de 8.06, estando comprendidos entre 31-40 mg% el 41.16%. Con respecto a la frecuencia Cardíaca el 41.46% estuvo entre 81-100 por minuto con una media de 95.62% y DS de 21.60. Los leucocitos tuvieron una media de 10,625 con DS 4,776. Los abastones tuvieron una media de 7.21 con DS de 8.45. La frecuencia respiratoria presenta un promedio de 22.28 con DS de 6.73. El Glasgow tuvo como promedio 14.72 con DS de 1.13. Igualmente la Creatinina presentó una media de 1.68 con DS de 2.11; finalmente la Bilirrubina presentó un promedio de 2.50 con DS de 3.06. En general las relaciones establecidas entre éstas variables (FC, FR, PAM, HTO, SG, ETC.), y las de edad, tipo de operación, sexo, causa de muerte, soporte recibido, complicaciones muestran diferencia significativa pero al hacer el análisis de regresión éstas son poco significativas (Tabla N° 2).

El tiempo operatorio promedio fue de 185.57 minutos con una DS de 77, estando comprendido el 41.32% de los casos entre 120 y 170 minutos seguido de, 33.05% aquellas operaciones de más de 190 minutos. No se encontró relación entre el tiempo operatorio y la condición de fallecido del paciente.

Para el caso de los cirujanos principales el mayor porcentaje 62.8% (76 casos) fue realizado por médicos asistentes y el 37.2% (45 casos) fueron residentes. Situación inversa se presentó con la ayudantía que en el 68% (83 casos) el residente cumplió su función quedando tan solo el 31.4% (38 casos) para que el médico asistente sea ayudante. No se encontró relación significativa entre el cirujano y condición de fallecido, número de relaparotomias, complicaciones y estancia hospitalaria prolongada.

Entre los diagnósticos de ingreso (tabla No 4) los más frecuentes fueron: Abdomen agudo traumático trece casos (25.05%), siete casos de trauma abdominal cerrado y seis casos de trauma abdominal abierto; peritonitis generalizada total trece casos (25.05%) seis casos de apendicitis aguda complicada, cuatro casos de colecistitis aguda complicada, tres casos perforación ileal por fiebre tifoidea; colecistitis crónica calculosa diez casos (19.61%); obstrucción intestinal cinco casos (9.80%), tres casos por bridas y adherencias y dos casos por hernia inguinal estrangulada; pancreatitis aguda necrotizante tres casos (5.88%); Nm gástrico y Nm de colon dos casos respectivamente (7.84%); H.D.B por fiebre tifoidea dos casos (3.92%) y finalmente un paciente con colostomía en asa.

Entre las indicaciones de la 1ra reintervención (Tabla N° 05), se destaca: peritonitis residual 30 casos (58.8 %); 3 casos de abscesos pancreáticos, 11 (%) casos de peritonitis en dehiscencias de suturas, 5 casos (9.8%) de peritonitis por lesión intestinal "perforación", inadvertida en la primera intervención; obstrucción intestinal 7 casos (13.73%) ; lesión de vías biliares 6 casos (11.76 %) ; 7 casos de (13.72 %) de hemorragia intraabdominal.

Al hacer el análisis los casos de abdomen agudo post quirúrgico, se encontró como hallazgo colección purulenta localizada y difusa, en su mayoría la primera intervención tuvo carácter de urgencia, se decide reintervenir los casos de dehiscencia de anastomosis en su mayoría al estar estos asociados a abdomen agudo y/o signos de Disfunción Múltiple de Organos y Sistemas; las dehiscencias de sutura fueron en diversas regiones, pero las que involucraron al colon terminaron en exitus letalis (3.92%). Los casos de obstrucción intestinal se relacionaron a adherencias tempranas asociado a íleo prolongado refractario a tratamiento médico, se encontró un caso de obstrucción por bridas y adherencias verdaderas en un caso que no fueron resueltas previamente en la primera operación. Todos los enfermos reintervenidos por hemorragia intraabdominal fueron por deslizamientos de ligadura y desgarro de vísceras macizas, un caso presento hematoma hepático sub-capsular post-colelap, que fue resuelto en primera reintervención mediante taponamiento hepático; el diagnóstico temprano evitó desenlaces fatales y se resolvieron antes de las 24 horas ; cabe mencionar que en nuestro hospital en casos de cirugía compleja se acostumbra dejar drenaje Penrose como norma del departamento, esto incluye la mayoría de casos de colecistectomía convencional. Al respecto debo mencionar que el cirujano tiene que hacer una evaluación constante del paciente que ha intervenido especialmente si éste se encuentra delicado, esto es asegurar el funcionamiento de los procedimientos quirúrgicos como drenajes, irrigación, debridamiento, etc.; además el cirujano es el que tiene conocimiento pleno del estado en que dejó la cavidad abdominal y puede detectar signos precoces de complicaciones. Ante una posible relaparotomía, él tiene que ser el primero en plantear o descartar una reintervención quirúrgica abdominal. La necesidad de relaparotomizar un paciente comunicada al intensivista y discutida con él mismo, hará considerar el mejor momento par reintervenir; En este estudio como al igual que en otros, se ha visto la importancia que tiene el tiempo transcurrido antes de la relaparotomía, y que una demora del mismo tiene una relación estadística significativa con el número de complicaciones, el número de relaparotomias y finalmente con el porcentaje de fallecimientos.

Con la presencia de Sepsis refractaria al tratamiento puede resultar difícil decidir una relaparotomía, ya que algunos de los cirujanos son reáceos en admitir que el deterioro del estado del paciente en el post-quirúrgico inmediato o mediato pueda deberse a una primera cirugía y sobre todo porque la signología abdominal en un paciente relaparotomizado resulta pobre y confusa.

La presencia de drenaje positivo, es decir, sangre o contenido intestinal por el mismo, resulta en un indicador positivo para relaparotomía, la cual debe de realizarse de inmediato, si el estado del paciente lo permite. Pero debemos mencionar que la ausencia de secreción por el dren con un paciente en mal estado no descarta el compromiso intraabdominal, y por lo tanto no excluye la posibilidad de una relaparotomía.

Las causas de reintervención en su mayoría estuvieron relacionadas con el problema séptico intraabdominal, producido por las dehiscencias de anastomosis, absceso residual o lesión inadvertida.

En algunos casos hubo sospecha de dehiscencia de anastomosis o de la formación de fístula enterocutánea. En los pacientes en los cuales se sospecha dehiscencia de anastomosis se debe realizar una relaparotomía de manera inmediata, pero en el

segundo grupo de pacientes en los cuales se tiene una fístula enterocutánea, se propugna un tratamiento conservador en lo posible ayudado por el soporte nutricional (enteral o parenteral), el control de la infección con la administración de antibióticos y un manejo adecuado del desbalance hidroelectrolítico; pero si a pesar de ello no existe solución satisfactoria se procede a una relaparotomía.

Dentro de la serie de factores que incrementan la reintervención quirúrgica abdominal de un paciente se considera punto crítico la inexperiencia del cirujano y que probablemente existe un subregistro de estos casos. Consideramos como inexperiencia del cirujano a la falta de entrenamiento en el manejo de patología compleja, dentro de ella la patología traumática, también es importante haber participado en otros casos de relaparotomias, ya que el manejo es diferente; otro aspecto es el poco conocimiento del manejo de un paciente gravemente comprometido. Esa inexperiencia del cirujano puede llevar a un tiempo operatorio prolongado, a la elección de una técnica inadecuada o a un mal uso del instrumental y materiales quirúrgicos.

Con respecto a la causa probable que se dieron en la primera cirugía y que llevaron a la relaparotomias, se vio que era por contaminación severa de la cavidad abdominal.

Otro de los errores frecuentes que se presentó fue el inadecuado manejo tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio, esto lleva a que muchos de los pacientes ingresen a sala de operaciones sin una evaluación completa y que muchas de las consecuentes complicaciones no puedan ser prevenidas, para ello es indispensable la participación de personal calificado en el manejo de pacientes críticos (cirujano - intensivistas). También puede ser parte de este error la subestimación de la gravedad de la patología a tratar, realizando abordajes insuficientes o realizar técnicas quirúrgicas incompletas y que no solucionan el problema.

Las complicaciones en nuestro grupo fueron numerosas, incluso algunos autores consideran a la relaparotomía como una complicación en sí, definitivamente los pacientes delicados presentan una serie de compromisos sistémicos que llevan a una serie de complicaciones y algunas de las cuales son causa de fallecimiento.

Los casos de lesión de vías biliares en total seis (9.80%), cursaron con ictericia y fuga biliar. Lesión de colédoco cuatro casos, dos casos post colecistectomía convencional y dos casos post-colelap, en total tres casos por sección y un caso por ligadura de colédoco; el procedimiento elección fue derivación coledocoyeyunal en y de Roux, evolucionando favorablemente dos casos un caso persistió con fuga biliar y un paciente falleció. Así mismo se presentó dos casos de abdomen agudo asociado a fístula biliar; un caso postderivación colédoco yeyunal en cuya primera reintervención se procedió a drenaje de biliperitoneo mas lavado de cavidad, para posterior cierre espontáneo de fuga biliar evolucionando favorablemente; un segundo caso con abdomen agudo y fuga biliar post derivación colédoco duodenal en cuya primera reintervención se procedió a lavado de cavidad mas drenaje sin embargo se complicó con pancreatitis aguda post quirúrgica – sepsis terminando finalmente en exitus letalis.

Los motivos por las cuales las Colecistectomías laparoscópicas llevaron a reintervenirse fueron: Biliperitoneo por desprendimiento de clip del Cístico, Hematoma Subcapsular, sección del Cístico por dificultad anatómica y Hemoperitoneo por sangrado

del orificio del trocar 2 (T2).

Estas complicaciones son las que más frecuentemente hacen referencia los diferentes autores (1,2,3) a pesar de que frecuentemente se comente que las complicaciones durante la Colectomía laparoscópica podrían estar subestimadas (3).

La presencia de Bilioperitoneo generalmente está relacionado al desgarro de la vesícula y lecho hepático durante la Colectomía laparoscópica y con el vertido de cálculos a la cavidad abdominal. Con respecto al vertido de cálculos a la cavidad abdominal se comunicaron pocas complicaciones de ésta y, en general, no se le concede mucha importancia y no es suficiente evidencia que justifique la conversión a cirugía abierta. Esto no significa que debemos restarle importancia a las litiasis perdidas (2)

Las lesiones de la Vía Biliar principal y, fundamentalmente, las que han pasado desapercibidas durante la intervención, representan la morbilidad más grave asociada a esta cirugía. (2). Aunque se han relacionado directamente con el inicio de la experiencia de cada cirujano en particular, se puede producir en cualquier momento (3). Se puede evitar esta complicación con la revisión de toda la vía biliar y lecho hepático antes de dar por finalizada la intervención. (1).

Una complicación derivada exclusivamente de la vía de abordaje laparoscópica es la hemorragia de los orificios de los trocares, que según sus características puede obligar a la reintervención precoz por aparición de un hemoperitoneo importante. Este tipo de complicaciones puede evitarse llevando a cabo un cierre meticuloso de todos los orificios de entrada de los trocares, así como también recordar el detalle anatómico al momento de colocar los trocares, cual es, la localización de los vasos epigástricos, que se encuentran, por lo general, a unos centímetros de la línea media, en las vainas de los músculos rectos (1).

Por lo antes mencionado se deduce que la cirugía laparoscópica requiere de un periodo de aprendizaje en el que asimilen una serie de conocimientos, como el manejo de aparatos de iluminación, cámara, insufladores, etc. Pero además necesita un periodo de aprendizaje de habilidades quirúrgicas, que solo se puede adquirir mediante una estrecha tutorización del discente por una persona que posea dicha técnica, a fin de que con la repetición de gestos y maniobras se consiga incorporarlos de forma automática al hacer rutinario en laparoscopia. (3).

Por la alta prevalencia de la enfermedad litiasica biliar, creemos que todo cirujano puede y debe adquirir la destreza necesaria para que su Servicio de Cirugía ofrezca a sus pacientes la posibilidad de esta técnica, sin interponerse criterios de selección demasiado rígidos o dependientes de la organización de unos determinados equipos quirúrgicos.

La tabla N° 06 nos muestra las indicaciones de segunda reintervención en total 14 pacientes:

Peritonitis residual en asociación a obstrucción intestinal cuatro casos, procediéndose a lavado de cavidad y adherenciólisis más drenaje con resultados favorables en tres pacientes, un paciente se complicó con fístula entérica, no tuvo recursos para NPT, finalmente falleció.

Absceso pancreático más fístula entero-cutánea dos casos; un caso asociado a obstrucción intestinal que motivó su segunda reintervención se procedió a lavado mas reconstrucción de yeyunostomía más drenaje evolucionando favorablemente, un segundo caso presentó fístula pancreática y sepsis, tomográficamente se demostró absceso peripancreático decidiéndose segunda reintervención; se procedió a necrosectomía pancreática mas yeyunostomía posteriormente se complicó con fístula entero-cutánea.

Evisceración más absceso residual, dos casos, ambos ancianos se procedo a lavado de cavidad y reparación de pared abdominal; a un paciente se le colocó prótesis en pared abdominal sin embargo persistió con drenaje purulento y se agregó fístula entero cutánea.

Fístula biliar un caso, ante persistencia de fuga biliar en paciente con previa derivación colédoco yeyunal se procedió a reanastomosis colédoco-yeyunal en Y de Roux mas yeyunostomía descompresiva sin embargo persiste con fuga biliar desnutrición marcada sepsis terminando en existus letalis.

Retiro de taponamiento hepático un caso, que presentó hematoma hepático sub-capsular que evolucionó favorablemente

H.D.A- úlcera duodenal en un paciente que en la primera reintervención se realizó reanastomosis ileo-ileal, en el quinto día post quirúrgico presentó HDA masiva, endoscópicamente se demostró úlcera duodenal sangrante, procediéndose a segunda reintervención sin embargo falleció en el intra-operatorio.

Absceso residual mas fístula cecal; luego de primera reintervención presenta absceso sub frenito que no pudo drenarse por vía percutánea se procede a segunda reintervención con drenaje de absceso sin embargo persiste séptico con fístula cecal a debito alto; posteriormente se demostró que el paciente presentaba examen de ELISA-HIV positivo, finalmente falleció,

Trastorno de colostomía, un caso, que presentó retracción de colostoma, se procedió a reconstrucción de colostomía evolucionando favorablemente

Hematoma de estuche de rectos como hemorragia intra-abdominal, un caso, aparentemente presentó lesión de vasos epigástricos inferiores con sangrado masivo que se extendió a cavidad abdominal, en segunda reintervención no se encontró vasos sangrantes procediéndose a extracción de coágulos y lavado de cavidad abdominal evolucionando favorablemente.

La tabla N° 07, nos muestra las indicaciones de tercera reintervención en total dos pacientes, un caso en paciente anciano que a pesar de NPT y ATB de última generación persistió en sepsis agregándose Evisceración, procediéndose a lavado de cavidad mas reparación de pared abdominal con prótesis sin embargo terminó en exitus letalis; un segundo caso en paciente con absceso residual más fístula entérica múltiple post-pancreatitis aguda necrotizante, cursando con sepsis e hiperglicemia de difícil manejo médico; entra a tercera reintervención procediéndose a lavado de cavidad y colocación de prótesis en pared abdominal tipo "bolsa de Bogotá" sin embargo persiste con secreción purulenta fístulas enterocutánea múltiple "colo-cutanea", evolucionando desfavorablemente, siendo reintervenido por cuarta vez terminando finalmente en exitus

letales.

El destino luego de la cirugía se distribuyó como sigue: El 68% (81 pacientes) fueron a cuidados intermedios de cada servicio de cirugía general, el 28.6% (34 pacientes) pasaron a UTI, el 2.5% y 08 % fueron a sus respectivas camas de hospitalización y a la morgue respectivamente.

En cuanto al soporte postoperatorio recibido por los pacientes estos recibieron Fluidoterapia en el 78.8% de los casos, al igual que el 91% recibieron Antibiótico de amplio espectro, un 6.1% requirieron Ventilación Mecánica, Fármaco inotrópicos en el 12.8% de los pacientes, Sangre en el 18.8% y NPT en 13.7%. En cuanto al uso de antibióticos quedó demostrado que los más usados en primera línea fueron Ceftriaxona (42.16%), Cefoperazona + Sulbactan (19.27%), Metronidazol (12.05%); asociados a Amikacina (33.33%) de casos, a Clindamicina y Metronidazol (29.33%) de los casos. Al correlacionar tipo de operación (emergencia/programada), con antibióticos se evidenció que existe un OR de 12 y un OR% de 91.

Los procedimientos complementarios que más se realizaron fueron las Ecografías 33 casos con un 62.3%, Tomografía Axial Computarizada y Gastroscopías representaron el 9.4% cada una de ellas (5 pacientes); y en tercer lugar están la Rx. De abdomen y tórax con 04 (7.5%), de los casos.

La condición de alta del paciente se comportó de la siguiente forma: 36 pacientes (29 hombres y 7 mujeres) con evolución favorable representaron el 70.6%; mientras que los fallecidos representaban 15 pacientes (10 hombres y 05 mujeres) con el 29,4%. La causas de fallecimiento están encabezadas por el Shock Séptico con 37.7%, Falla orgánica múltiple el 21.4% seguido de Shock hipovolémico y Refractario con el 14.3% respectivamente y finalmente con un 7.1 % se encuentran las Sepsis severa y Shock distributivo. Del total de fallecidos el 73% estuvieron comprendidos entre las edades de 45 a 83 años.

El tiempo de hospitalización tuvo una variación desde 02 días hasta 183 días con una media de 47.46 días con DS de 4.56. y que en la mayoría de casos se encuentran entre los 2 días hasta los 40.

Finalmente el número total de relaparotomías realizadas fueron 68 con una media de 1.41. Distribuidos de la siguiente forma 34 pacientes (66.7%) se reintervinieron 1 vez; 14 pacientes (27.5%) son reintervinieron 02 veces; y 02 pacientes (3.9%) son reoperaron 03 veces; y el 2.0% (01 paciente) se reoperó 04 veces (Tabla N° 3 - Gráfico N° 3).

Debo referir que el tiempo transcurrido entre el momento de ingresar el paciente hasta la primera cirugía fue de menos de 24 horas para 22 pacientes (43.13%) seguido de 11 pacientes (22.56%) que se operaron luego de más de 168 horas (07 días). Pero si revisamos más minuciosamente veremos que 32 pacientes (62.13%), fueron intervenidos dentro de las primeras 72 horas. ; se deja constancia sin embargo que la media es de 112.6 horas que equivale a 4.69 días.

El tiempo transcurrido entre la primera cirugía y la primera relaparotomía tiene una media de 6.94 días correspondiendo al 47.05% de los pacientes en los primeros 5 días; seguido de un 29.41% entre los 6 a 10 días.

El tiempo transcurrido entre la primera relaparotomía y la segunda relaparotomía tiene una media de 8.25 días correspondiendo al 56.25% de los pacientes en los primeros 5 días; seguido de un 25% entre los 6 a 10 días.

El tiempo transcurrido entre la segunda relaparotomía y la tercera relaparotomía tiene una media de 9 días y entre la tercera relaparotomía y cuarta relaparotomía una media de 3 días.

DISCUSIÓN:

La naturaleza y característica de cada institución determinan la frecuencia y tipos de intervenciones quirúrgicas abdominales que se realizan. En este estudio al igual que en otros similares realizados en otros hospitales, las reintervenciones quirúrgicas abdominales son mayores en patología de emergencia y en patología traumática. En el Hospital Nacional Hipólito Unánue se atiende patología predominantemente traumática y/o infecciosa.

El porcentaje de relaparotomias de éste estudio es de 5.3% con un promedio de 02 reintervenciones mensuales; resultado que contrasta con un trabajo anterior realizado en este mismo hospital que reporta 1.89% de reintervenciones (35). Nuestro porcentaje 5.3%, se encuentra dentro de los límites reportados en otros trabajos que van desde 0,5% a 15.9% (06). El valor que se reporta es relativamente bajo comparando con el límite superior debido a que otros estudios incluyen como relaparotomía temprana dentro de los 02 meses. En contraste con el resultado del trabajo anterior de nuestro mismo hospital estaría en relación con el aumento poblacional, con la mayor cobertura (se agregó a nuestra jurisdicción otros distritos como San Juan de Lurigancho, Santa Anita, etc.), con el incremento de la violencia en nuestra sociedad y por ende mayor número de intervenciones.

El sexo que predominó fue el masculino con un 76.5% y el femenino de 23.5%; aunque la mayoría de trabajos no describen influencia en la morbimortalidad por relaparotomía, los hallazgos del presente estudio estaría en relación con el grado de exposición de los varones a sufrir traumatismo fundamentalmente por la ocupación y

estilo de vida.

En la Tabla N° 01 se muestra que el 43.66% de los pacientes relaparotomizados se encuentran entre los 15 y 34 años lo que corrobora que es la población más expuesta a sufrir traumas además es reflejo de la pirámide poblacional de nuestra realidad en el grueso de la población está en este grupo de edad, resultado que concuerdan con otros estudios (2,6,11,19). Pero a mayor edad a pesar de que el porcentaje sea menor la tasa de mortalidad es directamente proporcional..

La tabla N° 02 nos muestra los parámetros utilizados para valorar al paciente previa a su intervención, que forman parte del índice del APACHE II, la mayoría de ellos tienen diferencias significativas respecto a los valores normales; debo hacer mención que lo ideal sería tener un grupo de control para realizar un mejor análisis comparativo. Las variables que reflejan el estado hemodinámico de los pacientes como son la Presión arterial media, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la escala de Glasgow, estuvieron alterados en forma permanente todas ellas con variación significativa ($p < 0.01$).

Con relación a los parámetros hematológicos se encontró disminución del Hematocrito y presencia de leucocitosis con incremento de abastones. Sin embargo debo mencionar que el recuento de leucocitos posee muy poco valor predictivo, puesto que su número es igualmente elevado en personas sin Sepsis recurrente; además las infecciones intraabdominales como por ejemplo la peritonitis provoca una leucocitosis que persiste durante un tiempo variable en el periodo post operatorio.

La detección de determinadas alteraciones tras realizar un primer estudio puede plantear dudas sobre la conveniencia de una segunda línea de pruebas. Es el internista o el intensivista, quien en coordinación con los cirujanos deciden la intervención quirúrgica final.

La Tabla N° 03 nos muestra el número de relaparotomias realizadas, que en su totalidad suman 68; de ellas el 94% se realizaron entre 1 y 2 relaparotomias sobre la base de estos datos es necesario considerar algunos aspectos.

La Tabla N°4, nos muestra la indicación para la primera operación : trauma abdominal como primera causa significando el 25% de los casos, en orden de frecuencia le siguió la peritonitis generalizada con el 24%, luego la colecistitis crónica calculosa, la pancreatitis aguda necrotizante alcanzó el 6% le siguieron patologías sin significación estadística. Vale la pena señalar que en la primera intervención el 71% fueron resueltos en la emergencia del hospital, entre tanto que el 29% fue sometido a cirugía electiva, en este grupo tuvo gran predominio la colecistitis crónica calculosa.

La primera reintervención (Tabla N°5) tuvo como indicaciones en primer lugar; la peritonitis o sepsis abdominal post-quirúrgica en total 31 casos (61%), la segunda causa de reintervención fue la obstrucción intestinal 7 casos (14%), la hemorragia intraperitoneal representó el 14% con 7 casos, la sospecha de lesión de vías biliares 6 casos (11%), (todas ellas consecutivas a colecistectomía convencional 4 casos y 2 casos a colelap, que fueron intervenidas en forma electiva).

Como consecuencia de esta primera reintervención fallecieron 9 pacientes, vale decir el 18% de la serie, debemos subrayar que ningún reintervenido por obstrucción intestinal

ni por hemorragia intraperitoneal fallecieron. La mortalidad ocurrió en 7 operados por peritonitis y 2 operados por lesión de vías biliares.

La indicación para esta segunda reintervención (TablaN°6) nuevamente fue precedida por peritonitis o sepsis abdominal postquirúrgica en 4 casos, el absceso pancreático post pancreatitis aguda necrotizante 2 casos y evisceración 2 casos. De estos 14 pacientes fallecieron 4 lo que concede a la segunda reintervención una mortalidad de 29%. Debemos llamar la atención la alta mortalidad de la peritonitis y la alta morbilidad de la pancreatitis aguda necrotizante.

Fueron sometidos a la tercera reintervención (TablaN°7) 2 pacientes uno por evisceración y fístula enterocutánea múltiple y el segundo caso por absceso pancreático post pancreatitis aguda necrotizante, de estos pacientes falleció, esto significa que en la tercera reintervención fallecieron la mitad de los casos. Un paciente fue sometido a una cuarta reintervención (TablaN°8), se trató del portador de absceso pancreático post pancreatitis necrotizante que sobrevivió a la tercera reintervención pero falleció luego de la cuarta reintervención, esto nos demuestra la alta morbimortalidad de la pancreatitis necrotizante pues de tres pacientes fallecieron dos.

Las reintervenciones (Tabla N°9) que se realizaron a las 24 horas (9 pacientes), la mayoría poseían el diagnóstico de hemorragia intraperitoneal (7 pacientes) los 2 pacientes restantes por sospecha de lesión inadvertida. En el grupo de pacientes donde la primera reintervención se dio entre el 2do al 5to día de la primera operación predominó la peritonitis-sepsis abdominal y la lesión de vías biliares. Los pacientes cuya primera reintervención se dió entre el 6to y 10mo día fueron los casos de obstrucción y fístulas por dehiscencia de suturas.

La mortalidad (Tabla N°10) alcanzó el 29% (15 pacientes), esta mortalidad se incrementó según el número de relaparotomías, los pacientes menores de 44 años fueron 28 casos y fallecieron 4, sin embargo los pacientes entre los 45 a 84 años fueron 23 y fallecieron 9 lo que indica el alto riesgo que significa la edad para soportar las relaparotomías.

Uno de los puntos en los cuales hay mucha duda y no hay parámetros estrictos en la toma de decisiones para la relaparotomía, es el momento de realizar la reintervención quirúrgica abdominal y el estado del paciente, el cual debe de ser cuidadosamente evaluado, más aún si el paciente se encuentra es estado crítico. Debe tenerse en cuenta que la reintervención puede ser el procedimiento quirúrgico que decida el pronóstico de vida del paciente y en muchos casos no tendrá oportunidad para la solución del problema.

Las reintervenciones quirúrgicas abdominales o las relaparotomías son procedimientos complejos que representan una problema, tanto para los cirujanos como para los internistas e intensivistas. Existen varios puntos críticos que deben analizarse en el proceso de una relaparotomía, algunos se inician en el primer acto quirúrgico, de cuyo manejo dependerá en la mayoría de los casos la evolución, las complicaciones y la consecuente relaparotomías.

La necesidad de una reintervención quirúrgica abdominal, poco después de una intervención primaria, casi siempre indica una seria complicación que muchas veces se

considera consecuencia de una intervención deficiente

El criterio conservador que predomina en nuestro Hospital de reintervenirse tempranamente hace albergar la esperanza que el cuadro se resuelva con tratamiento habitual; también es frecuente que los signos de complicaciones iniciales que requieren ser intervenidos son interpretados como parte de una evolución tórpida. Obviamente este tipo de criterio hace que el estado general del paciente se deteriore cada vez más.

Es idóneo actuar sobre el foco causal lo más tempranamente posible, y tratar de impedir que el enfermo empeore y la reintervención se convierta en una medida desesperada; sin embargo el diagnóstico no suele establecerse con facilidad, pues los signos y síntomas aparecen enmascarados por la operación anterior y se tornan confusos y sutiles, por lo cual se impone basarse en otros datos aportados por diversos exámenes, aunque algunas reintervenciones se practican a ciegas con el argumento de que es mejor " mirar y ver, que esperar para ver" (4).

Los criterios de reintervención continúan siendo controvertidos entre cirujanos e intensivistas, sobre todo a partir del precario estado del enfermo y de la ausencia del cuadro característico del abdomen agudo. (4)

Por tales razones adquiere cada vez mayor importancia la valoración clínica minuciosa en la cama del paciente y no la confianza ciega y desmesurada en los exámenes por imágenes. La función del médico no ha dejado de ser aún más trascendente que la de los sistema de monitoreo y diagnóstico que rodean al afectado.

RECOMENDACIONES:

1. El cirujano debe de ser consiente de sus propias limitaciones y no tener reparos en consultar con cirujanos de más experiencia.
2. Trabajar en equipo e instrumental adecuado evitando así convertir una intervención simple en una complicada.
3. Tener en cuenta todas las estructuras anatómicas alteradas por una cirugía previa.
4. Valorar críticamente los síntomas en el postoperatorio inmediato y mediato.
5. Considerar siempre tres principios básicos al reintervenir: drenaje de focos sépticos, debridamiento del tejido esfacelado y prevención ininterrumpida de la reacumulación de abscesos que condicionan la Sepsis.

BIBLIOGRAFÍA:

- M. Miras Estacio, C Duran Escribano y It Castejon Huete. "Reintervenciones en Cirugía Laparoscópica." Cirugía Española 2000; 68: 388-392.
- Dr Jesús Valdes Jimenez, Dr Juan Carlos Barreras Ortega, Dr Orestes Noei Mederos Curbelo. "Reintervenciones en Cirugía General" Rey Cubana Cir 2001 ; 40 (3):201-4.
- Dr Koperna T; Schulz E. Relaparotomy in peritonitis: prognosis and treatment of patients with persisting intraabdominal infection" Fuente: World J Surg 24 (1): 3 2-7, 2000 Jan, UNITED STATES.
- Dr Desiaterik V, Krivitskii Lum, Mikhno SP, Ageenko AP. "Relaparotomy: Clinical Strategic and organizational aspects" Fuente: Klin Khir, (7) : 35-8, 2000 Jul, Ukraine.
- Dr Askerkhanov GR, Guseinov AG; Zagirov IJZ, Sultanov ShA "Planned relaparotomy in peritonitis" Fuente Khirurgiia (mosk); (8) :20-3, 2000, Russia.
- Dr Magomedov AZ; Gaziev RM Nazaraliev RG "Early reoperations after resection of stomach in gastroduodenal ulcers" Fuente: Khirurgiia (Mosk) ; (8): 12-4 1999, RUSSIA.
- 7.- Dr Bellón 3M, Contreras LA; Buján J; Pascual U; Carrera San Martín A "Las relaparotomías efectuadas a través de prótesis de polipropileno no alteran su resistencia biomecánica. Estudio Experimental." Fuente J Am Coll Surg; 188 (5): 466-72, 1999 May. UNITED STATES
- Rodríguez Ra Rafael; Peña Araño, Manuel de Jesús; Blanco Milá, Abel; González

- Rondón, Pedro Luis; Puertas Alvarez, Juan Francisco; Goderich Lalán, José Manuel. "Relaparotomía de urgencia por peritonitis secundaria" / "Urgent relaparotomy due to secondary peritonitis". Fuente: Rey. cuba cir38(2):79-83, mayo-ago. 1999. tab
- Amar Velasco, Víctor. "Cirugía de emergencia en volvulo de sigmoide&'. Fuente: Lima; s.n; 1999. 34 h p. tab. (848, 2 ejemplares). Tesis: Presentada en Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Dr Machado, Marcel Autran Cesar SouzaJunior, Almerindo Lourenco de; Poggetti, Renato Sergio; Utiyama, Edivaldo Massazo; Branco, Paulo David; Birolini, Dario. "Fatores de risco em relaparotomia na cirurgia de urgencia "1 "Risk fiwtors in emerge ncy surgery relaparotomy" Fuente: Rey. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. Sao Paulo;49(1):17-20,jan.-fev. 1999. tab
- Humar A; Harmon J; Gruessner A; Kandaswainy R; Granger D; Zheng C; Drangstveit MB; Sutherland D; Gruessner R Dirección: University of Minnesota, Minneapolis 55455, USA. "Surgical complications requiring early relaparotomy after pancreas transpantation: comparison of the cyclosporine asid FK 506 eras". Fuente: Transplant Proc; 31(1-2):606-7, 1999 Feb-Mar.
- Roehrbom A ; Thomas L, Potreck O; Ebener C; Ohmann C; Goretzkui PE. ' microbiology ofpostoperative peritonotis". Fuente: Clin Infect Dis; 33(9): 15 13-9, 2001 Nov 1. UNITED STATES.
- J. Alvarez Fernández-Represa, J. A. Diego de Carmona "Fonnación del Cirujano en Cirugía Laparoscópica" CiruglaEspaflola 2000; 68: 304-308.
- The failed gastrointestinal anastomosis: an inevitable catastrophe? - Pickle man — J; Watson — W; Cunningham — J ; Fisher — SG; Gainellí — R - J—Am—Coll—Sur& 1999 May; 188 (5):473—82
- (Reoperations on biliary tracts) - Topchiaslwili — ZA - Khirurgiia—Mosk 1999(1): 25—8
- D. Chosidow, M. Lesurtel, F. Sauvat, C. Paugam. "Abbreviated laparotomy and planned reoperations in one severely injured patient.Annales Chirurgie 2000; 125: 62-65.
- Jorge de los Ríos, Oscar Vidarte, Juan Echevarría. "Factores pronósticos de mortalidad en Relaparotomías" Revista de Gastroenterologia del Perú. 18: 20-25, 1998.
- Reoperation for recurrent chronic visceral ischemia. - Schneider — DB ; Schneider — PA; Reilly — LM ; Ehrenfeld — WK; Mesaina — LM: Stoney — RJ. - J—Vasc—Sur& 1998 Feb; 27 (2) : 276—84; discussion284—6
- Chemical peritonitis afler iatrogenic rupture of a dermoid cyst oofthe ovary treated by coelioscopy. Appropos of a case and review of the literature) - Achtari —C; Genolet — PM; bouzourene -II; De — Grandi — P. - Gynakol — Geburtshilfliche — Rundsch. 1998; 38 (3): 146—50
- "Fulminant acute pancreatitis and infected necrosis : results of open of the abdomen and" planned" reoperations" - Bosscha — K ; Hulsyaert — Pf; Henmpman — A ; Visser — MR; Gooszen — HG; Van — Vroonhoven — TJ; y — d — Werken — C. - J—Am- Coll—Surg.1998;255—62
- Laparoscopic approach in acute small bowel obsiruction. A review of 68 patienta. - Navez — B ; Arimont — Jm ; Guiot — P. - Hepatogastroenterology. 1998 Nov. —

Dec; 45 (24): 2146—50

Immunotherapy as part of comprehensive therapy in abdominal reoperations with septic complications - Vyhnanek — F; Kostka 3. LP IJK, Prana. - Acta — Medica - Hradec — Kralove — Suppl. 1997 97 - -100

J. M. Revilla Martín, A. Vélez Lomana. “Valoración predictiva de las pruebas preoperatorias” Cirugía Española 1997; 61: 205-209.

E. Vidafla Marquez, A. Orte Martínez, J,A, Martín Ortega. “Abdomen Agudo en el Anciano” Cirugía Española 1997; 61: 191-194.

Francisco José García Molina, Javier Aragón Sánchez, Juan de Dios Franco Osorio. “Colecistectomía Laparoscópica: Análisis de nuestra Experiencia inicial y reflexiones sobre las complicaciones.” Cirugía Andaluza 1996; VII (20): 87-92

Sardi, Juan E; Giaroli, Adolfo; Sananes, Carlos ; Soderim, Alejandro H. J.; Bermúdez, Adriana; Paniceres, Guillermo - “Valor de las relaparotomías en el manejo terapéutico del carcinoma epitelial del ovario. - Rev. Soc. Obstet. Ginecol. B. Aires; 74 (917): 292 — 303, Dic. 1995.

Sequeiros Crespo, Hector, Trigoso Cristian; Prado José - Infección de la herida operatoria - Rev. Med. Cient San Gabriel; 2 (2): 37—40, jul — dic 1995

Barredo Claudio; Covaro Jorge; Chiavaroli Héctor, Leiro Fabio. - Conversiones y reoperaciones en colecistectomía laparoscópica - Rev. Argent. Cir, 66(5); 146-52, mayo 1994.

Roman Robles, Neill ; Vergara Ciapciak, Jorge ; Alvarado Jaramillo, Román - “Sepsis intraabdominal severa: uso de la técnica de abdomen abierto con malla. - Diagnostico (Perú); 33 (1/2): 22-5, 1994.

D’Angelo, Wilfredo ; Machado, FLIX ; A. Machado, Yamil ; Cura, Hector. - Laparotomía en peritonitis aguda difusa grave: nueva prótesis temporaria - Rev. Fac. Med. Univ. Nac. Nordeste; 11(1): 9— 11, 1994.

N.A. reiger, G.G. Jaznieson, R. Britten-Jones. “Reoperación después del fracaso de una intervención quirúrgica antirreflujo” The British Journal of Surgery 1994; 81: 1159-1161.

Nole Zapata Rodolfo. “Reintervenciones Quirúrgicas Abdominales” Tesis de segunda especialización 1993.

Pupo Fernandez, Carlos; Vásquez González ; José, Jos M. Robert. – Relaparotomías - Rev. Cuba. Med. Mil; 22 (2): 120— 6, jul — dic. 1993

Rodríguez Bonet, Heriberto; Reyes Moiss; Roed n M.. Adriana; “Aplicación de un Zipper corriente para cierre del abdomen facilitando reexploración y lavados manejo De las peritonitis generalizadas” Rev. Med. Domin; 54 (1): 71-6, Ene. - Mar. 1993 illus.

Reintervenciones en Cirugía - Ronald K. Tompkins - Ediciones Doyma Barcelona España 1991

Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica Cirugía Abdominal de repetición. Volumen 1: 1991

Makela J. Kairalvoma, M. Relaparotomy for postoperative intra-abdominal sepsis in jaundiced patients. British Journal of Surgery 1988 75 (12): 1157-1159

- Bardavid Shand, Cristian. - "Cirugía abdominal mayor en el paciente quirúrgico" - Rey. Sanid. Def nac. (Santiago de Chile) ; 4 (4) : 346 —50, oct-dic. 1987.
- Iorio, Atilio; Corti, Rodolfo E. - Gastritis alcalina: reoperaciones gástricas" - Acta gastroenterol. Latinoam; 17 (3) : 247 — 62, Jul Set. 1987.
- Garza F., Jos Humberto; Vásquez O., Ramón - Absceso Pancreático: Alternativas de su tratamiento - Rey. Md. Hosp. Gen Mx; 50 (2) :85 —9, abr. —jun. 1987.
- Cherjovsky, M., Bumaschny E. "Reintervenciones abdominales en pacientes críticos". Revista Latinoamericana de Cirugía (FELAC) Vol 11989: 102-104.
- Tortero, E; Vinuela, E; Perrier, J.P; Pineyro, A. Bergalli, L. E; Peyroulou, A. - "Evisceración terapéutica controlada" - Cír. Uru-g.; 51(2): 119-26, 1981
- Gramática, L; Flores, F; Saliba, J; Montenegro, R. - "Reintervenciones en las vías biliares por litiasis. Nuestra táctica de elección para el abordaje del hepatocolédoco via intrapiloro duodenal" - Rey. Argent. Cir, 40 (5): 178 — 84, 1981.
- Zer, M; Shlad, D; Meche, S. "Influence of timing of relaparotomy and its influence of prognosis". American Journal of Surgery. 139, 1980.

ANEXOS

Tabla N° 1: Pacientes Relaparotomizados según Grupo Etáreo

Grupo Etareo	N° Casos	%
15-24	9	17.64
25-34	13	25.49
35-44	6	11.76
45-54	8	15.68
55-64	6	11.76
65-74	6	11.76
75-84	2	3.92
85	1	1.96
total	51	100

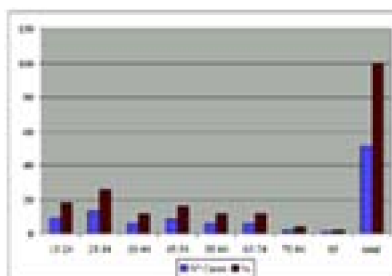


Gráfico N° 1: Pacientes relaparotomizados grupo etáreo

Tabla N° 2: Parámetros utilizados para valorar al paciente

parámetro	Valor Normal	Promedio	D.S.
P.A.M.	93.3	82.41	13.38
F.C.	90	95.62	21.6
F.R.	20	22.28	6.73
S. Glasgow	15	14.72	1.13
Hematocrito	40	34.15	8.06
Leucocitos x 1000	9	10.62	4.76
Abastoados x 1000	1.8	7.21	8.45
Bilirubina	1	2.5	3.06
Creatinina	1	1.68	2.11

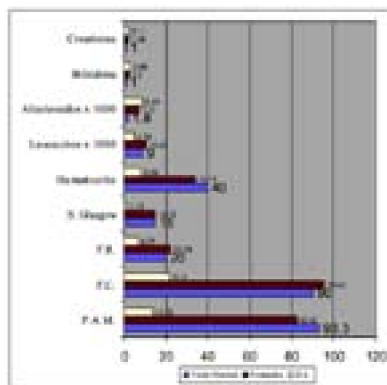


Gráfico N° 2: Parámetros utilizados para valorar al paciente

TABLA N° 03: NUMERO DE RELAPAROTOMIAS

NUMERO DE RELAPAROTOMIAS	NUMERO DE PACIENTES	%
UNA REINTERVENCION	34	66.7
DOS REINTERVENCIONES	14	27.5
TRES REINTERVENCIONES	2	3.9
CUATRO REINTERVENCIONES	1	2.0
TOTAL	51	100.0

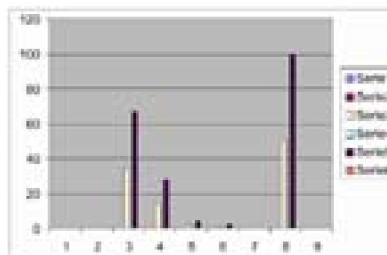


Gráfico N° 3: Número de Relaparotomias

TABLA N° 04: DIAGNOSTICOS QUE PRESENTARON LOS PACEINTES AL INGRESO

DIAGNOSTICO	N° DE PACIENTES	%	EMERGENCIA	ELECTIVO
ABDOMEN AGUDO TRAUMATICO				
- TRAUMA ABDOMINAL CERRADO	7	13.73	7	
- TRAUMA ABDOMINAL ABIERTO	6	11.76	6	
PERITONITIS GENERALIZADA		0.00		
- APENDICITIS AGUDA COMPLICADA	6	11.76	6	
- COLECISTITIS AGUDA COMPLICADA	4	7.84	4	
- PERFORACION ILIAL-FIEBRE TIFOIDEA	3	5.88	3	
COLECISTIS CRONICA CALCULOSA	10	19.61		10
OBSTRUCCION INTESTINAL		0.00		
- BRIDAS Y ADHERENCIAS	3	5.88	3	
- HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA	2	3.92	2	
PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE	3	5.88	3	
COLOSTOMIA EN ASA	1	1.96		1
NM GASTRICO	2	3.92		2
NM DE COLON	2	3.92		2
HDB-FIEBRE TIFOIDEA	2	3.92	2	
TOTAL	51	100.00	36	15

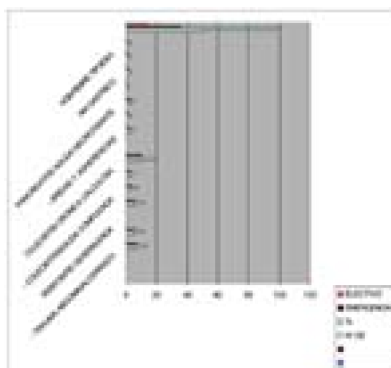


Gráfico N° 4: DIAGNOSTICOS QUE PRESENTARON LOS PACEINTES AL INGRESO

CUADRO N° 05: INDICACIONES DE PRIMERA INTERVENCIÓN

Relaparotomias en Cirugía abdominal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero 1999 a Diciembre del 2001

DIAGNÓSTICO	N° de Pacientes	%	FALLECIDOS	% FALLECIDOS
PERITONITIS-SERPIS POST QUIRURGICA				
ABSCESO INTRA ABDOMINAL	12	23.53	2	3.92
ABSCESO PANCREATICO	3	5.88	1	1.96
DEHISCENCIA DE SUTURA		0		0
ESOGA YEYUNAL	2	3.92	1	1.96
ILEO ILEAL	5	9.8		0
ILEO COLICA	2	3.92		0
COLO COLONICA	2	3.92	2	3.92
LESION INADVERTIDA		0		0
GASTRICA	2	3.92	1	1.96
YEYUNAL	3	5.88		0
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	7	13.73		0
LESION DE VIAS BILIARES		0		0
LESION DE COLEDOCO	4	7.84	1	1.96
FISTULA BILIAR BILIPERITONEO	2	3.92	1	1.96
HEMORRAGIA INTRA ABDOMINAL		0		0
LESION HEPATICA	4	7.84		0
LESION ESPLÉNICA	1	1.96		0
LESION VASOS EPILOICOS	2	3.92		0
TOTAL	51	100	9	17.65

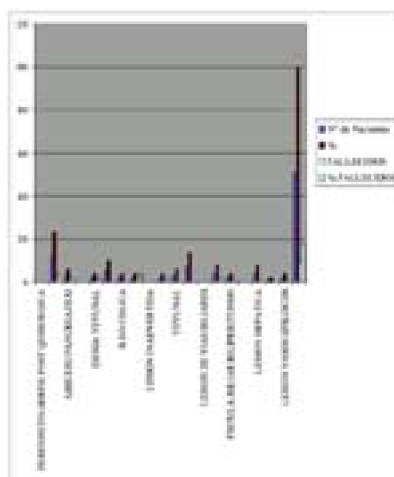


GRAFICO N° 05: INDICACIONES DE PRIMERA REINTERVENCIÓN

TABLA N° 06. INDICACIONES DE SEGUNDA INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO	N° DE PACIENTES	%	FALLECIDOS	%
PERITONITIS RESIDUAL-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	4	7.84	1	7.14
ABSCESO PANCREATICO-FISTULA ENTERO CUTANEA	2	3.92		
EIVISCERACIÓN-ABSCESO RESIDUAL FISTULA BILIAR	2	3.92		
RETIRO DE TAPONAMIENTO HEPÁTICO	1	1.96	1	7.14
HDA-ULCERA DUODENAL	1	1.96		
ABSCESO RESIDUAL-FISTULA CECAL	1	1.96	1	7.14
TRANSTORNO DE COLOSTOMÍA	1	1.96	1	7.14
HEMATOMA ESTUCHE DE RECTOS- HEMORRAGIA INTRAABDOMINAL	1	1.96		
TOTAL	14	100	4	28.57

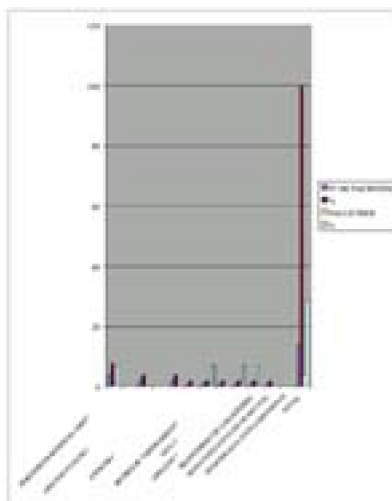


GRAFICO N° 06: INDICACIONES DE SEGUNDA INTERVENCIÓN

TABLA N° 07: INDICACIONES DE TERCERA REINTERVENCIÓN

DIAGNOSTICO	N° DE PACIENTES	%	FALLECIDOS	% FALLECIDOS
EIVISCERACIÓN-FISTULA ENTERO	1	50	1	50
CUTANEA MULTIPLE				
ABSCESO PANCREATICO	1	50		
FISTULA ENTERO CUTANEA				
TOTAL	2	100	1	50

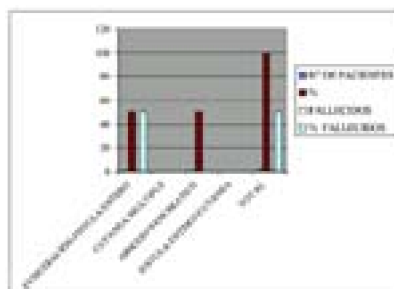


GRAFICO N° 07: INDICACIONES DE TERCERA REINTERVENCIÓN

TABLA N° 08: INDICACIONES DE CUARTA REINTERVENCIÓN

DIAGNOSTICO	N° PACIENTES	%	FALLECIDOS	% FALLECIDOS
Abceso pancreatico-fistula entero cutanea	1	100	1	100
TOTAL	1	100	1	100

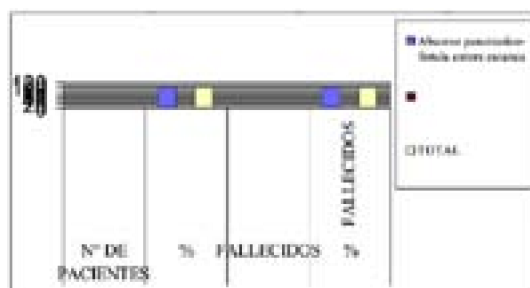


GRAFICO N° 08

TABLA N° 09: TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA PRIMERA INTERVENCIÓN Y LA PRIMERA RELAPAROTOMIA

TIEMPO EN DIAS	NUMERO DE PACIENTES	%
0 - 1 DIAS	9	17.65
2 - 5 DIAS	16	31.37
6 - 10 DIAS	14	27.45
11- 15 DIAS	8	15.69
16 - 20 DIAS	3	5.88
MAYOR DE 20 DIAS	1	1.96
TOTAL	51	100

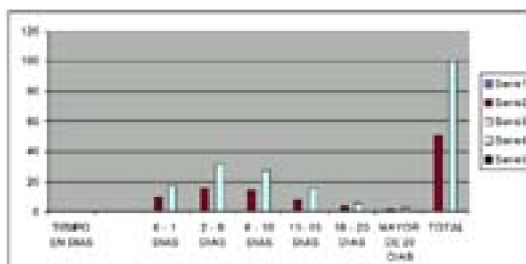


GRAFICO N° 09: TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA PRIMERA INTERVENCION Y LA PRIMERA RELAPAROTOMIA

TABLA N° 10: GRUPO ETARIO SEGÚN NUMERO DE RELAPAROTOMIAS Y MORTALIDAD

GRUPO ETAREO	NUMERO DE RELAPAROTOMIAS				TOTAL	MORTALIDAD	%
	I	II	III	IV			
15 - 24 AÑOS	7	1	0	0	8	1	6.66
25 - 34 AÑOS	8	4	1	1	14	1	6.66
35 - 44 AÑOS	4	1	1	0	6	2	13.32
45 - 54 AÑOS	4	4	0	0	8	3	19.98
55 - 64 AÑOS	4	2	0	0	6	2	13.32
65 - 74 AÑOS	6	0	0	0	6	3	19.98
75 - 84 AÑOS	0	2	0	0	2	2	13.32
MAYOR DE 85 AÑOS	1	0	0	0	1	1	6.66
TOTAL	34	14	2	1	51	15	100

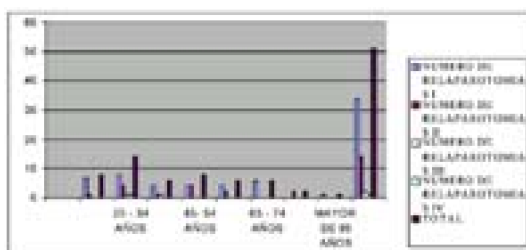


GRAFICO N° 10: GRUPO ETARIO SEGÚN NUMERO DE RELAPAROTOMIAS Y MORTALIDAD

RELAPAROTOMIAS ENCIRUGIA ABDOMINAL

FICHA N° HISTORIA CLINICA N°.....

NOMBRE SEXO: M FEDAD.....

FECHA DE INGRESO..... HORA DE INGRESO

SERVICIO DE ADMISIÓN: EMER (...) CG (...) MED (...) UTI (...) OTRO(...)

TIEMPO DE ENFERMEDAD

VALORACION DE LA ENFERMEDAD:

PAM:..... HEMATOCRITO.....

FC : LEUCOCITOS :.....

FR :..... **BASTONES :**

CREATININA : **BILIRREJBINAS :**

ANTECEDENTES :

A) PATOLOGICOS:

B) CIRUGÍAS PREVIAS:

DIAGNOSTICO QUIRÚRGICOS:

DIAGNOSTICO ASOCIADO:

FECHA 1° CIRUGÍA: HORA:

TIPO DE OPERACIÓN : A) PROGRAMADA(...) B) EMERGENCIA: (...)

TIEMPO OPERATORIO (HRS.): <1 (...) 1-3 (...) 3-4 (...) 4-5 (...) 5-6 (...) > 6 (...)

DIAGNOSTICO PRE QUIRÚRGICO :

DIAGNOSTICO POS OPERATORIO :

CIRUJANO:**ASISTENTES:**.....

HALLAZGOS:.....

REALIZADO:

DESTINO LUEGO DE 1° CIRUGIA: UTI (...) SERV. INTERMEDIO (...) AMB.COMUN

SOPORTE RECIBIDO:

A) FLUIDOS(...)

B) VENT. MECA. (...)

C) FCOS. INOTROP (...)

D) A.T.B: (...)

E) SANGRE (...)p

F) N.P.T.:(...)

COMPLICACIONES:.....

FECHA DE 1° RELAPAROTOMIA.....HORA 1° RELAP:.....

MOTIVO:.....

TIEMPO OPERATORIO (HRS) : < 1 (...) 1-3 (...) 3-4 (...) 4-5 (...) 5-6 (...) > 6 (...)

DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO:.....

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:

.....

HALLAZGOS:

.....

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

.....

COMPLICACIONES:

.....

PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIO:

ECO (...) TAC : (...) OTROS.

CONDICION DEL PACIENTE :

VIVO (...) FALLECIDO (...) CAUSA :

FECHA DE ALTA: TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN.....