



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. ene.-feb. 2012; 16(1):10-19
CIRUGÍA

Comportamiento de las reintervenciones en cirugía general. Hospital General Docente «Abel Santamaría». Pinar del Río

Behavior of the re-operations in general surgery at "Abel Santamaria Cuadrado" University Hospital. Pinar del Rio

Carlos A. Sánchez Portela¹, Juan Carlos Delgado Fernández¹, Adonis García Valladares²

¹Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de salud. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico:

carlosap@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Introducción: Las reintervenciones constituyen un grave problema que inquietan a los cirujanos y han inspirado múltiples estudios.

Objetivo: Describir el comportamiento de las reintervenciones en el servicio de cirugía, se propuso realizar este trabajo.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal de los pacientes reintervenidos en el servicio de cirugía general en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río en los años 2006 y 2007. Se analizaron la edad, el sexo, indicación de la reintervención, tiempo entre la operación inicial y la reintervención, número de reintervenciones y la causa de muerte. El universo de estudio fueron los pacientes sometidos a cirugía mayor (3128) y la muestra quedó constituida por 108 pacientes que fue preciso

reintervenir. Se realizó cálculo porcentual como método estadístico y se plasmaron los resultados en tablas.

Resultados: El 69,38% correspondió al sexo masculino, y el 59,2% se hallaba en la séptima década de vida. El 67,34 % fueron operados de urgencia, predominando la oclusión intestinal mecánica y la litiasis vesicular. El 57,41% de las reintervenciones se realizó antes del séptimo día de la intervención inicial. Las causas principales de reintervención fueron: peritonitis residual (34,87%), colecciones intraabdominales (18,07%) y dehiscencias de sutura (14,71%). A medida que se incrementó el número de reintervenciones aumento la mortalidad y esta fue del 43,52% en los pacientes reintervenidos.

Conclusiones: Mientras más precozmente se realice el diagnóstico de una complicación intrabdominal y más rápido se decida la reintervención menores serán las complicaciones y mayor la posibilidad de sobrevida del enfermo.

DeCS: LAPAROTOMIA/métodos, COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS/cirugía, REOPERACION/métodos/efectos adversos, FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

Introducción: Re-operations constitute a serious object of concerns to surgeons and have encouraged multiple studies.

Objective: To describe the behavior of the re-operations in the surgical service.

Method: A descriptive, retrospective, cross-sectional study choosing the re-operated patients in the service of surgery at "Abel Santamaria Cuadrado" University Hospital during 2006-2007. Pinar del Rio. Age, sex, and indication to perform the re-operation, period of time between the initial operation and the re-operation, number of re-operations and cause of death were the variables taken. The target group included the patients who underwent major surgeries (3128) and the sample comprised 108 patients requiring re-operations. Percentage terms were used as a statistical method and the results showed in tables.

Results: 69, 38% belonged to male sex, 59, 2 % of the patients were in the seventies. Mechanical intestinal occlusion and lithiasis prevailed as emergencies 67, 34%. The 57, 41% of the re-operations were performed seven days after the initial surgery. The main causes of re-operations were: residual peritonitis (34, 87%), intra-abdominal collections (18,07%) and dehiscence of suture (14,71%). As the numbers of re-operations increased the mortality rate of the re-operated patients also increased (43,52%).

Conclusion: as early the diagnosis of an intra-abdominal complication is performed and as rapid the decision of re-operations is made, complications will diminish and survival rates possibilities will augment.

DeCS: Laparotomy/methods, POSTOPERATIVE COMPLICATIONS/surgery; REOPERATION/methods/adverse effects; RISK FACTORS.

INTRODUCCIÓN

Desde épocas muy tempranas de la cirugía, la aparición de complicaciones infecciosas, ha constituido un problema de difícil solución, que puede ir desde una simple sepsis de la herida quirúrgica hasta una sepsis intrabdominal grave, que muchas veces da al traste con la vida del enfermo, cuando no es tratada a tiempo.¹ El problema que enfrenta el cirujano que debe realizar una reintervención, consiste

en la prontitud con que realice el diagnóstico, que conllevará a la misma y la eficiencia con que se realice. El tratamiento oportuno muchas veces entraña una reintervención, pues a pesar de los progresos de la terapéutica actual para las infecciones aun los cirujanos continúan pensando que es "mejor mirar y ver, que esperar para ver".^{1, 2}

Constituye un grave problema el de las reintervenciones en cirugía general, que inquietan a los cirujanos y que ha inspirado numerosos trabajos.¹⁻³ En materia de reintervención abdominal, tan grave resulta para el paciente llevarlo de nuevo al quirófano sin necesitar una nueva operación, como dejar de llevarlo por no querer reconocer que el paciente se ha complicado o por no realizar un diagnóstico precoz y oportuno.

La experiencia ha demostrado que en casos de reintervención, los exámenes complementarios, no tienen un valor primordial, pues continúan siendo los signos y síntomas clínicos, el instrumento más eficiente para este diagnóstico.²⁻⁶

El aspecto de las reintervenciones ha sido discutido en la Academia de Cirugía por iniciativa de André Germain² suscitando debates y polémicas, concluyéndose que, no existe posibilidad de elaborar en la actualidad una doctrina. Como ha dicho Germain: "Para resolver todas las cuestiones que plantea este problema, y en particular para sentar con precisión sus indicaciones y su técnica operatoria, el cirujano no dispone, a decir verdad, más que de su experiencia personal".

Con el objetivo de describir el comportamiento de las reintervenciones en el servicio de cirugía se propone realizar este trabajo para conocer cómo enfrentarlas y mejorar el diagnóstico y tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal de todos los pacientes reintervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía general del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río en el período comprendido entre 2006 y 2007, el universo estuvo constituido por 3128 pacientes, que fueron sometido a cirugía mayor y la muestra por los 108 pacientes, que hubo que reintervenir por diferentes causas; se estudiaron diferentes variables como la edad, los antecedentes patológicos personales, el tipo de intervención, tiempo transcurrido entre la operación inicial y la reintervención, hallazgos operatorios durante la reintervención, número de reintervenciones y causa de muerte. La información se registró en una base de datos confeccionada en la hoja de cálculo de Excel.

Los datos fueron plasmados en tablas y se realizó el cálculo porcentual como método estadístico. Para la realización de este trabajo se cumplieron los principios éticos fundamentales: el respeto por las personas o autonomía, el de beneficencia y no maleficencia y el de justicia, a cada paciente se le explicaron las características de la investigación, quedando estos en plena libertad de abstenerse a su participación si así lo consideraban.

RESULTADOS

El 63,88 % de los enfermos reintervenidos era del sexo masculino, con mayor frecuencia después de la séptima década de la vida (51,85 %). Entre los 20 y 29 años se reintervinieron sólo 15 enfermos, de ellos 3 del sexo femenino. El promedio de edad fue de 46,3 años y el enfermo de mayor edad tenía 96 años, tabla 1

Tabla 1. Distribución según la edad y sexo. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". 2006-2007.

EDAD (años)	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
20-29	3	12	15
30-39	6	7	13
40-49	5	8	13
50-59	2	9	11
60-69	12	10	22
70 y más	11	23	34
TOTAL	39 (36,11%)	69 (63,88%)	108 (100%)

Fuente: Historias Clínicas.

En el 56 % de los casos existían antecedentes de enfermedad personal, y se destacan la hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la cardiopatía isquémica.

Entre las indicaciones de reintervenciones, se presenta con mayor frecuencia la peritonitis residual, la colección intraabdominal y la dehiscencia de sutura. Las dehiscencias se localizaron en diversas regiones, pero el colon estuvo involucrado en la mayoría de las causas de dehiscencia de sutura.

En los enfermos que se presentaron evisceraciones, el mayor número de estos estaban comprendidos en edades superiores a la sexta década de la vida, donde son más frecuentes los problemas de la cicatrización, además, influyeron en algunos, deficiencias técnicas en el cierre de la herida quirúrgica y todos los enfermos reintervenidos por sangrado intraabdominal postquirúrgico, fue por deslizamiento de ligaduras o desgarros de vísceras macizas y estuvo relacionada en mayor frecuencia con intervenciones del hemiabdomen superior. Las causas de reintervenciones por el coleperitoneo y la bilirragia posquirúrgica fueron debido a una lesión de colédoco, 3 deslizamientos de clip en colecistectomía laparoscópica y 2 conductillos aberrantes, tabla 2 .

Tabla 2. Indicaciones de la reintervención. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". 2006-2007.

INDICACIÓN	No.	%
Peritonitis residual	83	34,87
Colección intraabdominal	43	18,07
Dehiscencia de sutura	35	14,71
Evisceración	30	12,61
Sangramiento intraabdominal post quirúrgico	25	10,50
Oclusión intestinal mecánica	9	3,78
Coleperitoneo	5	2,10
Necrosis de colon	3	1,26
Trastorno de evacuación	3	1,26
Bilirragia post quirúrgica	1	0,42
Prolapso de intestino delgado	1	0,42

La relación de el tiempo transcurrido entre la operación inicial y la relaparotomía relaciona do con la mortalidad se puede apreciar en el tabla 3 donde aparece que el 57,40% de los pacientes fueron reintervenidos en los primeros sietes días de la operación inicial y solamente 42,59% se reintervino después de los primeros siete días y esto coincidió con la presencia de mayor mortalidad 51,06% lo que indica que mientras más demorada sea la reintervención mayor probabilidad de morir tiene el paciente.

Tabla 3. Tiempo entre la operación inicial y la reintervención y la mortalidad. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". 2006-2007.

DÍAS	Número de pacientes reintervenidos	Fallecidos	
		No.	%
Menos de 3	36	13	12,04
4 - 6	26	10	9,26
7 y más	46	24	22,22
TOTAL	108	47	42,34

Un parámetro que se debe tener en cuenta es el número de reintervenciones en relación con la mortalidad, aspecto este que fue de mucho valor en este estudio y se puede observar que a medida que se incrementó el número de reintervenciones fue mayor la mortalidad, lo cual se encuentra reflejado en el tabla 4 , donde se muestra que a los pacientes que fue necesario practicarle una reintervención falleció solo el 35,71%, mientras que en aquellos que el número de reintervenciones fue de tres o más la mortalidad se elevó al 63,64%.

Tabla 4. Correlación entre reintervenciones y mortalidad. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". 2006-2007.

No. de reintervenciones	Número de casos	Fallecidos	
		No.	%
1	70	25	35,71
2	16	8	50,00
3 y más	22	14	63,64
TOTAL	108	47	43,52

La mortalidad quirúrgica fue del 43,52 %, producto de 47 fallecidos, y se destacan entre las causas directas de muerte, el shock mixto, el fallo multiorgánico, el shock séptico, hipovolémico y el tromboembolismo pulmonar, tabla 5 .

Tabla 5. Distribución según causa directa de muerte.
Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". 2006–2007.

Causa de muerte	No.
Shock mixto	23
Fallo multiorgánico	10
Shock séptico	7
Shock hipovolémico	2
Tromboembolismo pulmonar	2
Peritonitis fibrinopurulenta	2
Bronconeumonía bilateral	1
TOTAL	47 (43,52%)

DISCUSIÓN

Se ha debatido si es prudente reintervenir a un paciente que muestra deterioro vital después de una intervención quirúrgica y sin elementos clínicos de una complicación intrabdominal.⁸

El sexo no es un factor importante para determinar una reintervención quirúrgica, a diferencia de la edad, donde actualmente con el envejecimiento de población cubana y también a nivel mundial, cada día se presentan un mayor número enfermos que están dentro de la tercera edad y en los cuales se hace difícil realizar el diagnóstico temprano, por lo que cada día se enfrentan problemas más complejos en las operaciones electivas y de mayor gravedad en la urgencia. Todo lo cual coincide con lo encontrado en este trabajo donde el mayor por ciento de reintervenciones se realizó en enfermos con edades superiores a la séptima década de la vida, donde los riesgos quirúrgicos son mayores y el diagnóstico temprano en la operación inicial en la mayoría de los enfermos es más difícil de realizar.¹⁻⁵

La peritonitis residual en procesos supurativos o perforativos de diagnóstico no temprano, como la diverticulitis complicada, apendicitis aguda en el anciano o de diagnóstico tardío, la úlcera perforada y la oclusión intestinal mecánica con compromiso vascular, son complicaciones que se presentan con elevada frecuencia en los pacientes ancianos. Estas pueden manifestarse con abscesos o colecciones intraabdominales a diferentes niveles que complicarían el pronóstico de estos enfermos, lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio y en trabajos revisados en la literatura nacional e internacional.^{2,4,6,7}

En muchas ocasiones, solo se encuentra una escasa cantidad de líquido serohemático propio de una peritonitis terciaria, y en otras, no se encuentra siquiera líquido libre y se considera la "laparotomía en blanco", pero después de la relaparotomía un grupo de pacientes mejora y otros, a pesar de la reintervención, mantienen inevitablemente la misma evolución, como plantea Medrano Montero y colaboradores.³

La dehiscencia de sutura se presentó con un por ciento más elevado que la media observada en otros trabajos revisados, por lo que se propone realizar un análisis

detallado y un estudio de las causas que incidieron en el aumento del índice de esta en relación a otros centros donde se han realizado estudios similares a este,⁶⁻⁸ pero es evidente que la aparición de esta complicación incide de forma significativa en la mortalidad quirúrgica, sobre todo cuando el colon es una de las regiones afectadas. Según las guías clínicas de pacientes politraumatizados en España, los traumatismos de vísceras huecas con perforación pueden tratarse, en la mayoría de los casos con sutura primaria, y en América, se plantea tratar a los pacientes sin lesiones asociadas y estables mediante reparación primaria o resección y anastomosis, pero a los que presentan lesiones graves o enfermedades subyacentes graves se les debe realizar resección y colostomía.⁹⁻¹⁴

El sangrado postoperatorio no es infrecuente, diferenciado por Newton en precoces (primeras 24 horas) y tardíos (primeros 14 días); en todos los enfermos estuvo en relación con deslizamientos de ligaduras o desgarros de órganos macizos, algunas de las cuales fue debido a cirugía laparoscópica, a pesar de que se plantea por Roque González R y colaboradores que las reintervenciones en colecistectomía laparoscópica cada vez son más infrecuentes, pero pueden inducir sangrado, lesión inadvertida de estructuras próximas como el colédoco o la vía biliar principal etc. Y en estos casos se requerirá de otro procedimiento quirúrgico para su reparación, lo que coincide con lo expuesto en la literatura médica revisada.⁹⁻¹⁶

Las complicaciones cardiorrespiratorias son graves en cualquier enfermo operado, pero en un paciente reintervenido se convierte en un problema mortal y que con mayor frecuencia eleva la mortalidad de estos enfermos.^{2,3,8,10} La evisceración como complicación de las laparotomías es frecuente, y en ello, intervienen múltiples factores, desde la mal nutrición de los enfermos hasta las deficiencias en la técnica quirúrgica y la sepsis de la herida quirúrgica, se plantea que se debe individualizar la técnica de cierre de la herida dehiscente de acuerdo a las condiciones generales y locales del paciente.¹⁷⁻¹⁹

Las manifestaciones de insuficiencia de órganos a distancia son las primeras de una complicación intrabdominal postoperatoria, a tal punto que al abdomen se le ha dado en llamar el agresor silencioso, la sepsis con fallo multiorgánico conduce a una mortalidad elevadísima lo cual es evidente en el trabajo y coincide con lo reportado por otros centros quirúrgicos, que reportan índices similares a los hallados y expuestos en este estudio.^{8, 12-15,19}

Con este estudio las principales causas de reintervención fueron en orden de frecuencia la peritonitis residual, las colecciones intraabdominales y las dehiscencias de sutura, lo que coincide con la bibliografía consultada, y mientras más precozmente se realice el diagnóstico de una complicación intrabdominal y más rápido se decida la reintervención menor será el número de complicaciones y mayor la posibilidad de supervivencia del enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Betancourt Cervantes JR, Martínez Ramos G, Sierra Enríquez E, López de la Cruz F, González Delis R. Relaparotomías de urgencias: evaluación en cuatro años. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2003 [Citado 24 sep 2008]; 32(4): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_4_03/mil08403.htm

2. Sosa Hernández R, Sánchez Portela CA, Delgado Fernández JC, Rodríguez Lorenzo S, Pastrana Román I. Parámetros clínicos humorales e imaginológicos en la reintervención por sepsis intraabdominal. Rev Cubana Ci [Internet]. 2007 [citado 22 feb 2012]; 46(3): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300005&lng=es
3. Medrano Montero E, Reytor Gutierrez MR, Avilés Cruz CP, Bedia González JA. La reintervención quirúrgica como tratamiento de la hipertensión intraabdominal. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007 Mar [citado 22 feb 2012]; 46(1): [a prox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000100008&lng=es
4. García Vega ME, Gil Manrique L, Pérez Reyes R, García Montero A. Abdominal reoperation at an intermediate surgical care unit. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2005 [citado 22 feb 2012]; 34(4): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000400004&lng=es
5. Martín Bourricaudy N, Rodríguez Delgado R, Rodríguez Rodríguez I, Sosa Palacios O, Reyes de la Paz A. Factores de riesgo relacionados con las relaparotomías después de cirugía gastrointestinal. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2008 [citado 22 feb 2012]; 37(1): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572008000100005&lng=es
6. Bannura CG, Cumsille MA, Barrera A, Contreras J, Melo C, Soto D. Reoperaciones precoces en cirugía colorrectal: Análisis uni y multivariado de factores de riesgo. Rev Chil Cir [Internet]. 2007 [citado 22 feb 2012]; 59(4): 281 -286. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000400007&lng=es
7. Ordóñez CA, Pineda JA, Arias RH, Benítez FA, Toro LE, Aristizábal G. Curso clínico de la peritonitis grave en pacientes críticamente enfermos tratados con sutura primaria diferida. Rev Colomb Cir. 2008; 23(1): 22-30.
8. Law WL, LeeYM, Choi HK, Seto Ch, Ho WC. Impact of laparoscopic resection for colorectal cancer on operative outcomes and survival. Ann Surg. 2007; 245(1): 1-7.
9. Fernández Santiesteban L, Silvera García JR, Díaz Calderín JM, Vilorio Haza P, Loys Fernández JL. Reintervenciones de urgencia en cirugía videolaparoscópica. Rev Cubana Cir [Internet]. 2003 [citado 22 feb 2012]; 42(4): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932003000400010&lng=es
10. Cuschieri A. Nature of human error. Implications for surgical practice. Ann Surg. 2006; 244(5):642-48.
11. Moreno-Sanz C, Pascual-Pedreño A, Picazo-Yeste J, Seoane- González JB. Laparoscopic appendectomy during pregnancy: between personal experiences and scientific evidence. J Am Coll Surg. 2007; 205(1): 37-42.
12. Yau KK, Siu WT, Tang CN, Yang GP, Li MK. Laparoscopic *versus* open appendectomy for complicated appendicitis. J Am Coll Surg. 2007; 205(1): 60-5.

13. Pokala N, Sadhasivam S, Kiran RP, Parithivel V. Complicated appendicitis —is the laparoscopic approach appropriate? A comparative study with the open approach: outcome in a community hospital setting. *Am Surg.* 2007; 73(8): 737-42.
14. Corneille MG, Steigelman MB, Myers JG, Jundt J, Dent DL, Lopez PP. Laparoscopic appendectomy is superior to open appendectomy in obese patients. *Am J Surg.* 2007; 194(6): 877-81.
15. Almeida Varela R, Bodes Sado A, Samper O. Complicaciones tras colecistectomía en el Hospital Docente Miguel Enríquez (1998 a 2005). *Rev Cubana Cir [Internet].* 2006[citado 2012 Feb 22]; 45(2): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000200002&lng=es
16. Pacheco González A, Barrera Ortega JC, Mederos Curbelo ON, Pacheco Díaz EA, Valdés Jiménez J, Cheng Hung K. Experiencias con el lavado peritoneal programado en las peritonitis difusas. *Rev Cubana Cir [Internet].* 2005 [citado 22 feb 2012]; 44(2-3): [aprox.4p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000200006&lng=es
17. Rodríguez Fernández Z, Guasch Arias PA, Cabrera Salazar J, Blanco Milá A. Evisceración tras laparotomía en adultos. *Rev Cubana Cir [Internet].* 2009 [citado 22 feb 2012]; 48(4): [aprox.4p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000400003&lng=es
18. Eke N, Jebbin NJ. Abdominal wound dehiscence: A review. *Int Surg.* 2006; 91(5):276-87.
19. Medrano Montero E, Ramírez Pu R, Medina Meriño C, Miranda Lorenzo D. Medición de la presión intraabdominal para la vigilancia pos operatoria de la cirugía abdominal. *Rev Cubana Cir [Internet].* 2007[citado 22 feb 2012]; 46(4): [aprox.4p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000400004&lng=es

Recibido: 2 de mayo de 2011.

Aprobado: 26 de enero de 2012.

Dr. Carlos A. Sánchez Portela. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de salud. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: carlosap@princesa.pri.sld.cu