

Reintervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía del hospital "Aleida Fernández Chardiet"

Surgical re-interventions in the surgical service of "Aleida Fernández Chardiet" hospital

Víctor Manuel Sierra Alfonso*

*Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Mayabeque, Cuba. **Correspondencia a:** Víctor Manuel Sierra Alfonso, correo electrónico: victor.sierra@infomed.sld.cu.

Recibido: 8 de febrero de 2016

Aprobado: 21 de abril de 2016

RESUMEN

Fundamento: las relaparotomías pueden ser programadas o a demanda; esta última se decide acorde a la evolución posoperatoria del enfermo, el juicio clínico del especialista en cirugía y el equipo médico de apoyo.

Objetivo: caracterizar las reintervenciones quirúrgicas en los pacientes atendidos en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", en el periodo comprendido desde enero del 2011 hasta diciembre del 2013.

Métodos: se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en pacientes que fueron reintervenidos quirúrgicamente en el hospital y período de tiempo ya declarados, con historias clínicas completas. La muestra quedó conformada por 14 pacientes, mayores de 18 años de edad.

Resultados: el sistema de órganos más afectado en la operación inicial fue el gastrointestinal, en relación con la presencia de peritonitis. Prevalcieron, como criterio diagnóstico, el clínico-imagenológico y el tipo de reintervención a demanda. Los fallecidos predominaron donde el sistema de órganos afectados inicialmente fue el gastrointestinal, con diagnósticos de oclusión intestinal y perforación de vísceras huecas. Tuvieron mayor incidencia el neumotórax espontáneo y un tiempo de 72 horas y más, entre la primera operación y la primera reintervención, sin fallecidos. Predomina como tiempo transcurrido entre la primera operación y la primera reintervención de 72 horas y más, todos de ellos vivos.

Conclusiones: se caracterizaron las reintervenciones quirúrgicas en los pacientes objeto del estudio. La mortalidad fue baja y no ocurrió en los pacientes con mayor tiempo transcurrido entre la operación y la reintervención.

Palabras clave: REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS; RELAPAROTOMÍA; DIAGNÓSTICO, ENFOQUE; DIAGNÓSTICO OPERATIVO.

Descriptores: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS; LAPAROTOMÍA; DIAGNÓSTICO.

ABSTRACT

Background: the repetition of a laparotomy can be scheduled or to demand, this last one can be decided according to the post-operative progress of the patient, the clinical judgment of the surgeon and the supporting medical team.

Objective: to characterize the surgical re-interventions in the patients assisted in "Aleida Fernández Chardiet" Educational General Hospital from January, 2011 to December, 2013.

Method: a descriptive and retrospective study was carried out in patients who underwent surgical re-interventions and had complete health histories in the hospital and time period mentioned above. The sample was made up of 14 patients older than 18 years.

Results: the most affected organ system was the gastrointestinal one, in connection with the presence of peritonitis. As diagnostic criteria, the clinical-imaging and the re-intervention to demand prevailed. The deceased prevailed when the affected organ system was at first the gastrointestinal one, diagnosed with

Citar como: Sierra Alfonso VM. Reintervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía del hospital "Aleida Fernández Chardiet". Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(6). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/617>.



intestinal occlusion and perforation of hollow viscera. Spontaneous pneumothorax and a time of 72 hours or more between the first operation and the first re-intervention prevailed, without deceased. The prevailing time between the first operation and the first re-intervention was 72 hours and more, all the patients alive.

Conclusions: the surgical re-interventions in those patients object of study were characterized. Mortality was low, and there was none in those patients with a longer time passed between the operation and the re-intervention.

Key words: SURGICAL RE-INTERVENTION; RE-LAPAROTOMY; DIAGNOSTIC CRITERIA; OPERATIVE DIAGNOSIS.

Descriptors: SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE; LAPAROTOMY; DIAGNOSIS.

INTRODUCCION

En la actualidad coexisten dos grandes posibilidades para el paciente que requiere una relaparotomía. Esta puede ser programada o a demanda; la primera se decide desde la laparotomía inicial y se basa en el juicio del cirujano; la segunda, de acuerdo con la evolución posoperatoria del enfermo, el juicio clínico del especialista en cirugía y el equipo médico de apoyo, por ejemplo: el médico intensivista. (1, 2)

A escala mundial, la reticencia de los cirujanos al reintervenir a los pacientes que operaron ellos mismos, u otros colegas, es común en las unidades de cuidados intensivos y en los servicios de emergencias. En esta investigación se considera la reintervención como un fracaso que debe ocultar o negar, pues solo situaciones como el estado de choque hemorrágico, la sepsis incontrolable o el fallo múltiple de órganos lo convencen de la urgencia de volver a operar, eventos que, por lo general, son tardíos y disminuyen las probabilidades de supervivencia del afectado. (3, 4)

Las reintervenciones quirúrgicas se asocian con alta tasa de morbilidad y se incrementan con el número de reoperaciones; (5) se reporta un 50 % de mortalidad en la segunda reintervención y 70 % en la tercera. (6) Entre las principales causas, en orden de frecuencia, se mencionan la colección intrabdominal y las dehiscencias de herida quirúrgica. (6)

Se describe que entre el 0,5-15 % de las intervenciones quirúrgicas se produce una reintervención; (6) el 90 % corresponde a cirugía de emergencia, con un riesgo de reintervención de seis veces en comparación de la electiva. (7)

Es de interés nacional disminuir las reintervenciones quirúrgicas, debido a que estos presentan un alto costo social, laboral y económico. A pesar de su gran importancia en el sector salud, no se cuenta con información específica ni actual sobre la magnitud de este problema en nuestro medio. En las guardias en Cirugía hubo que reintervenir quirúrgicamente en varias ocasiones a un paciente, lo cual motivó a la realización de esta investigación, para caracterizar las reintervenciones quirúrgicas en los pacientes atendidos en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", en el periodo comprendido desde enero del 2011 hasta diciembre del 2013.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, con el objetivo de caracterizar las reintervenciones quirúrgicas en los pacientes atendidos en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", en el período comprendido desde enero del 2011 hasta diciembre del 2013.

La muestra quedó conformada por 14 pacientes mayores de 18 años de edad, que fueron atendidos en el dicho hospital y fueron reintervenidos quirúrgicamente, y que los datos necesarios para la investigación estuvieran plasmados en las historias clínicas. Se revisaron todas las historias clínicas que estaban disponibles en el departamento de archivo del hospital. Se analizaron variables como edad, tasa de incidencia de reintervención, índice de reintervención, tasa de mortalidad operatoria, tasa de mortalidad por reintervención, intervención inicial, carácter de la intervención, tipo de operación inicial, existencia de peritonitis, criterios de reintervención, tipo de reintervención, diagnóstico operatorio, causa de muerte, tiempo entre la intervención inicial y la primera reintervención y número de reintervenciones.

ANÁLISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En la **tabla 1** se muestra el sistema de órganos afectados en la intervención inicial y presencia de peritonitis, donde predominó el sistema gastrointestinal con seis pacientes, para un 42,9 %, todos con presencia de peritonitis. Le siguen como grupo de órganos afectados el correspondiente a la región torácica con un 35,7 %, donde ninguno presentó peritonitis como es de suponer. Si se excluyen estos para evaluar peritonitis, de los nueve pacientes restantes, el 66,7 %, presentó peritonitis a expensas del sistema gastrointestinal.

Que predominara el sistema GI, como órgano afectado inicialmente, coincide con la bibliografía consultada, que confirma que el sistema gastrointestinal es el que con mayor frecuencia resulta motivo de reintervenciones quirúrgicas en la cirugía abdominal, generalmente de urgencia y que, a su vez, son las causas mayormente demandantes de reintervenciones, causado fundamentalmente por peritonitis. (8)

TABLA 1. Grupo de órganos afectados en la intervención inicial y presencia de peritonitis

Condición preoperatoria	Grupo de órganos afectados									
	HBP*		GI*		Ginecológico		Torácica		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Con peritonitis	0	0	6	42,9	1	7,1	0	0	7	50
Sin peritonitis	1	7,1	0	0	1	7,1	5	35,7	7	50
Total	1	7,1	6	42,9	2	14,2	5	35,7	14	100

Fuente: historias clínicas

*HBP: Hepato-bilio-pancreático; GI: Gastrointestinal.

TABLA 2. Criterios diagnósticos de la reintervención

Criterio diagnóstico	Total	%
Clínico	5	35,7
Clínico-humoral	1	7,1
Clínico-imagenológico	6	42,9
Clínico-humoral-imagenológico	2	14,3

Fuente: historias clínicas.

Referente a los criterios diagnósticos, tal y como se muestra en la **tabla 2**, el que predominó fue el clínico-imagenológico, para un 42,9 %, seguido del clínico, con un 35,7 %. Esto fortalece el uso del método clínico, que si se realiza con la calidad requerida brinda un 95 % del diagnóstico. (4, 9-11)

En la siguiente **tabla 3** se muestra la relación entre el sistema de órgano afectado y el estado al egreso, donde se observa que en el total de fallecidos el órgano inicial afectado fue el gastrointestinal.

TABLA 3. Relación entre el sistema de órgano afectado inicialmente y el estado al egreso

Sistema de órgano afectado	Estado al egreso					
	Vivo		Fallecido		Total	
	#	%	#	%	#	%
HBP*	1	7,1	0	0	1	7,1
GI*	3	21,4	3	21,4	6	42,9
Ginecológico	2	14,3	0	0	2	14,3
Torácico	5	35,7	0	0	5	35,7
Total	11	78,6	3	21,4	14	100

Fuente: historias clínicas

*HBP: Hepato-bilio-pancreático, GI: Gastrointestinal.

Este resultado coincide con la bibliografía estudiada, que confirma que el sistema gastrointestinal es el que con mayor frecuencia resulta motivo de reintervenciones quirúrgicas en la cirugía abdominal, generalmente de urgencia, y que, a su vez, son las causas mayormente demandantes de reintervenciones. (8)

Predominó también el sistema gastrointestinal, donde están presentes el total de fallecidos; en relación con la alta contaminación de este sistema, tal y como lo muestra la literatura consultada. (12)

Al observar la relación entre el diagnóstico operatorio inicial y el estado al egreso, lo que se puede observar en la **tabla 4**, hay un predominio del neumotórax espontáneo (28,6 %), seguido por la

oclusión intestinal (21,4 %). Pero con relación a los fallecidos la mayoría corresponde a perforaciones del tubo digestivo.

Estos datos no coinciden con la bibliografía consultada, donde el hallazgo más frecuente encontrado en las reintervenciones fue el absceso intraabdominal, con 35,8%, (12) aunque en la literatura consultada estudian las relaparotomías y no todas las reintervenciones como en este estudio. Strobel, (12) en su capítulo acerca de las reintervenciones, plantea que los síndromes peritoneales forman el grupo más importante de hallazgos posoperatorios y son causa del 60 % de las reintervenciones, en relación con perforaciones del tubo digestivo.

TABLA 4. Relación entre el diagnóstico operatorio inicial y el estado al egreso

Diagnóstico operatorio	Estado al egreso					
	Vivo		Fallecido		Total	
	#	%	#	%	#	%
Neumotórax espontáneo	4	28,6	0	0	4	28,6
Hidrotórax postraumático	1	7,1	0	0	1	7,1
Peritonitis secundaria	1	7,1	0	0	1	7,1
Oclusión intestinal	2	14,3	1	7,1	3	21,4
Úlcera péptica pre pilórica perforada	0	0	1	7,1	1	7,1
Perforación intestinal	0	0	1	7,1	1	7,1
Sangramiento postquirúrgico del lecho hepático	1	7,1	0	0	1	7,1
Cesárea complicada (atonía uterina)	1	7,1	0	0	1	7,1
Apendicitis aguda perforada	1	7,1	0	0	1	7,1

Fuente: historias clínicas

En la **tabla 5** se observa la relación entre el tiempo transcurrido entre la intervención inicial y la reintervención, con el estado al egreso. Predominaron los pacientes con un tiempo transcurrido mayor a las 72 horas, para un 64,3 % y todos ellos vivos. Los fallecidos predominaron entre 25 y 48 horas entre la intervención inicial y la reintervención.

TABLA 5. Relación entre el tiempo transcurrido entre la intervención inicial y la reintervención con el estado al egreso

Tiempo transcurrido (horas)	Estado al egreso					
	Vivo		Fallecido		Total	
	#	%	#	%	#	%
Menos de 24	2	14,3	1	7,1	3	21,4
25 - 48	0	0	2	14,3	2	14,3
49 - 72	0	0	0	0	0	0
Más de 72	9	64,3	0	0	9	64,3
Total	11	83,1	3	21,4	14	100

Fuente: historias clínicas.

La demora en el tratamiento quirúrgico es un factor que repercute negativamente en la evolución y el pronóstico de los pacientes con peritonitis. Lo cual evidencia que la ventana de tiempo crítico entre el establecimiento del proceso y la reintervención en los pacientes vivos y fallecidos reafirma la necesidad de un monitoreo bien estructurado, a los operados que pueden tener una complicación posoperatoria después de alguna cirugía abdominal. Además, reconocer la demora en el diagnóstico de las enfermedades que determinan peritonitis secundaria, como causante de la elevada tasa de mortalidad y morbilidad en estos pacientes. (13)

Amador (13) refiere que Pusajó emplea el índice predictivo (ARPI) que incluyó ocho variables clínicas y, dentro de ellas, está el tiempo de decisión para relaparotomizar.

Por otra parte, este intervalo de tiempo es el factor de mayor influencia y significación en los resultados que se obtienen en pacientes reexplorados quirúrgicamente y considera que la reexploración, que se realiza después de las 48 horas de la operación inicial fracasada, resulta en mayor mortalidad (77 %) que la realizada dentro de las primeras 48 horas (28 %). (13)

En esta serie el hecho que predominaron los pacientes con un tiempo transcurrido mayor a las 72 horas no coincide con lo anteriormente planteado, pero hay que considerar que en este estudio existe un grupo de pacientes que fueron reintervenidos y fue debido a causas respiratorias, como persistencia de neumotórax en cuatro pacientes y un paciente con un hidrotórax reactivo en la evolución de un hemotórax traumático, que ya había sido evacuado y todos se realizaron pasadas las 72 horas.

En las relaparotomías existe una relación directamente proporcional entre el número de reintervenciones con el aumento de la mortalidad. Después de 48 horas de retraso en la primera relaparotomía, así como la realización de más de una reintervención, incrementa la mortalidad, donde se reporta un 70 % de estos casos por peritonitis secundaria.

Hay que destacar que la naturaleza multifactorial de las infecciones abdominales quirúrgicas hacen particularmente difícil valorar la severidad del daño, que puede ir desde la respuesta inflamatoria localizada hasta la toma de los cuatro cuadrantes del abdomen, con exudación y edema de las asas y una respuesta inflamatoria sistémica generalizada, descontrolada y progresiva, que constituye un motor desencadenante de shock séptico y la disfunción múltiple de órganos. Influyen también una serie de factores como el estado previo del paciente, la naturaleza o fuente de la infección, el espectro de

procederes quirúrgicos, así como las medidas de sostén, que facilitan erradicar el foco infeccioso. La estrategia de reintervenir, mientras el paciente permanezca con disfunción múltiple de órganos, hoy es inadmisibles, hay evidencias de que el lavado reiterado del abdomen exacerba la liberación local y sistémica de citoquinas, no obstante, pacientes seleccionados en los que el foco está sin control, o persiste la necrosis, requieren más reintervenciones. (13)

CONCLUSIONES

El sistema de órgano más afectado en la operación inicial es el gastrointestinal, en relación con la presencia de peritonitis. Como criterio diagnóstico predominó el clínico-imagenológico y prevaleció el tipo de reintervención a demanda. Los fallecidos predominaron donde el sistema de órganos afectados inicialmente fue el gastrointestinal, con diagnósticos de oclusión intestinal y perforación de vísceras huecas. Predominó el neumotórax espontáneo, sin fallecidos. Predomina como tiempo transcurrido entre la primera operación y la primera reintervención, 72 horas y más, todos de ellos vivos. Prevalece una sola reintervención en la casuística. Se muestra especial atención y seguimiento en los pacientes con perforaciones del tubo digestivo. Se analiza el protocolo de actuación ante los pacientes con neumotórax espontáneos, para así disminuir las reintervenciones en los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Villa Valdés M, García Vega ME, Sáez Zúñiga G. Comportamiento de la reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Rev Cub Med Int Emerg [revista en internet]. 2010 [citado 11 de marzo de 2015]; 9(4): 1962-74. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_4_10/mie08410.htm.
2. Mendiola A, García A, Del Castillo M, Rojas-Vilca J. Causas de reintervenciones quirúrgicas por complicación postoperatoria en pacientes de una unidad de cuidados intensivos quirúrgicos sometidos a cirugía abdominal. Rev Med Hered [revista en internet]. 2012 [citado 11 de marzo de 2015]; 23(2): 106-109. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000200005&script=sci_arttext.
3. Sarduy Ramos CM, Pouza González I, Pérez Sarmiento R, González Salom L. Sepsis intraabdominal postquirúrgica. AMC [revista en internet]. 2011 [citado 11 de marzo de 2015]; 15(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000200004&script=sci_arttext.
4. Rivero León A, Núñez Calatayud M, Gutiérrez Domingo O, Simón Moreno S. Manejo del paciente con peritonitis grave: evaluación en dos años. Mediciago [revista en internet]. 2008 [citado 11 de marzo de 2015]; 14(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_01_08/articulos/a2_v14_0108.htm.
5. Sánchez Portela CA, Delgado Fernández JC, García Valladares A. Comportamiento de las reintervenciones en cirugía general. Hospital General Docente «Abel Santamaría». Pinar del Río. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [revista en internet]. 2012 [citado 11 de marzo de 2015]; 16(1): 10-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100004
6. Matos Tamayo ME, Wendy G, Rodríguez Fernández Z. Caracterización de las reintervenciones en cirugía general. MEDISAN [revista en internet]. 2013 [citado 11 de marzo de 2015]; 17(6): 890. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_6_13/san02176.htm.

7. Mancini-Bautista P, Peña-Sánchez ER. Reintervención quirúrgica abdominal en pacientes en cuidados intensivos. Rev Med Hered [revista en internet]. 2012 [citado 11 de marzo de 2015]; 23(4): 271-273. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000400015&script=sci_arttext
8. Rodríguez Ramírez R. Causas, tratamiento y complicaciones de la peritonitis difusa en un hospital de la periferia de Luanda. MEDISAN [revista en internet]. 2010 [citado 11 de marzo de 2015]; 14(8): 1076. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san05810.htm.
9. Concepción Quiñones L Sosa Palacios O. Estudio de pacientes relaparotomizados en el Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera": 2006-2010. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en internet]. 2012 [citado 11 de marzo de 2015]; 11(5): 640-649. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000500010&script=sci_arttext&lng=en.
10. Dominguez González EJ, Piña Prieto LR, Cisneros Dominguez CM, Oliú Lambert H. Caracterización de la mortalidad en el servicio de cirugía general del Hospital Saturnino Lora, 2012. Panorama Cuba y Salud [revista en internet]. 2013 [citado 11 de marzo de 2015]; 8(3): 10-4. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/13>.
11. Sarduy Ramos CM, Pouza González I, Pérez Sarmiento R, González Salom L. Sepsis intraabdominal postquirúrgica. AMC [revista en internet]. 2011 [citado 11 de marzo de 2015]; 15(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-0255201100020_0004&script=sci_arttext.
12. Strobel O, Werner J, Büchler MW. Chirurgische Therapie der Peritonitis. Der Chirurg [revista en internet]. 2011 [citado 11 de marzo de 2015]; 82(3): 242-8. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00104-010-2015-2/fulltext.html>.
13. Amador Fraga Y, López Martín E, Concepción Quiñones L. Reintervenciones quirúrgicas abdominales. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en internet]. 2013 [citado 11 de marzo de 2015]; 19(3): 325-36. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/606>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.