

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
"LISANDRO ALVARADO"

**REINTERVENCIONES ABDOMINALES EN POST - OPERADOS DE
CIRUGIAS ELECTIVAS Y DE URGENCIAS. DEPARTAMENTO
DE CIRUGÍA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
ANTONIO MARÍA PINEDA**

ORLANDO JOSE CARDOZO MADRID

Barquisimeto, Febrero 2011

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

**REINTERVENCIONES ABDOMINALES EN POST - OPERADOS DE
CIRUGIAS ELECTIVAS Y DE URGENCIAS. DEPARTAMENTO
DE CIRUGÍA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
ANTONIO MARÍA PINEDA**

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en *Cirugía General***

Por: Orlando Jose Cardozo Madrid

Barquisimeto, 2011

APROBACIÓN DE TUTORIA

En mi carácter de tutor del trabajo titulado: **“REINTERVENCIONES ABDOMINALES EN POST-OPERADOS DE CIRUGIAS ELECTIVAS Y DE URGENCIAS. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA”**, presentado por el ciudadano: Orlando Cardozo Madrid para optar al grado de especialista en **Cirugía General**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Barquisimeto, a los 23 días del mes de febrero del año 2011.

Tutor

APROBACIÓN DE COTUTORIA

En mi carácter de tutora del trabajo titulado: **“REINTERVENCIONES ABDOMINALES EN POST-OPERADOS DE CIRUGIAS ELECTIVAS Y DE URGENCIAS. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA”**, presentado por el ciudadano: Orlando Cardozo Madrid para optar al grado de especialista en **Cirugía General**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Barquisimeto, a los 23 días del mes de febrero del año 2011.

Cotutora

**REINTERVENCIONES ABDOMINALES EN POST - OPERADOS DE
CIRUGIAS ELECTIVAS Y DE URGENCIAS. DEPARTAMENTO
DE CIRUGÍA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
ANTONIO MARÍA PINEDA**

Por: Orlando J. Cardozo Madrid

TRABAJO DE GRADO APROBADO

Dr. Manuel Guerrero

Jurado

Jurado

Barquisimeto, ____ de _____ del 2011.

*A Marielucha, El Catire y Santiago José,
apoyo incondicional, inspiración y razón para luchar...*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	vi
INDICE DE CUADROS.....	viii
INDICE DE GRAFICOS.....	ix
RESUMEN.....	x
INTRODUCCION.....	1
 CAPITULOS	
I EL PROBLEMA.....	2
Planteamiento del problema.....	2
Objetivos.....	5
Generales.....	5
Específicos.....	5
Justificación e importancia.....	6
II MARCO TEORICO.....	9
Antecedentes de la investigación.....	9
Bases Teóricas.....	16
Bases Legales.....	21
Variables.....	22
III MARCO METODOLOGICO.....	24
Tipo de estudio.....	24
Población y Muestra.....	24
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	25
Diseño de la investigación.....	26
Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	26
Técnica de procesamiento y análisis de los datos.....	27
IV RESULTADOS.....	28
V DISCUSIÓN.....	40
VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45
ANEXOS.....	53
A Instrumento de recolección de datos.....	54
B Consentimiento informado para recolección de datos del trabajo.....	56

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Pág.
1	Frecuencia de cirugías abdominales según pacientes reintervenidos. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	28
2	Distribución de reintervenciones abdominales según edad y género. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	29
3	Distribución de reintervenciones abdominales según el tipo de cirugía inicial. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	30
4	Distribución de reintervenciones abdominales según indicaciones médicas. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	31
5	Distribución de reintervenciones abdominales según diagnósticos post operatorios. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	33
6	Tiempo transcurrido desde la primera cirugía y la reintervención abdominal en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	35
7	Frecuencia de antecedentes personales patológicos en pacientes reintervenidos. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	35
8	Distribución de reintervenciones abdominales con antecedentes personales patológicos. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	37
9	Frecuencia de complicaciones postoperatorias en reintervenciones abdominales. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	38
10	Distribución de reoperaciones abdominales en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”, según complicaciones post operatorias.	39
11	Distribución de reoperaciones abdominales según condiciones de egreso. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	40

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO		Pág.
1	Frecuencia de cirugías abdominales según pacientes reintervenidos. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	28
2	Distribución de reoperaciones abdominales según edad y género. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	29
3	Distribución de reintervenciones abdominales según el tipo de cirugía inicial. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	30
4	Distribución de reintervenciones abdominales según indicaciones médicas. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	32
5	Distribución de reintervenciones abdominales según diagnósticos post operatorios. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	34
6	Frecuencia de reintervenciones abdominales según presencia de antecedentes personales patológicos. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	36
7	Distribución de antecedentes personales patológicos en reoperados en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	37
8	Frecuencia de reintervenciones abdominales según complicaciones post operatorias en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	38
9	Distribución de complicaciones postoperatorias en reoperados en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	39
10	Distribución de reoperaciones abdominales según condiciones de egreso. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.	40

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL

**REINTERVENCIONES ABDOMINALES EN POST - OPERADOS DE
CIRUGIAS ELECTIVAS Y DE URGENCIAS. DEPARTAMENTO
DE CIRUGÍA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
ANTONIO MARÍA PINEDA**

Autor: Dr. Orlando Cardozo Madrid

Tutor: Dr. Manuel Guerrero

Cotutor: Dra. Patricia Zeman

RESUMEN

Las reintervenciones abdominales tienen un papel muy importante en cirugía y permiten evaluar la calidad de la asistencia médica y quirúrgica de una institución. Con esta investigación de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo, se determinó frecuencia de reintervenciones abdominales en pacientes operados en forma electiva y de urgencia en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda. Se revisaron y relacionaron datos como el grupo etario, el sexo, complicaciones y evolución postoperatoria. Se realizó entrevista al paciente, al grupo de residentes y especialistas que lo atienden, se revisó la historia clínica y se aplicó un instrumento de recolección de datos. La población fue 653 pacientes a quienes se les realizó algún tipo de cirugía abdominal, encontrando 33 pacientes reintervenidos (5,04%), de los cuales el mayor porcentaje correspondía al sexo masculino (72,72%) y en ambos sexos el período de edades comprendido entre los 60 y 69 años fue en el que se presentaron más casos. Del total de la muestra, 72,72% (24 pacientes) fueron reintervenidos después de una cirugía de urgencia. El diagnóstico de Colección Intrabdominal (33.34%) fue la indicación médica de mayor frecuencia, contrastando con el hallazgo de la reintervención de mayor porcentaje: evisceración (30.30%). El promedio de días de intervalo entre la primera cirugía y la reintervención abdominal fue de 10,72. El 57.58% de los pacientes tenía alguna comorbilidad o había tenido algún tipo de cirugía abdominal previa a la primera cirugía (52.63%). El 54.54% presentaron complicaciones postoperatorias, siendo la más frecuente la infección del sitio operatorio con un 88.87 %. El 93,94% sobrevivió posterior a la reintervención abdominal. Se revela un porcentaje de reintervenciones abdominales y una mortalidad baja. Se nota mayor ocurrencia de reintervenciones abdominales en edades avanzadas de la vida, en el sexo masculino y en la cirugía abdominal de urgencia. La mayoría tenía estados comórbidos y un poco más de la mitad presentó alguna complicación.

Palabras Clave: Relaparotomía, complicaciones postoperatorias, reintervenciones abdominales.

INTRODUCCIÓN

La frecuencia con la que se realizan reintervenciones abdominales en las instituciones de salud dan una idea de la calidad en asistencia médica y quirúrgica que estas brindan en la comunidad, con esta investigación se determinó la frecuencia de reintervenciones abdominales en pacientes postoperados del servicio de Cirugía General en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisimeto entre octubre 2010 – enero 2011. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, longitudinal, prospectivo con el que se estudió un grupo de pacientes que tienen la condición en común de ser reintervenidos. De esta manera se conoció la frecuencia con que esta se presenta en la institución, en que tipo de cirugías ocurren, a que edades y en que sexo ocurren, cuáles son las principales indicaciones que llevan a operar de nuevo a un paciente y describir los resultados observados en el período de tiempo señalado. La población estudiada fueron todos los pacientes con intervenciones abdominales que ingresaron al Servicio de Cirugía General y a muestra fue de tipo no probabilística, constituyendo todos los pacientes reintervenidos. Los datos se obtuvieron entrevista directa del paciente y del personal médico que lo atiende; revisión de la historia clínica y aplicación de un instrumento de recolección de datos. Con la información obtenida se calcularon los porcentajes correspondientes, utilizando para ellos los programas de Windows, SPSS v.14 y Microsoft Excel 2003 y fueron reflejados en gráficos y tablas, para su adecuado manejo estadístico descriptivo. Finalmente se discutieron los resultados y se realizó una conclusión.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Las vías de acceso a la cavidad abdominal, se denominan «laparotomías». Se entiende por laparotomía (del griego *laparo*, abdomen y *tomé*, corte) la incisión o abertura quirúrgica de la pared abdominal en cualquier punto como primer tiempo de muchas operaciones de los órganos abdominales (Schwartz et al, 1995). De forma genérica se distinguen laparotomías verticales, transversas y oblicuas (Martínez et al, 2005).

La elección de la incisión quirúrgica abdominal está determinada, en gran parte, por el acceso requerido para la cirugía, el tiempo para la apertura y cierre el abdomen y la incidencia de complicaciones postoperatorias; de dichas complicaciones puede derivarse la posibilidad de llevar a cabo una nueva laparotomía (Brown y Goodfellow, 2008). En este sentido, la relaparotomía es aquella que se lleva a cabo en un paciente previamente operado y que en los dos primeros meses del postoperatorio haya presentado una complicación (Gutiérrez y Arrubarrena, 1996).

Las relaparotomías o reintervenciones abdominales se realizan después de cirugías del aparato digestivo tanto de emergencia como electivas, que pudieron haber sido no satisfactorias y generalmente se relacionan con complicaciones tales como dehiscencia de anastomosis, colecciones intraabdominales, la necrosis pancreática y dehiscencia de la incisión de la pared abdominal (Giralt, 1997), resultado de la progresión de la patología, hallazgos operatorios, condiciones generales y locales del paciente, y en algunas ocasiones a errores en la táctica y técnica operatoria (Beck et al 2000). La dehiscencia de la pared es comúnmente

subestimada, pero probablemente se ubique entre 2 y el 20 % de las laparotomías (Hodgson et al, 2000; Halm et al, 2009).

La reintervención abdominal también pueden darse al detectar en la primera cirugía un problema que no puede ser resuelto durante esta, debido a las condiciones hemodinámicas o ventilatorias del paciente, por lo tanto se difiere la reparación definitiva a un segundo acto operatorio al mejorar estas condiciones (Anaya y Nathens 2003). En las cirugías por traumatismos, la necesidad de reintervención se ubica alrededor del 15% de los casos, debido a complicaciones relacionadas al procedimiento quirúrgico (Nicholas et al, 2003).

Las frecuencia de reintervenciones por cirugía abdominal varía entre 0,72% hasta 12%, incluyendo la cirugía de transplante de páncreas en la que se ha llegado a registrar una frecuencia del 33%, sin embargo en líneas generales es baja. Según el acuerdo de la casuística entre La Academia Francesa de Cirugía y la Universidad de Vancouver, la frecuencia de relaparotomías oscila entre 2,5 a 3 % de las cirugías abdominales tanto electivas como de emergencia. La mortalidad global después de la relaparotomía está sobre un 40%, oscilando desde el 24% al 71%, en relación directa con el número de reintervenciones, hasta llegar a ser mínimo el porcentaje de supervivencia después de cuatro reintervenciones sucesivas (Gutiérrez y Arrubarrena, 1996).

Las reintervenciones abdominales se dividen en dos categorías: urgentes y planeadas. En la actualidad solo existe consenso en realizar la relaparotomía planeada solo en los casos donde se aplica la cirugía de «control de daños», conducta que lleva implícita la necesidad de relaparotomizar en una tercera fase de la estrategia terapéutica para el manejo de pacientes con traumatismos complejos y shock hipovolémico (Arvieux, 2007). Un tipo de relaparotomía de urgencia es la llamada relaparotomía "a demanda", cuando la condición del paciente lo exija; y otra es la relaparotomía planificada que implica realizarla sistemáticamente cada 36 a 48 horas para la inspección, el drenaje y lavado de la cavidad peritoneal, independientemente de las condiciones del paciente. A pesar de no existir un consenso formal en cuanto a

definir cuál de las dos estrategias utilizar, la mayoría de autores se inclinan más por la práctica de la relaparotomía “a demanda” (Van Ruler et al. 2007).

Una nueva operación constituye un nuevo traumatismo, un desequilibrio en los mecanismos homeostáticos, por lo que aumentan las posibilidades de que se presenten complicaciones y la mortalidad es mayor. La exploración y manejo de la cavidad abdominal durante una segunda y tercera cirugía presenta muchas dificultades por lo que se requiere de un conocimiento profundo de la historia natural de la enfermedad, de su fisiopatología y de sus posibles complicaciones, así como de un juicio maduro para seguir el mejor procedimiento para cada caso en particular (Schwartz et al, 1995).

Las publicaciones referentes a las reintervenciones quirúrgicas en cirugía abdominal son escasas, a pesar del problema que representa el diagnóstico y la indicación quirúrgica en un paciente operado con anterioridad (Gutiérrez y Arrubarrena, 1996). En el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisimeto no existen datos registrados específicos sobre las reintervenciones quirúrgicas del abdomen.

Para los cirujanos representa un reto la prontitud con que se lleve a cabo el diagnóstico que conllevará a la reintervención y la eficiencia con que se realice el mismo, ya que tan grave resulta para el paciente llevarlo de nuevo al quirófano sin necesitar una nueva operación, como dejar de llevarlo por no reconocer que el paciente se ha complicado o simplemente tiene una evolución postoperatoria atípica (Castillo et al, 2003). Lo idóneo es 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 (Hinsdale y Jaffe 1984); sin embargo, el diagnóstico no suele establecerse con facilidad, pues los síntomas y signos aparecen enmascarados por la operación anterior y se tornan confusos y sutiles (Krivitski et al.1990 y Pusajó et al 1993). 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" (Rodríguez et al 1999).

Con este estudio se pretende conocer la frecuencia de reintervenciones abdominales y los factores involucrados en estas, pudiendo observar qué fenómeno se repite, cuál es la complicación más frecuente o qué condición patológica inicial presentan los pacientes sometidos a relaparotomías. De esta forma, se contribuye a establecer medidas conducentes a disminuir la posibilidad de reintervenir a los pacientes y por ende, la terapéutica quirúrgica puede alcanzar su objetivo principal: curar a los pacientes con el menor daño posible.

Los datos que se obtengan de este estudio brindarían información de gran valor con la que se pueden establecer estrategias institucionales y conductas en el equipo quirúrgico, que busquen minimizar las complicaciones y disminuir los costos hospitalarios, que se traduciría en un beneficio para los pacientes y la comunidad.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la frecuencia de reintervenciones abdominales en pacientes postoperados en el servicio de Cirugía General en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisimeto entre noviembre 2010 – febrero 2011.

Objetivos Específicos

1. Establecer la frecuencia de pacientes sometidos a reintervenciones abdominales según edad y género.
2. Establecer la frecuencia de reintervenciones abdominales en pacientes con cirugías electivas y de urgencia.
3. Identificar las indicaciones médicas de reintervenciones abdominales.
4. Determinar el tiempo transcurrido desde la primera cirugía y la reintervención abdominal.
5. Identificar los antecedentes patológicos del paciente relaparotomizado.

6. Describir las complicaciones de las reintervenciones abdominales.
7. Establecer la mortalidad de los pacientes sometidos a reintervenciones abdominales.

Justificación e importancia

La cirugía abdominal es una parte importante del ejercicio de la medicina actual. Esta cirugía es frecuente y es responsable del uso significativo de recursos hospitalarios, tanto con respecto al presupuesto como a las camas. En Inglaterra se realizan aproximadamente 250000 cirugías abdominales por año (Hospital Episode Statistics 2003 - 2004) y, aunque una pequeña proporción es por laparoscopia, la gran mayoría se realiza mediante la técnica abierta. La cirugía laparoscópica es cada vez más frecuente en el mundo desarrollado, pero todavía representa sólo una proporción muy pequeña de todas las cirugías abdominales. Durante los años 1998 a 2001, se realizaron cerca de 100 000 resecciones colorrectales en Inglaterra, y sólo el 0,1% fue por laparoscopia (Brown y Goodfellow, 2008.)

Económicamente, la duración de la cirugía y la duración de la estancia hospitalaria determinan el costo y el tiempo hasta el regreso a la actividad normal del paciente. El reciente interés en apresurar el alta después de la cirugía abdominal destaca la importancia de evaluar los factores que participan en el proceso quirúrgico (Brown y Goodfellow, 2008.)

A pesar de los avances tecnológicos que permiten un monitoreo estricto de las variables hemodinámicas, ventilatorias y nutricionales de los pacientes, la morbi – mortalidad de las reintervenciones abdominales sigue siendo elevada (Beck et al, 2000), en un grupo de edad económicamente productivo, generando mas días de hospitalización, mayor ausentismo laboral y aumento en los gastos en insumos médicos, tanto para los pacientes como para las instituciones, lo que justifica un interés particular en producir conocimientos que permitan aplicar medidas

contributorias a la optimización de los recursos y el aumento en la calidad de la atención (Anaya y Nathens, 2003).

Las relaparotomías juegan un importante papel que se corresponde con la calidad de la asistencia médica y quirúrgica que brinda una institución de salud, así como la calificación científico-técnica de los cirujanos, (Castillo et al, 2003). Aunque se han obtenido grandes avances en cirugía general, se han desarrollado de técnicas innovadoras, se dispone de antibióticos cada vez mas eficaces y de unidades para el cuidado postoperatorio intensivo, en las instituciones de salud continúan surgiendo complicaciones que requieren una evaluación profunda y de una intervención temprana, situaciones que deciden sobre la vida de los enfermos y alteran de manera significativa la mortalidad quirúrgica (Valdés et al, 2001). Aunque no necesariamente siempre es así, ya que hoy en día gracias a esos avances en medicina crítica, ahora sobreviven muchos enfermos con complicaciones graves, que antes fallecían en poco tiempo (Soteriou y Williams 1991).

Se han creado situaciones inexistentes anteriormente, nuevas entidades patológicas dadas en los pacientes hospitalizados por períodos prolongados de tiempo, operados en repetidas ocasiones, en quienes se ha dado un uso extensivo de las medidas de sostén, lo que ha conducido al conocimiento de nuevos cuadros clínicos, por lo que el cirujano necesita mayor experiencia para interpretar toda la información (Gutiérrez y Arrubarrena, 1996).

La relaparotomía puede se interpretada como un fracaso de la operación primaria (excepto en la cirugía de “control de daños”) y existe una renuencia inherente para relatar tales fracasos. Las publicaciones son por lo general muy complejas para presentar la información en una forma sencilla y clara, además que tienden a ser infrecuentes, breves y fragmentarias (Harbrecht et al, 1984).

En tal sentido, conocer en detalle los aspectos implicados en las relaparotomías es una tarea de gran relevancia ya que se podrían aportar datos precisos, generando estadísticas actuales y datos objetivos que permitan mejorar las técnicas quirúrgicas, el desempeño de los cirujanos y la optimización de los recursos. Lo que se traduce en

mejor calidad en la atención de los pacientes y al final en disminución del ausentismo laboral y de pérdidas económicas.

A nivel nacional e internacional son pocos los autores que han publicado sobre relaparotomías y los lineamientos a seguir ante este tipo de pacientes, lo que impulsa su estudio. Es necesario contar con investigaciones que identifiquen los elementos implicados en este problema con el fin de analizarlos e implantar medidas sólidas y objetivas que permitan corregir las fallas.

Es pertinente profundizar en las particularidades de los procedimientos quirúrgicos tanto electivos como de urgencias, indagar sobre el papel que juega el tipo de cirugía y las circunstancias que rodearon la relaparotomía, con el fin de conocer su incidencia, poder evitar complicaciones, mejorar en la evolución postoperatoria del paciente, el tiempo de reinserción laboral y disminuir los gastos hospitalarios.

Generando una pequeña parcela de conocimiento en el infinito campo del saber se establece un juicio más preciso en el desempeño quirúrgico, profundizando en el conocimiento de los actores involucrados en el proceso. Todo esto ratifica la misión de ofrecer al paciente y a la comunidad una terapéutica quirúrgica eficaz que permita recuperar la salud y mejorar la calidad de vida.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Desde el inicio de la presentación formal y sistemática del conocimiento quirúrgico a través de publicaciones, muchos autores han presentado la morbimortalidad quirúrgica en diversos contextos, inicialmente en el ámbito de la cirugía oncológica cuando Wangensteen y colaboradores introducen el concepto de una segunda laparotomía derivándose el término anglosajón “second-look”, en 1951. Aparece también en los años cincuenta del siglo pasado el trabajo sobre relaparotomía planificada en gastrectomías por cáncer gástrico (Canónico, 1955). En la década siguiente se mantiene el interés en investigar sobre el papel de la relaparotomía en el cáncer recurrente de estómago (Lippert, 1968).

Son muy diversos los trabajos que estudian el papel de las reoperaciones abdominales en el aumento de la sobrevida de los pacientes con recurrencia de distintos tipos de cáncer, además del gástrico: en cáncer colorrectal llama la atención el trabajo de Lewi et al. (1983) y el de Martin y Carey (1991); en cáncer de ovario destaca el trabajo de Mead et al. (1984).

Las primeras investigaciones sobre reintervenciones por procedimientos quirúrgicos abdominales complicados se publicaron entre 1959 y 1969, encabezadas por Lowdon y Lorenc respectivamente, haciendo énfasis en el papel de la relaparotomía precoz en la sobrevida de los pacientes complicados que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos en distintos contextos (cirugías electivas y de urgencia). En 1967, Schmitt et al. publica un estudio en traumatismo abdominal, teniendo como fuente de este conocimiento el conflicto bélico de Vietnam, cuando

reportando una frecuencia de 5,6% relaparotomías, siendo las causas que originaron dicha reoperación dehiscencia de la herida, lesiones desapercibidas, obstrucción intestinal, sangrado post operatorio e infección intrabdominal.

Además, también en esa época se comenzó a estudiar las relaparotomías para resolver problemas (por persistencia de los síntomas) de cirugías específicas, según la inclinación particular de cada autor de acuerdo a el área de mayor dominio, evaluando técnicas como la gastrectomía por enfermedad ulcero péptica (Ansimov, 1962). Veinte años más tarde reaparecen publicaciones sobre este tipo de reintervenciones abdominales, siendo importante mencionar el trabajo de Weatherston en 1982, quien presenta una serie de 179 reintervenciones en pacientes a quienes se les había realizado cirugía gástrica por ulcera péptica. En 1985 Maher et al. exponen su experiencia en pacientes relaparotomizados por falla en el procedimiento quirúrgico anti reflujo gastroesofágico. Y en 1991 destaca la serie de Rogy y col. en el que expone la reoperación en pacientes colecistectomizados con persistencia del dolor por muñón cístico largo.

No solo se ha investigado la falla técnica en los procedimientos para resolver los síntomas de determinada patología, si no que también se ha estudiado complicaciones quirúrgicas generales que ameritaron reintervención abdominal. Es así como uno de los primeros trabajos destacados es sobre 114 (12%) pacientes reintervenidos (56 femeninos y 58 masculinos, con edad media de 30 años) por problemas derivados de la cirugía primaria para el tratamiento de la colitis crónica ulcerativa y la poliposis adenomatosa familiar en los que se encontraron los abscesos abdomino pélvicos como una de las causas mas frecuentes de reoperación (Galandiuk et al, 1990). Autores como Shchepotin que en 1996 publica una serie de 700 pacientes sometidos a gastrectomía por adenocarcinoma, describiendo que a 40 de estos (5.7 %) se les realizó una la nueva exploración debido a complicaciones, tales como dehiscencia de anastomosis, abscesos intrabdominales y necrosis pancreática.

Más recientemente en el 2007, Doeksen et al, en un interesante estudio analizan el tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas de dehiscencia de anastomosis en resecciones colorrectales y la realización de la relaparotomía. Confirmaron la

dehiscencia en 36 de 289 pacientes con anastomosis colorrectal. El intervalo de tiempo entre los primeros signos de dehiscencia y la relaparotomía era considerablemente más largo cuando la primera cirugía se realizaba próxima al fin de semana o la evaluación radiológica era falsa negativa.

En el mismo año, en America del Sur también se hace un interesante trabajo en pacientes sometidos a resección con anastomosis por patología colorrectal. La tasa global de reintervenciones para este grupo de 610 pacientes fue 6,4%, debido a la dehiscencia de anastomosis y a perforación intestinal no relacionada con la anastomosis (Bannura et al, 2007). En esta serie, el 69,23% correspondió al sexo masculino y 30,77% al femenino.

Una numerosa serie de 26638 pacientes sometidos a cirugía por cáncer colorrectal, también publicada en el 2007 por Morris et al, reveló una tasa de 5,8% de reintervenciones. Encontrando al sexo masculino con 51,2% de reintervenciones y el femenino con 48.8%, teniendo al grupo etario de 76 a 80 años el mayor porcentaje (25,7%). Los principales hallazgos en las reintervenciones fueron la infección intrabdominal, dehiscencia de la herida operatoria y lesión inadvertida a un órgano intrabdominal.

El estudio más reciente de relaparotomías, se enfocó en cirugía gástrica, sobre un total de 1639 pacientes sometidos a gastrectomías radicales o paliativas por cáncer gástrico. Encontrando que la hemorragia intraabdominal y la dehiscencia de anastomosis eran las causas principales de la reintervención, para un total de 2,19% (Sah et al, 2010). En esta serie el 68,9% de los reintervenidos fueron del sexo masculino y 31,1% al femenino; y el grupo etario más numeroso en reintervenciones fue el de menor o igual a 60 años con 54,1%.

En el contexto de la cirugía de trasplante de órganos, es muy importante resaltar el trabajo de Manrique et al. en el 2009 con 118 pacientes diabéticos a quienes se les realizó trasplante de páncreas, de los cuales 40 (33.9%) sufrieron una o varias nuevas laparotomías. Las causas para reoperación fueron: la trombosis del injerto, sangrado intrabdominal, dehiscencia del muñón duodenal, pancreatitis severa y/o absceso pancreático y obstrucción intestinal.

En los últimos 30 años se aprecian más cantidad de publicaciones en torno a las reintervenciones abdominales en distintas circunstancias quirúrgicas y posteriores a diversos procedimientos. En 1980 fue muy importante la observación de 10 años de Zer et al., encontrando 2,6% de relaparotomías durante la misma hospitalización. A inicio de los años 80, aparece y se hace común la estrategia de la “cirugía de control de daños” en trauma (Feliciano, 1981), la cual lleva implícita la necesidad de abrir de nuevo la cavidad peritoneal, de lo que se deriva un aumento en la frecuencia de relaparotomías. En este sentido son fundamentales los trabajos de Stone y Mattox en 1983; pero es en los años 90 cuando se comienzan a popularizar la estrategia al publicar los resultados de las grandes series iniciadas en la década anterior (Cue 1990, Burch 1992 y Hirshberg 1995).

Hay estudios importantes como el de Harbrecht y colaboradores en 1984 quienes observaron de forma retrospectiva, 1633 pacientes, siendo reoperados 113 de éstos (6,9%): 19 cirugías planificadas y 94 de urgencia; en estas relaparotomías identificaron la infección de órgano espacio y la dehiscencia de anastomosis como las principales complicaciones, además de identificar errores técnicos y “de otra índole”.

En el año de 1987 Wain y Sykes publican un importante estudio de 3600 pacientes: 2380 sometidos a cirugías electivas y 1220 a urgencias, debiendo reoperar a 64 (1,7%), principalmente por infección intrabdominal, obstrucción del intestino delgado y dehiscencia de la herida quirúrgica. El mayor número de pacientes reintervenidos eran ancianos y aquellos a los que se les practicó algún procedimiento gastroduodenal o intestinal.

Otro autor británico, Kirk, en 1988 también publica una numerosa serie estudiada de forma retrospectiva sobre relaparotomía precoz en el manejo de complicaciones de cirugías abdomino torácicas en 3000 pacientes operados, con una tasa de relaparotomía del 4,7%. Este autor encontró el error técnico en la primera operación en un 46% de los casos, generando dehiscencias de anastomosis y hemorragia como complicaciones más frecuentes, llevando a una mortalidad del 42,5% de los pacientes relaparotomizados.

Hacia el año 2004 Huaman presenta una investigación en 959 laparotomías exploradoras, observando 51 pacientes reintervenidos (5,33%), de las cuales el 80% fueron secundarias a laparotomías de urgencia. En este estudio, la indicación médica por la que se planteó de manera más frecuente la necesidad de reintervenir fue Colección Intrabdominal con 58,8%.

En el 2005, García y col. publican un estudio prospectivo en pacientes a los que se les realizó reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Observaron 850 pacientes con cirugía abdominal inicial electiva o de urgencia de los cuales se reintervinieron 90 (10,6 %) encontrando dehiscencia de sutura principalmente, colecciones intrabdominales y obstrucción intestinal. De estos pacientes, 61,7% fueron hombres y 38,2% fueron mujeres, con un predominio del grupo de edad mayor a 61 años (45,4%).

El abdomen agudo quirúrgico infeccioso y las unidades de terapia intensiva una de las mayores fuentes de conocimiento en torno al tema. De esta manera se encuentra el trabajo de Hinsdale y Jaffe publicado en 1984 realizado en varios centros de salud dando particular importancia a los parámetros clínicos de sepsis para decidir realizar la relaparotomía, las cuales se realizaron en el 1,6% de las cirugías abdominales. En este estudio se identifican como causa de complicación el absceso intrabdominal, la dehiscencia de anastomosis, la necrosis intestinal, error técnico y colecistitis litíásica. También en 1984 se publica un trabajo en el que presentan la laparotomía precoz en pacientes con presión intrabdominal elevada, planteando este recurso clínico como criterio para realizar una nueva laparotomía en pacientes críticos (Kron et al, 1984).

Con un planteamiento que se opone a la práctica rutinaria de relaparotomías en peritonitis generalizada, Andrus et al. 1986 exponen que esta estrategia no genera diferencias significativas frente a aquellos pacientes en los que no se realiza dicha práctica. En este mismo orden de ideas la investigación encabezada por Lombardo et al., en 1997 reporta 2,7% de relaparotomías principalmente por peritonitis generalizadas y por dehiscencia de la sutura anastomótica, destacando la práctica de

relaparotomía a demanda (cuando las condiciones del paciente lo indiquen), para disminuir la morbimortalidad.

En 1999, Rodríguez y colaboradores reportan 3638 laparotomías, reoperando a 68 pacientes por colecciones intrabdominales residuales. En este trabajo concluyen que las consecuencias de una técnica aplicada en la peritonitis se derivan más de la gravedad de la infección que de la propia naturaleza del proceder.

Sin embargo es hasta el 2007 que se publica un trabajo multicéntrico aleatorizado comparando las relaparotomías planeadas versus relaparotomías “a demanda” con dos grupos iguales de 116 pacientes cada uno, cuyos resultados permitieron concluir que la relaparotomía a demanda no tiene una tasa inferior de morbilidad o mortalidad, pero que reduce sustancialmente los gastos en asistencia y material médico (van Ruler et al, 2007). En este el sexo masculino fue reintervenido en un 56% y las edades entre los 60 y 75 años en un 70% de los casos.

El manejo de la persistencia o aparición de material purulento en la cavidad peritoneal posterior a una laparotomía está basado en un enfoque medico-quirúrgico. La decisión de operar de nuevo se define por un conjunto de criterios epidemiológicos, clínicos, biológicos y radiológicos. La necesidad de la nueva operación posterior a una cirugía abdominal crece con el deterioro del paciente (Montravers et al, 2004). Los trabajos de Hutchins y colaboradores, también del 2004, ratifican la conducta de llevar a cabo la reintervención abdominal de manera precoz para que aquellos pacientes con peritonitis severa no presenten falla multiorgánica en las unidades de cuidados intensivos quirúrgicos.

La peritonitis difusa secundaria vuelve a ser recientemente tema de estudio de las reintervenciones abdominales, cuando en 2009 se publica el interesante estudio de Bader et al. comparando pacientes con peritonitis postoperatoria y peritonitis secundaria de primer diagnostico. Encuentran que los estudios paraclínicos tienen una utilidad limitada para el diagnostico, siendo fundamental las condición clínica del paciente. Concluyen que una reintervención precoz aparece ser la estrategia más razonable en el diagnostico de peritonitis postoperatoria.

Iniciando el primer decenio del presente siglo se publica un importante trabajo sobre enterotomías inadvertidas durante laparotomías en las que se realizó adhesiotomía, encontrándose esta complicación en 52 de 270 reintervenciones abdominales (19,25%), las cuales se asocian a una alta morbilidad (van der Krabben et al., 2000).

A mediados de esta década predominan los trabajos en los que se brinda el papel protagónico a la cirugía de invasión mínima para la resolución de problemas causados por laparotomías, tales como drenaje de colecciones intrabdominales y adhesiotomías (Arnell, 2006), sin embargo estas técnicas no son utilizadas extensivamente, aún en el presente.

El impacto económico de las relaparotomías también ha sido de interés, particularmente en los últimos años. La serie de 7714 pacientes con un porcentaje de 3,08% reintervenciones abdominales en el curso de la misma hospitalización o en los 30 días siguientes a la laparotomía inicial publicada por Chichom et al. en 2009, ha ratificado que la reintervención basada en la situación clínica del paciente se considera como la estrategia mas favorable en términos de utilización optima de los recursos. En este estudio encontraron que el sexo femenino tenía el 54,62% de las reintervenciones y el grupo de edad predominante fue el de menores o iguales a 50 años (64,22%).

Los resultados de los estudios expuestos sirven de base para sopesar los hallazgos del presente proyecto de investigación, permitiendo desarrollar una visión global de un tópico de vital interés en la cirugía general moderna y tener la oportunidad de desarrollar una discusión más prolija en torno al tema.

Es notable que en la mayoría de ellos se evidencia una baja incidencia en relaparotomías, por lo que el estudio de este fenómeno a nivel local ofrecería indicadores del trabajo que se viene realizando en la institución y permitiría la apertura hacia nuevas investigaciones en el tema, dado que nunca se ha estudiado en este ámbito.

Bases Teóricas

Se conoce como «laparotomías» a todas las modalidades o vías de acceso a la cavidad peritoneal, derivándose de la raíz griega “*laparo*”, que significa “abdomen” y “*tomé*”, cuyo significado es “corte”. Por definición es la incisión o abertura quirúrgica de la pared abdominal en cualquier punto como primer tiempo de muchas operaciones de los órganos abdominales (Schwartz et al, 1995).

Muchos factores influyen en la elección de la incisión para la cirugía abdominal. Estos incluyen el órgano involucrado y el procedimiento previsto, el hábito constitucional del paciente y el grado de obesidad, la urgencia de la operación y la velocidad de abordaje en consideración a una situación apremiante, la presencia de incisiones abdominales previas y la preferencia y la experiencia del cirujano. Varios autores esgrimen tres principios básicos para dirigir la selección de la incisión y el cierre de la herida; estos son: la accesibilidad, la flexibilidad, y la seguridad (Zinner y Ashley, 2006).

La elección del abordaje a la cavidad peritoneal está basada, por lo general, en la preferencia quirúrgica, según se quiera obtener una mejor y más específica exposición del órgano o de los órganos que se van a operar. Desde el punto de vista quirúrgico, la facilidad del acceso, el tiempo para abrir y cerrar el abdomen, y la incidencia de complicaciones postoperatorias (evisceración, infección de la herida, colecciones intrabdominales, dehiscencias de anastomosis, fístulas, hernias incisionales) se consideran factores importantes. Para el paciente, sin embargo, el dolor y el regreso rápido a las actividades habituales también son importantes (Brown y Goodfellow, 2008).

La mayor parte de cirujanos prefieren un abordaje mediano o paramediano. En operaciones de emergencia, la incisión mediana indudablemente proporciona el acceso más rápido a la cavidad abdominal, y si fuera necesario puede ser ampliada rápidamente a la longitud entera de la pared abdominal (Zinner y Ashley, 2006).

La cirugía abdominal puede darse de manera urgente o de manera electiva, según sea la circunstancia en la que se encuentre el evento patológico, algunas operaciones

pueden realizarse de forma programada, mientras otras presentan cierta urgencia para una solución definitiva. Se entiende como cirugía electiva o programada como aquella que se programa, evaluando de manera integral al paciente, identificando posibles estados comórbidos para corregirlos y llevar al paciente al acto operatorio en las mejores condiciones posibles, disminuyendo así la posibilidad de que ocurran complicaciones (Townsend et al., 2005). La planeación del procedimiento se realiza en horas, días o semanas, sin que esto represente un riesgo inminente de pérdida de la vida o de la función de un órgano, si no la persistencia de una alteración orgánica funcional o estética que el paciente tolera voluntariamente, con el conocimiento de que puede haber progresión o agravamiento del problema (Aguirre y de la Garza, 2003). Entre tanto, la cirugía de urgencia es la que debe realizarse inmediatamente y constituye una indicación vital (Cortada, 1970). Debe llevarse a cabo de forma diligente, no precipitada, ya que esta compromete la vida del paciente o la función de un órgano (Aguirre y de la Garza, 2003).

La complicación por definición es la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo paciente o la aparición de una nueva afección en el curso de una enfermedad (Cortada, 1970). También es señalada como el agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado. La complicación médica es el resultado indirecto de un procedimiento quirúrgico; algunos ejemplos son las neumonías, las infecciones urinarias, la insuficiencia cardíaca o respiratoria, etc. La complicación quirúrgica es la que viene provocada de forma directa por la técnica quirúrgica aplicada. Algunos ejemplos frecuentes y característicos son las hemorragias, las infecciones de la herida, la dehiscencia de la herida, la dehiscencia de anastomosis y las infecciones del sitio operatorio (Alonso et al., 1999).

Las complicaciones post operatorias son problemas que pueden resultar del proceso patológico primario, una enfermedad médica concomitante, a la respuesta individual del paciente ante la agresión, a errores en el tratamiento médico, a la técnica quirúrgica o complejidad del acto quirúrgico (Schwartz et al, 1995). Las

complicaciones que se producen puede minimizarse al estimar el riesgo operatorio, con un diagnóstico precoz y con un tratamiento adecuado, siendo lo más importante la prevención de las mismas, algunas de esas complicaciones son inevitables, sobre todo las consecutivas a operaciones realizadas de urgencia (Rodríguez – Montes, 2001). Las cirugías de urgencia en las que se presentan complicaciones con más frecuencia son las que se realizan como consecuencia de traumatismos abdominales. Estas pueden estar originadas en primer lugar por la agresión del propio traumatismo abdominal que condiciona alteraciones sistémicas, pero además, el shock hemorrágico, las transfusiones masivas y la contaminación peritoneal difusa con heces u orina. En segundo lugar el equipo medico de urgencia puede provocar las complicaciones debido a una exploración insuficiente, toma de decisiones erróneas, técnicas imperfectas o cuidados postoperatorios inadecuados. Todo esto puede provocar una serie de efectos perjudiciales que serian causa de mortalidad y de morbilidad (Jover et al., 2001).

Las complicaciones de los traumatismos abdominales podemos dividir las en dos grandes grupos: las que afectan de forma general a todo el organismo, que finalizan en el llamado fracaso multiorgánico, y las que afectan exclusivamente al abdomen, aunque también puedan repercutir sobre otros órganos y sistemas. Las complicaciones generales están en relación con la respuesta del organismo a la agresión, y pueden producirse alteraciones metabólicas, endocrinas e inmunológicas. Entre las complicaciones abdominales específicas destacan la hemorragia postoperatoria, las complicaciones de la herida (infección, fascitis necrosante y dehiscencia de la herida), el síndrome del compartimiento abdominal, peritonitis y abscesos, obstrucción intestinal y la colecistitis alitiásica (Jover et al., 2001).

De esta manera se entiende que existe un grupo de complicaciones postoperatorias en cirugía abdominal que se resuelven con tratamiento médico y existen otras complicaciones que requerirán la realización de una nueva laparotomía. El término «relaparotomía» define al procedimiento quirúrgico en el cual la cavidad abdominal es reexplorada con el objetivo de resolver las complicaciones de la enfermedad o cirugía inicial (Huaman, 2004). Es aquella laparotomía que se lleva a

cabo en un paciente previamente operado y que en los dos primeros meses del postoperatorio haya presentado una complicación (Gutiérrez y Arrubarrena, 1996). Las relaparotomías se realizan por distintas causas en cirugías del aparato digestivo tanto de emergencia como electivas, como consecuencia de una gama de complicaciones (Giralt, 1997).

La reintervención quirúrgica abdominal es una entidad que suele derivarse de un procedimiento quirúrgico que pudo haber sido no satisfactorio, o al detectar un problema que no pudo ser resuelto inicialmente debido a las condiciones hemodinámicas o ventilatorias del paciente (Beck et al, 2000), o por complicaciones postquirúrgicas derivadas de factores intrínsecos y/o extrínsecos tales como hemorragias, infecciones, malnutrición e incluso deficiencias en la propia técnica quirúrgica (Anaya y Nathens 2003).

Las reintervenciones abdominales se dividen en dos categorías: urgentes y planeadas. Las reintervenciones urgentes se llevan a cabo de manera inmediata las primeras 24 horas de postoperatorio; mediata durante el mismo lapso de hospitalización; y con menos frecuencia tardía, cuando el paciente ya salió del hospital. Se deben a complicaciones previsibles de acuerdo con la patología del enfermo y cirugía realizada, o imprevisibles en pacientes en quienes se esperaba una evolución satisfactoria.

Las reintervenciones planeadas son aquellas concebidas durante una cirugía de urgencia o - con menos frecuencia - durante una cirugía electiva, llevando a cabo procedimientos transitorios o parciales, con el fin de disminuir el trauma quirúrgico, la morbilidad o mortalidad. En ese caso el cirujano planea resolver el problema del enfermo en dos o más tiempos quirúrgicos para prevenir la aparición de complicaciones, con lo que ofrece al paciente mayor seguridad y más posibilidades de recuperar la salud. (Gutiérrez y Arrubarrena, 1996).

En el contexto del abdomen agudo quirúrgico infeccioso, después de la laparotomía inicial (de emergencia), puede ser necesaria una nueva laparotomía para eliminar la peritonitis persistente o nuevo foco (Nathens y Rotstein, 1994). Existen dos estrategias usadas para realizar la nueva laparotomía: la llamada relaparotomía "a

demanda", que se realiza cuando la condición del paciente exija una nueva operación únicamente en aquellos casos con deterioro clínico o la falta persistente de mejoría, y la relaparotomía "planificada" que consiste en realizar una nueva laparotomía de forma sistemática cada 36 a 48 horas para la inspección, el drenaje y lavado de la cavidad abdominal (van Ruler et al. 2007).

Otro tipo de relaparotomía planificada se practica en la estrategia de "cirugía de control de daños" o "laparotomía Abreviada" que se aplica a pacientes con traumatismos graves y shock hipovolémico que tienen alto riesgo de cursar o ya han empezado a cursar con la llamada "triada de la muerte", que consiste en coagulopatía, acidosis e hipotermia. (Espinoza, 2004). Esta estrategia divide el tratamiento en tres etapas: la primera está destinada fundamentalmente a detener la hemorragia que está poniendo la vida en peligro, controlar la contaminación con técnicas de salvataje (ligaduras y suturas mecánicas, sin invertir tiempo en anastomosis ni ostromías). El abdomen será cerrado en forma temporal, en vistas a una reoperación programada, una vez que se corrijan las alteraciones fisiológicas del momento agudo. A continuación se lleva a cabo una segunda etapa que consiste en la reanimación secundaria en la unidad de cuidados intensivos, que se caracteriza por el establecimiento del volumen intravascular, el recalentamiento central, la corrección de la coagulopatía, el apoyo ventilatorio completo y la identificación sostenida de las lesiones traumáticas. Una vez que se ha restaurado la fisiología normal entra en funcionamiento la tercera etapa del Control de daños, la cual incluye una reoperación para eliminar el empaquetamiento intrabdominal y la reparación definitiva de las lesiones con cierre abdominal en un ambiente fisiológico ya recuperado y estable (Arvieux et al, 2007).

En los distintos escenarios mencionados, queda claro que la reoperación en cirugía abdominal juega un importante papel en el quehacer del cirujano. Los conceptos donde se explica de forma detallada los aspectos que forman parte de este complejo aspecto de la cirugía general sirven de base para comprender la intención de conocer la frecuencia de las relaparotomías y los distintos factores implícitos en estas en el ámbito local institucional.

Bases Legales

El presente estudio se realizó bajo el estricto cumplimiento de las leyes nacionales, sanitarias y éticas vigentes en la actualidad, atendiendo a los principios básicos establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Ley del Ejercicio de la Medicina y Código de Deontología Médica, que rigen el desenvolvimiento diario del médico.

El comportamiento moral debe ser pulcro, al investigar con seres humanos, y el Estado vela por dichas acciones, teniendo como base jurídica el Artículo 46 de la Carta Magna:

“El Estado garantizará el cumplimiento de los principios éticos y legales que deben regir las actividades de investigación científica, humanística y tecnológica”. (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 2000)

Esta base toma forma en la Ley del Ejercicio de la Medicina, la cual contempla en su capítulo “en cuanto a las investigaciones científicas” lo siguiente:

Artículo 103: La investigación clínica debe basarse sobre normas elementales, principios éticos y científicos.

Artículo 104: La investigación clínica solo es permisible cuando es realizada por un personal calificado para su realización.

Artículo 105: La investigación clínica debe guardar relación proporcional en cuanto al objetivo y el riesgo a que la persona es sometida.

Artículo 108: La persona debe estar informada en cuanto la finalidad del experimento y riesgo además de dar su consentimiento. En caso de incapacidad física el consentimiento debe ser firmado por su representante legal. (Ley del Ejercicio de la Medicina, 1982).

De esta manera se expone que la investigación contó con la supervisión de personal científicamente calificado y además que la realización de la misma no representó riesgos para el grupo de pacientes a estudiar. Como parte de la aceptación del paciente a participar en el estudio, se le notificó de forma detallada el

procedimiento a través del cuál se realizó la investigación y este leyó y firmó el consentimiento informado, tal como lo estipula en la Ley.

En el Código de Deontología se puntualiza con detalle los Deberes de los Médicos como seres pertenecientes a una sociedad, señalando que su comportamiento debe ser digno. El Artículo 11 de dicho código se cita: “Los médicos deben observar una actitud decorosa y honorable, dispensándoles la cortesía que impone su condición profesional y respetando las normas señaladas por la técnica y por las respectivas leyes de ejercicio profesional” (Código de Deontología Médica, 1996).

Variables

Laparotomía

Se trata de la incisión o abertura quirúrgica de la pared abdominal en cualquier punto como primer tiempo de muchas operaciones de los órganos abdominales y pélvicos. La elección de la incisión para la cirugía abdominal está determinada por el procedimiento previsto para tratar al órgano involucrado, por el hábito constitucional del paciente, la urgencia de la operación, la presencia de incisiones abdominales previas y la preferencia y la experiencia del cirujano basándose en los principios accesibilidad, la flexibilidad y seguridad.

Cirugía electiva

Se entiende por cirugía electiva como aquella que se programa, evaluando de manera integral al paciente, identificando posibles estados comórbidos para corregirlos y llevar al paciente al acto operatorio en las mejores condiciones posibles, disminuyendo así la posibilidad de que ocurran complicaciones. La planeación del procedimiento se realiza en días o semanas, sin que esto represente un riesgo inminente de pérdida de la vida o de la función de un órgano, sin embargo si persiste una alteración orgánica funcional o estética que el paciente tolera voluntariamente, con el conocimiento de que puede haber progresión o agravamiento del problema.

Cirugía de urgencia

Es la que debe realizarse inmediatamente y constituye una indicación vital. Debe llevarse a cabo de forma diligente, no precipitada, ya que esta comprometida la vida del paciente o la función de un órgano. La planeación del procedimiento se realiza en minutos a horas.

Complicaciones Postoperatorias

Se conoce como el agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal mas o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado. La complicación médica es el resultado indirecto de un procedimiento quirúrgico y puede resolverse sin necesidad de volver a operar al paciente. La complicación quirúrgica es la que viene provocada de forma directa por la técnica quirúrgica aplicada. Las complicaciones postoperatorias son problemas que pueden resultar del proceso patológico primario, una enfermedad médica concomitante, a la respuesta individual del paciente ante la agresión, a errores en el tratamiento médico, en la técnica quirúrgica o por la complejidad del acto quirúrgico.

Reoperación Abdominal

Es el procedimiento quirúrgico en el cual la cavidad abdominal es reexplorada con el objetivo de resolver las complicaciones de la enfermedad o cirugía inicial del aparato digestivo tanto de emergencia como electivas, es decir, se lleva a cabo en un paciente previamente operado del abdomen y que en los dos primeros meses del postoperatorio presente una complicación quirúrgica. Es una entidad que suele derivarse de un procedimiento quirúrgico que pudo haber sido no satisfactorio o al detectar un problema que no pudo ser resuelto inicialmente debido a las condiciones hemodinámicas o ventilatorias del paciente o por complicaciones postquirúrgicas derivadas de factores intrínsecos y/o extrínsecos tales como hemorragias, infecciones, malnutrición e incluso deficiencias en la propia técnica quirúrgica. Las reintervenciones abdominales se dividen en dos categorías: urgentes y planeadas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

De acuerdo a lo propuesto en el *Planteamiento de Problema*, el objetivo de la presente investigación fue determinar la frecuencia de relaparotomías en pacientes postoperados en el servicio de Cirugía General en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisimeto entre octubre 2010 – enero 2011, realizándose un estudio de tipo descriptivo, longitudinal, prospectivo. Tuvo como objetivo estudiar un grupo de pacientes que tenían una condición en común: la reintervención abdominal; lo que permitió conocer la frecuencia de esta en la institución, en que tipo de cirugías ocurren con mas frecuencia, a que edades y en que sexo ocurren, cuáles son las principales complicaciones que llevan a operar de nuevo a un paciente y describir los resultados observados en un período de tiempo determinado.

Población y Muestra

Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes que ingresaran al Servicio de Cirugía General del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda en el lapso octubre 2010 – enero 2011, a quienes se le hacía alguna intervención quirúrgica abdominal. En este período de 3 meses, del total de ingresos se identificó los reintervenidos; se relacionaron con el sexo y grupo etario, se determinó el tipo de cirugía que se realizó inicialmente, el tiempo transcurrido entre la primera cirugía y la reintervención abdominal, la presencia de estados comórbidos previos a la primera

cirugía, complicaciones halladas en las reintervenciones y la evolución post operatoria de los pacientes que fueron reintervenidos.

Muestra

La muestra fue de tipo no probabilística, ya que se desconocía la probabilidad que tenía cada paciente de ser incluido y la selección se realizó mediante métodos en los que no intervino el azar y fue a conveniencia, puesto que se seleccionaron los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, especificados en el protocolo de estudio, a medida que llegaron al Servicio de Cirugía General del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, durante el periodo determinado.

Las pacientes sometidas a laparotomía obstétrica y las laparotomías que no fueron realizadas por el servicio de Cirugía General, se excluyeron del estudio, debido a que el interés fundamental del estudio se centra en el postgrado de Cirugía General. Además también se excluyeron los pacientes con edades de 12 años o menos, debido a que su manejo corresponde al Hospital Pediátrico.

Criterios de Inclusión

- Pacientes operados de forma electiva en el servicio de Cirugía del HCUAMP.
- Pacientes operados de manera urgente en el servicio de Cirugía del HCUAMP.
- Casos operados en el lapso de octubre 2010 – enero 2011.
- Pacientes cuya edad fue mayor o igual a 13 años.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado aceptando la realización del estudio o en su defecto haya sido firmado por familiares en caso incapacidad por parte del paciente.

Criterios de Exclusión

- Pacientes operados por servicios que no fuesen cirugía general o referidos de otra institución.
- Casos operados fuera del lapso de noviembre 2010 – enero 2011.
- Pacientes cuya edad fue inferior a 13 años.

- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado aceptando la realización del estudio.

Diseño de la investigación

Previa autorización por el Departamento de Cirugía General, se realizó la evaluación de los pacientes que acudieron al Servicio de Cirugía General del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, a los que se les realizó laparotomía electiva o de urgencia en el lapso noviembre 2010 – enero 2011.

Los encargados de la evaluación y el manejo de los pacientes a estudiar, fueron los médicos adjuntos y residentes de los diferentes equipos del servicio de Cirugía General. Previa autorización mediante consentimiento informado (anexo A), se realizó el seguimiento del paciente desde su ingreso en la emergencia o en la consulta de cirugía, evaluando su evolución, recabando los datos en el instrumento de recolección de datos (anexo B), que fue llenado por el autor o residentes de Cirugía General autorizados, durante los periodos de guardia, consulta de Cirugía y Salas de Hospitalización, durante el lapso establecido.

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

El método de recolección de datos fue mediante el llenado del instrumento elaborado (anexo B), que consta de cinco partes: la primera incluye la identificación del paciente, el número de la historia clínica; la segunda, antecedentes personales de importancia; la tercera parte incluye el tipo de laparotomía (electiva o de emergencia), el diagnóstico preoperatorio, la intervención practicada (procedimiento quirúrgico específico), el diagnóstico postoperatorio; la cuarta parte incluye la evolución del paciente (satisfactoria, expectante, muerte), los días hospitalizado, la reintervención quirúrgica abdominal, hallazgos en la segunda intervención, la intervención practicada (procedimiento quirúrgico específico), la evolución clínica del estado general del paciente posterior a la relaparotomía, la necesidad de otra(s) relaparotomía(s); y el consentimiento informado (anexo A).

Técnica de Procesamiento y Análisis de los Datos

La información obtenida con el llenado del instrumento de recolección de datos recibió tratamiento estadístico descriptivo, mediante el cálculo de medidas de tendencia central y medidas de dispersión correspondientes, utilizando para ellos los programas de Windows, SPSS v.14 y Microsoft Excel 2003 y se reflejaron en gráficos y tablas correspondientes que permitieron hacerlos visualmente más representativos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Durante el periodo noviembre 2010 – enero 2011, se estudiaron 653 pacientes a quienes se les realizó algún tipo de cirugía abdominal que cumplieron con los criterios de inclusión, luego se tabularon los datos del instrumento de recolección y se presentan según lo aportado por las variables y características de la muestra.

Cuadro 1

Frecuencia de cirugías abdominales según pacientes reintervenidos. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Cirugías Abdominales	N	%
Reintervenidos	33	5.04
No Reintervenidos	620	94.96
Total	653	100

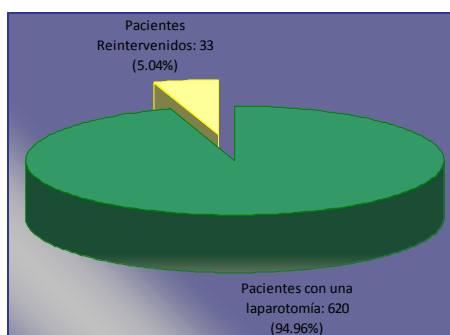


Gráfico 1 Frecuencia de cirugías abdominales según pacientes reintervenidos. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

De la muestra estudiada, se identificó que 5.04 % fueron reintervenidos.

Cuadro 2

Distribución de reintervenciones abdominales según edad y género. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Edad (Años)	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
10-19	3	9.09	0	0.00	3	9.09
20-29	7	21.21	0	0.00	7	21.21
30-39	1	3.03	3	9.09	4	12.12
40-49	3	9.09	2	6.06	5	15.15
50-59	3	9.09	0	0.00	3	9.09
60-69	5	15.15	3	9.09	8	24.24
70-79	1	3.03	0	0.00	1	3.03
Más de 80	1	3.03	1	3.03	2	6.06
Total	24	72.72	9	27.27	33	100.00

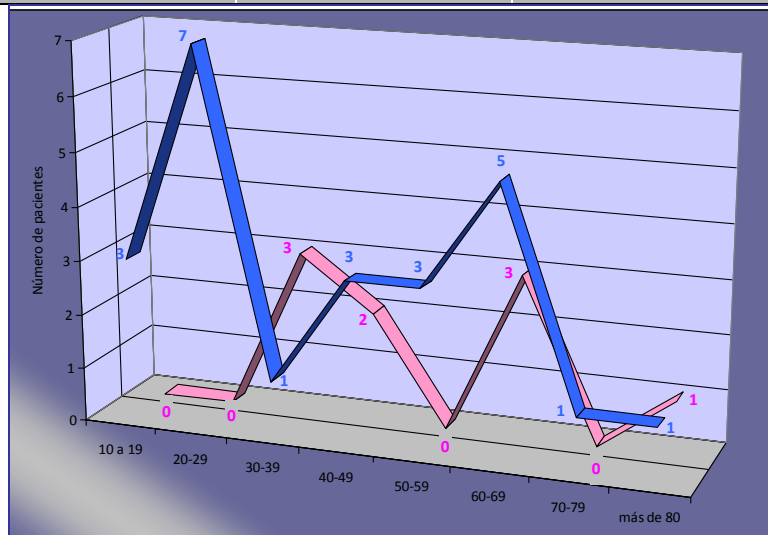


Gráfico 2 Distribución de reoperaciones abdominales según edad y género. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

De los pacientes reintervenidos, el mayor porcentaje correspondía al sexo masculino (72,72%) y en ambos sexos el período de edades comprendido entre los 60 y 69 años fué en el que se presentaron más casos, sin embargo, al tomar en los diferentes grupos de edad resalta el de 20 y 29 años en el sexo masculino con 21.21%. Para el sexo femenino el predominio se notó en los grupos de 30 – 39 años y 60 – 69 años con 9.09% cada uno.

Cuadro 3

Distribución de reintervenciones abdominales según el tipo de cirugía inicial.
Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Tipo de cirugía	N	%
Urgencias	24	72,72
Electivas	9	27.27
Total	33	100

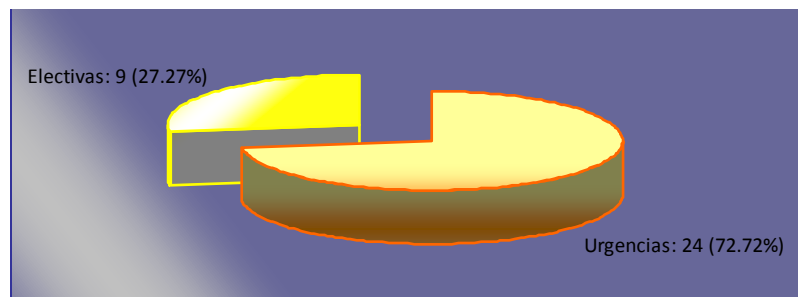


Gráfico 3 Distribución de reintervenciones abdominales según el tipo de cirugía inicial. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Del total de la muestra, 72,72% (24 pacientes) fueron reoperados después de una cirugía de urgencia, siendo minoría aquellos cuya primera cirugía fue electiva (27.27%).

Cuadro 4

Distribución de reintervenciones abdominales según indicaciones médicas. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Diagnóstico Pre reintervención	N	%
Colección Intrabdominal	11	33,34
Evisceración	10	30,30
Obstrucción Intestinal	2	6,06
Dehiscencia de Anastomosis	2	6,06
Retiro de Paking	2	6,06
Óblito Quirúrgico	1	3,03
Cierre de Pared	1	3,03
Hemoperitoneo	1	3,03
Dehiscencia de Colorrafia	1	3,03
Urinoma	1	3,03
Necrosis de Ostomía	1	3,03
Total	33	100

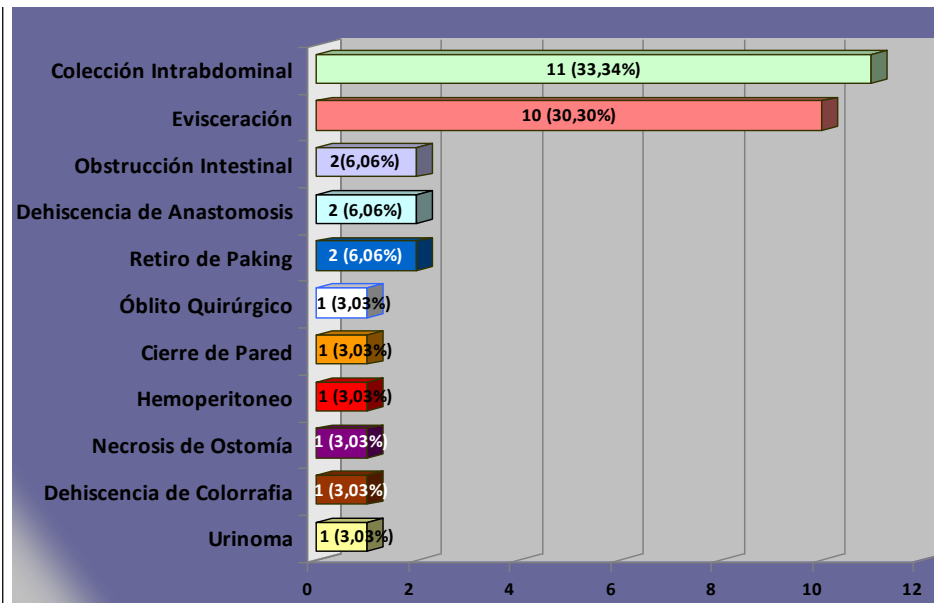


Grafico 4 Distribución de reintervenciones abdominales según indicaciones médicas. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

El diagnóstico de Colección Intrabdominal (33.34%) la indicación médica de mayor frecuencia. Seguido en segundo lugar el diagnóstico Eviseración y en tercer lugar lo ocuparán con igual porcentaje (6.06%) Obstrucción Intestinal, Dehiscencia de Anastomosis y Retiro de Packing.

Cuadro 5

Distribución de reintervenciones abdominales según diagnósticos post operatorios. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Diagnóstico post reintervención		N	%
Obstrucción Intestinal	Estenosis de gastroentero anastomosis	1	3,03
	Hernia Interna	1	3,03
	Tumor Gástrico	1	3,03
	Síndrome Adherencial	1	3,03
Dehiscencia de suturas viscerales	Muñón duodenal	2	6,06
	Anastomosis Ileal	2	6,06
	Anastomosis Colónica	1	3,03
	Colorrafia	1	3,03
	Cistorrafia	1	3,03
Colección Intrabdominal	Urinaria	1	3,03
	Biliar	3	9,09
	Purulenta	8	24.24
Lesión Hepática		4	12.12
Evisceración		10	30.30
Óblito		1	3.03
Necrosis de Ostomía		3	9.09
Sección de Ureter		1	3.03

N = 33

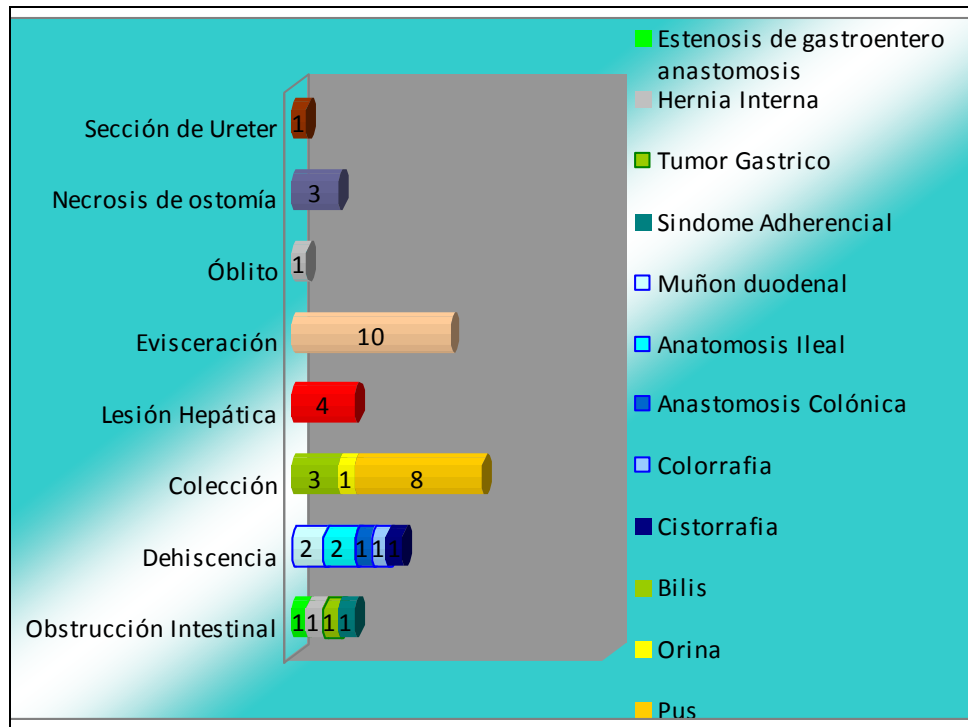


Gráfico 5. Distribución de reintervenciones abdominales según diagnósticos post operatorios. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Durante la reintervención, se puso en evidencia que el hallazgo de Colección Intrabdominal (tomando en cuenta varios tipos de líquidos colectados) fue el de mayor porcentaje (36.36%), y a continuación le seguía el diagnóstico Evisceración (30.30%). En tercer lugar aparecieron las Dehiscencias de suturas viscerales (21.21%).

Cuadro 6.

Tiempo transcurrido desde la primera cirugía y la reintervención abdominal en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Tiempo Transcurrido (Días)	N
Promedio	10,72
Máximo	51
Mínimo	1

Se pudo observar que un paciente fue reintervenido el mismo día, en contraste, existió otro caso aislado en el que un paciente se reintervino a los 51 días de la primera cirugía, dando un promedio para esta serie de 10,72 días de intervalo entre la primera cirugía y la reintervención abdominal.

Cuadro 7.

Frecuencia de antecedentes personales patológicos en pacientes reintervenidos. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Pacientes Reintervenidos	N	%
Con antecedentes	19	57.58
Sin antecedentes	14	42.42
Total	33	100

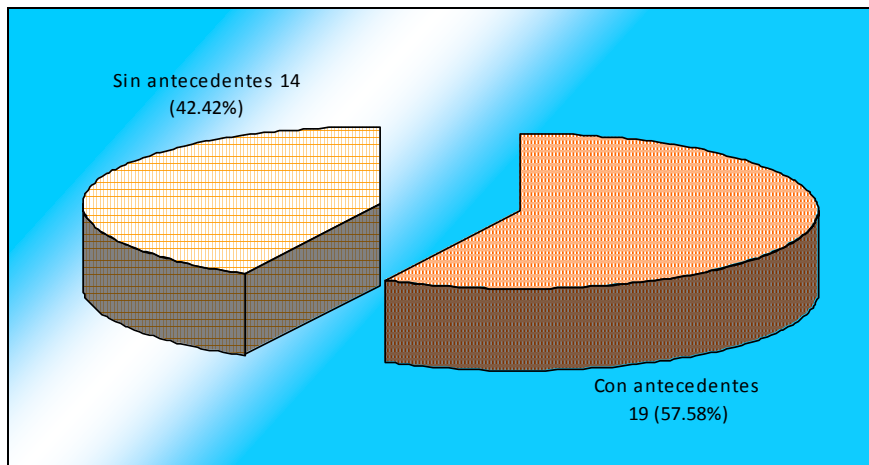


Gráfico 6 Frecuencia de reintervenciones abdominales según presencia de antecedentes personales patológicos. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Con respecto a la presencia de antecedentes personales patológicos en los pacientes reintervenidos, se nota que la mayoría (57.58%) tenía alguna comorbilidad o había tenido algún tipo de cirugía abdominal previa a la primera cirugía.

Cuadro 8.

Distribución de reintervenciones abdominales con antecedentes personales patológicos. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Antecedentes personales patológicos	N	%
Cirugías Abdominales Previas	10	52.63
Hipertensión Arterial	7	36.84
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	2	10.52
Diabetes Mellitus	2	10.52
Miastenia Gravis	1	5.26
Enfermedad de Parkinson	1	5.26

N=19

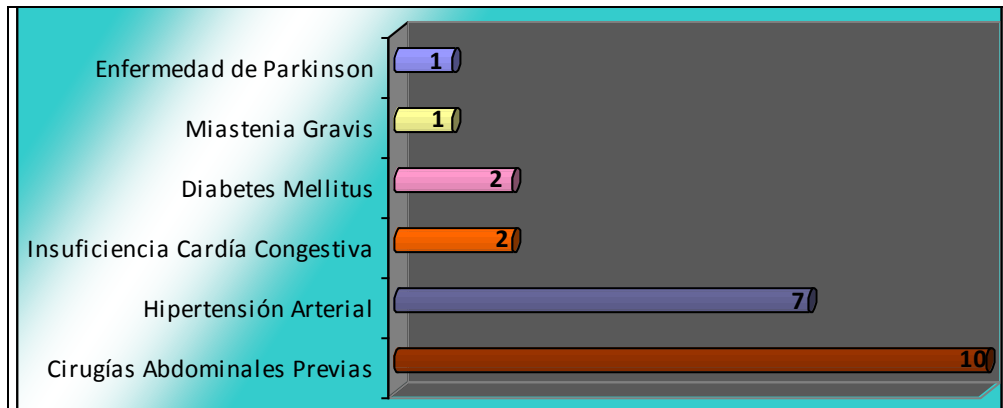


Gráfico 7 Distribución de antecedentes personales patológicos en reoperados en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Como antecedente personal más frecuente en estos 19 pacientes, destacaron las cirugías abdominales previas (52.63%), seguido de hipertensión arterial (36.84%).

Cuadro 9.

Frecuencia de complicaciones postoperatorias en reintervenciones abdominales.
Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Reoperaciones Abdominales	N	%
Complicados	18	54.54
No Complicados	15	45.46
Total	33	100

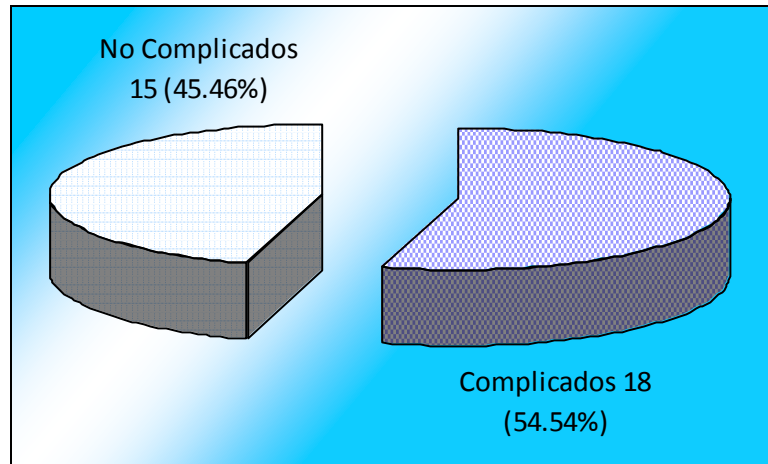


Gráfico 8 Frecuencia de reintervenciones abdominales según complicaciones postoperatorias en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Se hace evidente que la mayoría de los reoperados (54.54%) presentaron complicaciones postoperatorias

Cuadro 10.

Distribución de reoperaciones abdominales en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”, según complicaciones post operatorias.

Complicaciones post reintervención	N	%
Infección del Sitio Operatorio	16	88.88
Neumonía	5	27.72
Sepsis	4	22.22
Desequilibrio Hidro Electrolítico	2	11.11

N=18

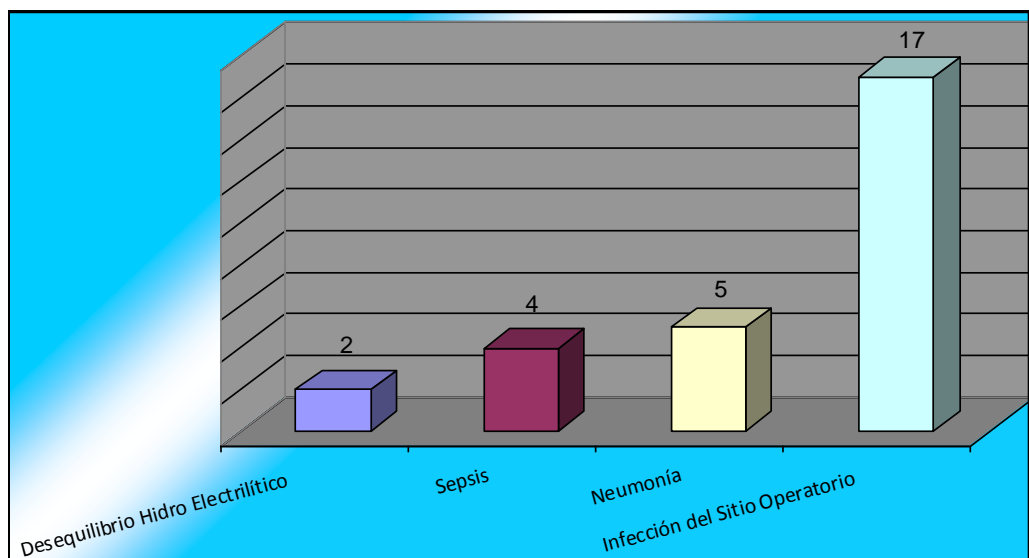


Gráfico 9 Distribución de complicaciones postoperatorias en reoperados en el Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

La complicación post operatoria que más frecuentemente apareció en los 18 reoperados fue la infección del sitio operatorio con un 88.87 %, tanto sola como acompañada de otras complicaciones.

Cuadro 11.

Distribución de reoperaciones abdominales según condiciones de egreso. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

Pacientes Relaparotomizados	N	%
Fallecidos	2	6.06
No fallecidos	31	93.94
Total	33	100

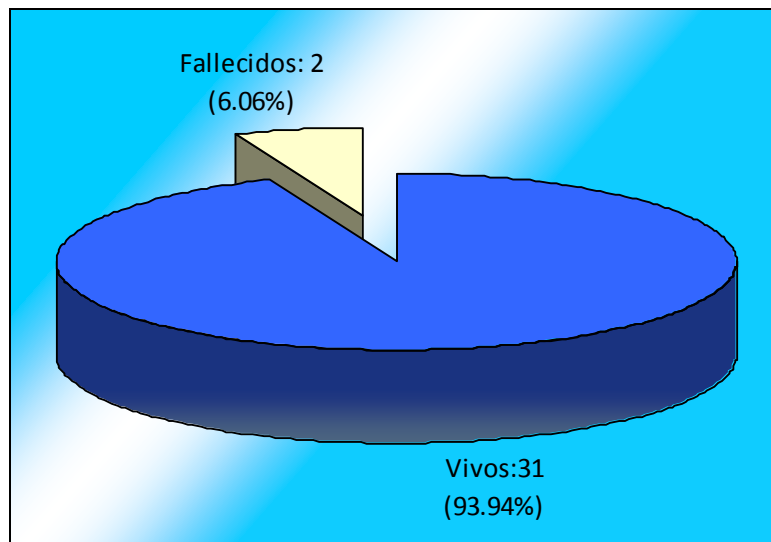


Gráfico 10 Distribución de reoperaciones abdominales según condiciones de egreso. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

La mayoría de los pacientes reoperados sobrevivió posterior a la reintervención abdominal, notándose una baja mortalidad para esta serie (6.06%).

CAPÍTULO V

DISCUSION

De los 33 pacientes reintervenidos, el mayor porcentaje correspondió al sexo masculino (72,72%) predominando sobre el femenino con 9 casos (27,27%), lo cual coincide con numerosos estudios tales como los de Bannura (2007), Morris (2007), García(2005) y Sah (2010), así como el importante trabajo multicéntrico aleatorizado de van Ruler (2007).

En lo concerniente a grupo etario, en el que se presentaron más reintervenciones fue el de 60 y 69 años con 24,24%. Tales hallazgos guardan similitud con los de Sah (2010), Bannura (2007), van Ruler (2007) y Morris (2007). Sin embargo es importante destacar, al tomar en cuenta varios grupos de edad, que la mayoría de los reintervenidos se encuentra entre los 20 y 59 años.

El porcentaje de reintervenciones abdominales encontrado fue de 5,04% (33 pacientes), cifra inferior a las reportadas en las series de Huaman con 5,3% (2004), Morris con 5,8% (2007) y Bannura con 6,4% (2007). Hay estudios que reportan porcentajes menores de reintervenciones, tales como el de Sah con 2.19% (2010), Chichom con 3,6% (2009) y Hutchins con 4,38%. Existe otro grupo de autores que reportan cifras mucho más elevadas de reintervenciones en grupos de pacientes muy heterogéneos tales como el de García con 10,6% (2005), Doeksen con 12,45% (2007) – en un grupo específico de pacientes sometidos a cirugía colorrectal – y Manrique con 33,9% de reintervenciones en pacientes con trasplantes de órganos (2009).

La cirugía abdominal de urgencia al ingreso del paciente, obtuvo el mayor porcentaje de reintervenciones abdominales con 72.72%. Los resultados del trabajo de Huaman (2004) reporta un 80% de reintervenciones abdominales secundarias a

cirugías de urgencias, siendo mayor la cifra en el estudio de García con 83,33% (2005) e inferior la cifra de 62,5% obtenida por Hutchins (2004).

La indicación médica por la que se planteó de manera más frecuente la necesidad de reintervenir a los pacientes fue la Colección Intrabdominal (33.34%), considerándose esta de manera genérica sin discriminar el tipo de líquido colectado. El estudio de Huaman (2004) también encuentra el primer lugar esta causa con 58.8%, del mismo modo Chichom (2009), la reporta con 50.8%, siendo el mayor porcentaje de indicación de reintervención. La dehiscencia de Anastomosis se presentó en un 6.06% (tercer lugar de las indicaciones de reintervención) contrastando con Barunna (2007) que la presenta en primer lugar con 36%.

En cuanto a los hallazgos operatorios que revelaron la verdadera causa de la reintervención, se mantiene la tendencia: predominó la Colección Intrabdominal con 36.36%. Los trabajos de Hutchins (2004), García (2005), Morris (2007), Chichom (2009) también presentan este hallazgo con el mayor porcentaje con 29.62%, 44.44%, 31.7% y 40.8% respectivamente. El trabajo de Manrique (2009), reporta con el mayor porcentaje (13.5%) a la trombosis viscerales y Sah (2010), reporta la hemorragia intrabdominal con 44,44%.

El promedio de días de intervalo entre la primera cirugía y la reintervención fue de 10.72 días, con un máximo de 51 y un mínimo de 1; la mayoría de los pacientes fueron antes de los 10 días. El estudio de Bannura (2007) reportó un promedio de 7.1 días con un máximo de 25 y un mínimo de 1. El trabajo de Huaman (2004) reporta un promedio de 6.94 días y Doeksen (2007) 4.2 días; García (2005) reporta que la mayoría de los pacientes fueron reintervenidos dentro de los primeros 7 días.

Respecto a la presencia de antecedentes personales patológicos en los pacientes reintervenidos, se nota que la mayoría (57.58%) tenía alguno. Siendo el más frecuente las cirugías abdominales con 52.63%, seguido de hipertensión arterial con 36.84%. García (2005) observó un predominio de la hipertensión arterial con 47.7%.

Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 54.54% de los reintervenidos, siendo la infección del sitio operatorio con un 88.87 % la más frecuente. La morbilidad posterior a la reintervención encontrada por Chichom (2009)

fue del 35%, en la cual destacó también la infección del sitio operatorio con 82,29%. Este predominio de la infección del sitio operatorio también coincide con el 46% encontrado por Bannura (2007), sin embargo en el estudio de Sah (2010) predominó el derrame pleural con 13%.

Por último, la condición de alta de los reintervenidos en nuestro estudio fue de 6.06% fallecidos, inferior al 10% encontrado por Bannura(2007), pero contrastando notablemente con el 29,4% del trabajo de Huaman (2004), el 35.93% de Hutchins (2004), el 20% de García (2005), el 18.1% de Chichom (2009) y el 11,11% reportado por Sah (2010).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En nuestro estudio se revela un porcentaje de reintervenciones abdominales del 5.04%, encontrándose por debajo de una gran cantidad de series publicadas.

El predominio del grupo de edad entre 60 y 69 años revela la ocurrencia de este fenómeno en edades avanzadas de la vida, sin embargo, se nota también, al tomar en cuenta varios grupos consecutivos de edad, que la mayoría de los reintervenidos se encuentra entre los 20 y 59 años.

La ocurrencia de reintervenciones abdominales predomina en el sexo masculino y en la cirugía abdominal de urgencia.

El diagnóstico de Colección Intrabdominal es el que justifica en mayor porcentaje la necesidad de reintervención abdominal y de igual forma es el hallazgo que más se confirma durante la reintervención.

El promedio de días transcurridos entre la primera cirugía y la reintervención es más alto que en otras instituciones.

La mayoría de los reintervenidos tenían antecedentes personales patológicos, principalmente cirugías abdominales previas. De igual forma un mayor porcentaje de la muestra presentó complicaciones postoperatorias, encabezadas por la Infección del Sitio Operatorio.

La condición de alta de los reintervenidos en nuestro estudio fue de 6.06% fallecidos, inferior a todas las series publicadas en la literatura.

Recomendaciones

Una vez conocida la frecuencia de reintervenciones abdominales en nuestra institución, así como los factores asociados a este fenómeno, se recomienda aplicar medidas específicas que permitan reducir su ocurrencia una vez profundizada esta información constatando la relación real de dichos factores involucrados. Podría evaluarse que factor se asocia al elevado porcentaje de colecciones abdominales y a infección del sitio operatorio y al predominio de pacientes jóvenes reintervenidos.

De igual manera es recomendable difundir los resultados de este estudio, ya que conociendo a profundidad los detalles de un fenómeno quirúrgico tan importante, permiten al cirujano enfrentar el problema con plena consciencia, brindándole mejores bases a su estrategia.

Promover la integración interdisciplinaria entre las distintas especialidades médicas y disciplinas de salud involucradas en el cuidado y manejo de los pacientes quirúrgicos y los equipos quirúrgicos con la finalidad de brindarle al paciente un mejor abordaje de la patología quirúrgica, y a la institución un mayor control de los eventos de morbimortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguirre R., de la Garza L. 2003. Tratado de Cirugía General. Editorial El Manual Moderno: Consejo Mexicano de Cirugia General.

Alonso J., Pales M., Villar C., Cruz L., Reyero A., 1999. Diccionario de Medicina. Editorial Espasa Calpe, s.a.

Amorotti C., Mosca D., Palladino L., Spallanzani A., Rossi A. 1999. Postoperative peritonitis. The criteria for a reintervention. *Minerva Chir sep*, 54 (9): 597-605.

Anaya B., Nathens A. 2003. Risk factors for severe sepsis in secondary peritonitis. *Surg Infect* 4 (4): 355 – 262.

Andrus Ch., Doering M., Herrmann V., Kaminski D. 1986. Planned reoperation for generalized intraabdominal infection. *The American Journal of Surgery*, Volume 152, Issue 6, December 1986, Pages 682-686.

Ansimov A. 1962. Complications after resection of the stomach in peptic ulcer and the importance of early relaparotomy. *Vestnik Khirurgii Imeni i - i - Grekova*. 89:66-8, Jul.

Arnell T. 2006. Minimally Invasive Reoperation following Laparotomy. *Clinics in colon and rectal surgery/volume 19, number 4*.

Arvieux C., Létoublon C., Reche F. 2007. *Le damage control* en traumatologie abdominale severe. *Reanimation*, 2550 1—9.

Bader F., Schroder M., Kujath P., Muhl E., Bruch H., Eckmann C. 2009. Diffuse postoperative peritonitis -- value of diagnostic parameters and impact of early indication for relaparotomy. *Eur J Med Res*. 14(11):491-6, 2009 Nov 3.

Bannura G., Cumsille M., Barrera A., Contreras J., Melo C., Soto D., Mansilla J. 2007. Reoperaciones precoces en cirugía colorrectal. Análisis uni y multivariado de factores de riesgo. *Rev Chilena de Cirugia*, vol 59 – N° 4, agosto.

Beck D., Ferguson M., Opelca F. Fleshman J., Gervaz P., Wexnwer S. 2000. Effect of previous surgery on abdominal opening time. *Dis colon Rectum* 43 (12): 1749-53.

Betancourt J., Martínez G., Sierra E., López F., González R. 2003. Relaparotomías de urgencias: evaluación en cuatro años. *Rev Cubana Med Milit*, 32(4).

Bosscha K., van Vroonhoven T., van der Werken C. 1999. Surgical management of severe secondary peritonitis. *Br J Surg*. 86(11):1371-1377.

Burch J., Ortiz V., Richardson R., Martin R., Mattox K., Jordan G. 1992. Abbreviated Laparotomy And Planned. Reoperation For Critically Injured Patients. *Ann. Surg.* May, Vol. 215 -No. 5.

Canonico A. 1955. Cancer of the gastric antrum; subtotal gastrectomy and investigatory relaparotomy. *Boletines y trabajos - Sociedad de Cirugía de Buenos Aires*. Volume:39 Issue: 12 Page: 331.

Chichom A., Tchounzou R., Masso P., Pison C., Pagbe J., Essomba A., Takongmo S., Malonga E. 2009. Réinterventions de chirurgie abdominale en milieu défavorisé : indications et suites opératoires (238 cas). *Journal de Chirurgie (2009)* 146, 387—391.

Ching S., Muralikrishnan V., Whiteley G. 2003. Relaparotomy: a five years review of indications and outcome. *Int J Clin Pract* may 57 (4): 333-7.

Código de Deontología Médica. 1996. Aprobado en Asamblea de la Federación Médica Venezolana.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 2000. Publicada en Gaceta Oficial N° 5453. Extraordinario del 24 de marzo del 2000.

Cortada F. 1970. *Diccionario Medico Labor*. Ed. Labor s.a. Argentina, tomo 1.

Cue G., Cryer H., Miller F. 1990. Packing and planned reoperation for hepatic and retroperitoneal hemorrhage: critical refinements of a useful technique. *J Trauma* 1990; 30:1007- 1011.

Doeksen A., Tanis P., Vrouenraets B., Lanschot van J., Tets van W. 2007. Factors determining delay in relaparotomy for anastomotic leakage after colorectal resection. *World Journal of Gastroenterology*. 13(27):3721-5, jul 21.

Espinoza R. 2004. Cirugía de control de daño por trauma abdominal. Sus fundamentos, ¿cuándo y cómo? *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 56 - N° 3, Junio 2004; págs. 204-209.

Feliciano D., Mattox K., Burch J. 1986. Packing for control of hepatic hemorrhage. *J Trauma*; 26:738-743.

Fernandez M., Pompa C., Cruz R. 2005. Riesgo de reintervención quirúrgica abdominal; estudio de casos y controles. Revista de especialidades médico – quirúrgicas, vol 10. num 2 (mayo – agosto), pag 25 – 28.

Fry D. 1991. Cirugía Abdominal de Repetición. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Interamericana McGraw – Hill. 1/1991

Galandiuk S., Scott N., Dozois R., Kelly K., Ilstrup D., Beart R., Wolff B., Pemberton J., Nivatvongs S., Devine R. 1991. Ileal Pouch-Anal Anastomosis. Reoperation for Pouch-related Complications. Ann. Surg. Oct, Vol. 212 - No. 4.

García M., Gil L., Pérez R., García A. 2005. Reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Rev Cubana Med Milit; 34(4).

Giralt León A. 1997. Relaparotomía en pacientes graves. La Habana: Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto.

Gómez M., Morales M., González J., López Z. 2006. Cirugía de control de daños. Rev Cubana Cir; 45 (1).

Gutierrez C., Arrubarrena V. 1996. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. 2^{da} edición, cap. 49 paginas 853 a 866. Editorial el Manual Moderno, México.

Halm J., Lip H., Schmitz P., Jeekel J. 2009. Incisional hernia after upper abdominal surgery: a randomized controlled trial of midline versus transverse incision. Hernia 13:275–280

Harbrecht P., Garrison N., Fry D. 1984. Early Urgent Relaparotomy. Arch Surg;119:369-374.

Hinsdale J., Jaffe B. 1984. Re-operation for Intra-abdominal Sepsis. Indications and Results in Modern Critical Care Setting. Ann. Surg. Jan. Vol. 199 No. I.

Hirshberg A., Mattox K. 1995 Planned Reoperation for Severe Trauma. Annals of Surgery, Vol. 222, No. 1, 3-8.

Hodgson N., Malthaner R., Ostbye T. 2000. The search for an ideal method of abdominal fascial closure: a meta-analysis. Ann Surg 231(3):436–442.

Höer J., Lawong G., Klinge U., Schumpelick V. 2002. Factors influencing the development of incisional hernia. A retrospective study of 2,983 laparotomy patients over a period of 10 years. Chirurg 73(5):474–480.

Hutchins R., Gunning P., Lucas N., Allen-Mersh T., Soni N. 2004. Relaparotomy for Suspected Intra-peritoneal Sepsis after Abdominal Surgery. *World J. Surg.* 28, 137-141.

Jover J., Ramos J., Moreno M. 2001. Complicaciones de los traumatismos abdominales. *Cirugia Espanola*. Vol 69, marzo 2001, numero 3.

Kirk r. 1988. Reoperative surgery for early complications following abdominal and abdominothoracic operations. *Journal of the Royal Society of Medicine* Volume 81 Jan.

Krivitski D., Shuliaranko V., Babin I. 1990. Indications for relaparotomy. *Klin Khir*;(1):18-21.

Kron I., Harman K., Nolan S. 1984. The Measurement of Intra-abdominal Pressure as a Criterion for Abdominal Re-exploration. *Ann. Surg.* Jan. Vol. 199 No. I.

Lewi H., Carter D., Ratcliffe J. 1983. Aspects of treatment. Second laparotomy following 'curative' resection for colorectal cancer. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, vol. 65.

Lewis R., Wiegand F. 1989. Natural history of vertical abdominal parietal closure: Prolene versus Dexon. *Can J Surg* 32(3):196-200.

Ley del Ejercicio de la Medicina. *Gaceta Oficial* N° 3002. Extraordinario del 23 de agosto del 1982.

Lippert G. 1968. Shortcommunication. Reoperation for Gastric Cancer. *Canad. Med. Ass. J.* Mar. 23, vol. 98.

Lombardo T., Fernandez W., Casamayor Z. 2001. Reintervenciones en pacientes con infección intrabdominal. *Rev Cubana Med Milit*; 23 (2).

Lorenc J. 1969. Early urgent relaparotomy in abdominal surgery. *International Surgery*; 51:433-437.

Lowdon A. 1959. Emergency reoperation in abdominal surgery. *JR Coll Surg Edinb*;2:291-304.

Maher J., Hocking M., Woodward E. 1985. Reoperations for Esophagitis Following Failed Antireflux Procedures. *Ann. Surg.* Jun, Vol. 201 - No. 6.

Manrique A., Jiménez C., López R., Cambra F., Morales J., Andrés A., Gutiérrez E., Ortuño T., Calvo J., Sesma A., Moreno E. 2009. Relaparotomy After Pancreas

Transplantation: Causes and Outcomes. *Transplantation Proceedings*, 41, 2472–2474.

Martin E., Carey L. 1991. Second-look Surgery for Colorectal Cancer. The Second Time Around . *Ann. Surg. Sep*, Vol. 214 - No. 3

Martinez J., Suarez R., Felipez O., Blanco R. 2005. Relaparotomía a demanda. Factores asociados a mortalidad. *Cirugía y Cirujanos*, vol 73, nº 3, mayo junio; 13: 175-178.

Mead G., Williams C., MacBeth F., Boyd D., Whitehouse J. 1984. Second look laparotomy in the management of epithelial cell carcinoma of the ovary. *Br. J. Cancer*, 50, 185-191.

Montravers Ph., El Housseini L., Rekkik R. 2004. Mise au point. Les péritonites postopératoires : diagnostic et indication des réinterventions. *Réanimation* 13. 431–435.

Morris A., Baldwin L., Matthews B., Dominitz J., Barlow W., Dobie S., Billingsley K. 2007. Reoperation as a Quality Indicator in Colorectal Surgery. A Population-Based Analysis. *Ann Surg*;245: 73–79.

Mudge M., Hughes L. 1985. Incisional hernia: a 10 year prospective study of incidence and attitudes. *Br J Surg* 72(1):70–71.

Nathens A., Rotstein O. 1994. Therapeutic options in peritonitis. *Surg Clin North Am*. 1994;74(3):677- 692.

Nicholas J., Rix., Easley K., Feliciano D., Cava R., Ingram W. 2003. Changing patterns in the management of penetrating abdominal trauma: the more things change, the more stay the same. *Journal Trauma*; 55: 1095-1108.

Parrilla P., Jaurieta E., Moreno M. 2005. Manual de la Asociación Española de Cirujanos. Editorial Médica Panamericana. Cap 8, pag 76 – 83.

Pusajó J., Bumashpy E., Doglio G., Cherpusky C. 1993. Postoperative intraabdominal sepsis requiring reoperation. Value of predictive index. *Arch Surg*;128:218-23.

Rodríguez-Montes J. 2001. Complicaciones de la cirugía general y del aparato digestivo. Editorial. *Cir Esp* 2001; 69: 197.

Rodríguez R., Peña M., Blanco A., González P., Puertas J., Goderich J. 1999. Relaparotomía de urgencia por peritonitis secundaria. *Rev Cubana Cir*;38(1):79-83.

- Rogy M., Fiigger R., Herbst F., Schulz F. 1991. Reoperation after cholecystectomy. The role of the cystic duct stump. *HPB Surgery*, Vol. 4, pp. 129-135.
- Sah B., Chen M., Yan M., Zhu Z. 2010. Reoperation for early postoperative complications after gastric cancer surgery in a Chinese hospital. *World J Gastroenterol* 2010 January 7; 16(1): 98-103.
- Sarker S., Vincent C. 2005. Errors in surgery. *International Journal of Surgery*; 3, 75-81.
- Schmit H., Patreson L., Armstrong R. 1967. Reoperative Surgery of Abdominal War Wounds. *Annals of surgery*, vol. 165, nº 2.
- Schwartz S., Shires T., Spencer F. 1995. *Principios de Cirugia*. 6^{ta} edición. Mc Graw Hill.
- Shchepotin I., Evans S., Chorny V., Shabahang M., Buras R., Nauta R. 1996. Postoperative complications requiring relaparotomies after 700 gastrectomies performed for gastric cancer. *The American Journal of Surgery*, Volume 171, Issue 2, Pages 270-273.
- Soteriou C., Williams F. 1991. Unespected findings in gastrointestinal tract surgery, *Surg. Clin. N. Am*; 71: 1283.
- Stone H., Strom P., Mullins R. 1983. Management of the major coagulopathy with onset during laparotomy. *Ann Surg*, 197, 532-535.
- Sugerman H., Kellum J., Reines H., De Maria E., Newsome H., Lowry J. 1996. Greater risk of incisional hernia with morbidly obese than steroid-dependent patients and low recurrence with prefascial polypropylene mesh. *Am J Surg* 171(1):80-84.
- Taylor W., Cameron H. 1973. *Reoperative gastrointestinal surgery*. Ed. Little Brown Co.
- Tera, H. 1975. Relaparotomy. A ten-year series. *Acta Chirurgica Scandinavica*. 141(7):637-44.
- Tompkins R. 1991. *Reintervenciones en cirugía*. Ediciones Doyma S.A.
- Townsend C., Beauchamp R., Evers B., Mattox K. 2005. *Sabiston. Tratado de Cirugía, Fundamentos Biológicos de la práctica quirúrgica moderna*. 17a ed, Vol 1, Elsevier.
- Valdés J., Bareras J., Mederos O., Cantero A., Pedroso J. 2001. Reintervenciones en cirugía general. *Rev. Cubana Cir*; 40 (3): 201-4.

Van der Krabben A., Dijkstra F., Nieuwenhuijzen M., Reijnen P., Schaapveld M., van Goor H. 2000. Morbidity and mortality of inadvertent enterotomy during adhesiotomy. *British Journal of Surgery*, 87, 467 – 471.

Van Ruler O., Mahler C., Boer K. E. Reuland A., Gooszen H., Opmeer B., de Graaf P., Lamme B., Gerhards M., Steller P., van Till J. de Borgie C., Gouma D., Reitsma J., Boermeester M. 2007. Randomized Trial Strategy in Patients With Severe Peritonitis: A Comparison of On-Demand vs Planned Relaparotomy. *JAMA*; 298(8):865-872.

Wain M., Sykes P. 1987. Emergency abdominal re-exploration in a district general hospital. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, vol. 69.

Wangensteen O, Lewis J., Arhelger S. 1954. An interim report upon the "second-look" procedure for cancer of the stomach, colon and rectum for "limited intraperitoneal carcinosis." *Surg Gynecol Obstet*; 99:257-267.

Wangensteen O., Lewis F., Tongen L. 1951. The "second-look" in cancer surgery. *Lancet*; 71:303-307.

Weatherston W. 1982. Aspects of treatment. Revision operations after primary gastric surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, vol. 64.

Webster, C., Neumayer, L., Smout, R., Horn, S., Daley, J., Henderson, W., Khuri, S. 2003. Prognostic Models of Abdominal Wound Dehiscence after Laparotomy. *Journal of Surgical Research* 109, 130–137.

Zer M., Dux S., Dintsman M. 1980. The timing of relaparotomy and its influence on prognosis. *Am J Surg*; 139:338-343.

Zinner M., Ashley S. 2006. Maingot's Abdominal Operations. Mc Graw-Hill`s. Cap 4.

REFERENCIAS ELECTRONICAS

Huaman N. 2004. Relaparotomías en cirugía abdominal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero 1999 a Diciembre 2001. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Unidad de Postgrado. Tesis para optar el título de: Cirujano General.

Brown S., Goodfellow P. 2008. Incisiones transversales versus de la línea media para la cirugía abdominal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Castillo L., Galloso G., Lopez N., Tellería J., Pérex A. 2003. Relaparotomía de Urgencia. Rev. medica electron; 25(5)sept.-oct.

Guasch P., Rodríguez Z., Cabrera J., Blanco A. 2008. Evisceración tras laparotomía en adultos: consideraciones sobre su diagnóstico [artículo en línea]. MEDISAN;12(2).

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL "LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL
REINTERVENCIONES ABDOMINALES EN POST - OPERADOS DE CIRUGIAS ELECTIVAS Y DE URGENCIAS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I PARTE: IDENTIFICACIÓN N° HISTORIA: _____

INICIALES DEL PACIENTE _____

EDAD: _____ SEXO: F____ M____ TELEFONOS

II PARTE: ANTECEDENTES PERSONALES (Estados Comorbidos).

MÉDICOS: _____

QUIRÚRGICOS: _____

III PARTE: 1^{ra} INTERVENCIÓN

FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA _____

CIRUJANO (Residente o Especialista) _____

Dx PREOPERATORIO	
HALLAZGOS QUIRURGICOS	
INTERVENCIÓN REALIZADA	
Dx POSTOPERATORIO	

EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE LA LAPAROTOMÍA (DE LA 1^{ra} INTERVENCIÓN)

SATISFACTORIA _____ (EGRESO A LOS _____ DÍAS)

MUERTE _____

COMPLICADO _____

IV PARTE: 2^{da} INTERVENCIÓN (Relaparotomía)

FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA _____

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA 1^{ra} CIRUGÍA Y LA 2^{da} CIRUGÍA _____

CIRUJANO (Residente o Especialista) _____

Dx PREOPERATORIO	
HALLAZGOS QUIRURGICOS	
INTERVENCIÓN REALIZADA	
Dx POSTOPERATORIO	

V PARTE: EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA (DE LA 2^{da} INTERVENCIÓN)

SATISFACTORIA _____ (EGRESO A LOS _____ DÍAS)

MUERTE _____

COMPLICACIÓN _____

TOTAL DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN _____

ANEXO B

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL
*REINTERVENCIONES ABDOMINALES EN POST - OPERADOS DE CIRUGIAS ELECTIVAS Y DE
URGENCIAS*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia de reintervenciones abdominales en postoperados de cirugías electivas y de urgencias en el servicio de Cirugía General en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisimeto entre noviembre 2010 – enero 2011. Para alcanzar dicho objetivo se realizarán observaciones en los pacientes que se les realizan laparotomías en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda. Para tal finalidad se realizarán entrevistas y se analizarán las historias médicas de los participantes. La finalidad de las entrevistas es la de recabar información básica de antecedentes personales y realizar un seguimiento postoperatorio. Posteriormente el estudio será presentado a las instancias correspondientes, donde podrán asistir los participantes.

Se hace la acotación de que la información es completamente confidencial y la persona participante se puede retirar voluntariamente en el momento que lo desee sin ninguna repercusión.

Firma Paciente

Firma Investigador

Firma Testigo

Fecha: / /

TÉRMINOS DE COMPROMISO

Yo, Orlando J. Cardozo Madrid, investigador principal y responsable del proyecto “*REINTERVENCIONES ABDOMINALES EN POST - OPERADOS DE CIRUGÍAS ELECTIVAS Y DE URGENCIAS. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA*”, me comprometo a utilizar la información proporcionada en la entrevista obedeciendo a los términos del presente consentimiento informado.

TÉRMINOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Título de la Investigación: Reintervenciones abdominales en post - operados de cirugías electivas y de urgencias en el departamento de cirugía del Hospital Central Antonio María Pineda.”
2. Objetivo General: Determinar la frecuencia de relaparotomías en pacientes postoperados en el servicio de Cirugía General en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisimeto entre noviembre – enero 2011.
3. Descripción de los procedimientos: Preguntas directas a los pacientes, familiares o representantes.
4. Garantía de Acceso: En cualquier etapa del estudio usted tendrá acceso al profesional responsable del proyecto de investigación para aclarar cualquier duda. El investigador responsable del proyecto es Orlando Cardozo Madrid, quien puede ser localizado en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, con el Teléfono 0416-6518755. Si usted tuviese cualquier duda sobre los aspectos éticos de este proyecto de investigación, por favor entre en contacto con el investigador referido en este documento.
5. Garantía de salida: Está garantizada la libertad de retirarse de la investigación, dejando de participar en ella sin que haya ninguna acción en su contra.
6. Derecho de confidencialidad: será conservada su identidad, así como la identidad de todas las personas referidas por usted en la entrevista.