

Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo", Ciudad de La Habana

REINTERVENCIONES EN CIRUGÍA GENERAL

Dr. Jesús Valdés Jiménez,¹ Dr. Juan Carlos Barreras Ortega,¹ Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo,² Dr. Alexis Cantero Ronquillo³ y Dra. Janet Pedrosó⁴

RESUMEN

Se estudiaron 76 enfermos reintervenidos entre 1996 y 1999, en el Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo». El 52,3 % correspondió al sexo femenino, y el 50 % se hallaba en décadas superiores a la séptima. El 75 % de los casos lo constituían pacientes operados inicialmente de urgencia, con predominio de la oclusión intestinal mecánica y las neoplasias del tubo digestivo. El 98,7 % de las reintervenciones se realizó antes del sexto día de la intervención inicial. Las causas fundamentales de las reintervenciones fueron: peritonitis residual por procesos supurativos o perforaciones (22,3 %), dehiscencias de la sutura gastrointestinal (18,5 %) y hemorragias intraabdominales (17,1 %). Los factores de riesgo destacables fueron la edad (mayores de 61 años), la intervención quirúrgica de urgencia y los antecedentes personales de enfermedad (cáncer, diabetes, mala nutrición). La mortalidad quirúrgica de los pacientes reintervenidos fue del 20,6 % que contrasta con el 0,2 % del total de intervenciones de los 4 años estudiados.

DeCS: REOPERACION/métodos; REOPERACION/efectos adversos; FACTORES DE RIESGO; FEMENINO.

La cirugía, como ciencia, ha dado pasos de gigantes, con el desarrollo sucesivo de descubrimientos, como los métodos de anestesia en el control del dolor, la antisepsia, el desarrollo de la antibioticoterapia, el surgimiento de las salas de cuidados intensivos y la introducción de un incipiente avance tecnológico. Sin embargo, a pesar de lo anterior y del nivel científico de nuestros cirujanos y del desarrollo de la

docencia médica especializada, en nuestros hospitales surgen complicaciones que requieren de una evaluación profunda y de una reintervención temprana, situaciones que deciden sobre la vida de los enfermos y alteran de manera significativa la mortalidad quirúrgica.

Con el objetivo de evaluar este parámetro de reintervención en nuestro Servicio, decidimos presentar este trabajo.

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

MÉTODOS

Se estudiaron 76 enfermos con reintervenciones quirúrgicas, en el período comprendido entre 1996 y 1999. Toda la información se recogió de las historias clínicas, los informes operatorios y los protocolos de necropsias, y se organizó ésta en tablas para su análisis y discusión.

RESULTADOS

El 52,3 % de los enfermos reintervenidos era del sexo femenino, con mayor frecuencia después de la séptima década de la vida (50 %). Entre los 20 y 39 años se reintervinieron sólo 5 enfermos, de ellos 3 del sexo femenino (tabla 1). El promedio de edad fue de 48 años y el enfermo de mayor edad tenía 92 años.

TABLA 1. *Distribución según sexo y edad*

Edad	Masculino	Femenino	Total
20-29	1	-	1
30-39	1	3	4
40-49	6	8	14
50-59	10	8	18
60-69	10	9	19
Más de 70	8	12	20
Total	36 (47,7 %)	40 (52,3 %)	76 (100 %)

Fuente: Historias clínicas

En el 58 % de los casos existían antecedentes de enfermedad personal, y se destacan la cardiopatía isquémica, la diabetes y las enfermedades oncológicas.

Entre las indicaciones de reintervenciones, se destaca la peritonitis residual (22,3 %), la dehiscencia de sutura (18,5 %) y el sangramiento intraabdominal (17,1 %). Las dehiscencias fueron en diversas regiones, pero el colon estuvo involucrado en el

75 %. En 6 enfermos se presentaron evisceraciones y en 5, trastornos de la colostomía, que incluyeron 2 retracciones, 2 prolapsos y una necrosis, todos en colostomías en ASA. El íctero fue producto de una ligadura del coledoco, reintervenido 2 semanas después, que fue el único caso no operado antes de los 7 días de la primera operación (tabla 2). El resto (99,6 %) fue operado en esa fecha.

TABLA 2. *Indicaciones de la reintervención*

Indicación	No.	%
Peritonitis residual	17	22,3
Dehiscencia de sutura	14	18,5
Sangramiento intraabdominal	13	17,1
Absceso intraabdominal localizado	8	10,4
Evisceración	6	7,6
Oclusión intestinal mecánica	5	6,5
Trastornos de las colostomías	5	6,5
Colección en el Douglas	4	5,9
Sangramiento digestivo alto	2	2,6
Íctero posquirúrgico	1	1,3
Hematoma prevesical	1	1,3

Fuente: Historias clínicas.

Al analizar la dehiscencia de sutura podemos observar que esta complicación se presenta en nuestro hospital en un índice menor al 3 %.

Todos los enfermos reintervenidos por hemorragia intraabdominal fueron por deslizamiento de ligaduras o desgarros de vísceras macizas. En el primer caso resultó más frecuente en operaciones ginecológicas y en el segundo la mayor frecuencia estuvo relacionada con las operaciones de hemiabdomen superior.

La mortalidad quirúrgica fue del 20,6 %, producto de 15 fallecidos, y se destacan entre las causas directas de muerte, el fallo orgánico, el *distress* respiratorio y el tromboembolismo pulmonar (tabla 3).

TABLA 3. Fallecidos y causa de mortalidad

Causas directas	No.
Fallo multiorgánico	5
Distress respiratorio severo	3
Tromboembolismo pulmonar	3
Infarto del miocardio	2
Bronconeumonía bilateral	2
Total	15 (20,6 %)

Fuente: Protocolo de Necropsias.

DISCUSIÓN

El sexo no es un elemento importante en determinar una reintervención quirúrgica, a diferencia de la edad, donde nos enfrentamos a problemas más complejos en las operaciones electivas y de mayor gravedad en la urgencia. El diagnóstico temprano en la operación inicial, en la mayoría de los enfermos no es destacable.¹⁻⁵

La peritonitis residual en procesos supurativos de diagnóstico no precoz, como la diverticulitis de sigmoide, apendicitis aguda en el anciano y oclusión intestinal con compromiso vascular, son complicaciones esperadas de alta frecuencia. Estas mismas enfermedades abdominales pueden manifestarse por abscesos intraabdominales o colecciones del Douglas, para coincidir con nuestros resultados.

La dehiscencia de sutura no es un problema en nuestro hospital, con un comportamiento similar a otros centros,⁶⁻⁸ pero es evidente que la aparición de esta complicación incide de forma significativa en la mortalidad quirúrgica, sobre todo cuando el colon es una de las regiones afectadas.⁷

El sangramiento posoperatorio no es infrecuente, diferenciado por *Newton* en precoces (primeras 24 h) y tardíos (primeros 14 d); en todos los enfermos estuvo en relación con deslizamientos de ligaduras o desgarros de órganos macizos, lo que coincide con la literatura médica.⁹

Las colostomías que motivaron una reintervención fueron en su totalidad en ASA, que se han señalado como las que más frecuentemente presentan complicaciones.¹⁰

Las complicaciones cardiorrespiratorias son graves en cualquier enfermo operado, pero en un paciente reintervenido se convierte en un problema mortal.^{2,3} La sepsis con fallo multiorgánico se conoce que conduce a una mortalidad altísima.

En conclusión podemos decir:

1. El sexo femenino fue el más frecuente por reintervenciones quirúrgicas (52,3 %), afectado principalmente después de la sexta década de la vida de uno y otro sexos.
2. Los procesos sépticos abdominales, las dehiscencias de sutura y el sangramiento, fueron las causas más frecuentes de reintervención. Este último por deslizamientos de ligaduras o lesión de vísceras macizas.
3. La mortalidad quirúrgica en las reintervenciones fue del 20,6 %, y se destacan como causas directas de los fallecidos, la sepsis y los problemas respiratorios y cardiovasculares.
4. Las complicaciones que motivaron una reintervención en las colostomías fueron las colostomías en ASA.
5. Las complicaciones cardiorrespiratorias y el fallo multiorgánico por sepsis, fueron al final, la causa principal de mortalidad.

SUMMARY

76 patients reoperated on between 1996 and 1999 at "Comandante Manuel Fajardo" Teaching Hospital were studied. 52.3 % were females and 50 % were over 70. 75 % of the cases were urgently operated on for the first time, with predominance of mechanical intestinal occlusion and digestive tube neoplasias. 98.7 % of the reoperations were performed after the sixth day of the initial operation. The main causes of the reoperations were: residual peritonitis due to suppurative processes or perforations (22.3 %), dehiscence of the gastrointestinal suture (18.5 %) and intraabdominal hemorrhages (17.1 %). The remarkable risk factors were: age (over 61), urgent operation and personal history of diseases (cancer, diabetes, malnutrition). The surgical mortality of the patients that were reoperated on was 20.6 % compared with 0.2 % of the total of operations performed during the 4 years under study.

Subject headings: REOPERATION/methods; REOPERATION/adverse effects; RISK FACTORS; FEMALE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vallejo Witowska R. Abdomen agudo en paciente geriátrico. *Rev Cubana Cir* 1983;22(4):326-37.
2. Alfonso RF. Mortalidad geriátrica en cirugía general. *Rev Cubana Cir* 1987;26(3):375-85.
3. Rodríguez FZ. Mortalidad en el paciente de edad avanzada en cirugía general. *Rev Cubana Cir* 1988;27(4):16-26.
4. Torres BA. Drenaje en apendicitis perforada. *Rev Cir Esp* 1984;175(1):33-4.
5. Maristany GC. Cirugía mayor en el anciano. *Rev Cubana Cir* 1984;23(5):445-58.
6. Montejó VN, Hernández GA, Montalvo SL, Vilorio HPL. Cáncer de colon, estudio comparativo de anastomosis en 1 y 2 planos, en 175 pacientes. *Rev Cubana Cir* 1990;29(2):299-308.
7. Viamontes F, Mederos CON, Carvalho F, Trujillo ME. Uso sistemático de la sutura continua en la cirugía de colon. *Rev Cubana Cir* 1995;34(2):III-4.
8. Mederos CON, Viamontes F, Carvalho F, Alburquerque M. Sutura continua extramucosa en lesiones por heridas de armas de fuego. *Rev Cubana Cir* 1995;34(2):107-10.
9. Newton M. Complication of gynecologic surgery Artz-Hardy. *Complication in surgery and their management*. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1971:665.
10. Hines JR, Harris CD. Colostomía y cierre de colostomías. *Clin Quir Norteam* 1977;(dic):1379.

Recibido: 6 de septiembre del 2000. Aprobado: 16 de diciembre del 2000.

Dr. *Jesús Valdés Jiménez*. Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo», Zapata y D, El Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.