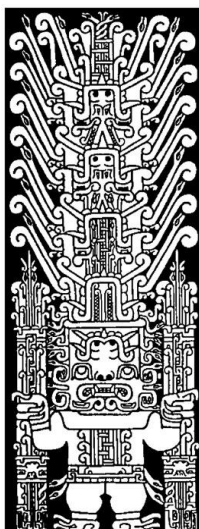


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
GRADOS Y TITULOS**



**Caracterización de la reintervención quirúrgica
abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional
Arzobispo Loayza durante el año 2017**

*Characterization of abdominal surgical reinterventions in patients treated at the National
Hospital Arzobispo Loayza during the year 2017*

**TESIS
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO**

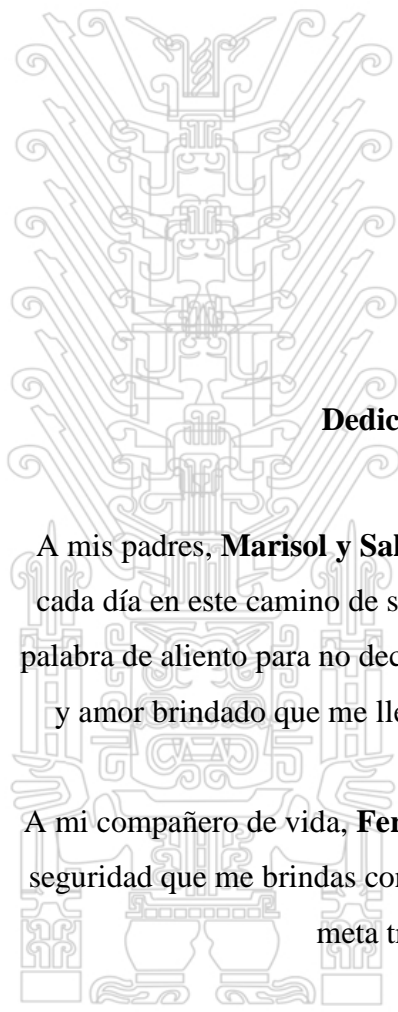
Autora:

KATHERINE SACCSA AUQUI

Asesor: DR. JOSE ALVIZURI E.

Lima – Perú

2018



Dedicatoria

A mis padres, **Marisol y Salvador**, por ser el impulso de cada día en este camino de superación personal, por cada palabra de aliento para no decaer y por su infinita paciencia y amor brindado que me llena de motivación y fuerza.

A mi compañero de vida, **Fernando**, por el infinito amor y seguridad que me brindas con el objetivo de alcanzar cada meta trazada.

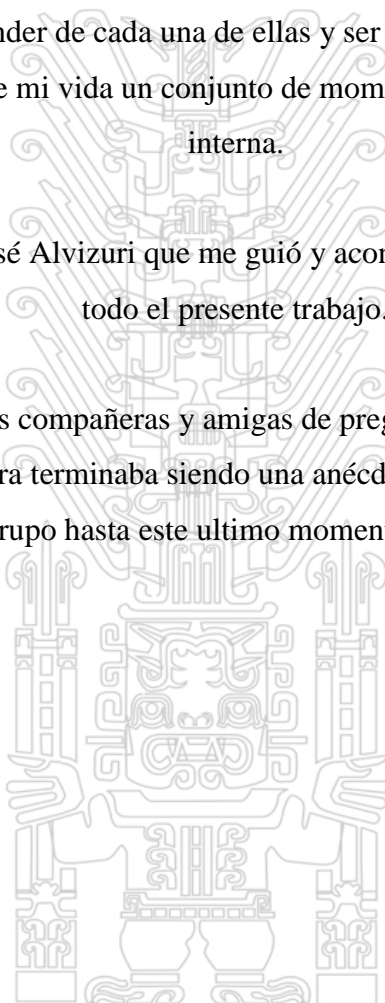
A mi pequeña niña que desde ya te amo con locura, eres y serás el motor de mi vida. Todos mis logros serán por ti y para ti.

Agradecimientos

Ante todo a Dios, que con su gracia infinita puso en mi camino a las personas correctas para aprender de cada una de ellas y ser lo que soy hoy en día. Por bendecirme y hacer de mi vida un conjunto de momentos de felicidad pura y paz interna.

A mi asesor, el Dr. José Alvizuri que me guió y aconsejó durante el desarrollo de todo el presente trabajo.

Y por último, a mis compañeras y amigas de pregrado, que con ellas, cada adversidad de la carrera terminaba siendo una anécdota más y con las que hemos batallado en grupo hasta este último momento de nuestra carrera.



INDICE

	PAG.
Dedicatoria	II
Agradecimientos	III
Índice	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT.....	VI
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. MATERIALES Y MÉTODO.....	28
III. RESULTADOS.....	33
IV. DISCUSIÓN.....	42
V. CONCLUSIONES.....	45
VI. RECOMENDACIONES.....	47
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
VIII. ANEXOS.....	53

RESUMEN

Objetivo: Describir las características de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Materiales y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, revisando libro de reportes operatorios e historias clínicas de los pacientes con reintervención quirúrgica abdominal realizadas desde el 01-01-17 al 31-12-17, analizando estadísticamente las variables edad, sexo, comorbilidades, tipo de cirugía inicial, diagnóstico de la primera laparotomía, tiempo entre primera cirugía y relaparotomía, hallazgos de relaparotomía y condición al alta. **Resultados:** La población fue de 42 pacientes reintervenidos en lo que se llevó a cabo 47 relaparotomías. La mayoría fue de sexo masculino (54.8%). La edad promedio fue 61.5 años y el grupo etáreo en que se realizó más relaparotomías fueron los mayores de 60 años. El 59.5% no tuvo ninguna comorbilidad y 27 pacientes (64.3%) tuvieron una cirugía electiva como cirugía inicial. El tracto gastrointestinal bajo fue el sitio más común (35.7%) para reintervención abdominal y por órgano aislado, el más frecuente fue estomago (21.4%) junto a colon (21.4%). El hallazgo que predominó en las reintervenciones fue la dehiscencia de anastomosis (25.5%), seguida de la perforación intestinal (11.8%). El intervalo de tiempo entre primera cirugía y relaparotomía fue de 8.4 días y la mortalidad se presentó en el 26.2% de pacientes. Las características de los pacientes que se correlacionan con mayor mortalidad son: paciente mayor de 60 años, sexo femenino, cirugía electiva como tipo de cirugía inicial, que presente alguna comorbilidad, fasciitis necrotizante como indicación de relaparotomía.

Conclusiones: La incidencia de relaparotomía depende mucho de la experticia del cirujano y la técnica en la primera intervención. La fuga a través de dehiscencia de anastomosis o perforación intestinal fue casi la tercera parte de hallazgos en la relaparotomía.

PALABRAS CLAVE: Reintervención quirúrgica, Reoperación, Relaparotomía a demanda, Relaparotomía planeada

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of abdominal surgical reoperation in patients treated at the National Hospital Arzobispo Loayza in 2017. **Materials and methods:** An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study was conducted, reviewing the book of operative reports and clinical histories of the patients with abdominal surgical reintervention performed from 01-01-17 to 31-12-17, statistically analyzing the variables age, sex, comorbidities, type of initial surgery, diagnosis of the first laparotomy, time between first surgery and relaparotomy, findings of relaparotomy and discharge condition.

Results: The population was 42 patients who underwent reoperation in which 47 relaparotomies were carried out. The majority was male (54.8%). The average age was 61.5 years and the age group in which I performed the most relaparotomies were those over 60 years of age. 59.5% had no comorbidity and 27 patients (64.3%) had elective surgery as initial surgery. The lower gastrointestinal tract was the most common site (35.7%) for abdominal reoperation and isolated organ, the most frequent being the stomach (21.4%) and the colon (21.4%). The finding that predominated in the reinterventions was dehiscence of anastomosis (25.5%), followed by intestinal perforation (11.8%). The time interval between the first surgery and the relaparotomy was 8.4 days and mortality occurred in 26.2% of patients. The characteristics of the patients that correlate most frequently are: patient over 60 years of age, female gender, elective surgery as a type of initial surgery, comorbidity, necrotizing fasciitis as an indication for relaparotomy.

Conclusions: The incidence of relaparotomy depends a lot on the surgeon's expertise and technique in the first intervention. The leak through dehiscence of anastomosis or intestinal perforation was almost a third of the findings in the relaparotomy.

KEYWORDS: Surgical reintervention, Reoperation, Planned relaparotomy, On demand relaparotomy.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la definición de relaparotomía es confusa y no está claramente delimitada, varía mucho de un estudio a otro. Al hacer una revisión de la bibliografía existente y agrupando conceptos se puede decir que, la reintervención quirúrgica es la realización de una nueva operación que se correlaciona a que la anterior no fue satisfactoria, es decir no pudo cumplir con el objetivo inicial, que se detectó un problema que de forma inicial no pudo ser resuelto en su totalidad debido al estado ventilatorio o hemodinámico del paciente, la aparición de complicaciones en el postoperatorio, la misma progresión de la enfermedad o diagnósticos de iatrogenias. Esto se traduce a que un cirujano puede operar a un paciente con grave compromiso por su patología de fondo, siendo su técnica completamente perfecta y aun así desarrollarse en el postoperatorio, una complicación o que también un cirujano no experimentado o con prisa cometa errores durante el tiempo operatorio, conllevando a que se produzca una o más complicaciones. Finalmente, en un paciente malnutrido una cirugía por más minuciosa sea, puede acarrear una complicación por la misma naturaleza de la enfermedad que acompaña al paciente. (Gonzales, 2017)

Al momento no se sabe exactamente cuáles son las variables que incrementan el riesgo de un paciente a ser reintervenido quirúrgicamente, por lo que no existe una guía estandarizada a seguir con los pacientes que son más propensos a ser relaparotomizados. (Matos et al, 2013, p. 890)

En la actualidad la cirugía ha tenido mejoras y perfeccionamientos, las cuales se describen con las técnicas modernas como de anestesia, antisepsia, con antimicrobianos más potentes, salas de cuidados intensivos mejor equipadas, y con el avance tecnológico,

pero aún existe la aparición de las complicaciones en los pacientes que son operados, los

No olvide citar esta tesis

UNFV

cuales necesitan de una reoperación oportuna y temprana, evento decisivo sobre la vida del paciente. (Rodríguez et al, 2012, p.1676, 1677). Entonces, la decisión de la reintervención quirúrgica es crítica, dependerá de la estrategia, actitud y capacidad de cada cirujano ya que debe de considerar diversas opciones, relacionarlas y asumirlas según la toma de la decisión lógica de este, incluso algunos autores han encontrado que cerca de 10% de las complicaciones posoperatorias graves que amenazan la vida del paciente son por causa iatrogénica. Es necesario saber que una reintervención es un nuevo traumatismo por la sensibilidad dolorosa y la rigidez de los músculos, un nuevo desequilibrio de los mecanismos de homeostasia del paciente, además que aumenta las posibilidades de complicaciones y de que la mortalidad sea mayor. También se ha señalado que “la segunda decisión más difícil en cirugía es cuando operar y la primera es cuando reintervenir”. (Matos et al, 2013, p. 892)

Los primeros artículos publicados de reintervención datan desde los años 70 del siglo pasado donde relataban el panorama de reoperaciones realizadas durante 5 a 10 años previos, en que la intención de toda laparotomía era el cierre de la pared abdominal al terminar el procedimiento pues se intentaba reparar todos los daños o patologías en una sola y primera intervención, con ello se presentaba un mayor índice de complicaciones y mortalidad. Por ello que los primeros reportes comprendían rangos amplios, desde 0,5 hasta 15% de reintervención y desde 24 hasta 71% de mortalidad, según nos muestra Krause. (Krause, 1987, p.226-232).

Con el paso del tiempo, el manejo del abdomen abierto con sus diferentes indicaciones: sepsis intraabdominal severa, síndrome compartamental abdominal, cierre bajo mucha

últimos 20 a 30 años no solo se hablaría de complicaciones postoperatorias que entrarían a relaparotomías a demanda y urgentes, sino también emerge el término de reintervenciones programadas incluso, lo que conllevaría a aumentar el número total de relaparotomías (Camacho et al, 2013, p.61, 62), que implica relaparotomizar programadamente a los pacientes, ya sea para lavado de cavidad, recambio del material usado y posterior cierre definitivo. (Tavares et al, 2008, p.177-182). Son muy pocos los trabajos que describen en primera línea, la incidencia total de relaparotomías, diferenciando luego las reintervenciones a demanda y por separado a las programadas y es que el grupo de las reoperaciones a demanda adquiere mayor importancia para estudio pues el tiempo en que se establece la nueva intervención es decisivo, y cada minuto que pasa va en contra del paciente. Por ello, la mayoría de trabajos maneja la incidencia de relaparotomías refiriéndose a las relaparotomías a demanda como se ha venido haciendo también históricamente, para separar el capítulo de las reintervenciones programadas y estudiarlas en paralelo.

Entonces, para decidir el momento de la relaparotomía el cirujano debe tener presente de base la clínica y valorar sus factores predictores como fiebre frecuentemente intermitente, taquicardia, taquipnea, dolor, distensión abdominal, ausencia de ruidos hidroaéreos, disminución de diuresis, entre otros, así como los scores APACHE II, el índice de Mannheim, etc, los que en grupo puede fácilmente valorar al evaluar el postoperatorio de su paciente. El problema viene cuando algunos cirujano se muestran reticentes a la clínica y deciden optar solo por una muestra laboratorial y/o de imágenes dilatando más el tiempo óptimo para la relaparotomía. Como ya lo venía describiendo Lorenc, desde el 1968, el miedo de un resultado desfavorable conlleva a diferir indebidamente la reintervención. Además, nuestra realidad con todas sus falencias en las instituciones de

manejo y mala priorización de los recursos económicos en salud, lo que retrasa mucho más el tiempo de espera (Zer et al, 1980, p.338-343), teniendo la relaparotomía 2 caminos claros: una nueva evolución clínica con pronta recuperación o el deterioro y tórpido desenlace del paciente.

La incidencia de la reintervención quirúrgica es variada, algunos trabajos internacionales y nacionales mantienen como en las primeras publicaciones el rango de 0,5-15%, trabajos provenientes de Medio Oriente reportan de 1-4.4% y en Latinoamérica se menciona un rango de 2 a 7%. Además esta cifra tiende a variar según el establecimiento, es decir si la patología predominante por ejemplo son los traumatismos; por el tipo de cirugía realizada, si incluye ginecológica, urológica, vascular junto a cirugía general o por el servicio dentro del establecimiento hospitalario. En Cuba se han registrado tasas de reintervenciones abdominales entre 1.3 y 2.6% en áreas de Cirugía General, de 10.6% en áreas de terapias Intermedias de Cirugía y hasta de 17% en Unidades de Cuidado Intensivos, además se reportan 50% de mortalidad en el caso de una segunda reintervención y del 70% en una tercera reintervención. (Rodríguez et al, 2012, p.1679, 1680) Asimismo se ha reportado que la relaparotomía que proviene de una cirugía de emergencia acompaña un riesgo de reintervención de 6 veces comparando con la proveniente de cirugía electiva. (Mendiola et al, 2012, p. 017)

Los principales hallazgos en las relaparotomías que se mencionan en la literatura y agrupan más del 50% del total, son la colección intraabdominal, evisceración, dehiscencia de anastomosis, perforación intestinal e infección de herida operatoria. La mortalidad reportada tiene un rango del 24 al 71% y está en estrecha relación con

pacientes de avanzada edad y la presencia de peritonitis y falla orgánica múltiple en la primera cirugía. (Patel et al, 2017, p. 344,345)

Con el fin de detallar panorama actual de nuestro entorno local e impulsar mayor investigación en este tópico, se realiza el presente trabajo, para describir las características epidemiológicas, clínico - quirúrgicas, así también la incidencia y mortalidad.

I.1. BASES TEORICAS

- Cirugía abdominal. También llamada laparotomía, palabra de origen griego que tiene como significado sección o incisión del flanco, vacío o partes blandas por debajo de las costillas. (Sierra, 2004, 504-506) Se refiere a la exploración de la cavidad abdominal a través de una incisión en el abdomen, el cual está delimitado en su límite superior, por el diafragma, en su límite posterior por las vértebras lumbares de la columna vertebral, cubierto por los músculos psoas y cuadrado lumbar, en su límite anterior por la pared abdominal anterior y en su límite inferior, las fosas iliacas del hueso coxal, cubiertas por los músculos iliacos. (Le Vay, 2008)
- Abdomen abierto. Como lo menciona Tavares, aún no existe una definición operativa ni indicaciones establecidas para su utilización en guías. Su realización no es del todo inocua pues se refieren complicaciones como alteraciones hidroelectrolíticas, formación de fístulas entéricas, abscesos intraabdominales y

desarrollo de gigantescos defectos musculoponeuróticos abdominales, con consecuencias estéticas y funcionales importantes. (Tavares, 2008, p.177,178)

Dentro de sus indicaciones según Tavares, se encuentran:

- Si el cierre primario de la pared abdominal ofrece mucha tensión
- Sepsis Intraabdominal Severa: La sepsis abdominal según Gilsanz es la respuesta sistémica a un proceso infeccioso que inicialmente está localizado. Es la respuesta inflamatoria peritoneal no específica del huésped ante la invasión microbiana. Es indicación frecuente para el ingreso a unidades de cuidado crítico, su mortalidad es de 15 a 30% y puede ser mayor hasta 50% cuando la peritonitis es a consecuencia de una cirugía previa o se produce a lo largo del ingreso en la unidad de críticos. (Gilsanz, 2004, p.397)

El manejo incluye el control de la fuente de infección, lavados de la cavidad peritoneal, antibióticos y soporte hemodinámico, lo que conlleva a seriadamente relaparotomías. Según Iñaguazo et al, la incidencia de sepsis abdominal en el postquirúrgico es de 2% de los pacientes que recurren a una laparotomía primaria, mientras que este porcentaje llega a 23% en los pacientes con diagnóstico preoperatorio de sepsis abdominal. (Iñaguazo, 2009, p.296)

- Síndrome compartamental abdominal. Según Meza et al, es la presencia de una presión intraabdominal mantenida mayor o igual a 20mmHg asociado a una disfunción o falla orgánica nueva. Es considerado un factor de riesgo en pacientes críticos por lo que el diagnóstico y manejo temprano es de vital importancia.

- Cirugía de Control de Daños. El término fue acuñado por Rotondo y Schwab, desde 1993, consiste en una técnica quirúrgica relativamente nueva, cuyo afán en sus inicios fue mejorar los resultados desfavorables de las cirugías tradicionales por traumatismos abdominales graves y exanguinantes, evitando la clásica triada de la muerte: hipotermia, acidosis y coagulopatía. (Soto, 2003, p.95-102) Engloba 3 etapas:

1° Laparotomía inicial: Cirugía breve para controlar la hemorragia y/o contaminación, exploración, empaquetamiento y cierre rápido abdominal.

2° Resucitación: Se lleva a cabo en una unidad de cuidados intensivos, con el fin de estabilizar al paciente.

3° Laparotomía definitiva: Se realiza en el paciente hemodinámicamente estable, normotérmico y sin coagulopatías. El tiempo óptimo para reoperar al paciente es controversial, algunos la llevan a cabo hasta las 48 horas de ocurrida la primera laparotomía y otros hasta las 96 horas. (Camacho, 2013, p. 61-72)

- Reintervención Quirúrgica Abdominal o Relaparotomía. Este término de origen griego significa etimológicamente re=repetic, laparo=estomago-abdomen, tomia=corte-incisión.

Su conceptualización no está delimitada al momento, difiere según cada publicación. Chapkin la define como “la nueva apertura de la cavidad abdominal en el periodo postoperatorio, independientemente de la razón de la primera

Yotchev lo menciona, no se señala cuanto comprende el periodo post operatorio ni el tiempo luego de la primera operación.

Según Radzihwskii y Tzankov, la relaparotomía es la re operación que se da en el periodo temprano posterior a la cirugía y como temprano consideran los primeros 14 días postoperatorios y tardío, luego del día 14 hasta el día número 30. Así también, algunos autores deciden excluir las apendicectomías, herniotomías, mientras otros las incluyen. Stoqnov introduce el término “relaparotomía urgente”, aquella que es necesaria realizarse hasta en los 15 días posteriores a la primera laparotomía. Para Koirala el término relaparotomía es la re operación que se produce en los 60 días posteriores y en relación con la cirugía inicial.

Harbrecht divide en 2 tipos a las relaparotomías: a demanda y planeadas, posteriormente se hace una clasificación más amplia, acorde al periodo de laparotomía: temprana – tardía, objetivo: curativa/paliativa – diagnóstica, el tipo de complicación para relaparotomizar: peritonitis - obstrucción intestinal – sangrado gastrointestinal – otros, el lugar anatómico a reintervenir: locales – regionales y por último las razones de las posibles complicaciones: errores médicos – errores en el diagnóstico. (Yovtchev, 2010, p. 87-90)

- Reintervenciones planeadas o programadas. Se refiere a los casos en el que el cuadro abdominal inicial requiere la programación de reintervenciones en un plazo estimado. Relacionada, según Báez, al realizar procedimientos temporales o practicar operaciones secuenciales para disminuir el trauma quirúrgico.

Generalmente se deciden desde la primera cirugía y es determinada por el cirujano. (Báez et al, 2016, p. 509)

- Reintervenciones a demanda o no planeadas. Son aquellas que necesitan ser realizadas tan prontamente se sospechen las complicaciones en el postoperatorio y que cada minuto puede ir a favor o en contra del paciente. Se proponen según el juicio del cirujano y el quipo medico de apoyo. Estas a su vez se subdividen según Báez en inmediatas o urgentes al realizarse a las 24 horas de la primera operación, mediatas cuando se realizan en el tiempo de hospitalización y se consideran tardías cuando se realizan post egreso del paciente. (Báez et al, 2016, p. 509)
- Peritonitis.- Según Chaud, es el proceso inflamatorio de la membrana peritoneal secundaria a una irritación química, invasión bacteriana, necrosis local o contusión directa. Se clasifica en formas primarias, secundarias y terciarias, donde las más frecuentes son las secundarias, ya que la infección se da por la ruptura de la barrera anatómico-funcional de la pared del tracto gastrointestinal o glándulas anexas, pasando por ellas contenido séptico infectando la cavidad peritoneal, esta es una emergencia quirúrgica común, que tiene una alta morbilidad y mortalidad con un manejo difícil y complejo. (Rodríguez, 2014, p.18-21)
- Dehiscencia de anastomosis. Es la abertura espontanea de una sutura. Según Bannura, es la complicación quirúrgica más temida de la cirugía digestiva, se

asocia con alta morbimortalidad y estancia hospitalaria. Las anastomosis bajas,

la radioterapia preoperatoria y el género masculino son factores de riesgo independientes. (Bannura, 2006, p.341-342)

- Perforación intestinal. Es el orificio que se desarrolla a través de la pared intestinal lo que propicia el escape de su contenido hacia la cavidad abdominal.
- Absceso intraabdominal. Según Baeza, es una colección líquida purulenta localizada en la cavidad peritoneal cuyo origen fue por una cirugía previa en donde hubo un factor predisponente infeccioso. (Baeza, 2003, p. 31, 32)
- Hemorragia. Complicación poco frecuente y cuando ocurre es de gravedad, se puede clasificar en:

Inmediatas.- ocurre en las primeras 24 o 48 horas de la cirugía, se pueden deber a mala técnica de hemostasia, sangrado mecánico de algún punto intraabdominal, lesiones esplénicas, coagulopatías.

Tardías.- se producen entre el 6to o 7mo día después de la cirugía, se puede deber a una lesión de un tronco arterial importante. (Manterola, 2014, p.31-32)
- Evisceración. Complicación que suele suceder en el cuarto y séptimo día, si la piel está intacta y ocurre una herniación subcutánea se está hablando de dehiscencia o evisceración cubierta, pero si las vísceras irrumpen a través de las capas de la herida entonces se conoce como evisceración completa o total. (Manterola, 2014, p.37)

- Oclusión intestinal. Es una complicación común que se da en las salas de emergencia, se debe diferenciar del íleo transitorio luego de una cirugía.

abdominal. Con frecuencia resuelve hacia el 3er o 5to día asociándose con la expulsión de gases, en algunos casos puede prolongarse hasta los 7 días y es necesario identificarlos del íleo mecánico. Este último según Monterola se produce en el 1-3% de todas las cirugías abdominales y la causa más frecuente son las adherencias. (Manterola, 2014, p.36)

1.2. ANTECEDENTES

Antecedentes Internacionales

Pérez et al (2017) publicaron en México el estudio “Reintervenciones abdominales: prevalencia en cirugías electivas y urgencias” con la finalidad de determinar la prevalencia de reintervenciones abdominales, en la que se realizó un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal. Los principales resultados fueron: participaron en el estudio 906 pacientes que fueron intervenidos por alguna cirugía abdominal, donde a 21 (2.31%) pacientes fueron a los que se les realizaron reintervenciones, donde el 52.3% de estos eran mujeres y el 47.6% eran varones, con edades entre 70 y 79 años, el 61.9% de las reintervenciones fueron provenientes de las cirugías de urgencias, las indicaciones para la reintervención fueron colección intraabdominal y evisceración en un 23.8% respectivamente y dehiscencia de anastomosis en un 19.04%, en el caso de los pacientes con colección intraabdominal, 3 de ellos fueron secundarias a la apendicitis aguda por absceso residual y 2 por biloma, la evisceración fue la causa más frecuente de reintervención, los días promedio de intervalo entre la cirugía y la reintervención abdominal fue de 19 días, donde el 33% de los pacientes tenían alguna comorbilidad, el 23% tuvieron complicaciones postoperatorias.

Concluyeron que se presentaron más reintervenciones abdominales en pacientes con edades avanzadas, en mujeres y en cirugías de urgencias.

La Rosa et al (2017) publicaron en Cuba el estudio “Características de las reintervenciones en un servicio de cirugía general”, con el objetivo de caracterizar a los pacientes según las variables seleccionadas, por ello se realizó un estudio observacional y descriptivo. Como principales resultados obtuvieron: 79 pacientes fueron reintervenidos en los primeros 6 días post operación inicial, 11 entre los 7 y 8 días y 5 entre los 9 y 10 días, además 15 fueron operados de nuevo a los 10 días de la primera operación, donde necesitaron más de 1 reintervención, los diagnósticos de las reintervenciones fueron la evisceración en el 27.35%, peritonitis residual en el 12.7% y dehiscencia de suturas en el 0%, las reintervenciones que se realizaron fueron por laparotomía más el drenaje de la cavidad abdominal en 34 pacientes, y la síntesis de la pared abdominal de 30 pacientes, hubo una mayor frecuencia en los pacientes de 61 a 70 años de edad (30%), seguido de los pacientes entre 41 a 50 años de edad (15%) y de 51 a 60 años (14%), además hubieron 19 fallecidos, donde los pacientes tenían más de 60 años. Concluyeron que la edad, las operaciones de urgencia, el número de reintervenciones y el tiempo transcurrido desde la operación inicial hasta la reintervención, aumentan la morbimortalidad.

Patel et al (2016), publicaron en India el estudio “Relaparotomía en el departamento de Cirugía General de un Hospital de tercer nivel del Este de India”, con el objetivo de conocer la incidencia de las relaparotomías y sus indicaciones, para que en el futuro los factores puedan ser modificados y la incidencia pueda disminuir. La incidencia hallada

fue de 2,84%, fue más común en el grupo de edad de 31 a 40 años, con edad media de

39.25. La indicación más común de relaparotomía fue fuga (34 pacientes) a través del sitio anastomótico (29 pacientes) y de la perforación (5 pacientes). La duración promedio entre primera laparotomía y relaparotomía fue de 6.85 días. La mortalidad fue de 34.72%. El tiempo medio de estancia en UCI o que el paciente requirió monitores estricto fue de 4,01 días, la estancia hospitalaria promedio fue de 25.72 días. Se concluye que la relaparotomía es un procedimiento que salvavidas para los pacientes. La incidencia depende de la experiencia en la cirugía primaria, adecuada técnica operatoria y prevención de la infección en el postoperatorio.

Sierra V (2016) publicó en Cuba el estudio “Reintervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía del hospital “Aleida Fernández Chardiet”” cuya finalidad fue caracterizar las reintervenciones quirúrgicas de los pacientes, para ello se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Como principales resultados se obtuvo: los órganos afectados en la intervención predominó el sistema gastrointestinal (42.9%) donde todos tuvieron peritonitis y los órganos de la región torácica (35.7%), en relación del sistema de órgano afectado con el estado de egreso, el total de fallecidos se presentó en los que mostraron problemas en el sistema gastrointestinal (21.4%), la relación entre el tiempo, entre la intervención inicial y la reintervención con el estado de egreso, los pacientes con un tiempo mayor de 72 horas post intervención el 64.3% vivieron, los pacientes que fallecieron fueron en los que pasaron 25 y 48 horas entre la intervención inicial y la reintervención. Concluyo la mortalidad fue baja y estas no ocurrieron en pacientes con mayor tiempo entre la operación y la reintervención.

León et al (2016) publicaron en México el estudio “Reintervención quirúrgicas abdominales no planeadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Puebla” con el objetivo de identificar el número de reintervenciones quirúrgicas

abdominales no planeadas e identificar las causas por las que se realizaron las reintervenciones, por ello se realizó un estudio retrospectivo. Como principales resultados obtuvieron: en el servicio de Cirugía General hubieron 1709 cirugías abdominales, donde 97 de ellos eran reintervenciones y solo 50 eran reintervenciones abdominales no planeadas, de estos 24 eran varones y 26 eran mujeres, con una edad promedio de 49.8 años, en las reintervenciones no planeadas 36 casos eran provenientes de urgencias y los restantes de operaciones electivas, las causas de las reintervenciones no planeadas fueron la dehiscencia de herida quirúrgica, disfunción de catéter Tenckhoff, hemorragia posquirúrgica y la infección de sitio quirúrgico, como consecuencias hubieron 2 muertes (1 fue reintervenido 4 veces y el otro fue reintervenido 2 veces), 3 casos en cuidados intensivos por falla multiorgánica, y 9 casos en cuidados intensivos por falla en un órgano, el número máximo de estancia postquirúrgica fue de 50 días, el paciente con mayor número de reintervenciones (8 veces), tuvo una estancia de 39 días postoperatorio. Concluyeron que la incidencia fue baja, además que existió una necesidad de mayor cantidad de estudios para conocer la disminución de la incidencia y de la morbimortalidad de las reintervenciones.

Fraga et al (2013), publicaron en Cuba el estudio “Reintervenciones quirúrgicas abdominales” con el objetivo de describir los resultados de las reintervenciones quirúrgicas abdominales, en la que se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Como principales resultados se obtuvieron: se estudiaron a 25 pacientes mujeres y a 21 pacientes varones, entre las edades de 40 a 49 años, la intervención inicial fue por problemas gastrointestinales (47.8%) donde el 34.8% de estos tuvieron peritonitis, no hubieron muertes en los pacientes que se reintervinieron en las primeros

donde 2 de ellos fallecieron después de las 49 y 72 horas de la primera intervención y 6 después de 72 horas a más, lo cual fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$), la mayoría de los pacientes sobrevivió después de las reintervenciones, pero algunos necesitaron más reintervenciones, en la que 2 pacientes fallecieron en la segunda reintervención y 5 fallecieron en la tercera o más reintervenciones, sobre la relación entre la presión intraabdominal (PIA) y la mortalidad en los pacientes con grado I y II de PIA no hubieron fallecidos pero, en los pacientes con grado III PIA el 6.5% de los pacientes fallecieron, y en los pacientes con grado IV el 10.9% de los pacientes fallecieron, sobre la causa de muerte en las reintervenciones fue la disfunción orgánica múltiple con el 50%. Concluyeron que el aumento del tiempo entre la primera intervención y la reintervención, el aumento de las reintervenciones, el aumento de la PIA, son causas directas para la mortalidad por las consecuencias del Síndrome Compartamental Abdominal.

Martínez R (2013), publicó en México el estudio “Reintervención quirúrgica abdominal del Hospital de concentración Satélite del ISSEMyM” con el objetivo de describir la frecuencia y las causas por las que se realizan las reintervenciones quirúrgicas abdominales. Como principales resultados obtuvieron: 122 pacientes necesitaron una reintervención abdominal, donde 56 de los pacientes eran mujeres y 66 era varones, la edad media de los pacientes fue de 32.5 años, con un intervalo entre 16 a 88 años de edad, donde el 62.2% de las reintervenciones fueron por urgencias mientras que el 37.7% programadas, la colecistitis litiásica como diagnóstico fue la que se reintervino con mayor frecuencia (11.4%) siendo las mujeres las de mayor incidencia, seguido de la apendicitis (9.01%) siendo los varones los de mayor incidencia, la causa de reintervención más frecuente fue el hemoperitoneo (20.4%), seguido de absceso residual

y evisceración (6.5%), 28 pacientes fueron reintervenidos dentro de las primeras 6 horas postoperatorias, 13 pacientes entre 12 y 24 horas, 32 pacientes entre 24 y 48 horas, 9 pacientes entre 24 y 48 horas y 40 pacientes después de 72 horas, siendo estos últimos los que presentaron más complicaciones, se presentó una mortalidad de 4.91%, donde 2 fallecieron con diagnósticos de trauma penetrante de abdomen, 1 por colecistitis litiásica, 1 por hernia de pared abdominal, 1 por pancreatitis biliar y 1 por tumor gástrico. Concluyó que el 2.8% de los pacientes operados fueron reintervenidos, la mayoría de ellos tenían entre 40 y 60 años, las reintervenciones abdominales se dieron más en los varones y en la cirugía abdominal de urgencia, hemoperitoneo como diagnóstico justifico el mayor número de reintervenciones, además las reintervenciones se realizaron a las 72 horas en el 3.27%.

Koirala et al (2012), publicó en la India el estudio “Relaparotomías: razones, morbilidad y desenlace” cuyo objetivo fue determinar las causas de las relaparotomías, evaluar la mortalidad asociado a sus causas y analizar su desenlace. Las indicaciones para relaparotomía fueron dehiscencia de la herida con evisceración (22.5%) seguido de las colecciones intraabdominales o abscesos (17.5%), peritonitis fecal y biliar (15 y 12.5% respectivamente). La duración promedio entre primera cirugía y relaparotomía fue 9.42 ± 7.56 días y la estancia media hospitalaria fue de 26.98 ± 12.50 . Las cirugías del tracto gastrointestinal bajo fueron las más frecuentes en necesitar relaparotomía. La mortalidad fue de 30% y 21/40 pacientes fueron manejados en UCI. Fue la agudeza clínica (87.5%) la base para decidir la relaparotomía casi en su totalidad. Se concluyó que múltiples factores que van mas allá de las manos del médico, pueden llevar hacia una relaparotomía pero es el manejo expectante estricto que puede ayudar a reducir la tasa de

Haluk et al (2006), publicó en Turquía, el estudio “Re-exploraciones Abdominales Urgentes (RAU)” cuyo objetivo fue evaluar las razones para desarrollar RAUs, los resultados de las relaparotomías y factores que afectan la mortalidad. Como resultado se obtuvo que las RAU tempranas se llevaron a cabo en 81 de 4410 casos (1,8%). La edad media fue 50.46 (13-81) años con un ratio varón: mujer de 60/21. 51 (62.96%) pacientes tuvieron infección, 41 (50.61%) tenían una enfermedad grave concomitante, 24 (26.92%) de ellos, tuvieron múltiples tumores y 57 (70.37%) fueron operados bajo condiciones de emergencia en la primera cirugía. Las causas de RAUs fueron las siguientes: dehiscencia de anastomosis (41.97%), hemorragia (18.51%), perforación intestinal (9.87%), infección intraabdominal o absceso (9.87%), necrosis intestinal progresiva (8.64%), complicaciones de las ostomias (6.17%) íleo postoperatorio (4.93%). 2 o más RAUs se llevaron a cabo en 18 (22.22%) casos y la mortalidad en general fue de 34.97%. Los intervalos entre la primera laparotomía y la RAU fue en promedio 6.95 días y el tiempo medio de hospitalización fue de 27.1 días. Concluyo que las RAUs tienen alta mortalidad, en particular en las cirugías del sistema gastrointestinal. La posibilidad de disminuir eficientemente este alto porcentaje depende del éxito de la primera cirugía que el paciente recibió.

Antecedentes Nacionales

Gonzales (2017), publicó en Lambayeque su tesis titulada “Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a relaparotomía, en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo. 2014-2016” con el objetivo de identificar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a relaparotomía en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo. Obtuvo

mayores de 60 años, el sexo femenino se presentó en 51.2%. 61.8% presento alguna comorbilidad el 61.8% fueron cirugías de emergencias. Los diagnósticos quirúrgicos iniciales más frecuentes fueron las neoplasias malignas y patología de vesicular biliar, la técnica quirúrgica inicial más frecuente fue la resección intestinal con anastomosis primaria (16.3%), la reintervención a demanda constituyo el 94.3%, el 53.7 reintervenciones de entre 1 y 3 horas de duración, 73,2% se reintervinieron luego de 72 horas. El absceso intraabdominal fue el principal hallazgo (22%). La mortalidad general fue de 10,6%. Se concluyó que la tasa de relaparotomía aumento del 2014 al 2016 de 4,02 a 7,88%, más de la mitad son mayores de 60 años, el sexo femenino fue más predominante, la principal comorbilidad fue la hipertensión arterial, predominaron las cirugías iniciales de emergencia. Las patologías con mayor tasa de relaparotomía fue la gangrena de Fournier y pancreatitis aguda necrotizante. Los factores asociados a mortalidad son: modalidad de emergencia, obstrucción intestinal como patología quirúrgica inicial y los hallazgos intraoperatorio de fuga o dehiscencia de anastomosis.

Salirrosas F, (2013) publicó en Trujillo el estudio “Factores de riesgo de morbimortalidad postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía de urgencia por patología herniaria de pared abdominal” con la finalidad de determinar los factores de riesgo de morbimortalidad en el postoperatorio, para ello se realizó un estudio analítico, observacional, retrospectivo y de casos y controles. Como principales resultados se obtuvo: la hernia inguinal fue la operación de urgencia más frecuente (19.6% en el grupo casos), 35 pacientes tenían 65 años a más y 14 pacientes menores de 65 años (en el grupo casos), donde 35 pacientes eran mujeres y 14 eran varones (grupo casos), dentro de los factores de riesgo: 36 pacientes presentaban comorbilidades (grupo casos), en 35

tuvieron estrangulación como complicación (grupo casos), en el caso de la mortalidad se presentaron en 2 pacientes menores de 65 años y en 10 pacientes con 65 a más años, en 8 pacientes mujeres y en 4 pacientes varones, en 10 pacientes que tuvieron comorbilidades, en 7 pacientes a quienes se les realizó hernioplastía y en 5 pacientes con herniorrafia, en 6 pacientes con complicación de estrangulación y en 4 pacientes con encarcelación (todos en el grupo casos): Concluyo que la edad, presencia de comorbilidades y la complicación estrangulación, fueron factores de riesgo para morbilidad postoperatoria, además también fueron factores de riesgo para la mortalidad postoperatoria.

Mendiola et al (2012) publicaron en Lima el estudio “Causas de reintervenciones quirúrgicas por complicaciones postoperatorias en pacientes de una unidad de cuidados intensivos quirúrgicos sometidos a cirugía abdominal”, con el objetivo de describir las causas de las reintervenciones luego de una cirugía abdominal en pacientes de una unidad de cuidados intensivos, por ello se realizó un estudio prospectivo y reporte de casos. Como principales resultados obtuvieron: se hospitalizaron 242 pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (UCIQ) donde el 46.7% fueron intervenidos a cirugía abdominal donde 17 de ellos fueron reintervenidos, la mediana de la edad fue de 55 años, el tiempo entre la cirugía y la reintervención fue de 3 días (mediana), el Score APACHE promedio fue de 13.8%, el 17.6% de los pacientes tuvo un valor de 0 a 7%, el 41.2% de 8 a 15, el 35.35% de 16 a 24 y el 5.9% más de 24, lo que se encontró en las reintervenciones fueron: 6 pacientes con perforaciones, 4 pacientes con dehiscencias, 4 pacientes con absceso abdominal, 2 pacientes con necrosis, 2 pacientes con desgarró de vaso y 1 paciente con laceración de yeyuno. Concluyeron que las perforaciones fue lo que se encontró con mayor frecuencia en las reintervenciones.

I.2. Planteamiento del Problema

El estudio de la relaparotomía es un tópico aún poco estudiado y no muy tomado en cuenta en las estadísticas hospitalarias, pese a que es un problema importante por sus repercusiones, sus conceptos poco delimitados y su morbimortalidad elevada. Además en la población económicamente activa genera mayor estancia hospitalaria repercutiendo con gran ausentismo laboral y mayor gasto de insumos médicos. A nivel nacional traduce un alto costo social, laboral y económico. Es considerada incluso una herramienta para valorar la calidad asistencial médica y quirúrgica que ofrece un establecimiento de salud. Al no estar sistematizado este amplio campo, no existen guías mundialmente reconocidas que no direccionen a un mejor y rápido actuar, al momento la clínica es la base más sólida para reintervenir a un paciente, pero difiere entre cirujano y cirujano, por ello que en ocasiones los minutos que pasan de duda terminan en un fatal desenlace del postoperado. Por ello tal como cita Rodríguez “una reintervención puede ser la única esperanza y aunque la cirugía agresiva puede traer consigo una sobrevida que sólo alcanza hasta 52%. Es mucho más desalentador encontrar en la autopsia, una enfermedad que requería tratamiento quirúrgico y no fue realizado”

I.3. Formulación del Problema

¿Cuáles son las características de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2015-2017?

Las variables que se consideraran en el estudio son: características epidemiológicas y características clínicas y quirúrgicas.

I.4. Justificación

El presente estudio será beneficio para los profesionales de salud, ya que se brindará información actualizada sobre las reintervenciones quirúrgicas, específicamente en las cirugías abdominales, lo cual permitirá conocer todas las características de este tipo de reintervención quirúrgica, además servirá como base para futuros trabajos de investigación que se realicen al respecto, ya que en la actualidad existen pocos estudios nacionales que puedan brindar información apropiada y necesaria para ser utilizadas como evidencia científica y epidemiológica para la realidad sanitaria peruana.

Asimismo, los pacientes serán beneficiados, ya que teniendo al personal sanitario capacitado de manera adecuada podrán realizar intervenciones correctas, tratando de prevenir o evitar reintervenciones, teniendo así un resultado óptimo, evitando los tiempos prolongados en las cirugías, estancias hospitalarias prolongadas, aumento de insumos farmacológicos, el ausentismos laboral, el retraso en la reincorporación de actividad diaria y el gasto económico que toda intervención quirúrgica y hospitalización generan al paciente y sus familiares. En este sentido, las instituciones sanitarias también se verán beneficiadas ya que se evitara la realización de operaciones extras, y consecuentemente la utilización de salas de operaciones, instrumentos quirúrgicos, materiales quirúrgicos, recursos humanos, camas de hospitalización, fármacos antes, durante y después de la intervención, entre otros; de esta manera se puede disminuir el costo hospitalario.

I.5. Objetivos

- **Objetivo general:**

Describir las características de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

▪ **Objetivos específicos:**

- Hallar la incidencia de total de relaparotomías, relaparotomías a demanda y planeadas ocurridas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.
- Detallar las características epidemiológicas (sexo, edad, comorbilidad) del grupo de pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017, en que se llevó a cabo alguna reintervención quirúrgica abdominal a demanda.
- Detallar las características clínicas y quirúrgicas (tipo cirugía inicial, diagnóstico de la cirugía inicial, tiempo en que se lleva a cabo la 1era reintervención, diagnóstico de reintervención) del grupo de pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017, en que se llevó a cabo alguna reintervención quirúrgica abdominal a demanda.
- Identificar la tasa de mortalidad en pacientes relaparotomizados atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

II. MATERIALES Y METODO

II.1. Diseño de Investigación

El presente estudio tiene un diseño de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

-Observacional: Debido a que no se va a intervenir modificando alguna variable en el estudio.

-Descriptivo: Debido a que trabaja con un grupo de estudio utilizando Estadística Descriptiva determinando porcentajes de las características del grupo de pacientes relaparotomizados.

-Retrospectivo: Acorde a la cronología, este estudio toma datos registrados en las historias clínicas de procedimientos que han ocurrido previamente.

-Transversal: Según la secuencia temporal, la medición de las variables se realizó una vez en el tiempo.

II.2. Área o sede de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, específicamente en el Servicio de Cirugía General de dicha institución. Es un hospital con alto nivel de complejidad: III-1 y se encuentra ubicado en la Av. Alfonso Ugarte 848 Lima – Perú.

II.3. Población y muestra

- **Población:** Estuvo conformada por pacientes mayores de 14 años cuya primera laparotomía y reintervención fueron llevadas a cabo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza a cargo del Servicio de Cirugía General ya sea en Sala de Operaciones del Pabellón 6 (SOP) o en Sala de Operaciones de Emergencia (SOE).

Se consideró a la reintervención quirúrgica como la siguiente laparotomía (segunda, tercera, cuarta, etc) que ingresa a sala de operaciones luego del cierre de la herida quirúrgica en la primera intervención, con un plazo de hasta 30 días posterior a la primera cirugía. Herniotomías, colostomía y cierre de colostomías

urológicas fueron excluidas. Además no se contabilizó las relaparotomías que fueron asumidas por otros servicios inmediatamente luego de la primera laparotomía o relaparotomía.

Las relaparotomías planeadas y las de control de daño fueron incluidas inicialmente solo para hallar la frecuencia total de relaparotomías, luego se trabajó con el grupo de pacientes en que se llevó a cabo las relaparotomías a demanda. Por ello, la población de pacientes que se caracteriza en el estudio es de 42 reintervenidos a demanda en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

- **Muestra:** Coincide con la población, dado que su tamaño es relativamente pequeño, entonces es accesible de estudiar en su totalidad. Dicha cantidad no generó ingentes gastos económicos ni temporales, por lo tanto, la muestra estuvo conformada por todos los 42 pacientes con reintervención quirúrgica abdominal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017, los que cumplieron los criterios de inclusión del estudio y ninguno de los criterios de exclusión.
- **Tipo de muestreo:** El tipo de muestreo que se realizó fue el muestreo no probabilístico. La técnica de muestreo fue el muestreo por conveniencia debido a que el tamaño de la población es viable de estudiar en su totalidad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes adultos, mayores de 14 años.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

- Pacientes con reintervención quirúrgica no planeada ocurrida hasta 30 días después de una cirugía abdominal.
- Pacientes en que se llevó a cabo alguna relaparotomía y primera laparotomía durante el año 2017 en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con historia clínica incompleta o inaccesible.
- Pacientes referidos a otra institución para su manejo clínico.
- Pacientes que hayan sido reintervenidos luego de alguna intervención laparoscópica.
- Pacientes que hayan sido trasladados a otro Servicio dentro del Hospital luego de su primera laparotomía o relaparotomía.
- Pacientes programados para reintervención quirúrgica abdominal o su reintervención sea parte del manejo de abdomen abierto.

II.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

- **Técnica:** La técnica de recolección de datos fue la documentación, consistió en la revisión del libro de reportes operatorios e historias clínicas de los pacientes con reintervención quirúrgica abdominal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017.

Se procedió primero a revisar el cuaderno de reporte operatorio de SOE Y SOP en el periodo comprendido desde 01 de Enero del 2017 hasta el 31 de Diciembre del 2017 en el hospital Nacional Arzobispo Loayza de la ciudad de Lima. Posteriormente se procedió a revisar las historias clínicas a detalle. Se realizó un filtro de las historias que contenían todos los datos que se requerían en la ficha de recolección de datos.

- **Instrumentos:** El instrumento de recolección fue la ficha de recolección de datos (Anexo 1). Tras la revisión bibliográfica y la lectura de los antecedentes del estudio, se elaboró una ficha de recolección que permitió recolectar los datos de las variables definidas en la operacionalización de variables, a fin de lograr los objetivos del estudio. Esta ficha tuvo una estructura compuesta por tres secciones:
 - Características epidemiológicas: Esta sección comprende la edad y sexo de los pacientes, así como las comorbilidades que presentan (entre ellas hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, etc).
 - Características clínico - quirúrgicas: Esta sección incluyó el diagnóstico de la cirugía inicial, el tiempo entre primera laparotomía y reintervención, el hallazgo de la reintervención y la condición de alta.

II.5. Procesamiento y análisis de datos

Análisis descriptivo

Para describir las características epidemiológicas y clínicas se calculó las x .

II.6. Aspectos éticos

Dado el diseño retrospectivo del presente estudio, no se realizó manipulación de variables ni se necesitó la participación directa del paciente. Para la recolección de información se revisó las historias clínicas con la autorización del Hospital y el Departamento de Estadística e Informática. No se recopiló datos personales de los pacientes como nombres o apellidos, por el contrario se asignó códigos de identificación. Cabe señalar que se

respetó los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y la guía de Buenas Prácticas Clínicas.

III. RESULTADOS

El total de laparotomías realizadas por el Servicio de Cirugía General en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo comprendido 01.01.17 - 31.12.17 fue de 2802, de las cuales 124 fueron reintervenidas (Gráfico 01); a su vez, de estas últimas, 47 corresponden a reintervenciones abdominales no planeadas, las que se realizaron en 42 pacientes.

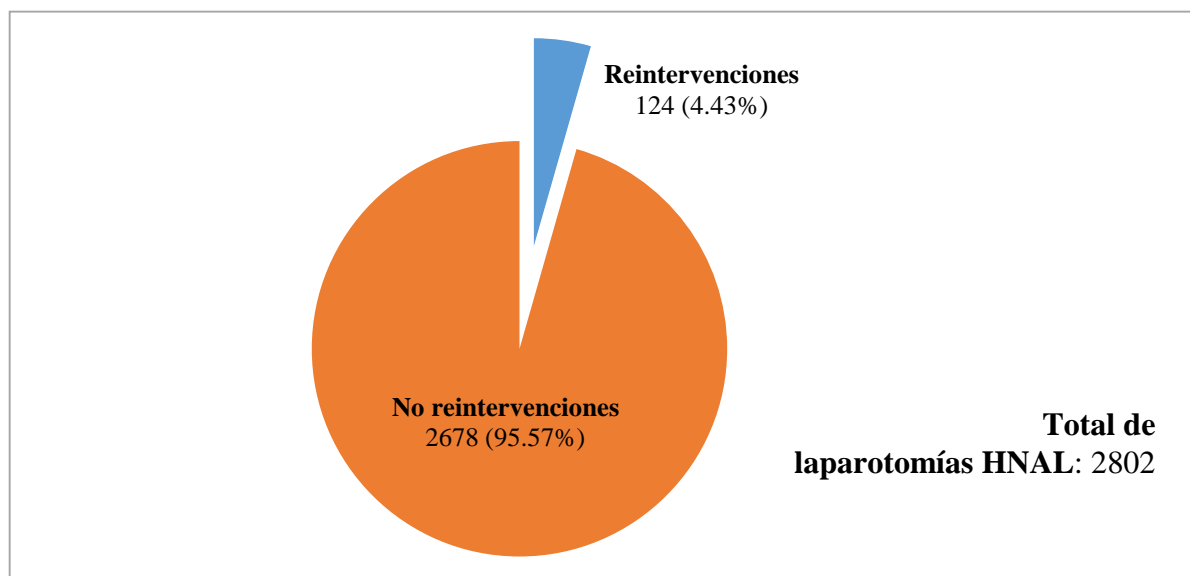


Gráfico 01

Total de cirugías abdominales realizadas durante el año 2017 por el servicio de Cirugía

General y el total de reintervenciones

Tabla 01
Distribución de

Relaparotomías	n	%
Planeadas	77	62.1%
A demanda	47	37.9%
TOTAL	124	100%

las tipos de

relaparotomías: a demanda y planeadas

1 paciente fue reintervenido 3 veces y 3 pacientes, 2 veces de forma no programada. Entonces la incidencia de reintervención quirúrgica abdominal en general, durante el tiempo estudiado fue de 4.43% en el hospital.

De las 124 relaparotomías, más del 50% del total fueron reoperaciones programadas, 77 (62.1%) fueron planeadas y 47 a demanda o no planeada (37.9%). (Tabla 01)

De los 42 pacientes que fueron a relaparotomía no planeada, 23 fueron varones (54,8%) y 19 fueron mujeres (45.2%), siendo el ratio Masculino: Femenino de 6:5 (Tabla 02), con rango de edad entre los 17 a 85 años, predominando el grupo etáreo de 60-69 años (26.2%) seguido del grupo de 70 a 79 años (23.8%), 50 a 59 años (16,7%), mayores o igual a 89 años (14.3%) y la menor incidencia en el grupo menor igual de 20 años y 20-29 años (2,4% cada uno). (Tabla 03) La edad promedio fue de 61.5 ± 16.1 .

Distribución por sexo	n	%
Masculino	23	54.8%
Femenino	19	45.2%
TOTAL	42	100%

Tabla 02

Distribución de pacientes relaparotomizados según sexo

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Edad	n	%	Fallecidos	%
<20	1	2.4%		
20-29	1	2.4%		
30-39	2	4.8%		
40-49	4	9.5%		
50-59	7	16.7%		
60-69	11	26.2%	4	66.7%
70-79	10	23.8%	4	66.7%
>=80	6	14.3%	3	50.0%
TOTAL	42	100%	11	

Tabla 03

Distribución de pacientes reintervenidos según grupo etáreo

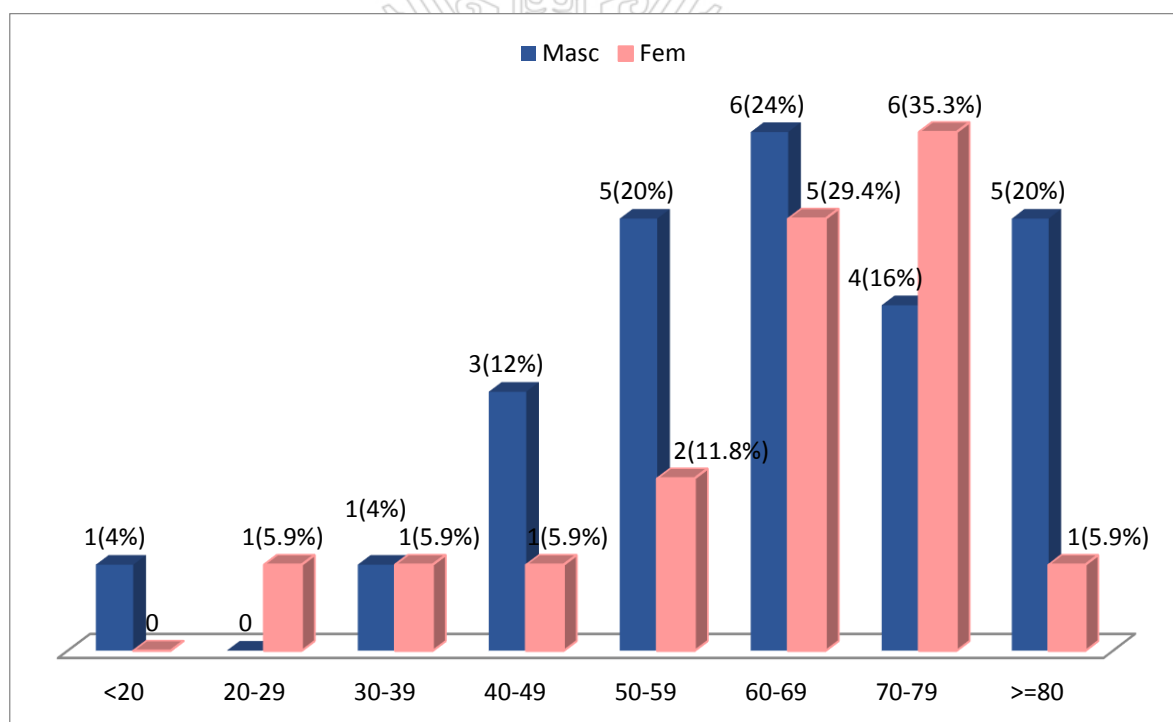


Gráfico 02

Diferenciación según sexo y grupo etáreo de los pacientes relaparotomizados

Si se desglosa por sexo, se observa que el sexo femenino tiene el pico en el rango etáreo de 70-79 años, mientras que en el sexo masculino existe un primer pico entre las edades

de 60 a 69 años y el segundo pico menor a partir de los 80 en adelante. Sin embargo

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

ambos sexos tienen la mayor cantidad de re intervenidos pasados los 60 años. (Gráfico 02). 27 pacientes tuvieron cirugía inicial electiva (64.3%) y 17 tuvieron comorbilidades (40.5%). (Tabla 04 y 05)

Tipo Qx inicial	n	%
Electiva	27	64.3%
Urgencia	15	35.7%
TOTAL	42	100%

Tabla 04

Tipo de Cirugía inicial en los pacientes reintervenidos

Comorbilidad	n	%
Si	17	40.5%
HTA	7	41.2%
DM	6	35.3%
Hipertiroidismo	1	5.9%
Obesidad	3	17.6%
Infección por VIH	1	5.9%
EPOC	1	5.9%
FARVA	1	5.9%
Asma	1	5.9%
Ninguna	25	59.5%
TOTAL	42	100%

Tabla 05

Detalle de las comorbilidades de los pacientes reintervenidos con su frecuencia de presentación

El tracto gastrointestinal bajo fue el sitio más común para reintervenciones abdominales:

15 (35.7%) seguido del tracto gastrointestinal alto y el sistema hepatobiliopancreatico

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis con los pacientes cada uno (26.2% y 26.2% respectivamente). Si se estudia aisladamente

UNFV

cada órgano, el que prevalece es el estómago junto al intestino grueso con 9 pacientes relaparotomizados respectivamente (21.4%). (Tabla 06)

Sitio de 1º Laparotomía	n	%
Tracto GI alto	11	26.2%
Esófago	1	2.4%
Estómago	9	21.4%
Duodeno	1	2.4%
Tracto GI bajo	15	35.7%
Colon y recto	9	21.4%
Intestino Delgado	2	4.8%
Apéndice cecal	4	9.5%
Sistema HBP	11	26.2%
Vesícula - Vías Biliares	8	19.0%
Páncreas	2	4.8%
Hígado	1	2.4%
Pared abdominal	3	7.1%
Multiórganos	2	4.8%
TOTAL	42	100%

Tabla 06

Sitio de primera laparotomía en el grupo de pacientes reintervenidos

El hallazgo más frecuente en las reintervenciones, fue la dehiscencia de anastomosis que se presentó en 13 pacientes (25.5%) seguido de la perforación intestinal en 6 pacientes (11.8%), evisceración 6 (11.8%), absceso 6 (11.8%), bilioperitoneo 5 (11.1%), obstrucción intestinal 4 (7.8%), hematoma 3 (5.9%), hemoperitoneo 2 (3.9%), necrosis intestinal 2 (3.9%) y fasciitis necrotizante 2 (3.9%). (Tabla 07)

Evisceración	6	11.8%
Dehiscencia	13	25.5%
Perforación intestinal	6	11.8%
Absceso	6	11.8%
Bilioperitoneo	5	9.8%
Obstrucción intestinal	4	7.8%
Fasciitis Necrotizante	2	3.9%
Hemoperitoneo	2	3.9%
Hematoma	3	5.9%
Necrosis Intestinal	2	3.9%
Hemorragia endoluminal	1	2%
Ulceras residuales	1	2%
TOTAL	51	100%

Tabla 07

Hallazgos en la relaparotomía

La primera relaparotomía se efectivizó en 25 pacientes del total entre el primer al séptimo día después de la primera laparotomía (53.2%), le siguió el intervalo de tiempo entre los 7 a 30 días (44.7%) siendo el tiempo máximo de este grupo, los 30 días y reintervenido por un absceso. Por último solo 1 paciente (2.1%) se relaparotomizó en menos de 24 horas. Es decir la mayor cantidad de relaparotomías se desarrolló en el periodo postoperatorio mediato. El tiempo promedio entre la primera cirugía y relaparotomía fue 8.4 ± 6.9 .

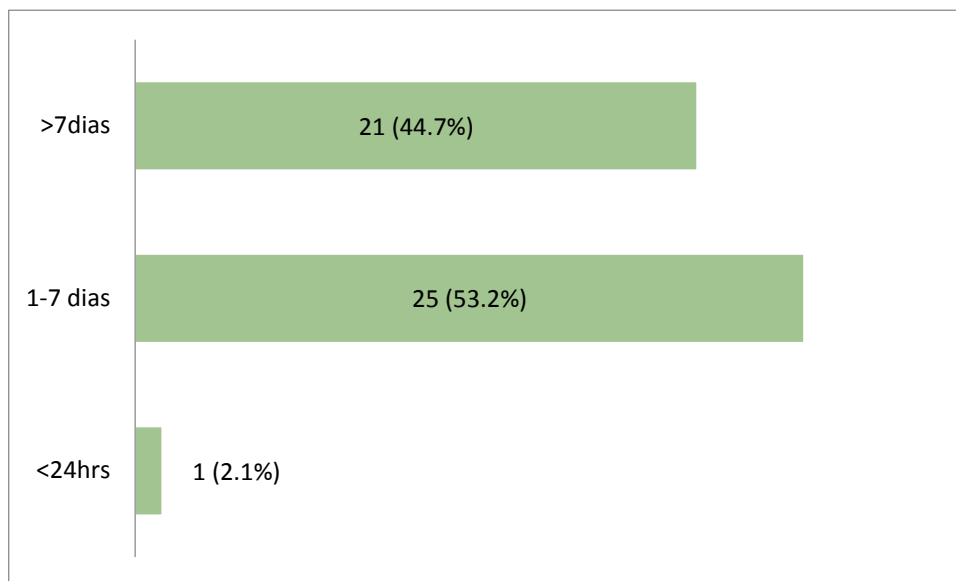


Gráfico 03

Distribución de los pacientes acorde al intervalo de tiempo entre la primera cirugía y su relaparotomía

La mortalidad de la reintervención quirúrgica abdominal fue de 26.2% (11/42), siendo el tracto gastrointestinal bajo el sitio de reintervención que más prevaleció (33,3%), seguido del tracto gastrointestinal alto (27,3%) (Gráfico 04), además que el 100% ocurrió en pacientes con edad mayor a 60 años (Tabla 03).

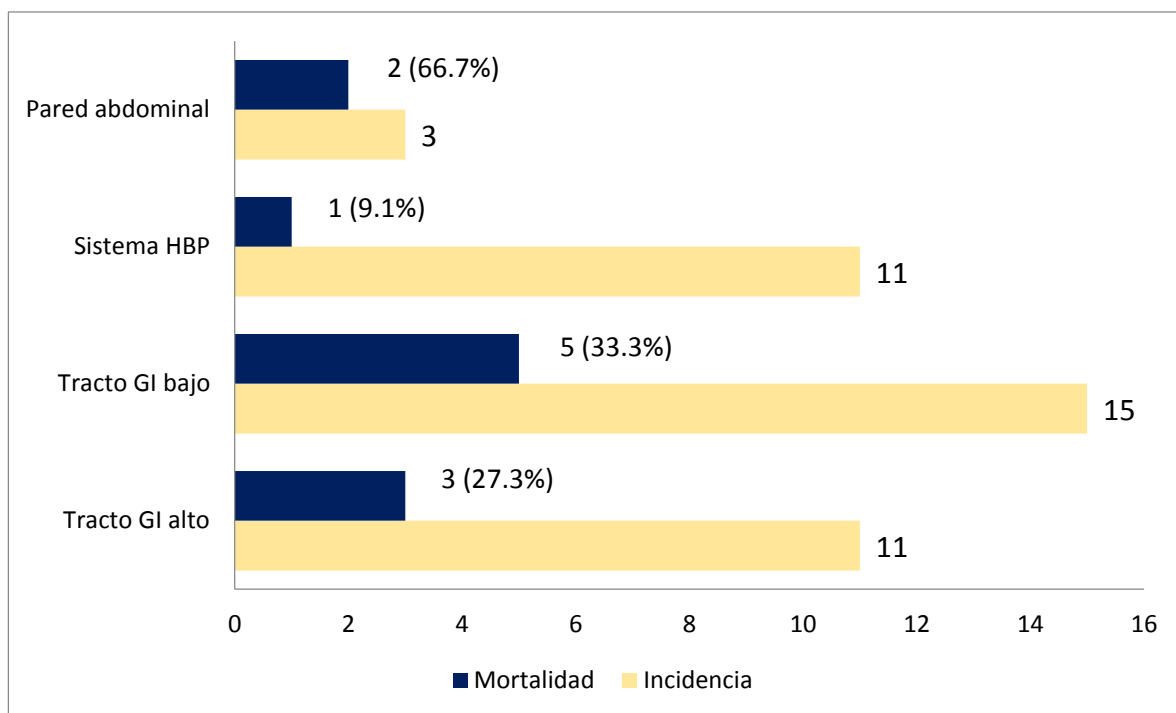


Gráfico 04

Sitio de operación de la primera cirugía y ratio de mortalidad

En cuanto a los hallazgos en la relaparotomía, la mortalidad fue alta en el paciente reintervenido por úlceras residuales, tras una fasciitis necrotizante, con presencia además de sepsis pp abdominal, seguida del absceso con 50% y la perforación intestinal y el hematoma con el 33.3% cada uno (Gráfico 05).

Además la mortalidad fue mayor en el grupo de reintervenidos mujeres, luego de una cirugía electiva con alguna comorbilidad. (Tabla 08). La causa de mortalidad fue debida en su mayoría a disfunción orgánica múltiple (54.5%) y a shock séptico en los restantes (45.5%)

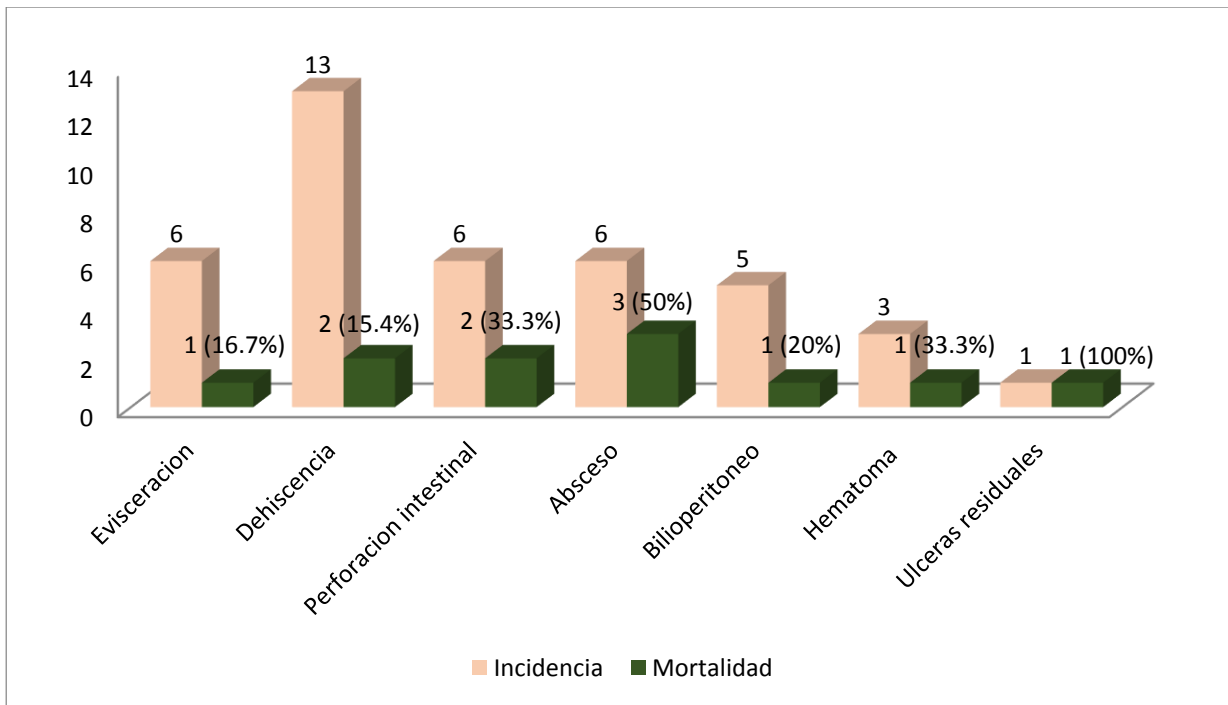


Gráfico 05

Hallazgos en la relaparotomía y ratio de mortalidad

		n	Mortalidad	%
Sexo	Femenino	19	6	31.6%
	Masculino	23	5	21.7%
Tipo de Cirugía inicial	Electiva	27	9	33.3%
	Urgencia	15	2	13.3%
Comorbilidad	Si	17	7	41.2%
	Ninguna	25	4	16.0%

Tabla 08

Características epidemiológicas y clínicas relacionadas con la frecuencia de mortalidad

IV. DISCUSIÓN

La reintervención quirúrgica ha cobrado importancia en los últimos 30 a 40 años por la introducción de la cirugía de control de daños que conlleva a volver a abrir la cavidad abdominal en un periodo corto, por ello también la incidencia de relaparotomías ha incrementado y con ello, las publicaciones sobre este tópico a nivel mundial también han ido en aumento. Sin embargo, en nuestro país aún no hay una estadística certera y actualizada. El presente estudio reporta la incidencia de relaparotomías en general: planeadas y no planeadas, durante el año 2017, que fue de 124 (4.43%). De las 124 relaparotomías, más de la mitad fueron reoperaciones programadas, de lo que se puede inferir que una gran cantidad de reoperaciones son parte del manejo de abdomen abierto, lo cual se correlaciona con la práctica diaria, al observar la gran acogida del sistema VAC en estos últimos años y la mayor adquisición de los dispositivos por parte de la institución.

La incidencia de relaparotomías no planeadas en relación al total de cirugías es de 1,6%. Cifra que se encuentra aceptable y dentro del rango de incidencia reportado por la literatura en América según Sierra y Báez: 0,5-15%, así como mundialmente, según Koirala y Haluk: 1-4.4%. Al hacer la revisión de las bibliografías, saltó un punto interesante, se encontró solo 1 trabajo que si agrupaba de la forma que se procedió en el actual estudio: hacer el recuento general de las laparotomías, agrupando las programadas y a demanda, y luego hallando la incidencia de las reintervenciones no planeadas; este estudio fue el de Baez et al en donde se halla como incidencia total de reintervención quirúrgica el 5,6% de las laparotomías desarrolladas en un Hospital de México, contexto parecido a nuestra realidad y que además sus cifras están muy cercanas a las nuestras, de 4.42%. La diferencia con este estudio es que consideran dentro de la primera intervención,

las de tipo ginecológica y las laparoscópicas, ítems que se han excluido en el presente trabajo, lo que correlaciona que tenga una incidencia ligeramente mayor que la nuestra.

El sexo que predomina en la mayoría de literatura es el femenino y la diferencia con el masculino no es mayor del 10%, tal como lo reporta Pérez, Mendiola y Báez. El presente estudio, no concuerda con lo anterior, prevaleció el sexo masculino con 54.8%, pero mantuvo la diferencia del 10% entre ambos sexos. Solo 2 artículos, Patel de la India y Haluk de Turquía, concuerdan con el actual estudio, en la prevalencia masculina, pero su porcentaje es mayor del 70%.

El grupo etáreo con más relaparotomías fue el de 60-69 años con 26.2%, pero al agrupar todos los mayores de 70 años, reúne un 38,1% del total, lo que coincide con Valdés et al en ser el mayor grupo etáreo, en cuya publicación se reporta que este último grupo corresponde al 20% de su muestra. Es sabido que los pacientes de edad avanzada son un conjunto de pacientes delicados, con pluripatología, que implican mayor complejidad y posibles complicaciones de la primera cirugía. Además tener presente que los traumatismos son muy frecuentes en población joven por ello se podría inferir que el grupo de relaparotomías programadas y el grupo de relaparotomías a demanda oscilarían entre poblaciones extremas.

17 pacientes (40.5%) presentaban alguna comorbilidad, mientras que el 59.5% no presentaba enfermedades concomitantes. Ello se asemeja con lo expuesto por Pérez-Guerra, donde prevalecen los pacientes sin antecedentes personales con 66.6%. Y de los que presentaban comorbilidad, fue la hipertensión arterial la más frecuente (41.2%) ,

seguida de la diabetes mellitus, lo que concuerda con García et al que reporta un predominio de la hipertensión arterial con 47.7%

La cirugía inicial o primera laparotomía fue de tipo electiva en un 64,3% predominando sobre la de urgencia, lo cual difiere de la toda la literatura publicada, donde Pérez-Guerra señala que la cirugía de tipo urgencia prevalece con 61,91% de los pacientes relaparotomizados, Patel con 80,5%, Haluk et al con 70.3%. Dentro del grupo de patologías de la primera cirugía se puede ver que hay un claro predominio de neoplasias (42,8%) y estas en su mayoría gástricas, colónicas y avanzadas, por lo que la patología de base ya condiciona a mayores complicaciones en el post operatorio y aumento de la morbimortalidad como indica Flores-Cabral que pacientes con adenocarcinoma gástrico presentan hasta un 32% de morbilidad en el postoperatorio.

El tracto gastrointestinal bajo fue el sitio más frecuente para la primera laparotomía (35,7%) que coincide con el trabajo de Haluk (34,56%), además que si se toma la prevalencia por órgano aislado, el estómago es el lugar primario de cirugía que presenta mayor número de relaparotomías (19,75%) coincidiendo también con el actual trabajo que lo posiciona en el sitio predominante junto con el intestino grueso con una frecuencia de 21.4% cada uno.

Respecto a los hallazgos en las relaparotomías, la dehiscencia fue lo que más predominó con un 25,5% y de estas prevalecen el estómago y colon haciendo en conjunto un 70% del total. Seguida de las dehiscencias, se encuentra la evisceración, la perforación intestinal y el absceso, cada uno con 11,8%. Del grupo de dehiscencias se debe tener en

avanzados por lo que en la mayoría de casos son solo cirugías paliativas donde la enfermedad ya está avanzada y se tienen pacientes malnutridos con hipoalbuminemia, además la técnica también es un factor a considerar, ya sea por ejemplo que se use sutura mecánica o manual.

El tiempo promedio entre la primera cirugía y la relaparotomía fue 8.4 ± 6.9 días, tiempo un poco más prolongado al reportado según Patel, que fue 6.85 días. Estudios como el de Amador-Fraga asocian a mayor intervalo de tiempo con mayor mortalidad. Por ello es de vital importancia que el cirujano determine con prontitud si reoperará o no, una vez que sospeche de alguna complicación, ayudándose de factores predictores clínicos. Puesto que a medida que pasa el tiempo, este se vuelve perjudicial para el paciente.

El porcentaje de fallecidos fue de 26.2%, muy cerca al rango reportado en la literatura, de 26.7 a 37.3%. A diferencia del trabajo actual que se presentó mayor mortalidad en el grupo de pacientes con sitio de primera cirugía: el tracto gastrointestinal bajo, Koirala reporta que la mortalidad se correlaciona con cirugías en el tracto gastrointestinal alto. Además se encontró que en el actual trabajo, hay un aumento de mortalidad en reoperados mujeres, luego de una cirugía electiva, mayores de 60 años, con alguna comorbilidad, y cuyo hallazgo en la cirugía fueron las úlceras residuales por fasciitis necrotizante. De estas características, solo la edad y el hallazgo concuerdan con Gonzales.

V. CONCLUSIONES

1. La tasa de relaparotomías total y anual en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza

en el año 2017 fue de 4.42% y la tasa de las relaparotomías a demanda fue de

2. En el grupo de reintervenidos predominó el sexo masculino ligeramente sobre el sexo femenino y más del 50% de los relaparotomizados fueron mayores de 60 años.
3. La cirugía electiva prevaleció como cirugía inicial en los pacientes reintervenidos a demanda.
4. Más de la mitad de los relaparotomizados no tuvieron comorbilidades y de los que sí tuvieron, la hipertensión arterial predominó seguida de la diabetes mellitus.
5. El sistema más común para reintervención abdominal fue el tracto gastrointestinal bajo, seguido del alto.
6. El órgano más común en el grupo de reoperados fue el estómago junto con el colon.
7. El hallazgo más frecuente en las relaparotomías fue la fuga, en primer orden por la dehiscencia de anastomosis y en segundo por perforación intestinal.
8. El cáncer, es una patología que se maneja muy frecuentemente en el HNAL, en especial el gástrico y de colon, por lo que si tenemos ya un estado general pobre en el paciente, se debe buscar la mejor de las técnicas en cuanto a anastomosis y además impulsar la especialización del factor cirujano para mejorar su experticia, ya que si disminuimos las complicaciones de la primera cirugía, disminuye la frecuencia de reintervenciones.
9. El tiempo promedio en relaparotomizar fue 8.4 días. La mayor cantidad de reintervenciones se dio en el posoperatorio mediato.
10. Se debe dar mucha importancia al periodo post operatorio que es donde se pueda valorar algún factor predictor en el paciente para relaparotomizar y evitar más pérdida de tiempo con posibles desenlaces fatales.

11. La mortalidad de la reintervención quirúrgica fue de 26.2%. Las características de los pacientes que se correlacionan con mayor mortalidad son: paciente mayor de 60 años, sexo femenino, cirugía electiva como tipo de cirugía inicial, que presente alguna comorbilidad, fasciitis necrotizante como indicación de relaparotomía.

V. RECOMENDACIONES

Se recomienda poder ampliar las características a estudiar en el grupo de reintervenidos, desde una óptica de diseño prospectiva, para la mayor obtención de información, ya que un hecho que se vive en el día a día, es que la parte organizacional y administrativa del hospital para el archivo y manejo de historias clínicas son deficientes. Además que el personal médico no siempre se completa los datos requeridos en los formatos, llegándose a obviar datos que tienen gran relevancia como por ejemplo el tiempo operatorio.

Además al tener que la dehiscencia es la causa más frecuente de relaparotomía y que las neoplasias son una patología importante en el hospital sede del estudio, se recomienda estudiar los diferentes factores implicados, entre ellos técnica, tipo de sutura, sutura doble, tiempo operatorio, etc

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amador y, Lopez E, Concepción L. (2013). Reintervenciones Quirúrgicas Abdominales. Rev Ciencias Médicas La Habana., 19, 1 - 10.
- Atema J, Gans L, Boermeester M. (2015). Systematic Review and Meta-analysis of the Open Abdomen and Temporary Abdominal Closure Techniques in Non-trauma Patients. World J Surg, 39, 912–925.
- Báez S, Juárez J, Navarro F. (2016). Reintervenciones quirúrgicas abdominales no planeadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Puebla. Gac Med Mex, 152, 508 - 515.
- Bannura Guillermo, Cumsille Miguel, Barrera Alejandro, Contreras Jaime, Melo Carlos, Soto Daniel, Mansilla Juan. (2006 Octubre). Factores asociados a la dehiscencia clínica de una anastomosis intestinal grapada: análisis multivariado de 610 pacientes consecutivos. Revista Chilena de Cirugía, 58, 341-346.
- Bautista M, Peña S. (2012). Reintervención quirúrgica abdominal en pacientes en cuidados intensivos. Rev Med Hered, 23, 271-273.
- Camacho J., Mascareño S. (2013). Cirugía de control de daños: una revisión. Gaceta Médica de México, 149, 61-72.
- Flores C, Vojvodic I, Lombardi I. (2004). Factores asociados a la mortalidad postoperatoria luego de cirugía por adenocarcinoma gástrico en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Rev. Gastroenterol. Peru, 24, 212 - 222.
- Fraga Y, López E, Concepción L. (2013). Re intervenciones quirúrgicas abdominales. Revista De Ciencias Médicas. La Habana, 19, 325-336.
- Garcia M, Gil L, Perez R. (2005). Reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Rev Cubana Med Milit, 34, 1 - 7.
- García M. (2011). Relaparotomía Programada. Evaluación de resultados en el tratamiento de la Peritonitis Severa. 07 enero 2018, de Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre Sitio web: <http://files.sld.cu/cirured/files/2012/09/relaparotomia-programada.pdf>

adultos mayores sometidos a cirugía abdominal de urgencia. Rev Colomb Cir, 29, 78-92.

Gilsanz, F. (2004). *Sepsis en el paciente quirúrgico*. Barcelona, España: Glosa.

Gonzales J, Diaz P. (2017). Características Epidemiológicas Clínicas y Quirúrgicas de Pacientes sometidos a Relaparatomía, en el Hospital BVase Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo 2014 - 2016. 14 enero 2018, de Universidad Pedro Ruiz Gallo Sitio web: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/926>

Gurusamy K, Davidson B. (2015). Management and treatment options for patients with open abdomen. CPD surgical care, 30, 1 - 10.

Haluk R, Erdinc K, Haldun K. (2006). Urgent Abdominal Re-Explorations. World Journal of Emergency Surgery, 1, 1 - 6.

Harbrecht P, Garrison N, Fry D. (1983). Early Urgent Relaparotomy. Arch Surg, 119, 1 - 6.

Huaman N. (2002). Relaparotomias en Cirugía Abdominal en el Hospital Nacional Hipolito Unanue Enero 1999 a diciembre del 2001. 10 enero 2018, de Universidad Nacional Mayor de San Marcos Sitio web: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1825>

Iñaguazo D, Astudillo M., (2009). Abdomen abierto en la sepsis intraabdominal severa. ¿Una indicación beneficiosa?. Revista Chilena de Cirugía, (61), 294-300.

Kirkpatrick A, Roberts D, Faris P. (2015). Active Negative Pressure Peritoneal Therapy After Abbreviated Laparotomy. Annals of Surgery, 262, 38 - 46.

Koirala R, Shakya V, Khania S. (2012). Redo-laparotomies: reasons, morbidity and outcome. Nepal Med Coll J, 14, 107-110.

Krause R. (1987). Reintervention in Abdominal Surgery. World Journal of Surgery, 11, 226-232.

La Rosa Y, Matos M, Rodríguez Z. (2017). Características de las re intervenciones en un servicio de cirugía general. MEDISAN, 21, 187-196.

León S, Juárez J, Navarro F, Heredia M, Quintero J. (2016). Reintervenciones quirúrgicas abdominales no planeadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Puebla. Gac Med Mex, 52, 08-15.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

- Le Vay, D. (2004). Anatomía y Fisiología Humana. Barcelona, España: Paidotribo
- Lombardo T, Morejón C, Lombardo J. (2009). Aplicación del índice predictivo de reintervención abdominal en el diagnóstico de complicaciones infecciosas intraabdominales. 12 enero 2018, de Rev Cub Med Mil Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000100002
- Manterola C., Urrutia S.. (2014). Complicaciones de la cirugía del intestino delgado. Int. J. Med. Surg. Sci, 1(1), 31-40.
- Martínez R, Gutiérrez R. (2013). Re intervención quirúrgica abdominal del Hospital de concentración Satélite del ISSEMyM. 15 enero 2018, de Universidad Autónoma del Estado de México Sitio web: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14083>
- Matos M, Gousse W, Rodríguez Z. (2013). Caracterización de las re intervenciones en cirugía general. MEDISAN, 17, 890-902.
- Mefire C, Masso P, Pagbe P. (2009). Réinterventions de chirurgie abdominale en milieu défavorisé : indications et suites opératoires. Journal de Chirurgie, 146, 387—391.
- Mendiola A, Sánchez H, García A, Del Castillo M y Rojas J. (2012). Causas de re intervenciones quirúrgicas por complicaciones postoperatorias en pacientes de una unidad de cuidados intensivos quirúrgicos sometidos a cirugía abdominal. Rev Med Hered, 23, 107-110.
- Meza, María. (2015). Hipertension Intraabdominal y síndrome compartimental abdominal. Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica, 615, 355-359.
- Norkys M, Rodríguez R, Sosa O. (2007). Factores de riesgo relacionados con las relaparotomías después de cirugía gastrointestinal. 15 enero 2018, de Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" Sitio web: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol37_1_08/mil05108.htm
- Patel H, Patel P, Shah D. (2017). Relaparotomy in general surgery department of tertiary care hospital of Western India. Patel H et al. Int Surg J., 4, 344-347.
- Pérez J, Vázquez M, Ramírez R, López F. (2017). Reintervenciones abdominales: prevalencia en cirugías electivas y urgencias. Cirugía y Cirujanos, 85, 109 - 113.

- Prabhu S, Rajveer A, Ashok K. (2017). Relaparotomy : Analysis of 50 Cases And Review of Literature. Open Access Journal of Surgery, 2, 1 – 13.
- Rodríguez C, Arce C, Samaniego C. (2014). Peritonitis aguda secundaria. Causas, tratamiento, pronóstico y mortalidad. Cir. Parag, 38, 18-21.
- Rodríguez F, La Rosa A, Modesto E. (2017). Factores asociados a la mortalidad en las reintervenciones quirúrgicas. Revista Cubana de Cirugía, 56, 1-13.
- Rodríguez M. (2012). El dilema de re intervenir a un paciente críticamente enfermo. Rev Med Hered, 23, 1-3.
- Rodríguez Z, Gousse W, Matos M, Romero L, Mustelier H. (2012). Mortalidad y re intervenciones en cirugía general. MEDISAN, 16, 1676-1689.
- Rosales Y, Martínez D, Pérez C, Pérez M, Hernández Y. (2015). Re intervención por sepsis en cirugía abdominal. Multimed, 19, 1-25.
- Ruler O, Mahler C, Boer K. (2007). Comparison of On-Demand vs Planned Relaparotomy Strategy in Patients With Severe Peritonitis. American Medical Association, 298, 1 - 9.
- Salirrosas F. (2013). . Factores de riesgo de morbilidad postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía de urgencia por patología herniaria de pared abdominal. 15 enero 2018, de Universidad Nacional de Trujillo Sitio web: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/327>.
- Scriba M, Laing G, Bruce J. (2015). Repeat laparotomy in a developing world tertiary level surgical service. The American Journal of Surgery, 210, 755-758.
- Scriba M, Laing G, Bruce J. (2016). The Role of Planned and On-Demand Relaparotomy in the Developing World. World J Surg, 13, 1 – 7.
- Sierra L. (2004). Contribución al estudio de la cirugía abdominal. Laparotomía exploradora. Revista Chilena de Cirugía, 56, 504-507.
- Sierra V. (2016). Reintervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía del hospital “Aleida Fernández Chardiet”. Revista Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 41, 1-6.
- Soto S, Oettinger O, Brousse J. (2003). Cirugía de control de daños. Enfrentamiento actual del trauma. Cuad. Cir., 17, 95 - 102.

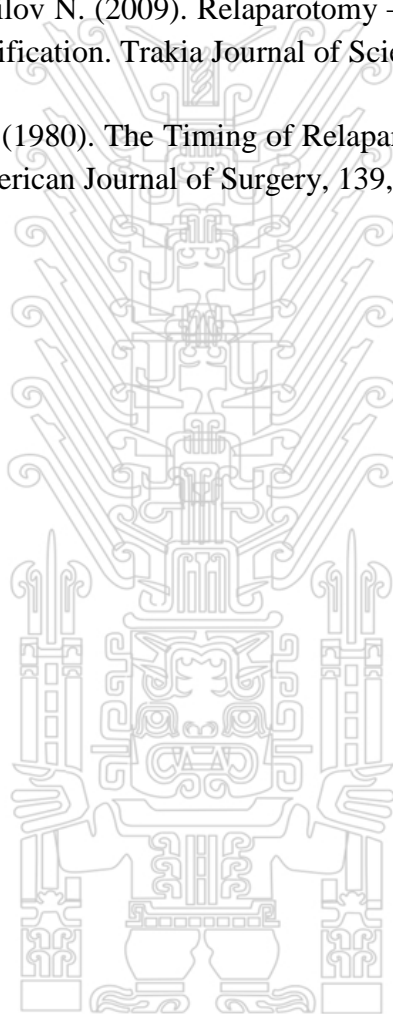
Tavares L, Andrade P, Fernández A. (2008). Abdomen abierto. Evolución en su manejo. *Cirugía y Cirujanos*, 76, 177-186.

Trastulli S, Cirocchi R, Boselli C. (2013). Planned relaparotomy versus relaparotomy on demand for treatment of secondary peritonitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1 - 5.

Valdez J, Barreras J, Mederos O. (2001). Reintervenciones en Cirugía General. *Rev Cubana de Cir*, 40, 201 - 204.

Yovtchev Y, Nicolov S, Stanilov N. (2009). Relaparotomy – Definition and attempt for a new clinical classification. *Trakia Journal of Sciences*, 8, 87-90.

Zer M, Dux S, Dintsman, M. (1980). The Timing of Relaparotomy and Its Influence on Prognosis. *The American Journal of Surgery*, 139, 1 - 6.



XII. ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de recolección de datos

*Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes
atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017*

Fecha: ____/____/____

Nº: _____

1. Características epidemiológicas

Edad: _____ años

Sexo: Femenino ()

Masculino ()

Comorbilidades:

Hipertensión ()

Diabetes ()

Insuficiencia renal ()

Otros: _____

2. Características clínicas

Tipo de Cirugía inicial:

Electiva () Emergencia ()

Diagnóstico de Cirugía inicial:

Apendicitis aguda ()

Colecistitis aguda ()

Hernia _____ ()

Neoplasia Maligna ()

Otras _____ ()

Tiempo de la reintervención:

< 24 horas ()

25-48 horas ()

49 -72 horas ()

> 72 horas ()

Diagnóstico de reintervención

Perforación intestinal ()

Dehiscencia ()

Necrosis ()

Absceso ()

Obstrucción Intestinal ()

Otros: _____

Condición al alta:

Vivo ()

Fallecido ()