

Relaparotomía de Urgencia

HOSPITAL MILITAR CLÍNICO-QUIRÚRGICO "MARIO MUÑOZ MONROY"
Relaparotomía de Urgencia
Urgency Re-Laparotomy (to perform another laparotomy again)

AUTORES:

Dr. Libardo Castillo Lamas. (1)
Dr. Gilberto L. Galloso Cueto. (1)
Dra. Nadieshda López Puerta. (1)
Dr. Jorge L Tellería Varela. (2)
Dr. Ahmed M Pérez Barroso. (3)

(1) Especialista de 1er Grado de Cirugía General. Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy
(2) Especialista de 1er Grado de Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy.
(3) Residente de 3er año de Cirugía General. Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo sobre las relaparotomía de urgencia en el Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy de Matanzas, que abarcó el período comprendido de enero de 1995 a diciembre del año 2002, con el objetivo de conocer la incidencia de la misma, su comportamiento según diferentes variables, sus aspectos clínicos y quirúrgicos, así como la evolución de los pacientes.

Para el estudio se tomó como universo 6500 pacientes laparotomizados en el período de estudio, la muestra quedó constituida por 131 pacientes a los cuales fue necesario reintervenir de urgencia, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas, actas del comité de intervenciones quirúrgicas, aplicando una encuesta donde se recogían los datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Entre los resultados más significativos se obtuvo un índice de relaparotomía del 2.01%, predominando las reintervenciones en aquellos pacientes que fueron operados previamente de urgencia, las peritonitis y los sangramientos postoperatorios fueron las causas principales de relaparotomía con un 50.3% y 18.3% respectivamente. La mortalidad aumenta proporcionalmente en los pacientes reintervenidos más de una vez, siendo en general de 38 pacientes para un 29 %.

DESCRIPTORES (DeCS):

LAPAROTOMÍA/contraindicaciones
LAPAROTOMIA/mortalidad
REOPERACIÓN/mortalidad
ADULTO
HUMANO

INTRODUCCIÓN

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, éstas reintervenciones tienen una incidencia del 0.5% al 15% de todas las laparotomías que se realizan en un hospital y la tasa de mortalidad global después de la relaparotomía está sobre un 40%, oscilando desde el 24% al 71%. (1,2)

Los datos antes consignados ejemplifican de forma general el problema que se presenta ante los cirujanos que deben realizar una relaparotomía. Dicho problema consiste en la prontitud con que se realice el diagnóstico que conllevará a la reintervención y la eficiencia con que se realice el mismo.

En materia de reintervención abdominal, tan grave resulta para el paciente llevarlo de nuevo al quirófano sin necesitar una nueva operación, como dejar de llevarlo porque no queremos reconocer que el paciente se ha complicado o porque erramos en el diagnóstico.

La experiencia ha demostrado que en casos de este tipo, las pruebas o exámenes complementarios, que en otras circunstancias serían necesarios, en estos casos no tienen un valor centrista, pues continúan siendo los signos y síntomas clínicos, el instrumento más eficiente para este tipo de diagnóstico, sin dejar de señalar, que en estos se experimenta una serie de alteraciones propias del postoperatorio, agravados por el precario estado general y los efectos de una complicación. (2,4) Las relaparotomías juegan un importante papel que se corresponde con la calidad de la asistencia médica y quirúrgica que brinda nuestra institución, así como la calificación científico-técnica de nuestros cirujanos, es por ello que nos decidimos a realizar un exhaustivo estudio de este indicador, para poder comparar nuestros resultados con los reportados en la literatura médica nacional e internacional.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva y prospectiva que abarcó como universo de estudio a todos los pacientes que fueron laparotomizados en el Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy en el período comprendido de enero de 1995 a diciembre del año 2002.

La muestra quedó constituida por todos los pacientes que fueron relaparotomizados de urgencia en el período antes señalado.

Los datos necesarios para nuestra investigación tales como: edad, ingreso urgente o electivo, complicación, número de reintervenciones y mortalidad entre otros fueron obtenidos por la revisión de las historias clínicas y las actas del comité de intervenciones quirúrgicas.

Para el análisis de la metodología diagnóstica y terapéutica en los casos de peritonitis se empleo la escala de ARPI (índice de reintervención en peritonitis aguda)

VARIABLES A CONSIDERAR PUNTAJE

Cirugía de Urgencia 3

Fallo Respiratorio 2

Fallo Renal 2

Íleo paralítico después de 72 hr. 4

Dolor abdominal después de 48 hr. 5

Infección de la herida 8
 Alteración de conciencia 2
 Síntomas nuevos después del 4to día 6

Sumatoria:

1-10 puntos: Observación, si persisten, realizar estudios especiales: RX de tórax, US, TAC. Valorar datos clínicos y complementarios.

11-15 puntos: Estudios especiales: Positivos-reintervención, negativos-observación.

16-20 puntos: Estudios especiales para localizar el foco séptico para reintervenir.

Más de 20 puntos: Reintervención.

Los datos obtenidos se muestran para su análisis y discusión

RESULTADO

En nuestra serie se realizaron 6500 laparotomías, siendo necesario reintervenir por diferentes causas un total de 131 pacientes, resultando un índice de relaparotomía de un 2.01 %. Predominaron las reintervenciones en operaciones urgentes con un total de 81 (61.8 %) sobre las realizadas en forma electiva con 50 pacientes (38.1 %).

Las principales complicaciones presentadas en nuestro estudio que requirieron una relaparotomía de urgencia fueron en primer lugar las peritonitis con un total de 66 pacientes para un 50.3 %, siguiéndole los sangramientos postoperatorios con 24 para un 18.3 %, otras causas de reoperación fueron: evisceraciones 13 (9.9 %), sangramientos digestivos altos 11 (8.3 %), oclusión intestinal 10 (7.6 %), relaparotomías blancas 7 (5.3 %)

Tabla I
 Complicaciones que motivaron la Relaparotomía.

Complicaciones	# de Reintervenidos	%
.- Peritonitis difusa.	41	31.0
.- Peritonitis localizada.	25	19.0
.- Hemoperitoneo.	24	18.3
.- Evisceraciones.	13	9.9
.- Relaparotomía blanca.	7	5.3
.- S D A.	11	8.3
.- Oclusión Intestinal.	10	7.6
.- TOTAL	131	100

Fuente : Formulario. Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy, 1995-2002

Diferentes métodos se han empleado para decidir el momento de la reintervención por peritonitis aguda, en nuestro trabajo empleamos la escala de ARPI, de un total de 66 pacientes reintervenidos obtuvimos un diagnóstico correcto en 59 pacientes para un 89.3 %, mientras que en 7 (10.6 %) fueron relaparotomías blancas.

Tabla II
Escala de ARPI en la Peritonitis Aguda.

Grupo de Pacientes.	# de Pacientes	Relaparotomía Positiva		Relaparotomía Blanca	
		#	%	#	%
.- Grupo I (1 - 10 puntos)	20	13	65	7	35
.- Grupo II (11 - 15 puntos)	10	10	100	-	-
.- Grupo III (16 - 20 puntos)	22	22	100	-	-
.- Grupo IV (+20)	14	14	100	-	-
.- TOTAL	66	59	89.3	7	10.6

Fuente: Formulario. Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy 1995-2002.

La mortalidad quirúrgica según el número de reintervenciones fue la siguiente: con una, 99 pacientes (75.5 %) fallecieron 17 (17.1%), con dos o más un total de 32 pacientes (24.4 %) fallecieron 21 (65.6%), y la mortalidad general fue de 38 pacientes para un 29.0 %.

Tabla III
Mortalidad según número de reintervenciones.

Número de Operaciones	Casos Reintervenidos		Fallecidos	
	#	%	#	%
Una.	99	75.5	17	17.1
Dos o más.	32	24.4	21	65.6
TOTAL	131	100	38	29.0

Fuente: Formulario. Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy, 1995-2002.

Las principales causas de muerte fueron la disfunción múltiple de órganos 21 (55.2 %) Shock hipovolémico 9 (23.6 %) y de causas cardiorrespiratoria 8 (21.0 %).

Tabla IV
Principales causas de muerte.

Causas de Muerte.	# de Pacientes	%
.- Fallo múltiple de órganos.	21	55.2
.- Hipovolemia.	9	23.6
.- Cardiorrespiratoria.	8	21.0

Fuente: Formulario. Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy, 1995-2002.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados son similares a los reportados por Fernández Rodríguez con un índice de reintervenciones del 3 % con predominio de las relaparotomías en

operaciones urgentes 65 %, con un 35 % realizados en forma electiva. Giralt León informa un 75% en las operaciones urgentes y 25 % en las electivas, Cuellar Valdéz, en ese orden un 82 % y 18 % con un índice de relaparotomía del 4 %. (1-3)

La incorporación de la relaparotomía en sus diferentes variantes ha mejorado significativamente la mortalidad en la peritonitis aguda. Nuestros resultados empleando el método de relaparotomía a demanda fue de 31.8 % de mortalidad, comparables con series como Lomidze y Col con 39 %; Makarova un 35.4 %, Seiler 30%, Bosscha 42 %, así como Koperna y Askerkhanov un 50.6 % y 21.0 % respectivamente. (5-10)

La eficiencia del empleo de la escala de ARPI en nuestro estudio fue satisfactoria, hubo 7 relaparotomía blanca (10.6 %) debido a que se ponderó con más efectividad los resultados complementarios, que los síntomas y signos clínicos fundamentalmente en el grupo I. En la literatura se reporta otros métodos con iguales resultados, Montravers y Col, el algoritmo desarrollado le disminuyó el error de 25.2 % a un 2.4 % y la mortalidad de 21 % a 16.6 %. (11)

En las relaparotomías en general y fundamentalmente por peritonitis y hemorragias digestivas altas existe una relación directamente proporcional entre el número de reintervenciones y el tiempo de demora después de la primera operación con el aumento de la mortalidad. Rodríguez Ramírez y Col coinciden que después de 48 horas de retraso en la primera relaparotomía, así como la realización de más de una, tiene un incremento en la mortalidad, reportando un 70 % en casos de más de una intervención en las peritonitis secundaria, mientras que Taruselli y Col señalaron una mortalidad del 40 % en los reintervenidos por sangramientos digestivos altos. (12,13)

La principal causa de muerte fue la disfunción múltiple de órganos, similar a los resultados señalados por Pomata y Galoso con 48 % y 41 % respectivamente. (14,15)

Podemos concluir que el estudio de las relaparotomías es un importante indicador de calidad en la asistencia quirúrgica que brindamos a nuestros pacientes, obtuvimos un índices de reintervención del 2.01 %, en las operaciones urgentes se realizaron el mayor número de relaparotomías (61.8 %), las peritonitis fueron la principal causa de reintervención con un 50.3 %, la escala de ARPI, demostró ser una buena metodología para valorar el momento de la reintervención con un 89.3 % de positividad. La mortalidad es directamente proporcional al incremento del número de relaparotomías así como a la demora en más de 48 horas de la primera intervención, siendo la disfunción múltiple de órganos la principal causa de muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Rodríguez W. Reintervenciones abdominales. La Habana: Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto ; 1997.
2. Giralt León A. Relaparotomía en pacientes graves. La Habana: Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto; 1997.
3. Cuellar Valdez C. Relaparotomías. Santiago de Cuba: Hospital Provincial Saturnino Lora; 1999.
4. Sánchez Gómez L. Peritonitis Difusa. C de La Habana: Hospital Hermanos Ameijeiras; 1999.
5. Lomidze NB, Akhmeteli TI .Combined treatment of acute diffuse peritonitis. Khirurgiia (Mosk) 1999; (7): 12-5.

6. Makarova NP, Kirshina OV. Laparostomy in treatment of diffuse peritonitis. *Khirurgiia (Mosk)* 2000; (3): 30-2.
7. Seiler CA, Brugger L, Forssmann U, Baer HQ, Buchler MW. Conservative Surgical Treatment of diffuse Peritonitis. *Surgery* 2000 Feb; 127 (2) 178-84.
8. Bosschak K, Hulstaert PF, Visser MR, Van Vroonhoven TJ, Van Der Werken C. Open Management of the Abdomen and Planned reoperations in severe bacterial peritonitis. *Eur j burg* 2000 Jan; 166 (1): 44-9.
9. Koperna T, Schulzf F: Relaparotomy in peritonitis: Prognosis and treatment of patients with persisting intra abdominal Infection. *World j burg* 2000 Jan, 24 (1): 37-43.
10. Askerkhanov GR, Guseinov A G, Zagirov VZ, Sultanov Sha. Programmed Relaparotomy in peritonitis. *Khirurgiia (Mosk)* 2000; (8): 20-3.
11. Montravers P, Lepers S, Popesco D. Postoperative Management Critical Care Intra-abdominal Infection after Surgical Intervention. *World j burg* 2000 Jan; 24 (1): 50-4.
12. Rodríguez Ramírez R, Peña Acaño M J, Blanco Mila A, González Rondon P, Puertos Álvarez J, Goderich Lalan JM. Relaparotomía de urgencia por peritonitis Secundaria. *Rev cuba cir* 1999; 38 (2): 79-83.
13. Taruselli R, Almeida I, Morelli R. Hemorragias digestivas altas graves. Montevideo, Uruguay: Hospital Pasteur Facultad de Medicina; 2002.
14. Pomata M, Vargiu N, Martinasciol L, Licheri S, Zonza C, Pisano G. Our Experiencie in the Diagnosis and treatment of diffuse Peritonitis. *G Chir* 2000 May; 23 (5): 193-8.
15. Galloso A, Cueto GL. Técnica del abdomen abierto en la peritonitis difusa aguda. Matanzas; Cuba :Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy; 1996.

SUMMARY

A descriptive study on re-laparotomy of emergency was carried out at Matanzas Province Mario Muñoz Monroy Military Hospital that included the period from January 1995 to december 2002, with the objective to know the incidence of the same, its behavior according to different variables, its clinical and surgical aspects, as well as patient evolutions. A universe of 6500 laparotomized patients was taken for the study during the before-mentioned period, the sample was finally made up by 131 patients to whom it was necessary to urgently re-intervene. Data was obtained from clinical histories, records from the surgical intervention committee, and a survey torch place where the necessary data was recollected for the fulfillment of proposed goals.

Among the most significant results a 2,01% of re-laparotomy index was obtained, predominating the reinterventions in those patients who werw previously operated of emergency Peritonitis and post-operative bleeding werw the main causes of re-laparotomy with a 50,3% and 18,3% respectively. Mortality increases proportionally in patients reintervened more than once, being in general 38 patients or 29 %.