

## El dilema de las reintervenciones quirúrgicas

### The dilemma of surgical reinterventions

Yanet La Rosa Armero<sup>1\*</sup>

Zenén Rodríguez Fernández<sup>1</sup>

Modesto Elmer Matos Tamayo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Provincial Docente “Saturnino Lora”. Santiago de Cuba, Cuba.

\*Autor de correspondencia: Correo electrónico: [zenen.rodriguez@infomed.sld.cu](mailto:zenen.rodriguez@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** En la actualidad, la diversidad de criterios relacionados con las reintervenciones quirúrgicas constituyen un verdadero problema científico, por cuanto, resulta de gran importancia profundizar en torno a los principales aspectos cognoscitivos relacionados con este tema a fin de elevar la calidad asistencial y, con esa premisa, el índice de supervivencia, sobre todo en la población envejecida como grupo vulnerable.

**Objetivos:** Identificar los factores que permitan reconocer las condiciones modificables que disminuyan las complicaciones y fallecimientos de los enfermos tributarios de un nuevo tratamiento quirúrgico para salir adelante y sobrevivir.

**Métodos:** Revisión digital de publicaciones actualizadas en español e inglés en bases de datos: Google, Redalyc, PubMed, Medline, Lilacs, Elsevier.

**Resultados:** Las complicaciones posquirúrgicas y las que requieren una reintervención en particular son de origen multifactorial. No existe una definición y una clasificación estandarizada de las complicaciones posquirúrgicas para notificarlas. Las más utilizadas son las objetivas de “Clavien Dindo” y “Accordeon”, basadas en la estratificación del tratamiento requerido, el riesgo y gravedad.

**Conclusiones:** A pesar de que el gran avance tecnológico actual en los métodos diagnósticos y terapéuticos ha permitido que los pacientes con complicaciones posquirúrgicas sean reintervenidos con mayor seguridad, la morbilidad y la mortalidad a causa de estas continúan elevadas.

**Palabras clave:** reintervención; diagnóstico operatorio; complicaciones posoperatorias; clasificación; morbilidad mortalidad; atención secundaria de salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** Nowadays, the diverse criteria related to surgical reinterventions are a real scientific problem since it is very important to delve into the main cognitive aspects associated to this topic in order to raise the quality of medical assistance and thus the survival index in the old population as a vulnerable group.

**Objectives:** To identify the factors that allow recognizing the modifiable conditions that lead to less complications and deaths of patients undergoing a new surgical treatment.

**Methods:** Search of updated publications in English and Spanish made in Goggle, Redalyc, PubMed, Medline, Lilacs and Elsevier databases.

**Results:** The postsurgical complications and those requiring surgical reintervention in particular are of multifactorial origin. There is neither one single definition nor one standardized classification of the postsurgical complications to notify them. The most used objective classifications are *Claven Dindo* and *Accordeon*, based on the stratification of the required treatment, the risk and the severity.

**Conclusions:** In spite of the fact that the great technological advances in the diagnostic and therapeutic methods have allowed the reoperation of complicated patients with higher margin of safety, morbidity and mortality caused by such complications are still high.

**Keywords:** surgical reintervention, operative diagnosis, preoperative complications, classification; morbidity and mortality, secondary health care.

Recibido: 4/6/2018

Aceptado: 31/7/2018

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera que el resultado de la atención médica es bueno cuando el paciente recibe un diagnóstico correcto y los servicios terapéuticos le conducen a un estado de salud óptimo.<sup>(1)</sup>

El estudio de los acontecimientos adversos en cirugía (reingresos, complicaciones posoperatorias, reintervenciones, mortalidad, entre otros) tiene tres implicaciones: a) conocer la morbilidad y mortalidad; de enfermedades o procedimientos con finalidades clínicas o epidemiológicas; b) evaluar la calidad de la atención médica asumiendo que estos acontecimientos son indicadores útiles para monitorizar la efectividad hospitalaria y, al menos, identificar centros o servicios con posibles problemas de calidad; y c) definir las características del paciente o de la intervención asociadas con un incremento en el riesgo de resultados adversos.<sup>(2,3,4)</sup>

Los efectos adversos<sup>(1)</sup> que deben centrar el interés del cirujano son los evitables o prevenibles y, por tanto, susceptibles de intervenciones dirigidas a su prevención, los que están relacionados con accidentes quirúrgicos o anestésicos, complicaciones posoperatorias inmediatas o tardías. Con el fracaso de la intervención y según su gravedad pueden ser leves, moderados y severos. Estas últimas con riesgos por el fallecimiento del enfermo.<sup>(5,6,7)</sup>

En general, se define la complicación o complejidad morbosa la coexistencia de dos o más enfermedades en un paciente, o la aparición de una nueva afección en el curso de una enfermedad.<sup>(7)</sup>

Las complicaciones posoperatorias resultan de la interacción de factores del paciente, de su enfermedad y de la atención sanitaria que recibe. Se deben al proceso morboso primario, una enfermedad médica concomitante, la respuesta individual del enfermo ante la agresión, errores en el tratamiento médico, la técnica quirúrgica o complejidad del acto operatorio, entre otras causas. Pueden minimizarse al estimar el riesgo quirúrgico, con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, aunque lo más importante es su prevención. Aun así, se describe que entre 0,5 y 15 % de las intervenciones quirúrgicas se produce una reintervención, 90 % de las cuales corresponde a pacientes operados previamente con urgencia.<sup>(8,9)</sup>

Las complicaciones posquirúrgicas se han clasificado en: de la herida operatoria (infección, hematoma, dehiscencia y evisceración); de la técnica quirúrgica (hemorragia, fístula o dehiscencia anastomótica, infección de la cavidad e iatrogenia intraoperatoria); sistémicas (infecciones respiratoria, urinaria, infarto del miocardio, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar e insuficiencias orgánicas); fracaso quirúrgico por persistencia o recurrencia de la enfermedad o de sus síntomas, cuerpos extraños y, por último, los accidentes anestésicos.<sup>(5,6,10,11)</sup>

Actualmente, la cirugía se ha perfeccionado con el desarrollo de modernas técnicas anestésicas, métodos de antisepsia, antimicrobianos cada vez más potentes, perfeccionamiento de las salas de cuidados intensivos y la introducción de avances tecnológicos. Sin embargo, todavía en los pacientes operados surgen complicaciones que requieren una reintervención temprana, situaciones que deciden sobre la vida de estos afectados y alteran de manera significativa la morbilidad y mortalidad quirúrgicas.<sup>(1,2,3,12)</sup>

En la actualidad, la diversidad de criterios relacionados con las reintervenciones quirúrgicas constituyen un verdadero problema científico, por cuanto, resulta de gran importancia profundizar en torno a los principales aspectos cognoscitivos relacionados con este tema a fin de elevar la calidad asistencial y, con esa premisa, el índice de supervivencia, sobre todo en la población envejecida como grupo vulnerable.

Todo ello justifica la revisión actualizada de este tema con el objetivo de identificar los factores que permitan reconocer las condiciones modificables que disminuyan las complicaciones y fallecimientos de los enfermos tributarios de un nuevo tratamiento quirúrgico para salir adelante y sobrevivir.

El método utilizado fue la revisión digital de publicaciones de la presente centuria sobre el tema, en español e inglés, en bases de datos: Google, Redalyc, PubMed, Medline, Lilacs, Scielo y las palabras clave: reintervención, diagnóstico operatorio, complicaciones posoperatorias, clasificación, morbilidad, mortalidad.

## DESARROLLO

### Clasificación actual de las complicaciones posoperatorias

En Estados Unidos existen amplias bases de datos, como el programa nacional para mejorar la calidad en cirugía “*National Surgical Quality Improvement Program*” (NSQIP), a fin de registrar los resultados de los procedimientos quirúrgicos, evaluar la calidad de los hospitales y el rendimiento de la cirugía.<sup>(6)</sup>

El riesgo que tiene un paciente de tener complicaciones en el posoperatorio puede establecerse de una manera subjetiva (según grados como propone la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), o de forma intuitiva con la ayuda de una Escala Visual Analógica (EVA) o por sistemas objetivos de puntuación.<sup>(7)</sup>

Los sistemas de evaluación del riesgo quirúrgico estiman la posibilidad de desarrollar complicaciones posoperatorias para un paciente determinado o una población concreta. Estas escalas se pueden clasificar en tres categorías<sup>(6)</sup>

1. Sistemas genéricos como la escala POSSUM (*Physiological and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity*), que mide la gravedad fisiológica y quirúrgica para la evaluación de morbilidad y mortalidad.
2. Escalas específicas para una clase de morbilidad, como son los índices *Goldman* y *Detsky* (para complicaciones cardíacas).
3. Escalas relacionadas con afecciones o enfermedades determinadas, como APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*).

Cualquier evaluación de los resultados de las intervenciones quirúrgicas seguirá siendo poco útil a menos que haya un método común para notificar las complicaciones posoperatorias. La falta de estandarización dificulta en gran medida el análisis de la literatura médica existente sobre cirugía. La necesidad de utilizar una definición y una clasificación estandarizada de las complicaciones, se pone de manifiesto particularmente cuando los índices de segundas intervenciones son comparables. Esto implica que las diferentes definiciones de las complicaciones posoperatorias son las causantes de la discrepancia en los resultados informados más que diferencias reales en la calidad de la operación.

Otro elemento importante ha sido catalogar y así poder comparar la gravedad de las complicaciones. Desde hace dos décadas se han realizado intentos muy completos para poder tener una graduación ascendente, entendiendo que la complicación más grave es la muerte del paciente. El primer intento se debió a *Clavien*, quien en 1992 propuso una estratificación de la gravedad de las complicaciones, la que fue mejorada por *Dindo*, dando lugar a la clasificación de *Clavien-Dindo* (2004).<sup>(5,6)</sup>

El principio básico de esta clasificación es el tratamiento requerido para corregir la complicación. Este enfoque limita la posibilidad de una interpretación subjetiva y es muy útil para realizar análisis retrospectivos en los que las complicaciones pueden no estar descritas en detalle, pero donde normalmente hay documentación disponible sobre las pruebas de diagnóstico y el tratamiento realizados.

Otra razón para incluir procedimientos terapéuticos en una clasificación de complicaciones es el hecho de que pueden inducir a una mayor morbilidad y, por tanto, contribuir a la gravedad de la complicación. La fiabilidad de esta clasificación puede demostrarse mediante su correlación con la prolongación de la estancia en el hospital y el riesgo preoperatorio.<sup>(5)</sup> Por cuanto, se considera objetiva y ha demostrado que puede reproducirse según aportó una encuesta internacional en la que participaron 144 cirujanos.<sup>(6)</sup>

Otras clasificaciones según gravedad de las complicaciones son la de Martín, del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* de Nueva York y el sistema *Accordion* propuesto por *Strasberg* en 2009.<sup>(7)</sup> Todos los sistemas referidos se basan en el tratamiento que estas demandan. Así, las leves se resuelven en la misma cama del enfermo y requieren procedimientos invasivos menores, algunos catéteres o sondas, diuréticos y antieméticos, entre otros. Las de gravedad moderada requieren antibióticos, transfusiones o apoyo nutricional parenteral. En cambio, las complicaciones graves conllevan una reintervención quirúrgica o algún procedimiento invasivo imaginológico o endoscópico. Las clasificaciones de *Clavien Dindo*<sup>(5,6)</sup> y *Accordion*<sup>(7)</sup> son las más utilizadas en la práctica clínica.

Como conclusión, las clasificaciones en cirugía son necesarias para facilitar la evaluación e interpretación de los resultados. Sin embargo, para que resulten de utilidad en la práctica clínica, han de ser objetivas y fáciles de usar, por cuanto, deben impedir la interpretación subjetiva, tanto de los factores de riesgo como de la gravedad de las complicaciones posoperatorias, de manera que sean comparables.

Sólo los resultados objetivos, ajustados al riesgo y estandarizados, permiten analizar el trabajo diario y evaluar las prácticas clínicas comunes; sin este enfoque, la evaluación de la calidad en cirugía no ayudaría a alcanzar su objetivo: mayor calidad a un menor costo.

### **Factores que generan una complicación posquirúrgica**

Son muchos los factores que pueden incidir en una complicación: un cirujano con poca experiencia, poco liderazgo durante la intervención, exceso de confianza o fatiga del equipo quirúrgico sobre todo en cirugía de urgencia y en la nocturnidad, protocolos de procedimientos inadecuados, equipo e instrumental no idóneo para el procedimiento que se desea realizar o para las circunstancias que se estén presentando por los hallazgos durante la operación, y una de las más comunes, que es la inadecuada selección del paciente para el procedimiento indicado.<sup>(8,9,12,13)</sup>

Es difícil establecer un diagnóstico certero en el período posquirúrgico inmediato a una laparotomía a causa del dolor de la incisión y la irritación peritoneal. A ello se añade los efectos de la anestesia que disminuyen no solo el dolor, sino también las reacciones secundarias a la hipovolemia y la hipoxia.<sup>(14,15)</sup>

Desde épocas remotas, la aparición de complicaciones sépticas ha constituido un problema de difícil solución, habida cuenta de que las reservas fisiológicas del afectado están atenuadas y las complicaciones pueden pasar inadvertidas.<sup>(16,17)</sup>

En las enfermedades quirúrgicas, la preparación del paciente es fundamental, especialmente si es tributario de un plan terapéutico urgente. La corrección de los desequilibrios

hidroelectrolítico y ácido-básico, los trastornos de la coagulación y la profilaxis o tratamiento antibiótico, son factores importantes para prevenir futuras complicaciones sistémicas, aunque la reintervención del enfermo se considera, independiente de la causa que la justifique, la principal complicación de la técnica quirúrgica, puesto que uno de los principios fundamentales de la cirugía es la solución intraoperatoria de cualquier problema en relación con el diagnóstico e incluso con el propio tratamiento.<sup>(8,9,14,15)</sup>

Obviamente, las reintervenciones se relacionan con complicaciones resultado de la progresión de la enfermedad, hallazgos operatorios, condiciones locales y generales del paciente. Además de que ocasionalmente ocurren errores tanto en la táctica como en la técnica operatoria, lo que se conoce como iatrogenia.<sup>(10,11)</sup>

### ¿Cuándo reintervenir?

La reintervención se define como la realización de una nueva operación a causa del fracaso de la anterior por no cumplir el objetivo propuesto, aparición de complicaciones o diagnóstico de iatrogenias.<sup>(3,5)</sup>

Nunca se ha podido identificar claramente las variables que pueden aumentar el riesgo de un paciente al ser sometido a una reintervención quirúrgica y, por consiguiente, no es posible establecer un criterio uniforme para estandarizar la conducta que se debe seguir con los enfermos susceptibles a esta y condicionar una amplia variedad de secuelas posquirúrgicas.<sup>(7,18)</sup>

La experiencia ha demostrado que en casos de reintervención, los estudios complementarios no tienen un valor primordial, pues continúan siendo los signos y síntomas clínicos el instrumento más eficiente para este diagnóstico, por tales razones, adquiere cada vez mayor importancia la valoración clínica minuciosa ante la cama del paciente y no la excesiva confianza en los exámenes por imágenes o de otro tipo. La función del médico no ha dejado de ser aún más trascendente que la de los sistemas de monitoreo y diagnóstico que rodean al afectado.<sup>(14,15)</sup>

Los síntomas y signos clínicos que evidencian una sepsis intrabdominal son la expresión de la agresión al organismo por microorganismos patógenos con aumento de la virulencia y disminución de mecanismos defensivos; la sepsis peritoneal se acompaña de signos, con una respuesta hipodinámica como elevación de la temperatura  $> 38^{\circ} \text{C}$ , taquicardia  $> 120$  latidos p/min, polipnea  $> 30$  respiraciones p/min, disminución del gasto cardíaco, entre otros. Entre las alteraciones humorales se describen: Pa  $\text{CO}_2 < 32$  mm Hg, leucograma  $> 12\ 000$  leucocitos/ $\text{mm}^3$  o  $< 4000$  o más de 10 % de neutrófilos inmaduros sin causas conocidas, así como cifras de glicemia y creatinina elevadas.<sup>(14)</sup>

Los hallazgos imaginológicos constituyen un elemento importante para el diagnóstico de sepsis intrabdominal, entre los que figuran las radiografías simples de abdomen, cuyas alteraciones deben conllevar a estudios más precisos como la ecografía y sobre todo la tomografía axial computarizada. Sin embargo, ninguno supera los elementos clínicos identificados como factores predictores para la realización de una relaparotomía, por cuanto, la asociación de criterios clínicos, humorales e imaginológicos para tomar la decisión de la reintervención quirúrgica en las peritonitis sigue siendo hoy día la más empleada.<sup>(14,15)</sup>



El Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) debe sospecharse en aquellos pacientes con un abdomen tenso, distendido, con Presión Intrabdominal (PIA) elevada, signos de bajo gasto cardíaco, aumento de la presión en la aurícula derecha y de la presión capilar pulmonar, hipoperfusión hepática, acidosis metabólica y láctica, oligoanuria, hipoperfusión esplácnica por tonometría gástrica, aumento del trabajo respiratorio y de la presión pico, hipoxemia progresiva e hipercapnia en pacientes ventilados mecánicamente.<sup>(19,20,21)</sup>

El SCA es una de las complicaciones intrabdominales más temibles, se produce por efecto de la elevación de la PIA. Otras, como las infecciosas, también la incrementan por edema de las asas intestinales y aumento del contenido abdominal provocado por la trasudación capilar durante la respuesta inflamatoria.<sup>(17,20)</sup>

*Koplin* y otros<sup>(19)</sup> afirman que existen evidencias de la asociación entre el incremento de la PIA y la presencia de complicaciones que requieren una relaparotomía. Por su parte, *Cheatham* y *Safcsak*<sup>(20)</sup> aseguran que una elevación progresiva de la PIA es un signo de alarma que motive a la búsqueda de otras evidencias de complicaciones dentro el abdomen, o por lo menos, a una reevaluación más frecuente del enfermo. La descompresión quirúrgica se debe considerar con presiones mayores de 25 mm Hg, aún sin evidencia clínica del SCA.

Está bien documentado que el aumento del tiempo entre la intervención inicial y la primera reintervención, el número creciente de reintervenciones y el aumento de la PIA por encima de los valores normales incrementa directamente la mortalidad por las consecuencias del SCA.<sup>(20,21)</sup>

La decisión de reoperar es crítica, y la actitud del cirujano es básica en este proceso importante de toma de decisiones. En este sentido *Andar* y otros,<sup>(11)</sup> encontraron en un servicio quirúrgico, que cerca de 10 % de las complicaciones posoperatorias graves y con amenaza para la vida eran iatrogénicas. Por su parte, *Valdés Jiménez* y otros<sup>(22)</sup> señalan que la segunda decisión más difícil en cirugía es cuándo operar; pero la primera, cuándo reintervenir.

Una reoperación ocasiona un nuevo traumatismo y desequilibrio de los mecanismos homeostáticos del paciente que condiciona mayores posibilidades para presentar complicaciones que aumenten la mortalidad. La necesidad de una reintervención presupone alguna complicación en el período posoperatorio inmediato o alguna lesión inadvertida durante el acto quirúrgico. Una reintervención oportuna, a pesar de los progresos de la terapéutica actual, corrobora el pensamiento de que "es mejor mirar y ver, que esperar para ver".<sup>(18,23)</sup>

## Relaparotomía

Se entiende por relaparotomía a la reintervención realizada sobre cualquiera de los órganos de la cavidad abdominal en los primeros treinta días de una operación inicial a causa de la complicación de ésta. Debe reservarse para el tratamiento de complicaciones graves y se plantea que lo más difícil no es el acto de reintervenir, sino el de decidir el momento en el cual debe de ser reoperado el paciente.

La necesidad de una relaparotomía no programada en el período posoperatorio inmediato de una cirugía abdominal representa, en la mayoría de los casos, una falla grave de la cirugía inicial y constituye una de las situaciones críticas más complejas que debe enfrentar un cirujano. La tasa de reintervenciones en cirugía abdominal fluctúa entre 2-7 %, y se asocia a una mortalidad de 36-48 %.<sup>(24,25)</sup> Algunos autores<sup>(26,27)</sup> señalan que las relaparotomías tienen una incidencia de 0,5-15 % de todas las laparotomías realizadas en un hospital y la tasa de mortalidad global oscila desde 24 hasta 71 % para una media alrededor de 40 %.

Por otra parte, el objetivo de la laparotomía en la peritonitis aguda es eliminar su foco; sin embargo, entre 15 y 30 % de los casos se hace necesaria una reintervención, la cual puede ser percutánea o a través de relaparotomía, que se realizará lo antes posible para garantizar un resultado favorable.<sup>(24,25)</sup>

En la actualidad coexisten 2 grandes posibilidades para el paciente que requiere una relaparotomía. Esta puede ser programada o a demanda; la primera se decide desde la laparotomía inicial y se basa en el juicio del cirujano; la segunda, de acuerdo con la evolución posoperatoria del enfermo, el juicio clínico del cirujano especialista y el equipo médico de apoyo: el médico intensivista o emergencista.<sup>(17,18,25)</sup>

A escala mundial, la reticencia de los cirujanos al reintervenir a los pacientes que operaron ellos mismos u otros colegas, es común en las unidades de cuidados intensivos y de emergencias. Este especialista considera la reintervención como un fracaso que debe ocultar o negar, pues solo situaciones como el estado de choque hemorrágico, la sepsis incontrolable o el fallo múltiple de órganos lo convencen de la urgencia de volver a operar; eventos que, por lo general, son tardíos y disminuyen las probabilidades de supervivencia del afectado.<sup>(16)</sup>

No obstante, la mentalidad ha evolucionado desde los tímidos *second look* de los años 70, las laparotomías "programadas" de los 80, hasta las operaciones secuenciales de "control de daño" de los 90 del siglo pasado, pero aún los emergencistas e intensivistas piensan que los cirujanos están a la zaga de la comunidad médica que trata de intervenir precozmente, antes de que se inicie o en los períodos iniciales de las enfermedades y sus complicaciones, y no en el período de estado o en el terminal, cuando las reservas fisiológicas del paciente están agotadas.<sup>(21)</sup>

Entre las reflexiones hechas por algunos autores<sup>(22)</sup> sobre el tema, resaltan las siguientes: "los resultados del abstencionismo jamás llegarán a conocerse; las muertes por defectos de reintervenir jamás serán explicadas". "El disimulo es peor que la falta, cuando ello le priva al operado de una posibilidad de supervivencia". Ante un operado en peligro, el cirujano digno de este nombre no debe tener más que un objetivo: "aportar una ayuda por todos los medios, la reintervención constituye uno de estos medios".

### Datos estadísticos relevantes

La mortalidad por reintervención abdominal varía de 13 a 100 % en relación con las condiciones del enfermo, pero en aquellos sin sepsis sistémica en el momento de la reintervención es de 13 %; en los que tienen sepsis y falla múltiple de órganos, de 50 % y



en los pacientes con peritonitis difusa y falla orgánica múltiple se eleva a 100 %.<sup>(26,27)</sup> Una reintervención puede ser la única esperanza y aunque la cirugía agresiva puede traer consigo una sobrevida hasta de 52 %, <sup>(20)</sup> es mucho más desalentador que en la autopsia se encuentre evidencia de una enfermedad que requería tratamiento quirúrgico y no fue realizado.

Es importante destacar que 2 % de los pacientes laparotomizados desarrollan sepsis intraabdominal posoperatoria y 29 % de los que tienen este diagnóstico en la cirugía inicial persisten con ella;<sup>(27,28)</sup> por tanto, el reconocimiento temprano con el tratamiento oportuno es crucial para estos afectados. Los errores en el diagnóstico y control de un foco séptico abdominal pueden provocar falla orgánica múltiple, y está documentado que hay más incidencia en la disminución de la mortalidad cuando se previene su instalación que cuando se trata una vez que se manifiesta.<sup>(13,17,23)</sup> Otros factores relacionados con el aumento de la mortalidad son: edad mayor de 50 años, peritonitis en el procedimiento inicial, sepsis sistémica, desnutrición y cirrosis hepática.<sup>(25,6)</sup>

Sobre las reintervenciones se han emitido criterios diversos y controversiales, por lo que aún no se dispone de una doctrina que los unifique, ni lineamientos sobre la conducta a seguir con los pacientes que deben ser reintervenidos. Es pertinente profundizar en las particularidades de los procedimientos quirúrgicos tanto urgentes como electivos, indagar sobre el papel que juega el tipo de cirugía y las circunstancias que rodearon la reoperación y revelen su incidencia, tomar las medidas para evitar complicaciones y mejorar la evolución posoperatoria del paciente, disminuir el tiempo necesario para la reinserción laboral de los afectados, así como los gastos hospitalarios. Es necesario contar con investigaciones que identifiquen los elementos implicados en este problema con el fin de analizarlos e implantar medidas sólidas y objetivas que permitan corregir las fallas.

En la bibliografía nacional y extranjera se aborda con poca frecuencia este tema; sin embargo, en Cuba se citan tasas de reintervenciones abdominales entre 1,3 y 2,6 % en servicios de cirugía general, 10,6 % en salas de terapia intermedia de cirugía y hasta 17 % en unidades de cuidados intensivos.<sup>(13,16,22)</sup>

En estudios realizados sobre las reintervenciones en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente “Saturnino Lora” de Santiago de Cuba se concluyó que las principales causas fueron la evisceración, la dehiscencia de suturas intestinales y la peritonitis residual; la edad, el número de reoperaciones así como el tiempo transcurrido desde la operación inicial hasta la reintervención elevan la mortalidad (17,2 % y 24,5 %), la que estuvo asociada al diagnóstico quirúrgico inicial de oclusión intestinal, al choque séptico y fallo múltiple de órganos.<sup>(23,28)</sup>

## Consideraciones finales

La reintervención constituye un grave problema de origen multifactorial que compromete e inquieta directamente al cirujano y ensombrece el pronóstico del paciente operado. Los criterios de la reintervención aún son controvertidos entre cirujanos e intensivistas, sobre todo a partir del precario estado del enfermo y de la ausencia del cuadro característico de

abdomen agudo, donde poco ayudan los exámenes complementarios, por cuanto la valoración clínica es lo más trascendente, combinada con los criterios humorales e imaginológicos para tomar la decisión de reintervenir a un paciente por sepsis intrabdominal. Los hallazgos encontrados en las reintervenciones están relacionados en su mayoría con dificultades en la técnica quirúrgica inicial. El aumento del tiempo entre la intervención inicial y la primera reintervención, el número creciente de reintervenciones y el aumento de la presión intrabdominal por encima de valores normales incrementa la mortalidad, la que generalmente está asociada al choque séptico y al fallo múltiple de órganos. Mientras más precozmente se realice el diagnóstico de una complicación posoperatoria y más rápido se decida la reintervención, menores serán el número y gravedad de las complicaciones y mayor la posibilidad de sobrevida del enfermo.

## CONCLUSIONES

A pesar de que el gran avance tecnológico actual en los métodos diagnósticos y terapéuticos ha permitido que los pacientes con complicaciones posquirúrgicas sean reintervenidos con mayor seguridad, la morbilidad y la mortalidad a causa de estas continúan elevadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuschieri A. Nature of human error. Implications for surgical practice. *Ann Surg* [Internet]. 2007[citado 10 Oct 2016];244:642-8. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17060751](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17060751).
2. Martín Vega A, Zarazaga Monzón A, Rodríguez Montes JA. Monitorización de eventos adversos en un servicio de cirugía general mediante una base de datos interrelacionada. *Revista española de investigaciones quirúrgicas* [Internet]. 2015[citado 2018 May 18];18(4):164-70. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5313139>
3. Soria-Aledo V, Angel-García D, Martínez-Nicolas I, Rebas Cladera P, Cabezali Sánchez R, Pereira García LF. Desarrollo y estudio piloto de un conjunto esencial de indicadores para los servicios de cirugía general. *Cirugía Española* [Internet]. 2016[citado 2018 May 18];94(9):502-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.06.009>
4. Rodríguez Prieto I. Proyecto de gestión de un servicio de cirugía general en un hospital de nueva creación análisis del funcionamiento. Tesis. Ciencias médicas, Cirugía. Universidad Complutense de Madrid, España [Internet]. 2017 [citado 2018 May 19]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=134032>
5. Dindo D. The Clavien–Dindo Classification of Surgical Complications. In: *Treatment of Postoperative Complications after Digestive Surgery*. Springer-Verlag, London [Internet]. 2014[citado 2018 May 19]:13-17. DOI 10.1007/978-1-4471-4354-3\_3. Disponible en: [https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-1-4471-4354-3\\_3.pdf](https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-1-4471-4354-3_3.pdf)

6. Dindo D, Pierre-Alain C. Interés de las escalas de morbilidad en cirugía general. Editorial. Cirugía Española [Internet]. 2009[citado 2018 Mayo 21];86(5):269-71. Disponible en: <http://apps.wl.elsevier.es/publicaciones/item/pdf?idApp=UINPBA00004N&pii=S0009739X09004394&origen=zonadelectura&web=zonadelectura&urlApp=http://www.elsevier.es&estadoItem=S300&idiomaItem=es>
7. Espinoza GR, Espinoza G JP. Calidad en cirugía: hacia una mejor comprensión de las complicaciones quirúrgicas. Rev Méd Chile [Internet]. 2016[citado 2018 Mayo 21];144(6):752-7. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016000600010&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600010&lng=es)
8. Pérez-Guerra JA, Vázquez-Hernández M, Ramírez-Moreno R, López-García FR. Reintervenciones abdominales: prevalencia en cirugías electivas y urgencias. Cirugía y Cirujanos [Internet]. 2017[citado 2018 May 19];85(2):109-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116300536>
9. Báez León-Asdrúbal S, Juárez-de la Torre JC, Navarro-Tovar F, Heredia-Montaña M, Quintero-Cabrera JE. Reintervenciones quirúrgicas abdominales no planeadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Puebla. Gac Med Mex [Internet]. 2016[citado 2018 May 19];152:508-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gm1641.pdf>
10. Chinelli J, Olivera E, Rodríguez G. Oblitos en Cirugía. Análisis de casuística y estrategias para su prevención. Anfamed [Internet]. 2017[citado 2018 Mayo 19];4(2):21-38. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2301-12542017000200021&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542017000200021&lng=es).
11. Andar R, Bass A, Walden R. Iatrogenic complications in surgery. Five years' experience in general and vascular surgery in a University Hospital. Ann Surg [Internet]. 2007[citado 10 Oct 2015];196(6):725-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1352993/pdf/annsurg00142-0105.pdf>
12. Encalada JF, Campelos Paula, Delgado Cristian, Ventosa Guillermo, Quintana Eduardo, Sandoval Elena, et al. Reintervenciones en una Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía Cardiovascular. Cirugía Española [Internet]. 2016[citado 2018 Mayo 19];94(4):227-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.07.004>
13. Villa Valdés M, García Vega ME, Sáez Zúñiga G. Comportamiento de la reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Rev Cub Med Int Emerg [Internet]. 2010[citado 10 Oct 2015];9(4):1962-74. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9\\_4\\_10/mie08410.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_4_10/mie08410.htm)
14. Sosa Hernández R, Sánchez Portela CA, Delgado Fernández JC, Rodríguez Lorenzo S, Pastrana Román I. Parámetros clínicos humorales e imaginológicos en la reintervención por sepsis intraabdominal. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007[citado 2016 Oct 08];46(3).

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932007000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300005&lng=es)

15. García Gutiérrez AI. Exceso de base en pacientes con cirugía abdominal mayor, como factor predictivo de complicaciones. Tesis en opción por el título de Especialista en Cirugía General. Hospital Central de Maracay, Aragua, Universidad de Carabobo, Venezuela [Internet]. 2015 [citado 2018 May 19]. Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2822/1/agarcia.pdf>

16. Amador Fraga Y, López Martín E, Concepción Quiñones L. Reintervenciones quirúrgicas abdominales. Revista de Ciencias Médicas de Mayabeque [Internet]. 2013[citado 2016 Oct 8];19(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/606>

17. Rosales-Aguilar Y, Ricardo-Martínez D, Pérez-Suárez C, Pérez-Suárez M, Hernández-Paneque Y. Reintervención por sepsis en Cirugía abdominal. 2010- 2012. MULTIMED Granma [Internet]. 2016[citado 2018 May 19];19(2):153-76. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/257>

18. Castillo Lamas L, Cabrera Reyes J, Sánchez Maya ÁJ, Miranda Veitía V, Denis Delgado D. Seguridad en cirugía mayor. Experiencia de cinco años. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017[citado 2018 May 19];39(5):1033-40. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000500003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500003&lng=es). <http://eprints.ucm.es/47201/1/T39837.pdf>.

19. Koplín G, Strauchmann J, Raue W, Pratschke J, Müller. Management of Acute Secondary Peritonitis. Trauma Acute Care [Internet]. 2017[citado 2018 May 19];2(4):53-56. doi: 10.21767/2476-2105.100053. Disponible en: <http://trauma-acute-care.imedpub.com/management-of-acute-secondary-peritonitis.pdf>

20. Cheatham Michael L, Safcsak Karen. Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome in Acute Care Surgery. In: Complications in Acute Care Surgery. The Management of Difficult Clinical Scenarios. José J. Diaz and David T. Efron Editors © Springer International Publishing AG. Part of Springer Nature. [Internet]. 2017[citado 2018 May 19]:65-77. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-42376-0>

21. Cintra Pérez A, Cintra Brooks ST, Ramírez Robert R, Cintra Pérez S, de la Cruz Quintero K. Técnica de abdomen abierto en el servicio de Cirugía del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo. Rev. Inf. Cient. [Internet]. 2014[citado 2018 May 19];86(4):699-707. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1053>

22. Valdés Jiménez J, Barreras Ortega JC, Mederos Curbelo ON, Cantero Ronquillo A, Pedroso Janet. Reintervenciones en Cirugía General. Rev Cubana Cir [Internet]. 2001[citado 2016 Oct 08];40(3):201-4. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932001000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932001000300007&lng=es)

23. Domínguez-González E, Piña-Prieto L, Cisneros-Domínguez C, Oliú-Lambert H. Caracterización de la mortalidad en el servicio de Cirugía General del Hospital Saturnino

Lora, 2012. Panorama. Cuba y Salud [Internet]. 2014[citado 2018 May 18];8(3):10-4. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/13/pdf>

24. Başol Ö, Pülat H, Zihni İ, Damar S, Özçelik KÇ, Eken H, et al. Predictive factors affecting mortality in relaparotomies. Int J Clin Exp Med [Internet]. 2016[citado 2018 May 18];9(7):14656-62. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Ismail\\_Zihni/publication/308120627\\_Predictive\\_factors\\_affecting\\_mortality\\_in\\_relaparotomies/links/580df33b08ae0360753c7968.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ismail_Zihni/publication/308120627_Predictive_factors_affecting_mortality_in_relaparotomies/links/580df33b08ae0360753c7968.pdf)

25. Akkapulu N, Erol T, Tirnaksiz MB, Dogrul AB. Factors Affecting Mortality in Planned Relaparotomy Performed Patients. Acta Medica [Internet]. 2018[citado 2018 May 18];49(4):[6 p.] Disponible en: <https://actamedica.org/index.php/actamedica/article/view/258/254>

26. Hernández Ruíz A, Vinent Llorente JA, Delgado Fernández RI, Castillo Cuello JJ. Factores que influyen en la mortalidad en los pacientes graves con cirugía abdominal. Rev Cubana Cir [Internet]. 2014[citado 2016 Oct 08];53(2):134-44. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932014000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000200003&lng=es)

27. Delgado Fernández RI, Hernández Ruiz A, Castillo Cuello JJ, Hernández Varea JA, Vinent Llorente JA, Alcalde Mustelier GR. Caracterización de pacientes quirúrgicos de alto riesgo ingresados en terapia intensiva. Rev Cubana Cir [Internet]. 2014[citado 2016 Oct 11];53(4):388-96. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932014000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000400007&lng=es)

28. Matos Tamayo ME, Wendy G, Rodríguez Fernández Z. Caracterización de las reintervenciones en cirugía general. MEDISAN [Internet]. 2013[citado 12 Sep 2015];17(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000600002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000600002)