

Sepsis Abdominal, Peritonitis Iterativa - Resultados de su manejo -

Dr. Guillermo Pérez Matamoros*

Dr. Víctor Salazar Suárez**

Dr. José Oramas Pinto***

PROLOGO

Este estudio en pacientes de alto riesgo quirúrgico representa una expectativa que define conductas y establece parámetros cuando el cirujano deba decidir sobre la reintervención por Sepsis Abdominal Iterativa.

Es un reto a la ciencia médica y a la capacidad de quien se enfrenta a salvar una existencia probable de supervivencia.

Han sido manejados los pacientes de acuerdo a los adelantos con que cuenta actualmente la medicina, tanto desde el punto de vista del diagnóstico, tratamiento preoperatorio y manejo en el postoperatorio. Este trabajo ofrece los procedimientos para que se culmine con favorable reintervención.

Reiteramos que las normas, discusiones, conclusiones y recomendaciones enunciadas, permitan orientar al médico en el cuidado de los pacientes, en el convivir diario.

LOS AUTORES

* Jefe Clínica Cirúrgica, Fac. de Ciencias Médicas, U. de Gquil.

Cirujano Planta del Hospital del IESS (Machala)

Cirujano adscrito al Servicio de Proctología, Hospital Luis Vernaza.

** Jefe de Clínica Quirúrgica, Fac. de C. Médicas, U. de Gquil.

Cirujano de Planta del Hospital del IESS (Machala)

Cirujano adscrito a la Sala San Miguel, Hospital Luis Vernaza

*** Cirujano del Hospital del IESS (Babahoyo).

RESUMEN DE RESULTADOS

Se han estudiado 32 pacientes que fueron reintervenidos por diagnóstico de infección intraabdominal. Estos datos incluyen aquellos de tres y más cirugías.

En la mayoría se detectó que la causa primordial fue falta de un lavado y drenaje adecuado.

En el resto de pacientes su incidencia aumentó en proporción a las edades, pues, aquellos de más de 50 años aumentó la probabilidad, como también en quienes padecían enfermedades concomitantes y en pacientes que por diversos motivos no se alimentaban correctamente y llegaban a depauperarse.

Sin embargo, los resultados han sido satisfactorios, en comparación a la de otros autores, al obtener favorable postoperatorio con nuestras indicaciones.

II.- GENERALIDADES

II.1.- DENOMINACION

Se denomina peritonitis al proceso inflamatorio de la serosa que recubre la superficie interna de las paredes del abdomen y las vísceras intraabdominales. La respuesta del peritóneo es inespecífica independientemente de la causa que la haya producido, si éste es de origen químico, traumático o infeccioso. La gran mayoría se presenta en forma aguda y pueden ser localizadas o difusas, aunque en muchas ocasiones la extensión del proceso inflamatorio depende sólo del momento evolutivo en que se halla la infección. Atendiendo a su origen se dividen en primarias y secundarias: en las primarias no es posible reconocer ningún foco intraabdominal responsable de la infección, representan menos del 10/o del total de peritonitis y se encuentran en pacientes con síndrome nefrítico, cirróticos con ascitis, inmunodeprimidos, e inclusive en adultos sanos. Las peritonitis secundarias, se deben la mayoría a presencia de alguna otra enfermedad o alteración existente en la cavidad abdominal.

II.2.- CLASIFICACION

Hay una clasificación que divide las infecciones intraabdominales según su requerimiento:

- a) Si requieren INCISION quirúrgica extensa y drenaje.
- b) Si requieren EXCISION TISULAR.
- c) Infecciones que no ameritan intervención quirúrgica extensa pero que crean problemas en cuanto a su separación de infecciones quirúrgicas verdaderas. Se cree que esta clasificación proporciona un sistema amplio de referencia como paso inicial en el reconocimiento del espectro de infecciones de cada grupo.

Otra clasificación útil de las infecciones quirúrgicas intraabdominales, es según el germen causal o la combinación de los mismos, es la más completa pero poco es lo que ofrece para el diagnóstico clínico rápido en la selección del tratamiento apropiado.

Nosotros hemos escogido la clasificación según la terapéutica quirúrgica que nos permite:

- 1.- Obtener inmediatamente atención y superior índice de sobrevivencia con menor morbilidad.
- 2.- Limita los padecimientos que se observan con mayor frecuencia.
- 3.- Permite hacer mejor un diagnóstico diferencial.
- 4.- Permite instaurar la terapéutica apropiada.

II.3.- ETIOPATOGENIA

La infección peritoneal se produce fundamentalmente por tres mecanismos:

II.3.1.- Por interrupción de la continuidad del tracto gastrointestinal.

II.3.2.- Por contiguidad, en casos de enfermedad supurativa de algún órgano intraabdominal, y,

II.3.3.- Por contaminación externa a partir de una herida quirúrgica o traumática penetrante.

II.4.- FRECUENCIA

Las enfermedades que más frecuentemente encontramos que producen peritonitis son en orden de frecuencia:

- 1.- Falla de sutura; 11 casos
- 2.- Traumatismo abdominal; 7 casos
- 3.- Pancreatitis; 5 casos
- 4.- Colon tóxico; 3 casos
- 5.- Infarto mesentérico

CUADRO No. 1

II.5.- FISIOPATOLOGIA

El peritóneo normal ofrece una resistencia notable al desarrollo de infección de forma que para que ésta aparezca parece necesario un paso intenso y continuado de microorganismos a su interior; la presencia de ESFACELO, MATERIAS FECALES, BILIS Y SANGRE siempre facilita a la infección y PROTEGE A LAS BACTERIAS DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL HUESPED.

En asociación con la entrada de bacterias en el organismo a través de las heridas traumáticas o quirúrgicas surge un proceso inflamatorio caracterizado por trastornos de los pequeños vasos con exudación de suero y leucocitos en los tejidos intersticiales. El suero contiene un sistema opsoninas que pueden alterar las propiedades de las bacterias y hacerlas más susceptibles a la fagocitosis por neutrófilos y fagocitos mononucleares. El depósito de células fagocitarias y de opsoninas en un foco infeccioso depende de la participación activa del sistema vascular. Poco después de la lesión o de la introducción de las toxinas bacterianas se registra una alteración de la red vascular mediada por las aminas vasoactivas, sistema cinina-caliceína, y productos del complemento, lo cual produce aumento de la permeabilidad capilar y adhesividad de las membranas endoteliales.

Sea cual fuere la causa, la disminución del riego de los tejidos o el bloqueo del desarrollo de la lesión inflamatoria si tal ocurre, producirá liberación inadecuada de células fagocitarias y opsoninas con aumento de la susceptibilidad a la infección. Si el fenómeno de la fagocitosis tiene buen éxito en la destrucción y muerte de los microorganismos invasores es detenido el proceso. Si bien, un inóculo siderante de bacterias introducido en una herida puede producir infección clínica, es necesario un enorme de las mismas en individuos que poseen sus mecanismos inmunológicos idemnes y la infección clínica suele acompañarse de anomalías en algunas facetas del proceso inmuno-humoral. Ciertos estados como el choque, donde existe disminución del riego sanguíneo, la coagulación intravascular diseminada, el uso de vasoconstrictores, cuerpos extraños, hematomas o seromas, todos los cuales impiden que la microcirculación libere células fagocitarias contribuyen en forma manifiesta a las infecciones quirúrgicas.

Cabe desde luego afirmar que nunca se llegará a eliminar por completo las infecciones en los pacientes hospitalizados ya que es imposible lograr que los seres humanos sean bacteriológicamente estériles. Los patógenos oportunistas, esperan el momento adecuado para producir enfermedad en los huéspedes más o menos debilitados siempre presente en los hospitales.

II.6.- MANEJO

Mientras que tan sólo se infecta el 10/o de heridas operatorias de la cirugía limpia, sobreviene infección en más del 40o/o de las heridas consecutivas a intervenciones quirúrgicas abdominales extensas e inevitablemente contaminadas. La habilidad del cirujano es importante en cuanto se refiere a la resistencia local.

Casi todas las heridas operatorias se contaminan o llegan a albergar colonias de un germen número de microorganismos cuyo número varía. El que esta contaminación produzca infección clínica depende de varios factores ya enunciados, incluyendo número de microorganismos introducidos, estado de susceptibilidad local de los tejidos, resistencia general del paciente y virulencia del germen. En efecto, la manipulación cuidadosa de los tejidos, la supresión de los traumas tisulares, supresión de espacios muertos, eliminación de focos de contaminación y de hematomas, constituyen factores importantes pero que a veces se olvidan. En las operaciones prolongadas y durante las técnicas quirúrgicas en la que se produce hipotensión y hemorragia copiosa se observan índices elevados de infección.

Nuestra experiencia al tratar estos abscesos ha sido semejante a la de otros autores (2), (3), (10), (12).

Los antibióticos más empleados en el preoperatorio fueron Penicilina, Ampicilina, Cloranfenicol, Gentamicina.

En los reintervenidos quirúrgicamente se cambió su manejo a Cefapirina sódica más Fosfocina o Clindamicina, más Sulfato de Amicacina y más Metronidazol inyectable.

Todos los abscesos de cavidad, trascavidad de los epiplones y retroperitóneo, multiloculados se trataron por laparotomía exploradora.

Hay que tener en cuenta que es más peligroso no drenar un absceso en un paciente crítico que someterlo a intervención quirúrgica.

La mortalidad del absceso no drenado, sigue siendo prohibitiva.

El tratamiento antibiótico puede solucionar únicamente las fases iniciales de la infección, antes de que se instaure un verdadero absceso. Los antibióticos son ineficaces cuando son utilizados exclusivamente, por el motivo patente de que no llegan a la cavidad o las cavidades del absceso con concentración eficaz. A menudo se eligen equivocadamente los antibióticos. Así mismo, el uso sin discernimiento de los mismos suele enmascarar signos y síntomas, lo cual permite que los abscesos pasen inadvertidos un buen tiempo.

Cuando hemos sospechado presencia de abscesos intraabdominales se ha emprendido antibioticoterapia mientras se está investigando hasta dar con el diagnóstico; el fármaco se ha seleccionado tomando en cuenta la cirugía previa, esto es: Si se trató de cirugía intestinal, traumática, etc. estimando la especie bacteriana más posible, esperando el resultado del cultivo y antibiograma que fue reportado en 48 horas, en otras ocasiones fue necesario de estudio por hemocultivo, cuyos resultados fueron:

AGENTE PATOGENO

- 1.- Flora Mixta; 11 pacientes que representa el 34,30/o
- 2.- Enterobacter; 9 pacientes que representa el 28.1 o/o
- 3.- Escherichia coli; 7 pacientes que corresponden al 21.8 o/o
- 4.- Pseudomonas; 4 pacientes que da un porcentaje del 12.50/o
- 5.- Proteus; 2 pacientes cuyo porcentaje es del 6,5 o/o.

CUADRO No. 2

Los investigadores reconocen que un número considerable de pacientes quirúrgicos no mueren por el tratamiento quirúrgico sino por la desnutrición que depende de la enfermedad o de causas yatrógenas. La hipoproteïnemia se acompaña en un momento especialmente de las heridas infectadas, dehiscencias sepsis, disminución de la capacidad para soportar pérdida de sangre; puesto que, el sistema enzimático como el proteico depende de una nutrición adecuada, una nutrición pobre aumenta la morbilidad y mortalidad de los pacientes quirúrgicos.

Son muy importantes las medidas de sostén como control cardiorrespiratorio, renal, etc.; es así como el cuidado de la nutrición fue adecuado en el momento oportuno para permitir la síntesis importante de proteínas, el manejo de perfiles de aminoácidos y de las fuentes calóricas proporcionado por los regímenes de apoyo nutricional; (2), (6), (12). Por las causas anotadas y en algunas no claras, existe pérdida desordenada de proteínas, especialmente en los pacientes nuestros de estado catabólico cuyo metabolismo aumenta hasta el 50 o/o; por este motivo hemos considerado que en aquellos que no ingerían alimento por más de 10 días utilizamos el soporte nutricional: Hiperalimentación parenteral.

III. 1 .- MATERIALES Y METODOS

Son pacientes afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, tomados del grupo quirúrgico pertenecientes al servicio de cirugía y el servicio de Urgencias.

Considerados aquellos que son reintervenidos con diagnóstico de absceso intraabdominal, para lo cual procedimos a la siguiente evaluación:

III.1.3.- DIAGNOSTICO CLINICO

Fiebre elevada, prolongada que no cede con medidas insaturadas, estado nauseoso, postración general, dolor y distensión abdominal, íleo prolongado, disminución o ausencia de peristaltismo, salida de material purulento por oficio de drenes en algunos casos; descartando presencia de infección en otras partes de la economía, sondas, catéteres y fallas multisistémica.

III.1.4.- LABORATORIO

Hematrocito y hemoglobina bajos, Test de Arned desviado a la izquierda y en la mayoría presencia de formas inmaduras de los elementos blancos.

El examen elemental de orina no nos reflejaba mayores datos de aportación para decidir en nuestro diagnóstico.

Desbalance hidroelectrolítico de difícil corrección, hipoproteïnemia. Movimientos enzimáticos de transaminasas y bilirrubinemia, retención de nitrógenos.

III.1.5.- EXAMENES DE GABINETE

Las radiografías simples del abdomen reflejaban generalmente íleo paralítico, velamiento en zonas topográficas de abdomen, con rechazo de las asas intestinales y en ocasiones con imágenes de asa en centinela.

Nunca utilizamos bario en las radiografías de contraste intestinal porque consideramos que las condiciones de nuestros pacientes no lo permitían. En seis casos utilizamos Urografina diluída para descartar fallas de sutura. Todos los pacientes tuvieron control de radiografía de tórax.

En cuatro pacientes utilizamos radiografía Urograma excretorio. En todos los casos tuvimos el apoyo diagnóstico de Ultrasonografía de abdomen, que generalmente coincidía con la presunción del diagnóstico clínico, pero en la mayoría nos permitía topografiar la zona de colección.

En cinco pacientes utilizamos la Tomografía Axial computarizada de abdomen, todos fueron aquellos cuya patología primaria desencadenante fue pancreatitis. Este apoyo de diagnóstico no fue utilizado en forma sistemática por cuanto en nuestra unidad hospitalaria donde se realiza el estudio no cuenta con el aparato indicado.

Estos signos, síntomas y datos de laboratorio y gabinete, nos permitieron confirmar la presunción diagnóstica de sepsis intraabdominal motivo de nuestro estudio y tener buenos elementos de juicio para decidir a reintervenir quirúrgicamente a nuestros pacientes.

Al igual que en la mayor parte de las complicaciones de la cirugía, eliminar el problema comienza con la prevención.

Disminuirá el número de complicaciones con abscesos, si se siguen los siguientes métodos:

III.1.6.- HEMOSTASIA

Hemos prescindido del electrofulgurador porque consideramos que como tal provoca una zona más o menos importante de necrosis en el tejido que a más de estar infectado es presa fácil y medio de cultivo de microorganismos infectantes; de ahí que se ha tratado en lo posible de realizar hemostasis mediante:

III.1.6.2.- Por comprensión con compresas o gasa húmedas en aquellas superficies cruentas con sangrado en capa.

III.1.6.3.- Cuando hay un elemento vascular con sutura absorbible, generalmente catgut cromado.

III.1.7.- LAVADO

Desde que abordamos cavidad abdominal hacemos lavados con solución salina al 0,9 o/o más 1 miligramo de Ampicilina por cada centímetro cúbico de dicha solución (1 g. por cada litro), llegando a emplear de 10 á 12 litros de dicha solución; en estos casos, en los últimos 2 ó 3 litros, hemos utilizado el lavado más antibiótico, dejando unos 1.000 ml. para el lavado de pared exclusivamente. Para este procedimiento utilizamos un buen succionador mientras se procede a la lisis de adherencias por digito-clasia o combinada por disección con tijeras de Metzambaum.

Se puede pensar que al irrigar continuamente podemos diseminar hacia un lugar sano material infectado, pero, nuestras observaciones y resultados demuestran que esta situación no ocurre; al contrario, permite hacer una labor de limpieza formidable en el acto operatorio y además coadyuva a identificar los pequeños vasos que sangran y remediar concomitantemente la hemostasia identificando plenamente el sitio del sangrado.

III.1.8.- TECNICA QUIRURGICA

Amén de obviar el origen desencadenante, la técnica nuestra propuesta consiste en:

III.1.8.1.- Revisar exhaustivamente la cavidad abdominopélvica con sus comportamientos.

III.1.8.2.- Lisis de todas las adherencias, tratando de dejar expedita la superficie intestinal eliminando en lo posible todo residuo de tejido extraño a él; igualmente, procedemos a dar igual trato a la raíz del mesenterio; insistiendo en que los espacios de comunicación con los comportamientos supra-inframesocolónicos estén viables.

En ocasiones se lacera el intestino fácilmente, logramos reparar ese defecto mediante puntos simples invaginantes con material no absorbible, sintético tipo Synthofil.

III.1.4.- EL DRENAJE

El drenaje utilizado en nuestros pacientes ha sido: Dren doble colector y Penrose en todos los 32 casos; en 7 pacientes utilizamos succión al vacío y en 4 succión continua.

Cuando se ha tratado de drenaje de hemiabdomen superior, especialmente de espacios subfrénicos se lo ha hecho con tipo de Dren doble colector en base a que la presión intraabdominal es más de 50 mm. de agua en los movimientos respiratorios normales y sube a más de 100 mm de agua en inspiración forzada, hace que haga fallar la función de un Dren simple de Penrose haciéndolo colapsar al presionarlo como "sandwich" entre cara superior de hígado y cara inferior de diafragma. Todos los drenes fueron exteriorizados a piel por contrabertura lateral a la incisión quirúrgica y fijados con un punto de seda piel; retirados a las 36 - 48 - 72 horas y en 6 casos hasta 8 días. En todos fue tomada muestra de la punta del Dren para estudio de cultivo y antibiograma, resultando las mismas especies bacterianas y la misma frecuencia de las muestras obtenidas en el acto respiratorio.

CUADRO No. 4

III.1.5.- MANEJO DE LA HERIDA OPERATORIA

Considerando que es una reintervención por sepsis la herida operatoria fue manejada: en 25 casos quedó expuesta la herida para cierre por segunda intención y en 7 casos se realizó síntesis con sutura diferida.

En todos los casos utilizamos materiales naturales absorbibles y sintéticos no absorbibles.

Para coadyuvar a aquellos tejidos de la pared abdominal ante posible falla de la sutura primaria de aponeurosis, por su estado, séptico, disproteínémico e íleo prolongado utilizamos previamente en todos los casos sutura de Retención, y fueron retirados entre los 7 y 12 días.

CUADRO No. 5

IV.1.- RESULTADOS

IV.1.1.- De los 32 pacientes de nuestro estudio, 19 requirieron una tercera reintervención quirúrgica, habiendo fallecido un paciente por complicaciones cardiovasculares.

CUADRO No. 6

IV.1.2. Aquellos que requirieron una cuarta reintervención quirúrgica fueron 9 pacientes, habiendo sobrevivido seis. Los tres que fallecieron fueron dos por falla multisistémica y uno por origen metabólico.

CUADRO No. 6

IV.1.3.- De aquellos pacientes que requirieron una quinta reintervención fueron cuatro, de los cuales sobrevivió 1. Los 3 que fallecieron, corresponden a edades avanzadas, falla multisistémica, sepsis.

CUADRO No. 6

IV.2.- GENERALES

IV.2.1. El estudio data desde el primero de Marzo de 1983 hasta el 30 de junio de 1.985.

IV.2.2.- EDAD

La edad de los pacientes estudiados oscila de 20 á 30 años, 2 casos, de 31 á 40 años; 2 casos de 41 á 50 años; 5 casos, de 51 á 60 años; 5 casos de 61 á 70 años; 7 casos más de 71 años.

CUADRO No. 7

IV.2.3.- SEXO

Nuestro estudio recopila 28 pacientes masculinos que representan el 87,5 o/o y 4 pacientes femeninos que representan el 12,5 o/o.

CUADRO No. 8

IV.2.4.- ENFERMEDADES CONCOMITANTES

De nuestros pacientes 13 presentaron enfermedades concomitantes que representan el 40,6 o/o (cuadro No. 9).

Estas enfermedades fueron de orden Hematológico, 1 paciente que representa el 7,6 o/o de los pacientes.

Cerebrovascular, 1 paciente que representa el 7,6 o/o

Sistema Urinario, 1 paciente que representa el 7,6 o/o

Aparato Digestivo, 2 pacientes que representan el 15,3 o/o

Causas Metabólicas, 3 pacientes que representan 23 o/o

Aparato Cardiorespiratorio, 5 pacientes que representan el 37,6 o/o de los casos estudiados.

CUADRO No. 10

IV.2.5.- DEFUNCIONES

De los 32 casos estudiados, 7 fallecieron por varias causas: que representan el 21,8 o/o (CUADRO No.11)

Por falla de sutura, 2 pacientes.

Pancreatitis, 1 paciente

Traumatismo abdominal, 1 paciente

Infarto Mesentérico, 1 paciente.

CUADRO No. 12

IV.2.6.- ESTANCIA HOSPITALARIA

La estancia hospitalaria menor fue 30 días y la mayor 120 días, cuyo promedio da 75 días (CUADRO No. 13).

Es de anotar que en aquellos de falla de sutura con múltiples abscesos en abdomen se dejó ostomía para derivación o para alimentación, quedando diferida la reparación final después de 6 á 8 semanas. En otras ocasiones permaneció el paciente en su domicilio por el lapso de 2 á 3 meses por controles estrechos por consulta externa, hasta la programación de su cirugía definitiva. En los casos de fístulas de alta producción fueron mantenidos en las salas de cirugía con sostén metabólico de alimentación perenteral hasta el cierre de las mismas, ya sea espontáneamente o por resolución quirúrgica.

DISCUSION

Sobre este tema realizan muchos investigadores numerosos trabajos referentes a distintos factores que lo originan y que tratan de obviarlos. Nuestro estudio comparado con el de la Universidad de Pensilvania reportado en el Journal de Cirugía del mes de Marzo de 1.985, concuerda que los óbitos es mayor en pacientes avanzados de edad y que en falla multisistémica no deberían ser reintervenidos quirúrgicamente finalmente; así mismo, en el estudio del Dr. Enrique Bofils-Roberts y sus colaboradores (9) en relación a la bacteriología obtenida por ellos concordamos que los microorganismos que priman son la flora microbiana mixta, el enterobacter y la *Escherichia coli*.

Referente al trabajo de Tally y Jacobus quienes utilizan la Cefatoxina, cefalosporina de segunda generación que brinda cobertura aerobia y anaerobia, nosotros no hemos podido acogernos a este procedimiento por cuanto nuestras posibilidades económicas no nos permiten; y, en la institución donde se realiza el estudio no consta como disponible, por tanto hemos seguido el consejo de Altemeir, Fuller y Hunt, quienes recomiendan los an-

tibióticos usados por nosotros; Cefapirina Sódica y Cloranfenicol, pero a parte de ello utilizamos en el post-operatorio inmediato Clindamicina, Amicacina y Metronidazol inyectable; y de acuerdo también a la susceptibilidad del germen encontrado en el cultivo y antibiograma.

A lo largo y ancho del mundo se utilizan varios modos y procedimientos para manejar estas peritonitis iterativas y de ahí que entre otros tenemos el manejo por el método de la punción y aspiración de los abscesos intraabdominales coadyuados por la Radiología de Intervención el cual está limitado por colecciones intraabdominales y generalmente únicas.

Otra forma de manejo que merece atención es el de la laparostomía, iniciándose en nuestro país con resultados convincentes.

Según los resultados de A. Foz y L. Drobnic de los abscesos no tratados que pueden evolucionar ocasionando fístulas hacia órganos vecinos, no los hemos encontrado en nuestro estudio, pero si se ha encontrado drenaje espontáneo hacia la superficie como lo señalan otros autores a través de la incisión utilizada para exteriorizar los drenes como ocurrió en dos casos de nuestro trabajo.

V.1.- CONCLUSIONES

V.1.1. Es importante el diagnóstico precoz para obtener resultados satisfactorios.

V.1.2. Los pacientes disminuidos de sus condiciones generales y con enfermedades concomitantes agravan el pronóstico de vida y de tratamiento.

V.1.3. La infección intraabdominal es muy frecuente después de resecciones quirúrgicas, traumatismos o enfermedades intrínsecas del tubo digestivo.

V.1.4. La infección puede ser generalizada o localizada en áreas intraperitoneales o extraperitoneales y también en órganos sólidos.

V.1.5. La microflora invasora más frecuente es polimicrobiana constituida por aerobios y anaerobios y en ocasiones hongos.

V.1.6. La cantidad y variedad de antibióticos no modifica el cuadro hasta no eliminar la causa que lo origina (coleción purulenta).

VI.1.- RECOMENDACIONES

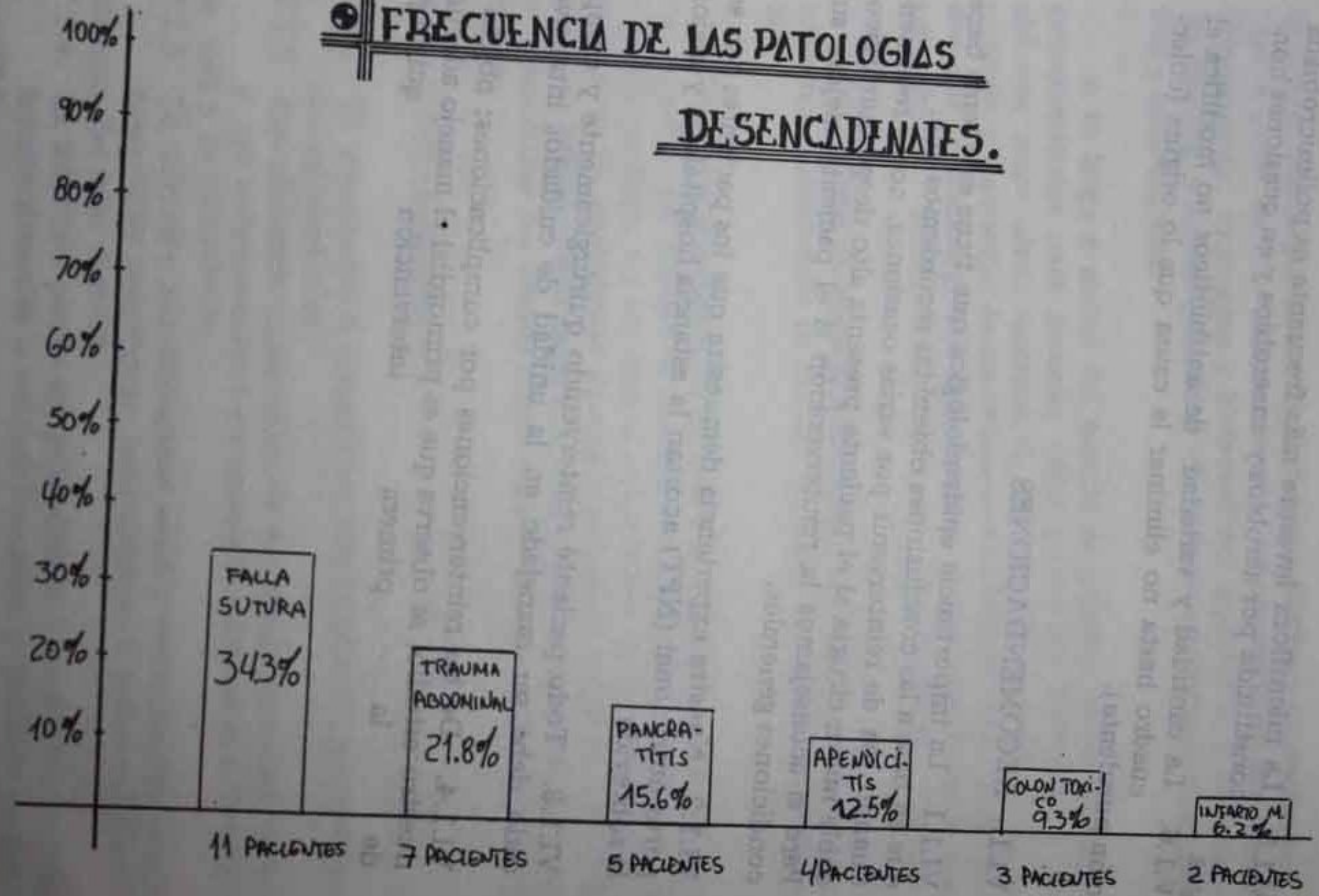
VI.1.1. La importancia epidemiológica que tiene este tema hace que en base a las conclusiones obtenidas recordemos que: Cuando sea de reintervenir por varias ocasiones, no es recomendable nueva cirugía si el paciente presenta alto riesgo quirúrgico. Pero si aconsejamos la reintervención si el paciente mejora sus condiciones generales.

VI.1.2. Nuestra experiencia demuestra que los pacientes con soporte nutricional (NPT) acortan la estancia hospitalaria y mejora la sobrevida.

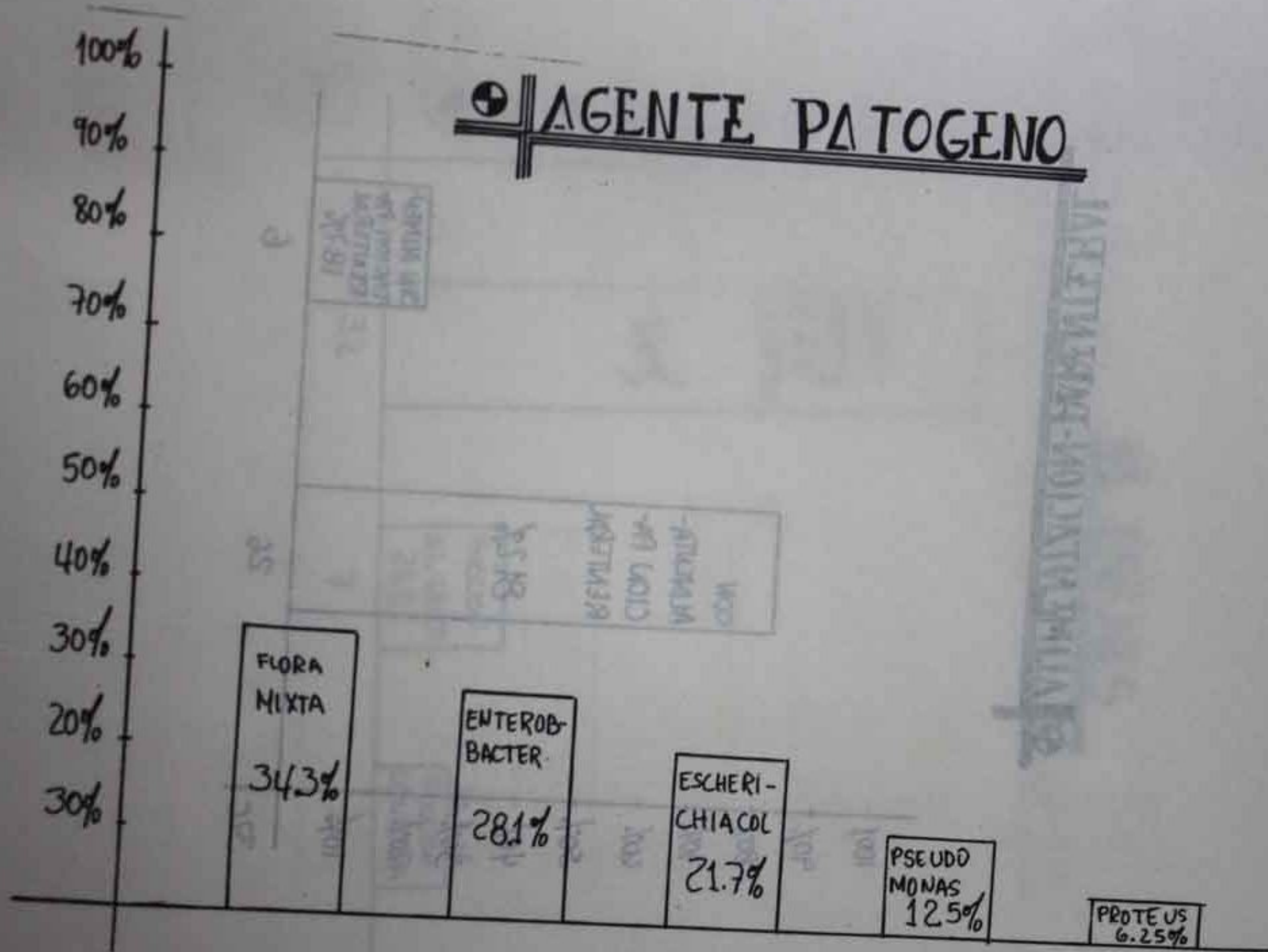
VI.1.3. Todo paciente reintervenido quirúrgicamente y complicado debe ser manejado en la unidad de cuidados intensivos.

VI.1.4. De las reintervenciones por complicaciones; objeto de nuestro estudio, se observa que es primordial el manejo adecuado de la primera intervención quirúrgica.

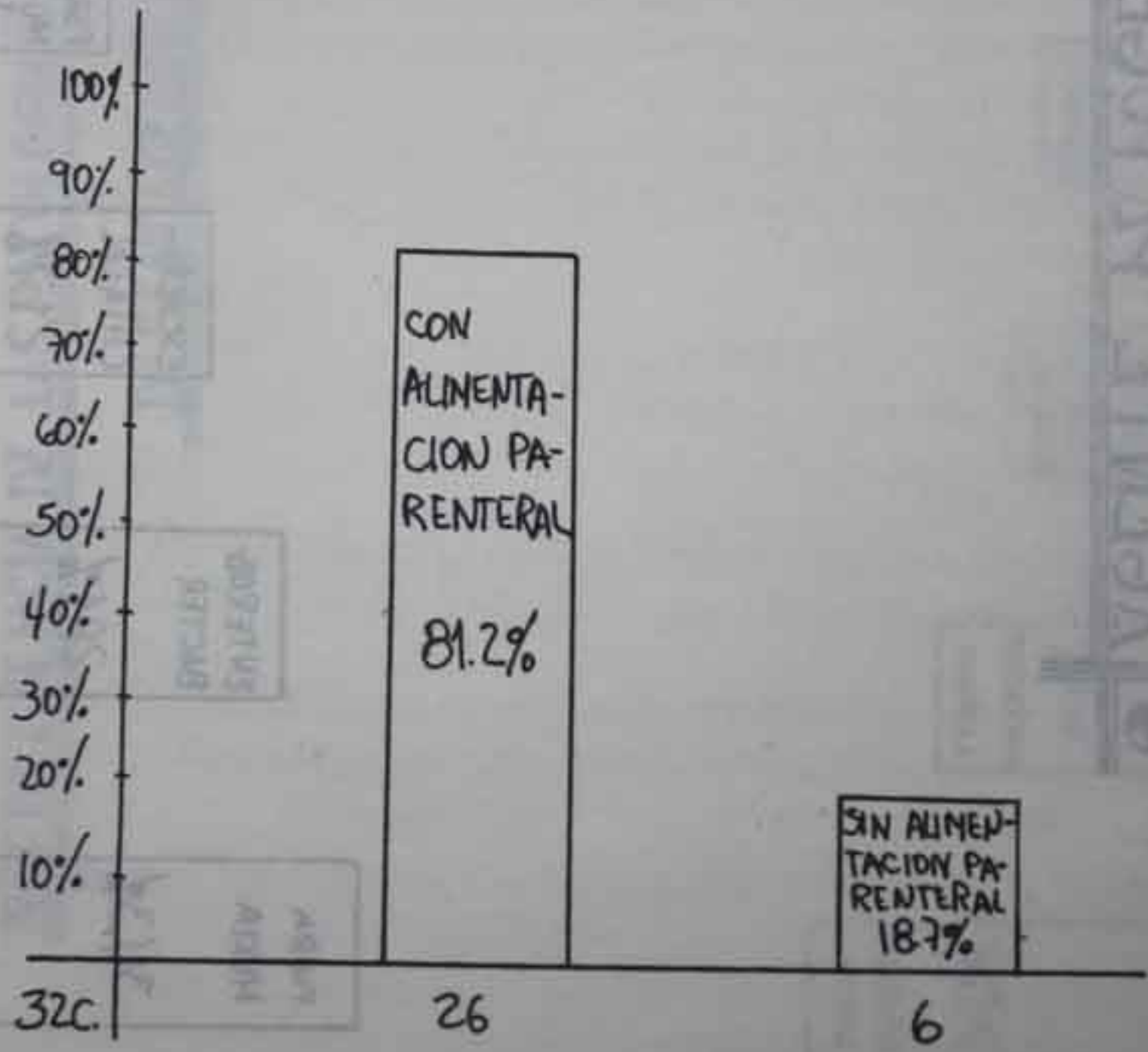
FRECUENCIA DE LAS PATOLOGIAS DE SENCADENATES.



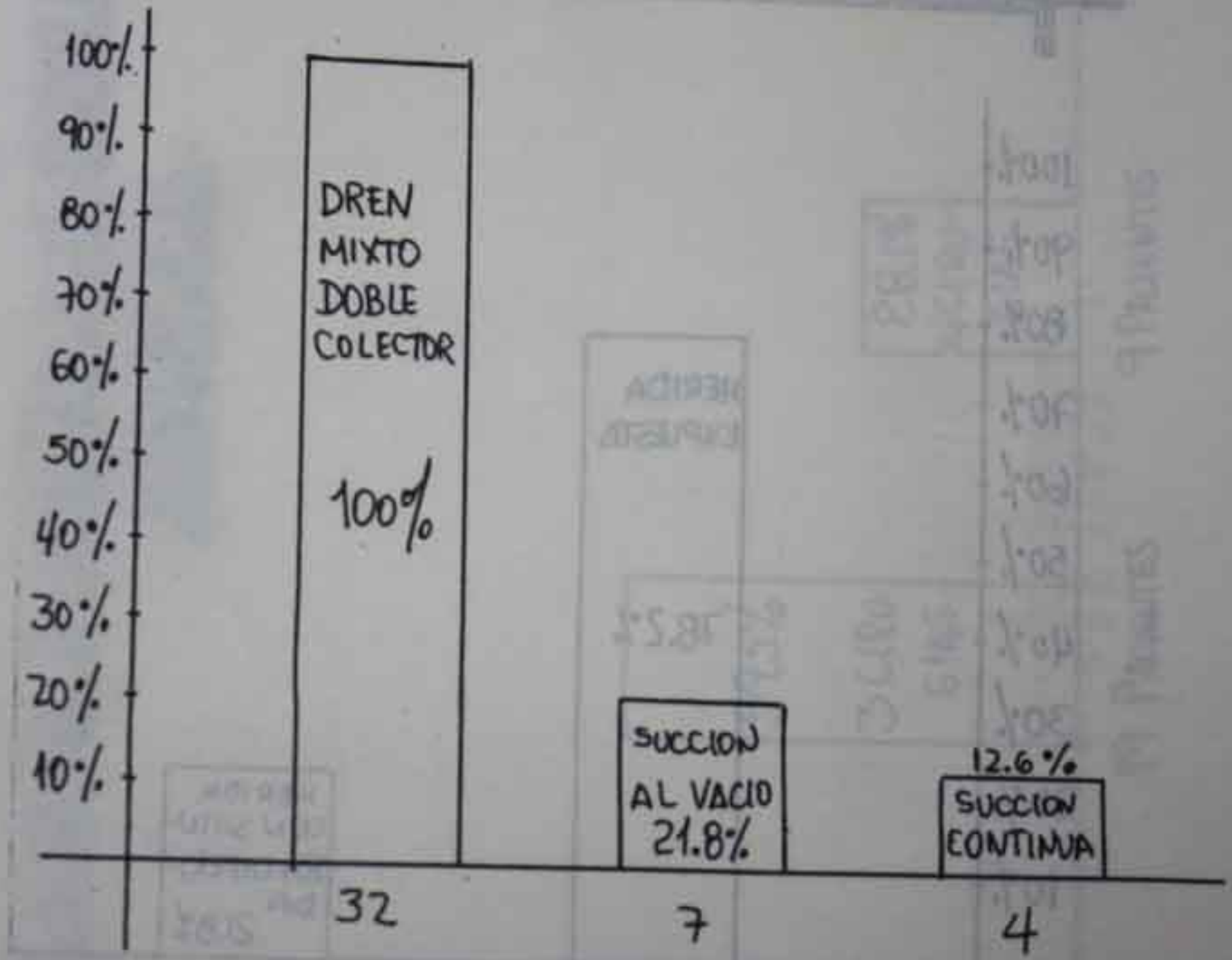
AGENTE PATOGENO



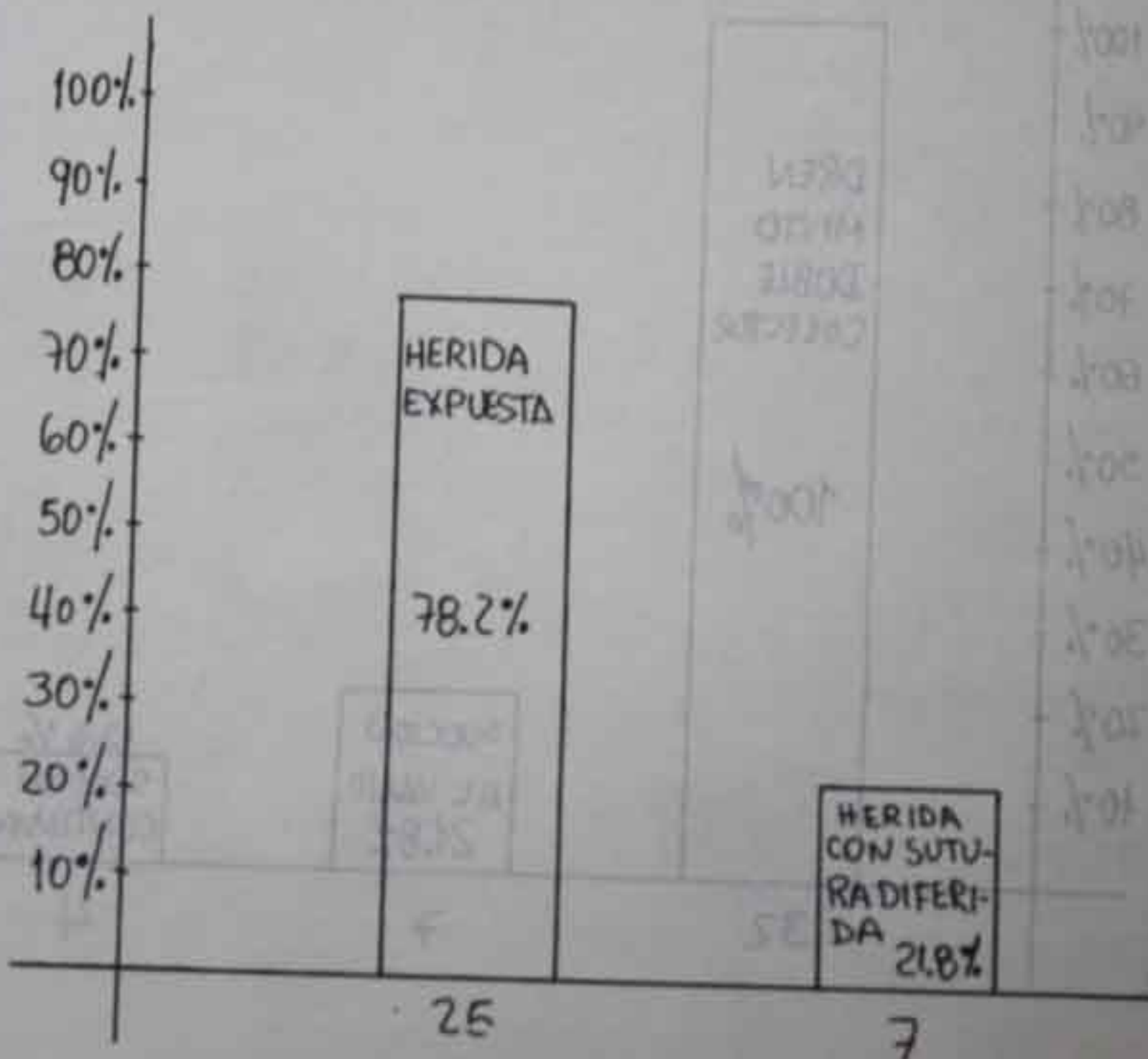
ALIMENTACION-PARENTAL



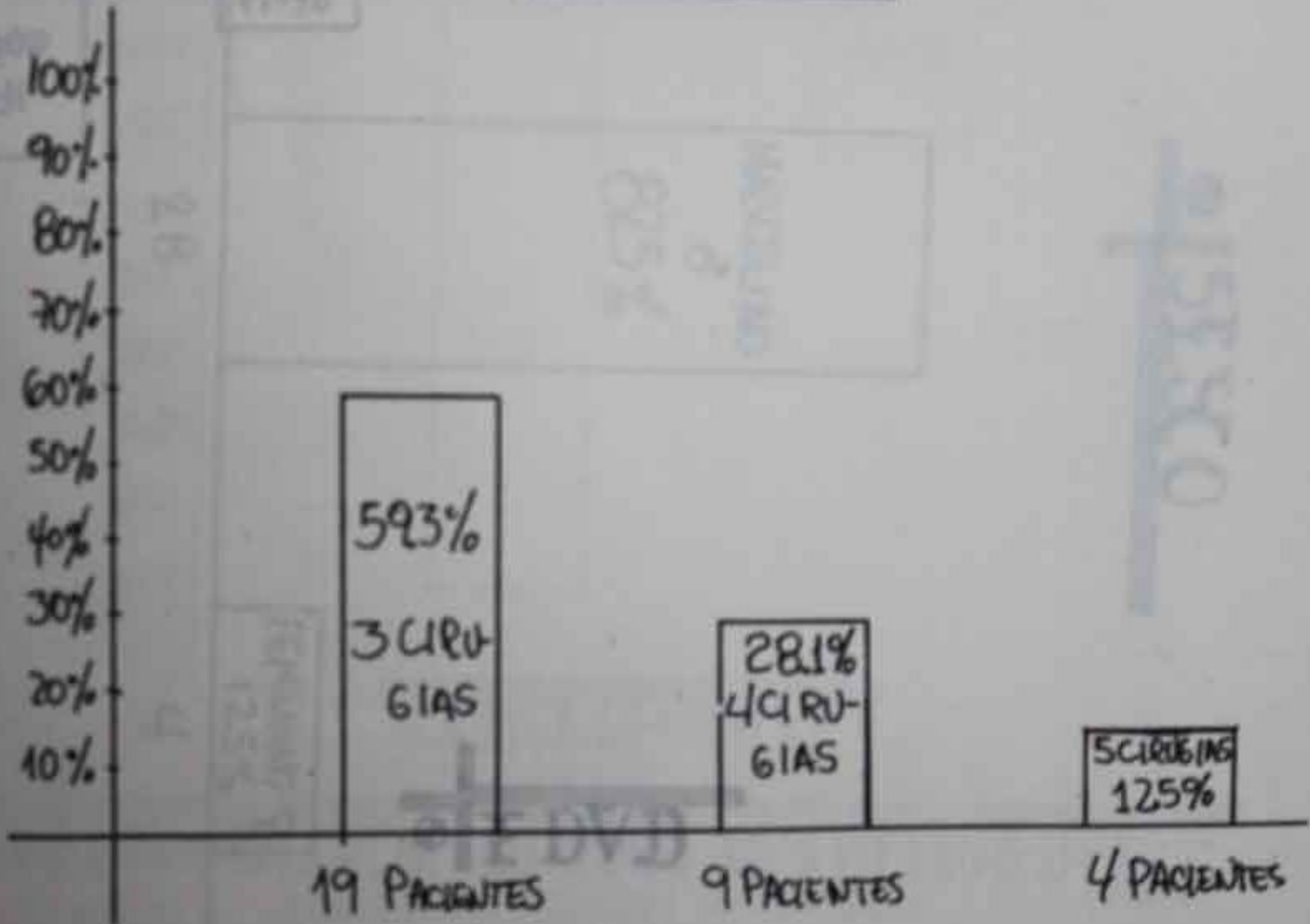
DRENES

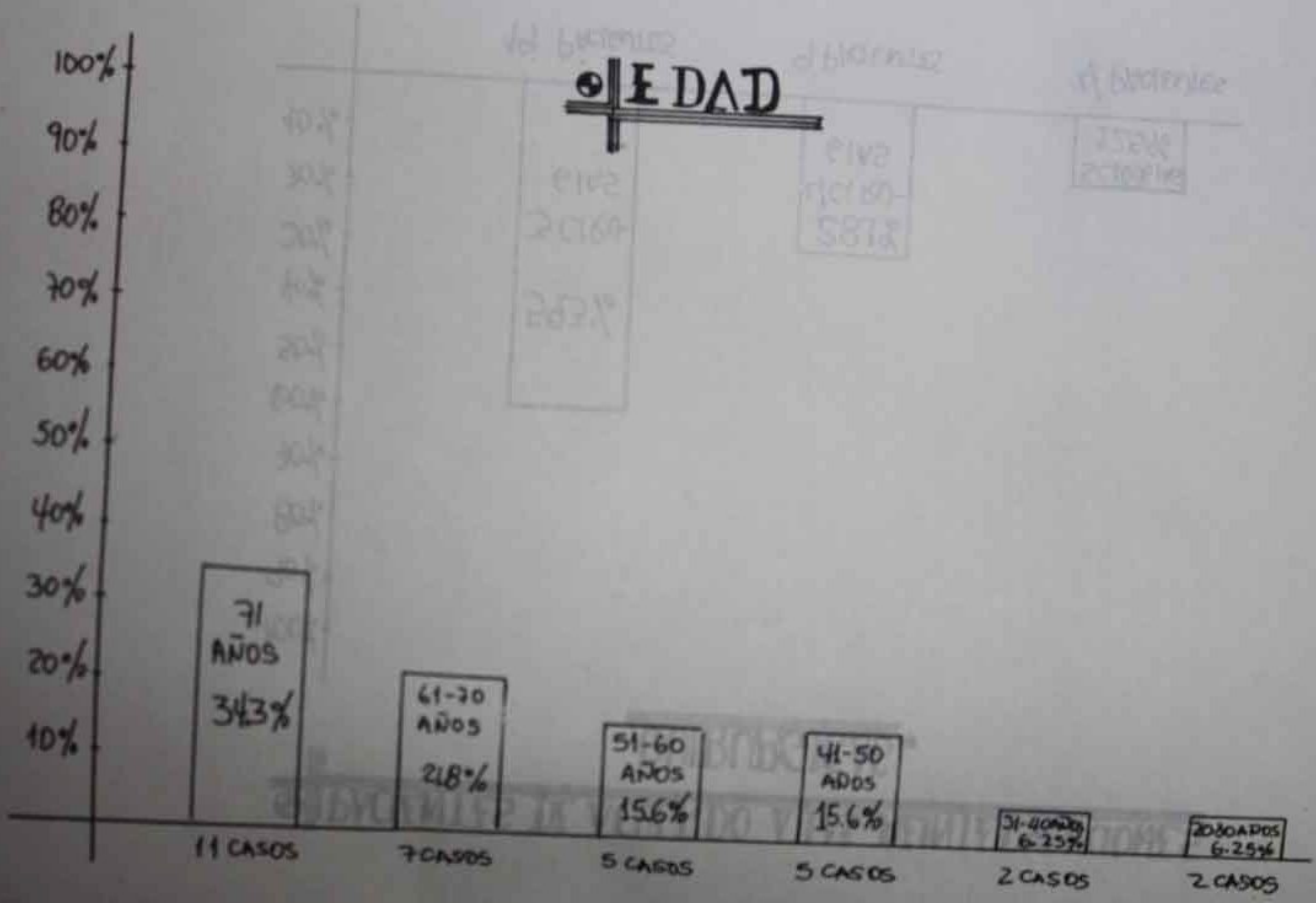


MANEJO-DE-LA-HERIDA OPERATORIA

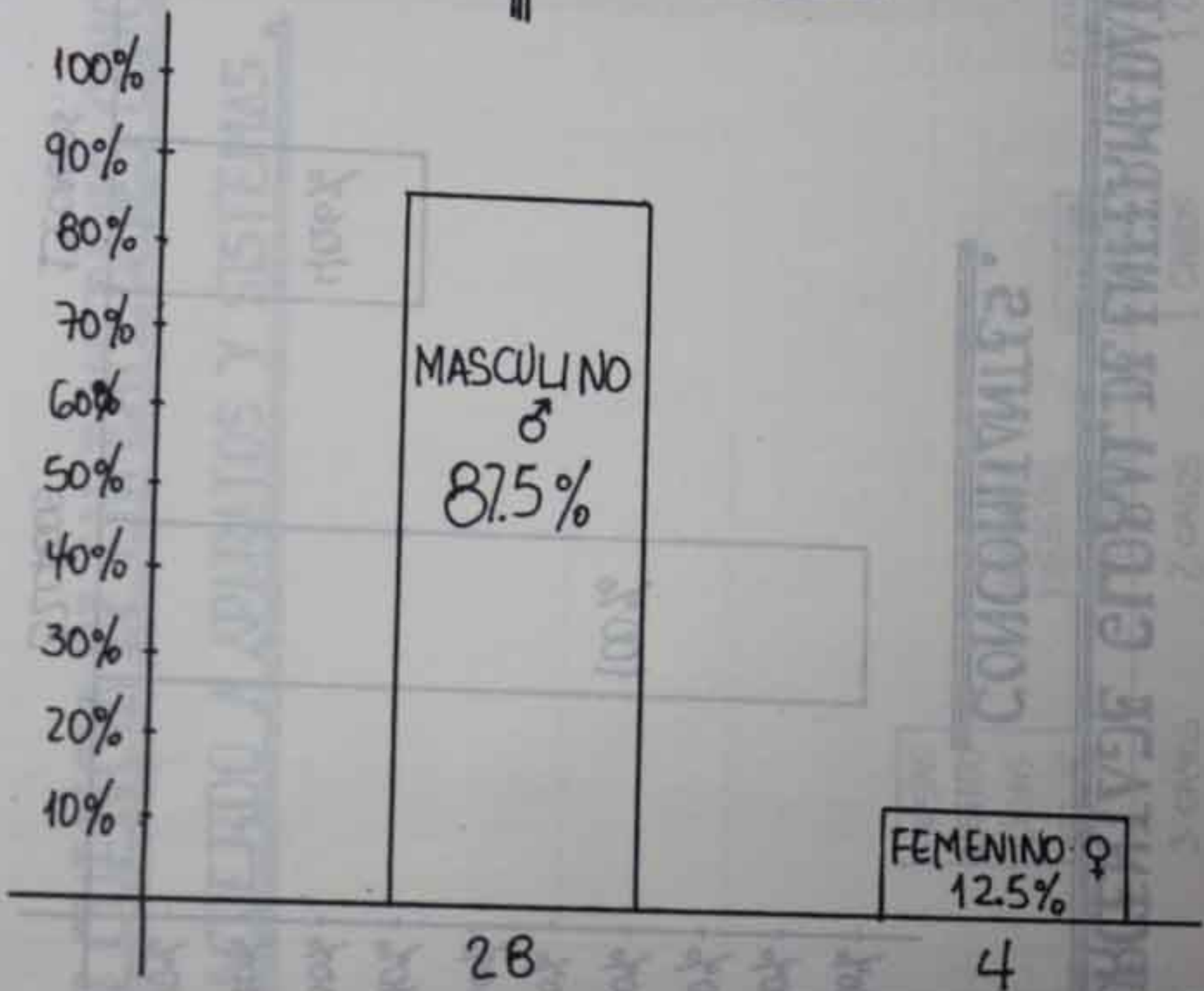


PACIENTES DE ACUERDO A LAS REINTERVENCIONES QUIRURGICAS.



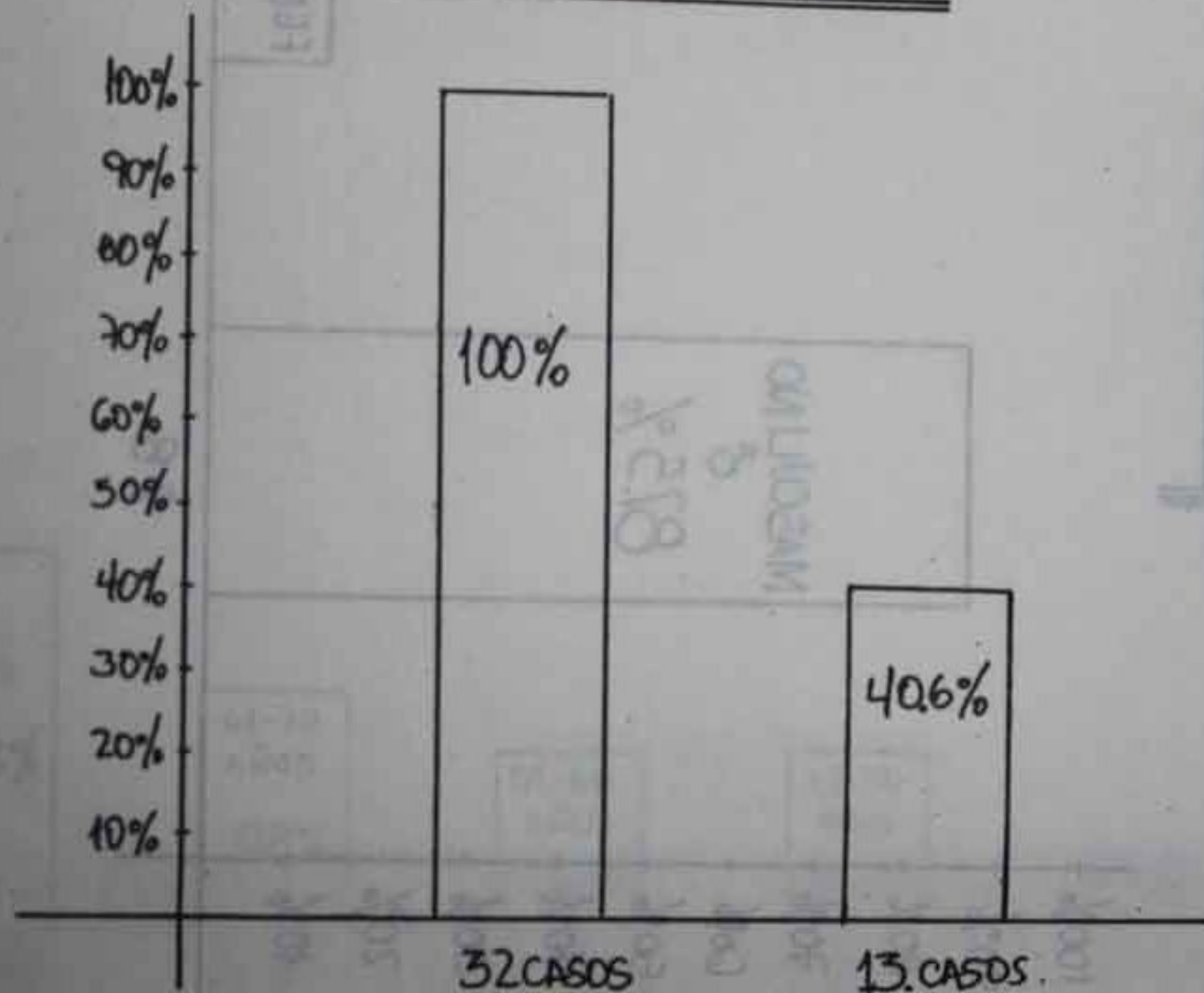


SEXO

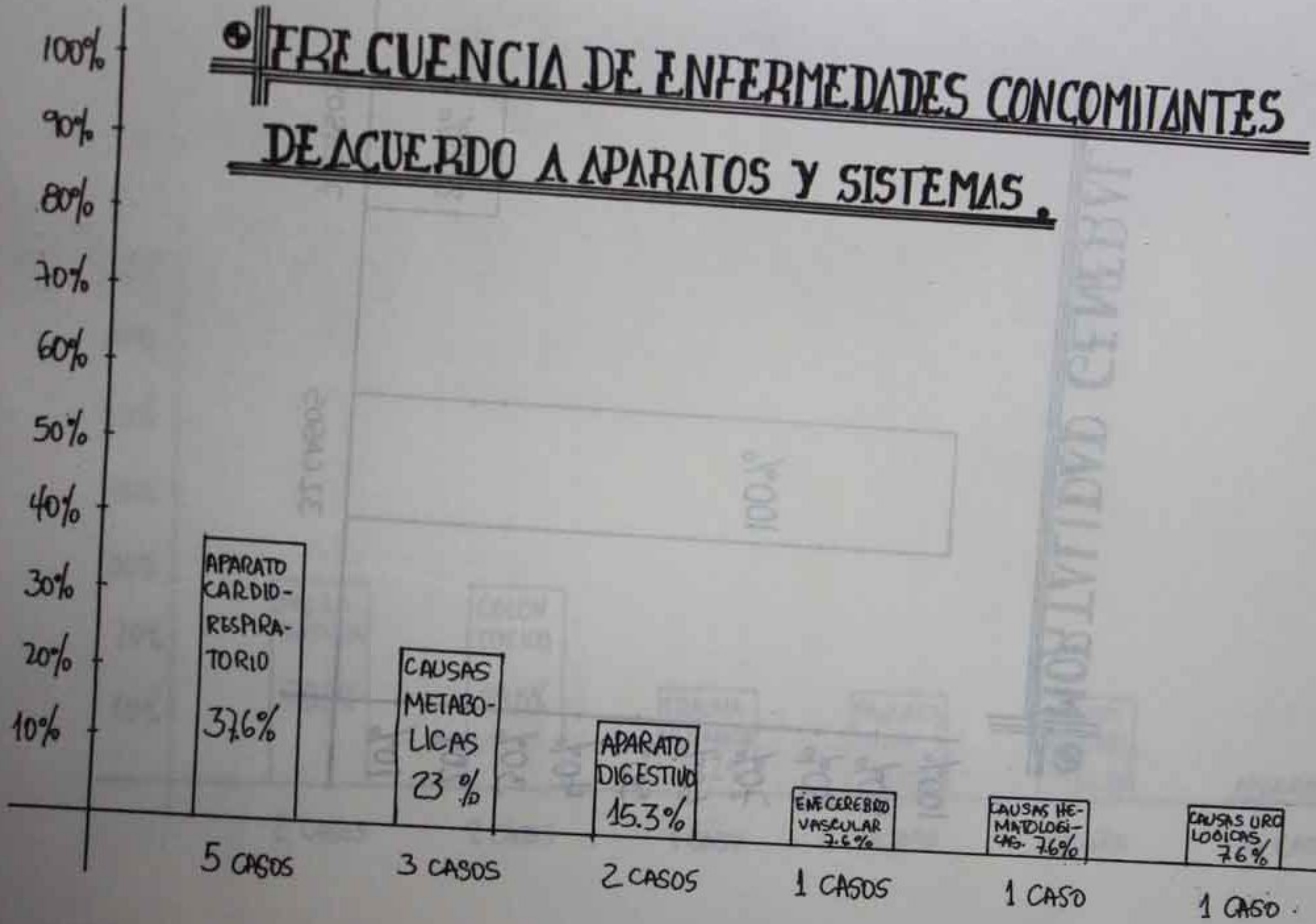


● PORCENTAJE GLOBAL DE ENFERMEDADES

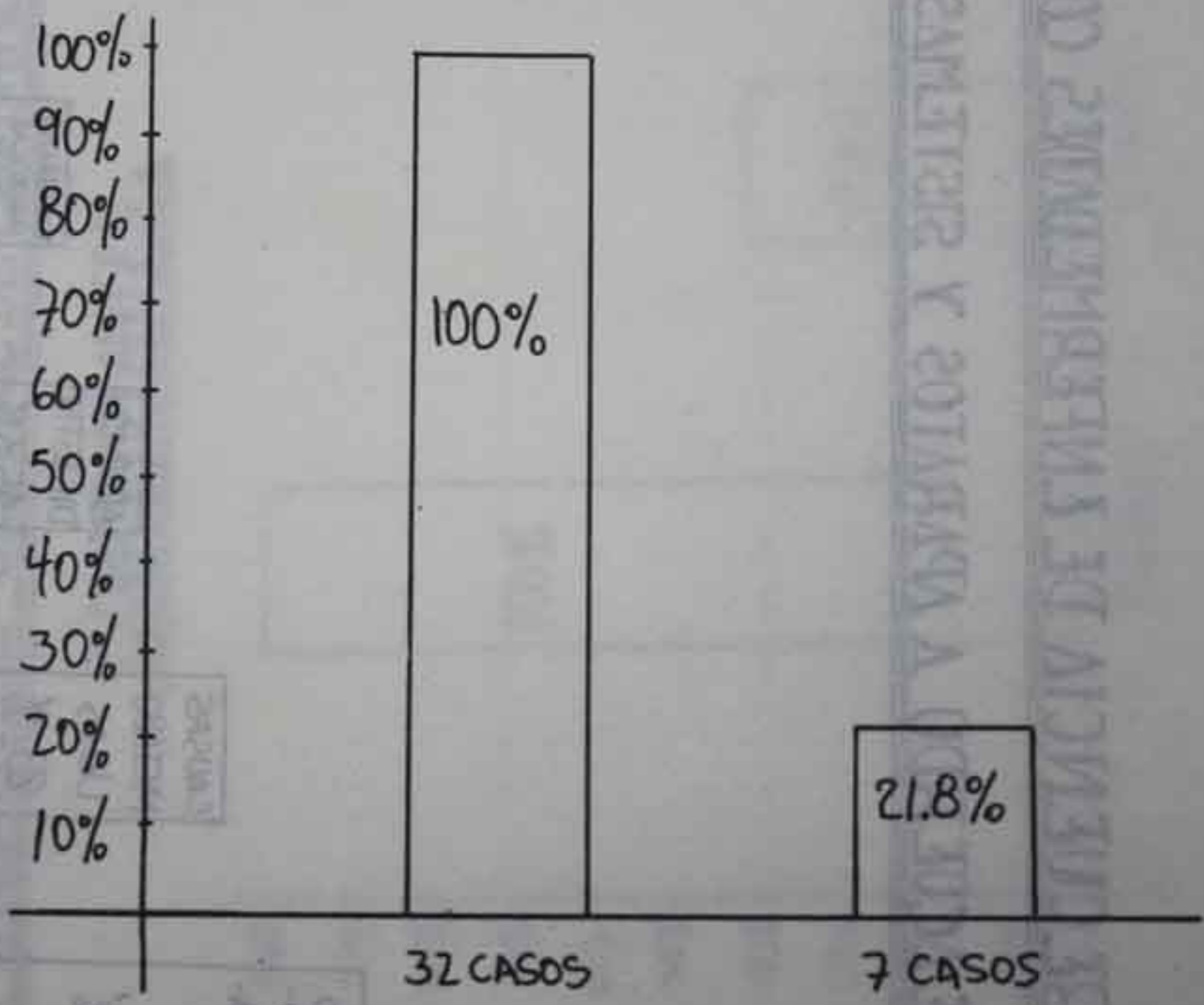
CONCOMITANTES.

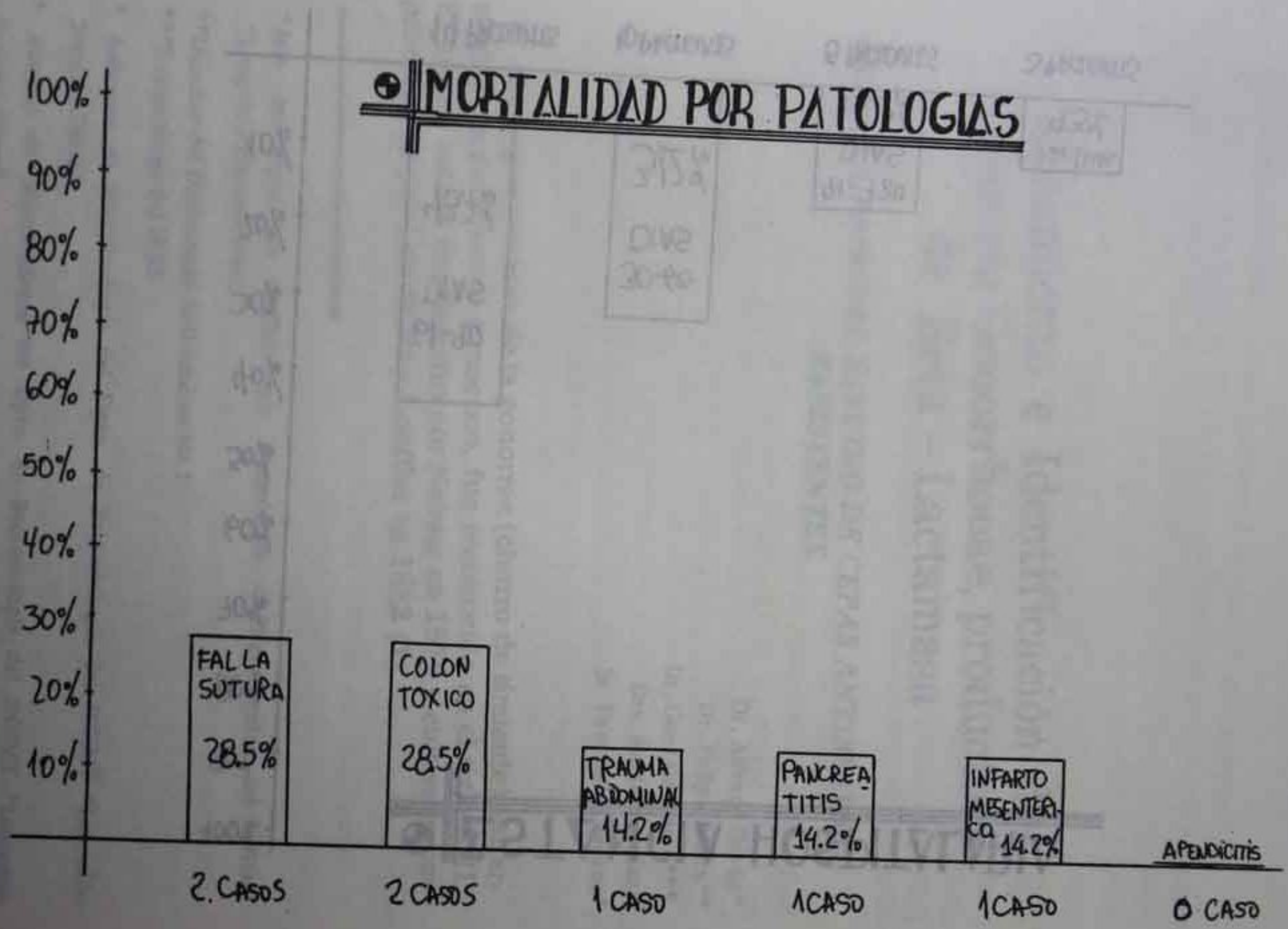


FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES DE ACUERDO A APARATOS Y SISTEMAS.



MORTALIDAD GENERAL





ESTANCIA HOSPITALARIA

