

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA-UNIBE



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Cirugía laparoscópica como mejor opción para la reintervención en cirugías abdominales, en pacientes del Hospital Marcelino Vélez Santana y Bariátrica González, en el período

Agosto 2017-2019, Santo Domingo, República Dominicana.

**Trabajo Final Profesional para optar por el título de:
Especialista en Cirugía Mínimamente Invasiva y Bariátrica**

Sustentantes:

Dra. Denisse Carolina de los Santos Núñez 17-1133

Dr. Daniel Nicolás Lluberes Chez 17-1103

Asesores:

Dr. Ángel Campusano, asesor metodológico

Dr. Rafael González García, asesor clínico

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

Santo Domingo, Distrito Nacional

Agosto 2023

CONTENIDO

Introducción	1
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Preguntas de investigación	3
1.3. Objetivos	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación	4
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	5
2.2. Marco conceptual.....	10
2.2.1. Reintervenciones quirúrgicas.....	10
2.2.1.2. Reintervenciones quirúrgicas urgentes.....	11
2.2.1.3 Reintervenciones quirúrgicas planeadas.....	12
2.2.2 Cirugía Laparoscópica	12
2.2.2.1 Desarrollo de la Colectomía Laparoscópica.....	13
2.2.2.2. Vías biliares y Exploración Laparoscópica.....	14
2.2.2.3. Apendicectomía Laparoscópica.....	14
2.2.2.4. Procedimiento Antirreflujo por Laparoscopia.....	15
2.2.2.5. Operaciones laparoscópicas para la enfermedad por ulcera péptica.....	15
2.3. Contextualizaciones.....	17
2.31. Marco espacial.....	17
CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo de estudio	18
3.2. Variables y operacionalización de las variables	18
3.3. Métodos y técnicas.....	19

3.4. Instrumento de recolección de datos.....	19
3.5. Selección de población y muestra.....	20
3.5.1. Población.....	20
3.5.2. Muestra.....	20
3.6. Criterios.....	20
3.6.1. Criterios de inclusión.....	20
3.6.2 Criterios de exclusión.....	20
3.7. Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos.....	20
3.8. Consideraciones éticas.....	21
CAPITULO 4. RESULTADOS	22
CAPITULO 5. DISCUSION	29
CAPITULO 6. CONCLUSION	31
CAPITULO 7. RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
ANEXOS	38.

RESUMEN

Las reintervenciones a nivel abdominal son un problema que la mayoría de los cirujanos tienen que enfrentar tarde o temprano, ya sea de un procedimiento realizado por ellos mismos o de otro cirujano. Existe gran controversia acerca de cuál debe ser el abordaje en estos casos, cuando en realidad debemos ir incorporando los avances para beneficio de nuestros pacientes, la mayoría coincide que la mejor técnica es la que mejor dominen y por eso nos urge implementar mejores programas para el desarrollo de la cirugía laparoscópica en nuestro país para dar solución al problema de las reintervenciones de forma mínimamente invasiva que se traduce en recuperación más rápida y efectiva, menos dolor para el paciente.

Sofía Alejandra Idrovo Dueñas, Keileen María Pérez Escobar (2022) El desarrollo de oclusión intestinal después de la cirugía abdominal superior e inferior es parte de la vida cotidiana de cada cirujano, las adherencias postoperatorias son causa de una considerable morbilidad.

En Ecuador, no hay ninguna recomendación validada sobre la prevención de las adherencias. Se concluye que las principales características epidemiológicas de los pacientes con obstrucción intestinal: afecta a los varones y grupo etario entre 15-30 años. La apendicectomía por peritonitis generalizada, una cirugía previa y un tiempo menor de un año al trauma inicial, fueron los principales antecedentes quirúrgicos.¹

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, mediante una revisión de historia clínica, bibliografía de artículos de revistas, tesis doctorales, páginas web, entre otros.

Las reintervenciones por laparoscopia permiten tener mejor visión y así mejor dominio de la cavidad abdominal, por lo que podemos ser más precisos a la hora de corregir la complicación de un procedimiento anterior o algo nuevo que esté comprometiendo la salud del paciente con menos trauma, que se traduce con menos dolor y a su vez con recuperación más temprana.

Debemos desarrollar programas académicos que tengan los recursos necesarios para estar actualizados con los avances tecnológicos y desarrollar la pericia para resolver los problemas quirúrgicos con el menor trauma posible para beneficios de los pacientes.

Palabras clave: Laparoscopía, reintervención, mínimamente invasiva

ABSTRACT

Reinterventions at the abdominal level are a problem that most surgeons have to face sooner or later, whether it is a procedure performed by themselves or by another surgeon. There is great controversy about what should be the approach in these cases, when in reality, we must gradually incorporate the advances for the benefit of our patients, most agree that the best technique is the one you master best, and that is why we urgently need to implement better programs for the development of laparoscopic surgery in our country to solve the problem of Minimally invasive reinterventions that translates into faster and more effective recovery, less pain for the patient. Sofia Alejandra Idrovo Dueñas, Keileen María Pérez Escobar (2022) The development of intestinal occlusion after upper and lower abdominal surgery is part of the daily life of every surgeon, postoperative adhesions are the cause of considerable morbidity In Ecuador, there are none validated recommendation on the prevention of adhesions. It is concluded that the main epidemiological characteristics of patients with intestinal obstruction: it affects males and the age group between 15-30 years. Appendectomy due to generalized peritonitis, previous surgery, and less than a year to the initial trauma were the main surgical antecedents. A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out, through a review of clinical history, bibliography of journal articles, doctoral theses, web pages, among others. Laparoscopic reinterventions allow better vision and thus better control of the abdominal cavity, so we can be more precise when correcting the complication of a previous procedure or something new that is compromising the patient's health with less trauma, than It translates with less pain and in turn with earlier recovery. We must develop academic programs that have the necessary resources to keep up with technological advances and develop the expertise to solve surgical problems with the least possible trauma for the benefit of patients.

Keywords: Laparoscopy, reintervention, minimally invasive

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por permitirme llegar a ser la persona que soy hoy día.

A mi familia que ha estado conmigo en todo el camino desde mi nacimiento, a mis padres Julio y Jacqueline, mis hermanos Esther y Julio y a mis hijas Laurent y Leina que siempre han sido mi soporte para seguir, sin ustedes no lo hubiera logrado.

A mis profesores, que con su dedicación y paciencia me han formado en el cirujano que soy, Doctor Rolando Ramírez, Doctor Rafael González, Doctor Edgar Leinó, Doctor Luis Lapaix, Doctor Carlos Tejeda, quienes con sus enseñanzas me forjaron y trazaron las pautas para el cirujano que seré, el buen cirujano es quien sabe cuándo no se debe operar.

Mis profesores, quienes me enseñaron los valores de eficiencia, responsabilidad y ética que todos debemos tener con nuestros pacientes y compañeros.

A mis colegas y compañeros, que son mi segunda familia, sin el apoyo de ustedes estos 2 años no hubieran sido tolerables, gracias por las anécdotas e historias.

Daniel N. Lluberes Chez

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por otorgarme siempre su gracia y misericordia en todo momento incluyendo en este camino, permitiéndome llegar a la meta.

A mis padres, Omar De los santos y Georgina Núñez quienes son siempre mi apoyo incondicional y junto a mi hija Thais Abigail y a mi hermano Omar Vladimir mi mayor impulso.

A mi amado Carlos Tejeda, quien además de ser mi compañero de vida ha sido maestro y pilar importante en mi formación.

¡Esta también va por y para ustedes, gracias por darme tanto!

A mis maestros Dr. Rafael González, Dr. Edgar Leinó, Dr. Luis La paix quienes han sido figuras importantes en estos 2 años de formación, de los cuales he aprendido mucho.

Al Hospital Marcelino Vélez Santana que ha sido sede de mi formación y a cada dirección y departamento por abrirme las puertas para lograr realizarme como subespecialista.

A mis compañeros de fellow Dr. Daniel Lluberes, Dr. Jean Constanzo y Dr. Yangel Núñez por todo su apoyo y ayuda siempre.

A nuestro asesor metodológico Dr. Campusano quien ha sido importante pieza en la realización de este estudio, por permitirnos su tiempo siempre.

Denisse C. De los santos Núñez

INTRODUCCIÓN.

Al ver la historia de la cirugía de como inicia y los diferentes paradigmas que se fueron presentando y como se ha ido desempeñando el cirujano, creciendo y evolucionando en sus conceptos en beneficio de los pacientes, desde famosas frases como “Grandes incisiones, grandes cirujanos...” a que hoy en día se considere un fracaso inicialmente la conversión de un procedimiento laparoscópico a abierto o convencional, por el hecho de que se han demostrado y mantenido los beneficios de lo que es la cirugía por métodos mínimamente invasivos imponiéndose como los estándares a la hora de poder realizar como primera opción un procedimiento quirúrgico.

Como la cirugía más frecuente es la colecistectomía laparoscópica y está claramente establecida en los protocolos internacionales que es la vía para utilizar, así las otras cirugías como la histerectomía, colectomías, entre otras se ha ido ganando espacio en la cirugía laparoscópica, reflejando benéficos en los pacientes, también en el sistema de salud al presentar menos días de hospitalización.

Es indispensable la actualización de los equipos quirúrgicos tanto de recursos humanos como de instrumentos para poder satisfacer la demanda de hoy en día en las cirugías de las diferentes patologías que afectan a nuestros pacientes.

En la actualidad, la reintervención quirúrgica es una herramienta que se utiliza cuando se aborda la cavidad abdominal luego de una intervención quirúrgica previa, para solucionar un problema no resuelto o una complicación de la primera cirugía, independientemente del factor tiempo.

Hoy en día debemos destacar que la reintervención quirúrgica no es un fracaso para los cirujanos que diariamente practican la cirugía, ya que, por estadística, dependiendo la complejidad de cada procedimiento, existe la incidencia de complicaciones o efectos no deseados, independientemente de la pericia del cirujano o el grupo de cirujanos que intervenga en un procedimiento.

Cabe destacar que en el mundo de la laparoscopia debemos tener varios factores muy en cuenta a la hora de realizar una intervención que van más allá de la experiencia del cirujano, como son: el equipo tecnológico adecuado, es decir estar actualizado con la tecnología de punta, además de que el paciente cumpla con las indicaciones pre y postquirúrgicas, para así reducir la probabilidad de complicaciones y con esto la necesidad de hablar de una reintervención, que en caso de ser necesario si contamos con todos los equipos y las habilidades para resolver las mismas, se pueden hacer de forma laparoscópica.

Existe un tabú que luego de una complicación o fracaso de una intervención quirúrgica se debe cambiar el abordaje, que en nuestro trabajo evaluaremos la realidad de dicha apreciación hasta hoy en día, ya que si contamos con el equipo y la formación adecuada se puede corregir y solucionar la mayoría de los desafíos quirúrgicos a nivel abdominal por laparoscopia.

CAPITULO I. EL PROBLEMA

I.1 Planteamiento del problema.

Las reintervenciones quirúrgicas a nivel abdominal no son tan frecuentes, pero existen, ya sea por casos de emergencias asociadas a las cirugías previas o aisladas y por casos de complicaciones o efectos adversos como son las bridas y adherencias causando síndromes obstructivos o pseudo obstructivos.

A nivel abdominal hay que tener en cuenta que la mayoría de las laparotomías en una reintervención son extensas y se expone mucho tiempo la cavidad y dependiendo de la colocación o no de dispositivos de drenaje, se traumatiza más la pared abdominal, por lo que se precipitan y ocurren las evoluciones tórpidas que terminan en complicaciones ya sea a nivel respiratorio, infecciones y abscesos, dehiscencia de la herida y las hernias, claro dependiendo de las condiciones del paciente y como se realicen las reintervenciones, porque no es lo mismo de emergencia que de forma electiva, influye mucho en el pronóstico de si se puede resolver en un tiempo o no y así mismo del tiempo de hospitalización.

Por lo planteado nos presentamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la mejor vía de abordaje en las reintervenciones abdominales en los pacientes operados en el hospital Marcelino Vélez Santana y Bariátrica González en Santo Domingo 2017-2023?

I.2. Preguntas de investigación.

1. ¿Cuál es la edad y sexo de los pacientes reintervenidos?
2. ¿Cuáles son los diagnósticos más comunes de la primera intervención?
3. ¿Cuáles son los diagnósticos más comunes a la hora de la reintervención?
4. ¿Cuál es el tiempo transcurrido entre una cirugía y otra?
5. ¿Cuál es el tiempo de recuperación luego de la reintervención laparoscópicas?
6. ¿Cuáles son los tiempos quirúrgicos de las reintervenciones laparoscópicas?
7. ¿Cuáles fueron los tiempos quirúrgicos de las reintervenciones vía abierta?
8. ¿Recuperación de las cirugías de reintervenciones abiertas?

I. 3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la eficacia del uso de la cirugía mínimamente invasiva para las reintervenciones quirúrgicas en santo domingo 2017-2019.

I.3.2. Objetivos específicos:

1. Evaluar la edad, sexo de los pacientes en el periodo de estudio y segmento poblacional.
2. Identificar el índice o tasa de reintervenciones en casos primarios de los pacientes en nuestros centros el periodo de estudio.
3. Determinar cuáles fueron referidos de los pacientes que reintervinieron en nuestros centros en el periodo de estudio.
4. Indicar cuántos procedimientos necesitaron los pacientes en el periodo de estudio.
5. Analizar el tiempo recuperación de los pacientes en el periodo de estudio.
6. Determinar las complicaciones de los pacientes y si se resolvieron o no en el periodo de estudio.

1.4. Justificación.

Mediante esta investigación comprobamos la eficacia del uso de la cirugía mínimamente invasiva (laparoscópica) para resolver los efectos adversos y complicaciones de una cirugía previa en pacientes que fueron sometidos a reintervenciones quirúrgicas de 2 centros médicos y de cirujanos en Santo Domingo y verificar los riesgos, beneficios del procedimiento, la recuperación, tiempo en reincorporarse a su vida laboral y la resolución del problema en una o varias intervenciones, lo que en este estudio se considera como eficacia es aumento en la calidad de vida y disminución de comorbilidades al momento de elegir la vía de abordaje.

Hasta la fecha en nuestro país los estudios realizados no han comparado la vía de abordaje con el desarrollo de la enfermedad y la recuperación así como la incorporación a la vida cotidiana y laboral de los pacientes, aunque siempre ha sido tema de controversia las licencias médicas en nuestra sociedad y el ausentismo laboral, pero cabe destacar que si los procedimientos quirúrgicos se realizan con cirugía mínimamente invasiva ya sea desde el inicio o en las reintervenciones el tiempo de recuperación es mejor y por ende disminuye el tiempo de licencia médica y así el ausentismo laboral.

De no haberse hecho esta investigación no se hubiese logrado el nivel de consciencia en nuestra población general y en los prestadores de servicios de salud que intervienen directamente en el desarrollo de los procedimientos de las reintervenciones así como en las aseguradoras de salud y el sistema de seguridad social para evitar los abusos de una parte sobre las otras, para tener un engranaje dinámico sin perjudicar a ninguno de los involucrados en el sistema, resaltando que siempre se ha buscado el beneficio de los pacientes en cuanto a su calidad de vida al someterse a una intervención ya sea de Novo o reintervención mínimamente invasiva.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes.

Sofía Alejandra Idrovo Dueñas, Keileen María Pérez Escobar (2022) El desarrollo de oclusión intestinal después de la cirugía abdominal superior e inferior es parte de la vida cotidiana de cada cirujano, las adherencias postoperatorias son causa de una considerable morbilidad y su prevención se puede considerar un problema de salud pública. En Ecuador, no hay ninguna recomendación validada (que, en relación al trato gentil a los tejidos, por lo obvio no se menciona) sobre la prevención de las adherencias. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, mediante una revisión bibliográfica de artículos de revistas, tesis doctorales, páginas web, entre otros. Como resultados se obtuvo, que la obstrucción intestinal secundaria a adherencias ocupa el segundo lugar con el 17%. El 62.3% fueron varones y el 37.7% mujeres. Con mayor frecuencia entre los 15 a 30 años. El tipo de cirugía previa más frecuente fue la apendicetomía con 44.9%, la mayoría de los pacientes presentan una cirugía previa con 72.5%, el tiempo transcurrido desde la última laparotomía fue menos de un año con 34.2%. Al 62.3% se realizó adherenciólisis y al resto resección y anastomosis intestinal. La infección de herida operatorio como la complicación más frecuente con el 8.7% y la tasa de mortalidad fue 2.9%. de esta manera se concluye en que las principales características epidemiológicas de los pacientes con obstrucción intestinal: afecta a los varones y grupo etario entre 15-30 años. La apendicetomía por peritonitis generalizada, una cirugía previa y un tiempo menor de un año al trauma inicial, fueron los principales antecedentes quirúrgicos.¹

Camila Solange Bordón Luján, Margot Betina Peñares Peñaloza, Rosaluz Yesenia Poma Quispe (2022) La reintervención quirúrgica abdominal (RQA) es un evento frecuente en los hospitales de nuestro país, que altera la evolución, plan terapéutico y aumenta la morbimortalidad en los pacientes. El objetivo del estudio fue determinar las características de la RQA en el Hospital Santa María del Socorro de Ica (HSMSI) durante el período 2010-2020. Es un estudio, descriptivo, no experimental, observacional, longitudinal y retrospectivo. La muestra censal estuvo conformada por 113 personas mayores de 18 años reintervenidos por cirugía gastrointestinal. La incidencia fue 0,97 %; 54,9 % fueron pacientes de sexo femenino y 59,3 % eran mayores de 60 años. Del total, 85 % presentaron comorbilidades asociadas. Las cirugías electivas representaron el 60,2 %, el diagnóstico quirúrgico inicial más frecuente fue colecistitis

aguda y la, RQA a demanda constituyó el, 65,5 %. El absceso intraabdominal fue el principal hallazgo en el 31 % de los casos. Se concluye que la incidencia anual de RQA mantiene un rango de 8 a 9,7 %, con predominio en el sexo femenino y en mayores de 60 años. Además, las principales comorbilidades halladas fueron diabetes mellitus e hipertensión arterial, la causa más frecuente de RQA fue la cirugía biliar, y la tasa de mortalidad global fue de 7,1 %. Es importante promover un manejo multidisciplinario del paciente y difundir este estudio entre profesionales de la salud para orientar su estrategia quirúrgica.²

Milaydis Ruiz Bauta (2021) realizó un estudio observacional analítico prospectivo de cohorte de los pacientes operados por infección intrabdominal, en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín en el período abril de 2018-marzo de 2021, llevándose los datos hasta el año 2020, en el próximo año se concibió la tesis. El universo estuvo estructurado por todos los pacientes operados por infección intrabdominal, en el servicio de Cirugía General, del Hospital Provincial “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín en el periodo abril de 2018-marzo de 2020. La muestra incluyó a todos los pacientes operados por infección intrabdominal con indicación de relaparotomía que cumplieron criterios de inclusión, un total de 81 casos. La relaparotomía estuvo asociada en su mayoría a la sepsis intrabdominal, es más frecuente en hombres, el grupo de edad más afectado en la serie de casos fue el ubicado entre 40 a 50 años. Se determinó que el sitio anatómico de la intervención fue el duodeno y estómago con un tiempo medio de evolución de 1 a 2 meses, esta evolución fue mayormente desfavorable. La mayoría de las cirugías fueron de tipo sucia y la comorbilidad se dio por enfermedades asociadas. Los aspectos clínicos, humorales e imagenológicos presentes en pacientes reintervenidos de mayor significancia fueron la frecuencia respiratoria y cardiaca, signos agudos y la temperatura, todos por encima de lo normal, con gran peso el ultrasonido y la tomografía.³

Céspedes et al. (2021) en su estudio observacional, descriptivo y transversal tuvo como objetivo caracterizar la morbimortalidad de las reintervenciones de la cirugía abdominal urgente y electiva en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Doménech”, contó con una población de 236 pacientes, durante un período de cinco años y se demostró que epidemiológicamente las RQA se presentan con mayor frecuencia entre los 40-49 años de edad y con predominio en el sexo masculino. Entre las características quirúrgicas, es

común que se den luego de las 48 horas y por causas como peritonitis generalizada y abscesos intraabdominales. La mortalidad fue de 30,1 %, siendo el tromboembolismo pulmonar, la principal causa de muerte.⁴

La Rosa et al. (2018) en su artículo de revisión tuvo como objetivo identificar factores modificables que permitan disminuir las complicaciones y el número de muertes causados por las relaparotomías. La revisión de la literatura digital y actualizada en habla hispana e inglesa demostró que las causas que aumentan la posibilidad de una reintervención son de origen multifactorial, entre ellas destacan la poca experiencia del cirujano, exceso de confianza o cansancio del equipo quirúrgico sobre todo en las operaciones de urgencia y en las nocturnas, protocolos de procedimientos inadecuados, equipo e instrumental no apropiado y una de las más comunes, que es la inadecuada selección del paciente para el procedimiento indicado. El artículo concluye que, pese al avance tecnológico en el diagnóstico y tratamiento, la tasa de morbimortalidad sigue siendo elevada.⁵

Pérez-Guerra et al. (2017) realizaron un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal, el objetivo fue determinar la prevalencia de las relaparotomías abdominales en pacientes intervenidos mediante cirugías electivas y de urgencia en el Hospital General de Matamoros, durante un período de trece meses que abarcaba desde enero de 2014 a enero de 2015, contó con una población de 906 pacientes y se analizaron estadísticamente variables como edad, sexo, tipo de cirugía, complicaciones y evolución postoperatoria. Los resultados demostraron que las RQA son más prevalentes entre personas de 70-79 años, de sexo femenino, que presentaron complicaciones como colecciones intraabdominales, dehiscencia de la herida y evisceración luego de una cirugía de emergencia. El estudio concluyó que existe baja incidencia de relaparotomías, pues apenas el 2,31 % fueron tributarios de este nuevo procedimiento y la tasa de mortalidad fue de 14,4 %.⁶

Orbegoso et al. (2020) en su estudio descriptivo y transversal tuvo como objetivo determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes mayores de 14 años que fallecieron luego de una cirugía por abdomen agudo en el Hospital Regional de Lambayeque durante los años 2018 y 2019. La población total fue de 30 pacientes. Se encontró que los

factores epidemiológicos que predominaron son el sexo masculino, la edad mayor de 60 años, Lambayeque como lugar de procedencia, y menor grado de instrucción. Clínicamente es común que se asocien las comorbilidades, vacío terapéutico mayor a 72 horas y anemia; mientras que las características quirúrgicas incluyen las complicaciones postoperatorias, necesidad de UCI, perforación de víscera hueca y técnica operatoria abierta.⁷

Garcés (2020) en su estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, se propuso como objetivo evaluar los indicadores de calidad en los pacientes reintervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador durante los meses de agosto del 2016 a setiembre del 2017. La muestra estuvo conformada por 16 historias clínicas, se demostró que el servicio de cirugía general es el que realiza más relaparotomías causadas comúnmente por sepsis, la media de la estancia hospitalaria fue de seis días, el tiempo de duración promedio del procedimiento fue de 61-120 minutos. Así mismo, la incidencia anual de la RQA fue de 0,94 % y la tasa de mortalidad fue 0,09 %.⁸

Mansilla-Doria et al. (2019) en su estudio de casos y controles, tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la reintervención quirúrgica entre los pacientes atendidos en emergencia por abdomen agudo del anciano en el Hospital de Emergencias Grau EsSalud durante los años 2010 al 2015, se incluyeron 100 historias clínicas de adultos mayores de 65 años operados de emergencia, de los cuales 20 fueron reintervenidos y 80 se tomaron como controles. Los resultados demostraron que el sexo masculino y una edad promedio de 80 años fueron los factores epidemiológicos más influyentes. Además, el 80% de los pacientes presentaron comorbilidades, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial y la desnutrición. Respecto a las complicaciones, el absceso intraabdominal fue la principal indicación para la relaparotomía. La mortalidad global fue de 6 %.⁹

Zegarra et al. (2018) en su estudio descriptivo y retrospectivo, tuvo como objetivo describir las características de las relaparotomías en pacientes operados de emergencia por abdomen agudo quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia y cuidados críticos quirúrgicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, contó con una muestra de 1 050 pacientes mayores de 15 años, sometidos a una o más relaparotomías por abdomen agudo desde enero del 2009 hasta

diciembre del 2013. Los resultados mostraron que la incidencia fue del 19,8 % y la mortalidad global del 46,1 %. Además, la edad mayor de 65 años aumenta siete veces el riesgo de fallecer. Con relación a las variables quirúrgicas, se encontró que este tipo de procedimientos es frecuente en intervenciones de emergencia realizadas tardíamente, la indicación más frecuente para una relaparotomía programada fue la infección intraabdominal complicada y para la reintervención a demanda fue la sepsis abdominal.¹⁰

Saccca (2018) en su estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, tuvo como objetivo describir las características de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017, tuvo una muestra de 42 pacientes y analizó estadísticamente variables como la 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. Los resultados demostraron que estos procedimientos son más frecuentes en varones, mayores de 60 años y que cursan sin comorbilidades. El tipo de cirugía inicial que predominó fue la electiva, siendo la fascitis necrotizante la principal causa de la re-operación, por otro lado, la dehiscencia de anastomosis fue el hallazgo con mayor incidencia. Finalmente, el intervalo de tiempo entre la primera cirugía y relaparotomía fue de 8,4 días y la mortalidad global fue de 26,2 %. El estudio concluye que la incidencia del procedimiento depende de la experiencia y de las técnicas de intervención utilizadas por el cirujano.¹¹

Merino (2018) en su estudio descriptivo, correlacional y retrospectivo, tuvo el objetivo de describir las características epidemiológicas de los pacientes re-operados en cirugía gastrointestinal e identificar los factores que influyen en su realización, en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de Nivel IV, durante el año 2016 y con una muestra de 85 pacientes. Se evidenció que la tasa global de re-operaciones fue de 12 % predominando la modalidad de emergencia y por causas como abscesos y fuga intestinal. Además, las características epidemiológicas y clínicas que tuvieron mayor incidencia fueron: la edad mayor a 60 años, el estado séptico, la hipoalbuminemia y anemia como condiciones asociadas y la realización de la operación durante el turno noche.¹²

2.2. Marco conceptual

2.2.1 Reintervenciones quirúrgicas.

Las reintervenciones quirúrgicas representan un traumatismo para el paciente, sin embargo, cuando tiene indicación real se realiza de acuerdo con las normas y técnicas que el caso amerite. Un nuevo procedimiento es sinónimo de nueva agresión, donde hay desequilibrio de los mecanismos homeostáticos del paciente y por consiguiente aumento de las posibles complicaciones y morbimortalidad.

Las publicaciones referentes a las reintervenciones quirúrgicas son escasas, a pesar del problema que representa el diagnóstico y la indicación quirúrgica en un paciente operado con anterioridad, por otra parte la exploración y manejo de la cavidad abdominal durante una segunda o tercera laparotomía tiene muchas dificultades, se requiere conocimiento profundo de la historia natural de la enfermedad, de su fisiopatología y de sus posibles complicaciones, así como juicio maduro para seguir el mejor procedimiento para cada caso en particular.¹²

Las reintervenciones se dividen en dos categorías:

1. reintervenciones urgentes: que se llevan a cabo de manera inmediata, dentro de las 24 horas del postoperatorio, mediata durante el mismo lapso de hospitalización, y con menos frecuencia tardía, cuando el paciente ya salió del hospital. Se deben a complicaciones previsibles de acuerdo con la patología y cirugía realizada o imprevisibles en pacientes que se esperaba una evolución satisfactoria. ¹³
2. Reintervenciones planeadas, durante una operación de urgencia y con menos frecuencia durante una cirugía electiva se realizan procedimientos transitorios o parciales, con el fin de disminuir el trauma quirúrgico. ¹⁴

Existen múltiples factores que son los que condicionan la aparición de complicaciones y de una o mas reintervenciones quirúrgicas, entre ellas se encuentran:

Edad, mayor de 60 años, el estado nutricional del enfermo, las enfermedades coexistentes, presencia de sepsis peritoneal desde la primera intervención, administración de corticoides e inmunosupresores que favorecen la infección y retrasan la cicatrización, etc.

2.2.1.1 Reintervenciones urgentes

Dentro de las indicaciones para las reintervenciones quirúrgicas urgentes en el postoperatorio inmediato se encuentran:

- Hemorragia. Generalmente se presenta luego de una cirugía extensa, con pérdida abundante de sangre y transfusión masiva, en la que hubo una disección amplia y se deja grandes superficies cruentas, con dificultades técnicas para la hemostasia. La existencia de hepatopatía crónica con disminución de los factores de coagulación hepatodependientes o de un padecimiento hematológico con disminución de la cantidad y calidad de plaquetas son antecedentes de mucha importancia. ¹⁵

Si el paciente presenta un estado de hipotensión, taquicardia, palidez, mala perfusión tisular, llenado capilar lento se debe pensar en shock y hemorragia activa, sobre todo si existe evidencia de sangrado por la herida o sonda nasogástrica; también si se observa distensión abdominal con matidez en flancos y zonas declive.

El descenso de la hemoglobina y hematocrito no son datos del todo fidedignos en el postoperatorio inmediato, por la transfusión de soluciones electrolíticas, sangre y sus derivados en el transoperatorio, así como por la redistribución de líquidos.

- Obstrucción.

La falta de tránsito intestinal en el postquirúrgico inmediato es secundaria a íleo paralítico por la manipulación del intestino, sepsis o ambas. ¹⁶ En estos enfermos el abdomen está distendido, doloroso y no se escucha peristalsis. ¹⁷

En algunos enfermos es difícil hacer el diagnóstico diferencial entre íleo paralítico posoperatorio y oclusión intestinal mecánica, en cuyo caso además de distensión abdominal, vómitos y constipación u obstipación por el recto, existe peristalsis de lucha con tono metálico que coincide con la exacerbación del dolor cólico. La causa de oclusión mecánica puede ser vólvulo, torsión alrededor de una brida o hernia interna a través de un orificio en mesenterio o un puente formado por adherencias de epiplón. ¹⁸

2.2.1.2. Reintervenciones planeadas.

Las reintervenciones planeadas tienen dos orientaciones: 1) como un procedimiento transitorio realizado durante la primera cirugía para prevenir posteriores complicaciones y 2) reintervenciones para tratar complicaciones o secuelas tardías de una operación urgente o electiva, realizada semanas, meses o años atrás. ¹²

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 %.¹⁹⁻²⁰ Una reintervención puede ser la única esperanza y aunque la cirugía agresiva puede traer consigo una sobrevida hasta de 52 %.²¹

2.2. 2. Cirugía Laparoscópica.

La cirugía laparoscópica es una técnica donde examinamos la cavidad peritoneal y el contenido abdominal mediante un endoscopio introducido directamente a través de la pared abdominal. Es una técnica de abordaje menos invasiva y traumática que la abierta, que permite resolver el problema quirúrgico logrando una recuperación posoperatoria mas rápida.

El uso de la laparoscopia tiene antecedentes desde el siglo pasado, cuando Ott en Rusia, informó la observación directa del interior de la cavidad abdominal mediante un sistema de iluminación hecho con espejos. A partir de esa fecha se continuaron los avances en esta campo con el advenimiento de nuevos descubrimientos y el uso de algunos instrumentos ya descritos para realizar observaciones de la cavidad abdominal como lo fue la introducción de un proctoscopio por Bernheim en los Estados Unidos en 1911 para que funcionara como peritoneoscopio.²²

En 1987 se inicia la era de la cirugía por laparoscopia también conocida como "Cirugía Miniinvasiva", pero ahora ya en el terreno del cirujano general. En Francia, Mouret y Douboiz informaron la realización de la primera colecistectomía por laparoscopia con éxito y con una evolución posoperatoria muy favorable. En 1988 en Nashville, Tennessee los doctores E. Reddick y D. Olsen informaron los primeros casos en Estados Unidos, describieron el instrumental especial para la colecistectomía y un poco mas adelante el uso del láser.²³⁻²⁴⁻²⁵

La aceptación generalizada de la colecistectomía laparoscópica por el público y la comunidad quirúrgica ha extendido la laparoscopia quirúrgica hasta la mayoría de las áreas de la cirugía general y de otras disciplinas quirúrgicas.

2.2.2.1 Desarrollo de la colecistectomía laparoscópica

La evolución de la tecnología en el campo de la medicina ha ido creciendo rápidamente y el prototipo de las cirugías laparoscópicas es la colecistectomía laparoscópica ya sea por su frecuencia o por el cambio en el paradigma de cómo realizar dicha cirugía y de cómo es aceptado hoy en día que la forma de realizar en primer lugar es por video laparoscopia.

En la actualidad existe una verdadera “revolución en la colecistectomía laparoscópica”, con la aparición de nuevos procedimientos en los que no se realizan incisiones sobre la pared abdominal y utilizan laparoscopios especiales que abordan la cavidad abdominal a través de orificios naturales, esta técnica se define como "Cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales”.

Este término engloba a una gama de procedimientos endoscópicos y quirúrgicos, en los que el abordaje de la cavidad abdominal se logra con el paso de un endoscopio por un orificio natural (vulva, boca, uretra, ano), y luego se procede a realizar una incisión interna en el fondo de saco de la vagina, el estómago, la vejiga o el colon. El acceso transvaginal es el más utilizado.²⁶⁻²⁷

El Dr. Ricardo Zorrón (2007), en Brasil, realiza la primera serie de colecistectomías transvaginales en cuatro pacientes.²⁸ Bessler (2007) efectúa con éxito una colecistectomía transvaginal híbrida con tres puertos abdominales laparoscópicos en Nueva York.²⁹

Marescaux (2007) en Francia, ejecuta la primera colecistectomía transvaginal donde utiliza como único puerto abdominal una aguja de Veress y sus ventajas con respecto a la colecistectomía laparoscópica.³⁰

Sin embargo, tiene la desventaja de ser posible solo en las mujeres. Otra vía posible para efectuar la colecistectomía laparoscópica es la “laparoscopia sin cicatrices visibles”, que se aplica a partir del año 2004, y en la actualidad se realiza de forma rutinaria, fácil y rápida, independientemente del sexo. Para esta intervención, se utilizan dos puertos de cinco milímetros ocultos totalmente en la zona del vello púbico y un trocar epigástrico de tres milímetros.³¹⁻³³

La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección para todos los pacientes con enfermedad litiasica vesicular sintomática, tanto en etapa crónica como en aguda, en esta última es donde el cirujano enfrenta mayores dificultades. Pero la experiencia da como conclusión que el intento a través de la laparoscopia es válido, ya que el recurso de la cirugía tradicional la respalda en todo momento y apoya aquella premisa tan difundida de "ante la duda... abre" ³⁴⁻³⁵

2.2.2.2 Vías Biliares y exploración laparoscópica.

El abordaje actual para el tratamiento de la litiasis de colédoco es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Sin embargo, en el 3 al 5% de los pacientes a quien se les efectúa una colecistectomía se encuentran cálculos del colédoco no sospechados en la colangiografía intraoperatoria. ³⁶⁻³⁷

- **Exploración laparoscópica del colédoco:** En el momento de la colecistectomía, una colangiografía intraoperatoria ayuda, en general, a identificar la coledocolitiasis. Puede realizarse una exploración laparoscópica del colédoco con el fin de abordar toda la enfermedad litiasica de las vías biliares, sin necesidad de recurrir a otra técnica ni a anestesia adicional. En manos experimentadas la exploración laparoscópica ha sido exitosa para liberar la vía biliar de cálculos en más del 90%. ³⁸

2.2.2.3 Apendicetomía laparoscópica.

La apendicetomía laparoscópica fue realizada de forma incidental por primera vez por Semm en 1983 y 4 años después, fue comunicada inicialmente por Schreiber en 1987. ³⁹

Los beneficios que ofrece este sistema en comparación con el tradicional son: para el paciente disminución importante del dolor, menor frecuencia de infección de la herida quirúrgica y de hernias posincisionales y el aspecto estético que tiene gran influencia. Desde el punto de vista del cirujano, la técnica de apendicetomía por laparoscopia ofrece retos técnicos que la hacen muy atractiva, además de que en casos graves o complicaciones la revisión de la cavidad abdominal y el lavado de esta es más efectivo y seguro. En estos casos se debe resaltar que el tratamiento de la infección o complicación de la enfermedad apendicular deberá ser el mismo, ya que lo único que se modifica es la vía de tratamiento de la patología. ⁴⁰⁻⁴¹

2.2.2.4 Procedimientos Antirreflujo por laparoscopia.

Las operaciones antirreflujo que se han realizado laparoscópicamente son la funduplicatura de Nissen (envoltura en 360°) y el procedimiento de Toupet (envoltura de 200 a 270°). En muchos aspectos estos procedimientos son idealmente apropiados para un abordaje laparoscópico porque no se extrae ningún tejido del paciente y la operación que se realiza debería ser idéntica a su contraparte abierta.⁴²

2.2.2.5 Operaciones laparoscópicas para la enfermedad por ulcera péptica

La frecuencia de la cirugía para la enfermedad por ulcera péptica ha declinado en los últimos años por la efectividad del tratamiento médico y la morbilidad asociada con la mayoría de las operaciones anti úlceras. Sin embargo, con el desarrollo de la cirugía de acceso mínimo ha habido un renovado interés en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad por ulcera péptica. Para los pacientes con EUP no complicada, la vagotomía superselectiva se ha convertido en los años recientes en el procedimiento quirúrgico de elección. La vagotomía superselectiva desnerva las células parietales del estómago proximal, mientras mantiene la irrigación del antro y del píloro, por lo tanto la secreción ácida es efectivamente suprimida.⁴³⁻⁴⁴

2.2.2.6. Cirugía laparoscópica de colon.

La resección colónica es de los procedimientos quirúrgicos mayores más realizados; se han realizado laparoscópicamente la resección colónica por enfermedad benigna y maligna, colostomías y cierre de colostomías y operaciones para prolapso rectal. Estas resecciones colónicas son procedimientos técnicamente difíciles por la necesidad de movilizar un segmento de intestino, seccionar el abastecimiento de sangre mesentérico a esa porción y crear una anastomosis hermética. La ejecución exitosa de cada uno de estos componentes de la operación depende de las habilidades laparoscópicas avanzadas, que incluye la capacidad de operar desde puntos de vistas múltiples, de la familiaridad con el instrumental laparoscópico complejo y la destreza de la sutura laparoscópica.⁴⁵

Las resecciones intestinales pueden ser realizadas utilizando exclusivamente técnicas laparoscópicas o como se hace mas a menudo, de una manera asistida en la cual una parte de la operación se efectúa en forma extracorpórea, a través de una pequeña incisión abdominal⁴⁵.

Existen otros procedimientos en donde se ha adquirido destreza laparoscópica, estos son:

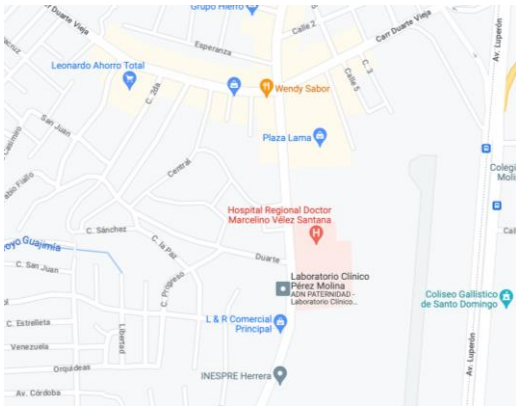
- Esplenectomía laparoscópica
- Hernias inguinales por laparoscopia
- Procedimientos hepáticos y pancreáticos laparoscópicos
- Cirugía de obesidad
- Procedimientos ginecológicos
- Adrenalectomía laparoscópica

Cuando sea necesario reintervenir a un paciente, la laparoscopia puede ser utilizada, como atestiguan muchos autores con un elevado porcentaje de éxitos. Sin duda, cualquier reintervención es técnicamente difícil y, por tanto, sólo puede ser realizada por cirujanos con gran experiencia; si estas reoperaciones se producen cuando la experiencia del cirujano no es muy amplia, lo más aconsejable será reoperar con una cirugía abierta.⁴⁶⁻⁴⁷

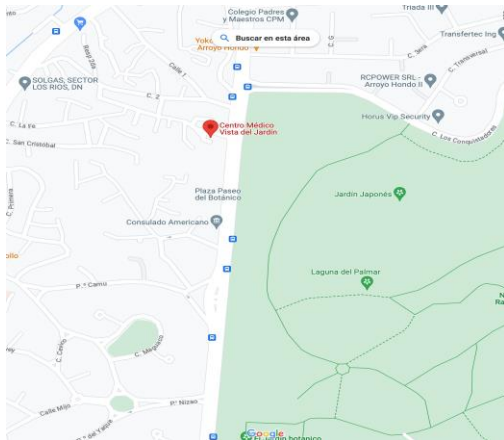
2.3. CONTEXTUALIZACIONES.

2.3.1. Marco espacial.

El estudio tuvo lugar en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana. En el Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, ubicado en la Avenida Isabel Aguiar No.141, Santo Domingo Oeste y en el grupo Bariátrica González, ubicado en el Centro Médico Vista del Jardín localizado en la Avenida República de Colombia No. 71, los rios, Distrito Nacional



Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana



Centro Médico Vista del Jardín.

Bariátrica González

CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, no probabilístico a conveniencia, ya que la muestra estuvo conformada por los casos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, con recolección de información retrospectiva de corte transversal que tiene como objetivo determinar si el abordaje laparoscópico es la mejor opción para las reintervenciones en cirugías abdominales, en pacientes del hospital Marcelino Vélez Santana y Bariátrica González, en el periodo 2017-2019, Santo Domingo, República Dominicana.

3.2. Variables y operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y SUBTIPO	INDICADOR
Edad	Tiempo vivido de persona hasta el momento del estudio	Cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente que determina el género a que pertenece un individuo.	Cualitativa	Masculino Femenino
Intervención quirúrgica abdominal	Causa de la primera cirugía, origen de la reintervención	Cuantitativa	Resolución, complicaciones y tiempo quirúrgico
Tiempo entre la cirugía inicial y la reintervención	Periodo determinado entre el inicio de la solución del problema y la solución definitiva	Cuantitativa	Evolución del cuadro

Número de Reintervenciones	Ocasiones en la que fue sometido a procedimientos quirúrgicos	Cuantitativa	- Una - Mas de una
Complicaciones	Resultados desfavorables del tratamiento.	Cuantitativa Nominal	Si No

3.3. Metodos y técnicas

En primer lugar, se identificaron los pacientes que cumplieron todos los criterios de inclusión de esta investigación. Se utilizó una observación indirecta ya que los datos que se recolectaron fueron de expedientes realizados anteriormente y no del paciente en persona. Aun así, el instrumento de recolección de datos fué una ficha de observación, previamente validada, la cual se estructuró con las variables que se buscaban estudiar. Se realizó un análisis documental retrospectivo de los expedientes de los pacientes, que luego se analizó con el apoyo de un programa de análisis estadístico.

3.4. Instrumento de recolección de datos

Se elaboró una ficha técnica a los expedientes clínicos que se generaron durante un período de 2 años, donde se recolectaron los datos generales del paciente como: edad, sexo, cirugía inicial y tiempo entre la cirugía inicial y la reintervención, numero de reintervenciones, tiempo de recuperación y complicaciones. Este estudio se llevó a cabo con el objetivo de determinar cuál es la mejor opción para las reintervenciones quirúrgicas a nivel abdominal.

3.5. Selección de población y muestra.

3.5.1. Población

La población está constituida por todos los pacientes reintervenidos atendidos en el hospital Marcelino Vélez Santana y Bariátrica González, Santo Domingo, República Dominicana en el periodo 2017 – 2019.

3.5.2. Muestra.

La muestra se utilizó la formula Raosoft, los pacientes reintervenidos en cirugías laparoscópicas abdominales.

3.6. Criterios

3.6.1. Criterios de inclusión:

Todo paciente mayor de 18 años a quienes se le realizó una reintervención quirúrgica abdominal dentro del periodo de estudio.

3.6.2 Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años.
- Pacientes atendidos fuera del período de estudio
- Pacientes que no tuvieron reintervención

3.7. Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos.

Luego de recolectar la información sobre las variables, los resultados fueron tabulados en Microsoft Excel 2013 y posteriormente se introdujo la data, la cual fue analizada en el programa estadístico SPSS. El análisis estadístico consistió en el empleo de estadística descriptiva como el uso de frecuencia y cálculo de porcentajes para variables cualitativas.

Fue utilizada la prueba no paramétrica de chi-cuadrado para establecer relaciones entre variables nominales. Luego de analizados los datos, realizamos las representaciones gráficas de las mismas.

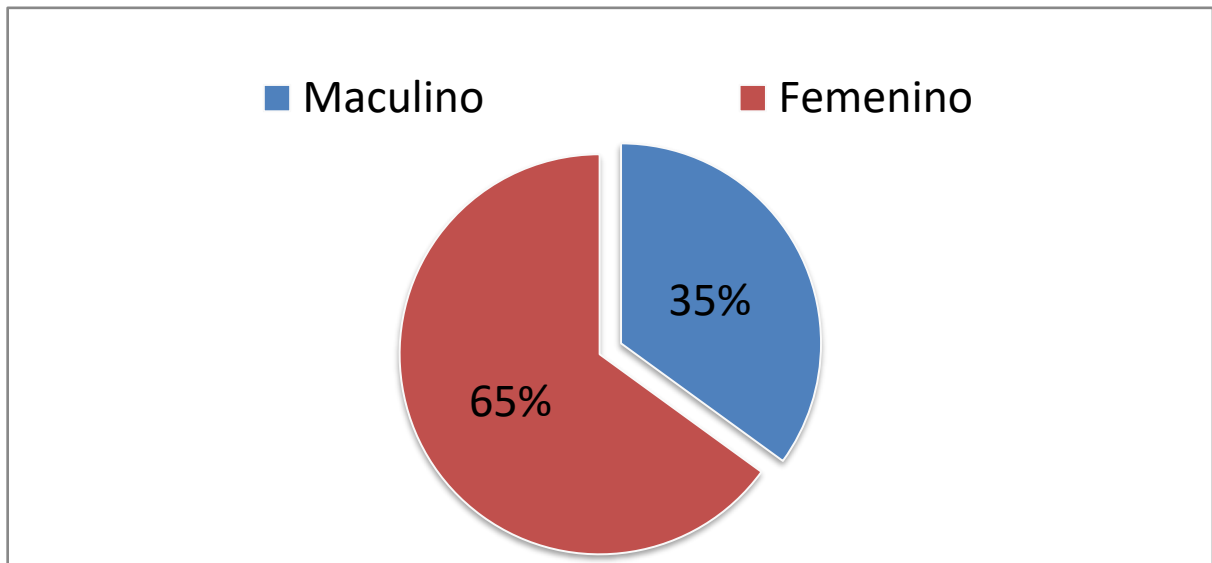
3.8. Consideraciones éticas

Se mantuvieron todos los principios bioéticos. Siempre procuramos no hacer daño de manera directa o indirecta a todos los involucrados en este estudio. Por el contrario, el propósito de presentar los resultados es, más bien, vislumbrar una situación en la que puede haber espacio de mejoría en la atención al paciente. De manera especial, se mantuvo la confidencialidad de los pacientes y nunca fueron utilizados sus nombres en este estudio. Este trabajo cuenta con la aprobación de los comités de ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), cumpliendo así, de esta manera con los estándares requeridos por estas instituciones.

CAPITULO 4. RESULTADOS

Tabla1. Reintervenciones quirúrgicas según el sexo.

Sexo	1 Reintervención	Más de una Reintervención
Femenino	13	5
Masculno	7	3

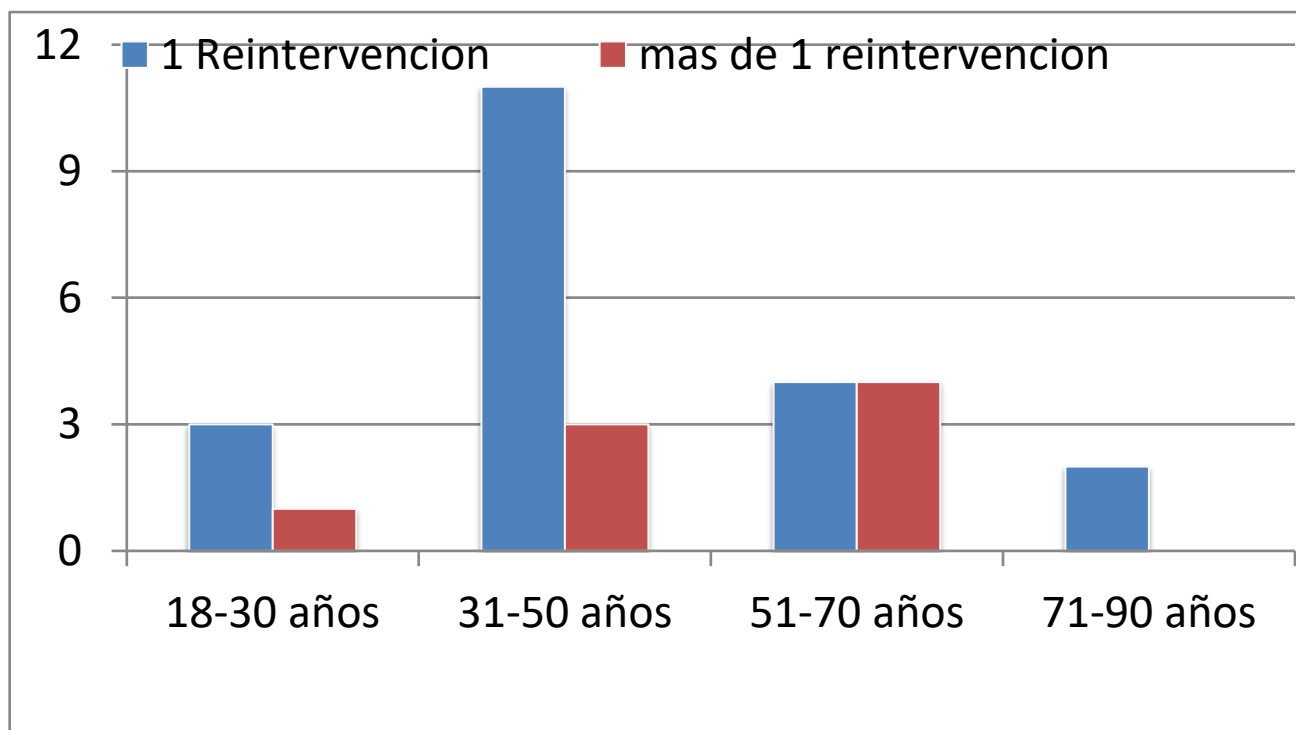


*Fuente: Fichas recolección y expedientes de centros

Tabla 2. Grupo etario en las reintervenciones.

Edad (años)	1 Reintervención	Más de una Reintervención
34		X
49		X
29	X	
50	X	
32	X	
47	X	
84	X	
57		X
37		X
34	X	
40	X	
32	X	
21		X
83	X	
45	X	
21	X	
70		X
52		X
64		X
47	X	
Tipos de Procedimientos	1 Reintervención	Mas de una Reintervención
Manga Gástrica		X

Grafica 2. Grupo etario en las reintervenciones.

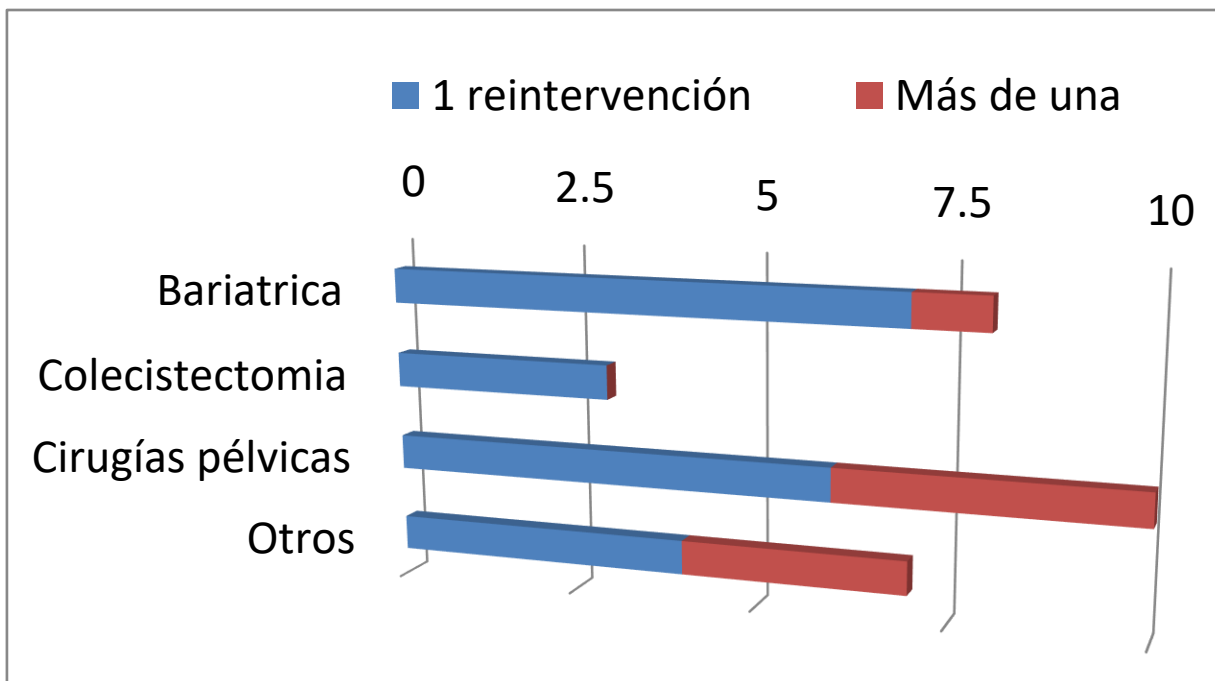


*Fuente: Fichas recolección y expedientes de centros

Tabla 3. Procedimientos primarios

Hiatoplastia		X
Apendicectomía	X	
Banda Gastrica	X	
Cistectomia ovarica		X
Cesarea	X	
Colecistectomia	X	
Colecistectomia	X	
Bypass Gastrico	X	
Colecistectomia	X	
Manga Gastrica	X	
Manga Gastrica	X	
Histrectomia		X
Banda Gastrica	X	
Apendicectomía		X
Gastrectomía proximal		X
Cardiomiotomía		X
Hiatoplastia		X
Herniorrafia Ventral	X	
Manga Gastrica	X	

Grafica 3. Tipos de Procedimientos primarios.

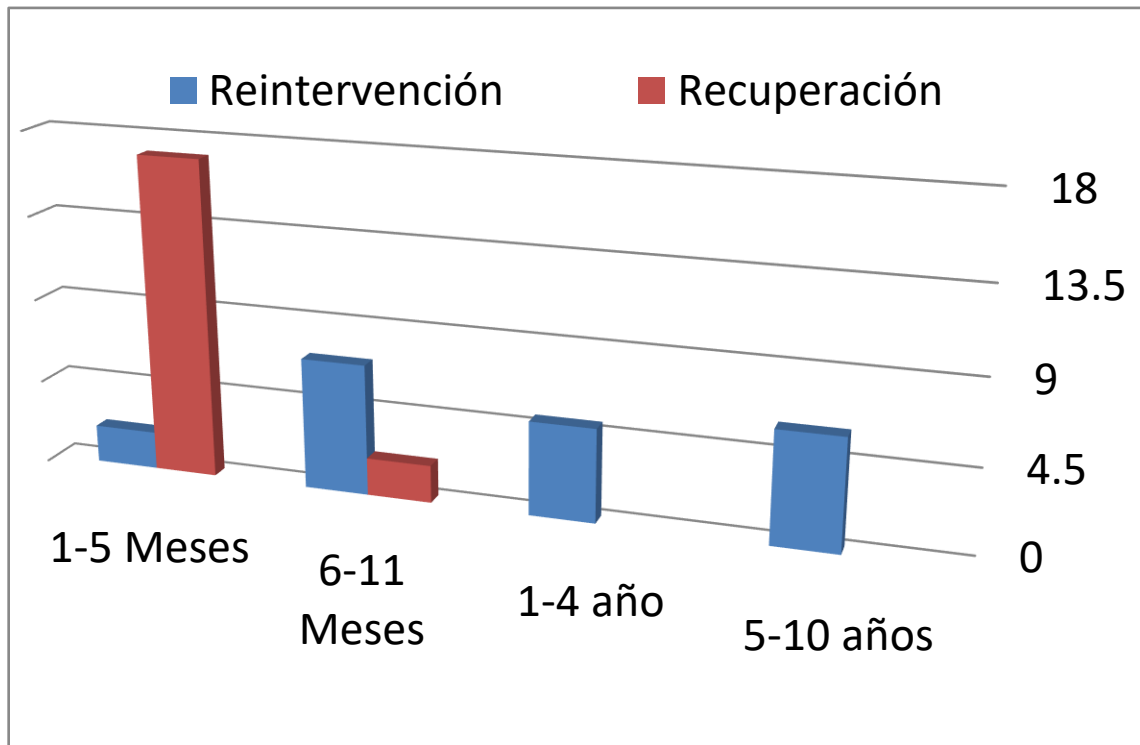


*Fuente: Fichas recolección y expedientes de centros

Tabla 4. Tiempo entre la cirugía inicial y la reintervención

Fecha primera cirugía	Reintervención	Recuperación postoperatoria
Octubre 2017	Noviembre 2017	6 meses
Agosto 2015	Noviembre 2017	1 mes
Junio 2017	Junio 2017	2 meses
2008	Agosto 2017	1 mes
Enero 2017	Agosto 2017	2 meses
2013	Septiembre 2017	1 mes
Septiembre 2017	Octubre 2017	1 mes
Marzo 2013	Enero 2018	1 mes
Enero 2016	Enero 2018	
2015	Enero 2018	1 mes
2012	Marzo 2018	1 mes
2013	Marzo 2018	1 mes
2007	Marzo 2018	1 mes
2008	Marzo 2018	1 mes
Marzo 2018	Mayo 2018	1 mes
Mayo 2013	Mayo 2018	1 mes
Abril 2018	Mayo 2018	3 meses
Abril 2018	Mayo 2018	4 meses
Mayo 2018	Junio 2018	3 meses
Junio 2018	Junio 2018	2 meses

Gráfica 4. Tiempo entre la cirugía inicial y la reintervención



*Fuente: Fichas recolección y expedientes de centros

CAPITULO 5. DISCUSION

Las cirugías de reintervención por laparoscopia a nivel abdominal suelen presentar ventajas sobre las cirugías abiertas en varios aspectos clave.

1. Menor invasión: La cirugía laparoscópica permite realizar incisiones más pequeñas en comparación con las cirugías abiertas, lo que resulta en menor daño a los tejidos circundantes y reduce el riesgo de infecciones.
2. Recuperación más rápida: Los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica suelen experimentar una recuperación más rápida debido a las incisiones más pequeñas y al menor trauma a los músculos y tejidos. Esto puede llevar a una estancia hospitalaria más corta y un retorno más temprano a las actividades normales.
3. Menor dolor postoperatorio: La cirugía laparoscópica suele estar asociada con menos dolor postoperatorio en comparación con las cirugías abiertas, lo que puede mejorar la comodidad del paciente y reducir la necesidad de analgésicos.
4. Cicatrices más pequeñas: Las incisiones pequeñas de la cirugía laparoscópica resultan en cicatrices más pequeñas y menos visibles, lo que puede ser estéticamente favorable para los pacientes.
5. Menor riesgo de complicaciones: Debido a la naturaleza menos invasiva de la cirugía laparoscópica, existe un menor riesgo de complicaciones como hemorragias, hernias incisionales y formación de adherencias.
6. Mejor visualización: La laparoscopia permite una visión ampliada y magnificada del área quirúrgica a través de la cámara, lo que puede facilitar una mejor identificación y manipulación de las estructuras anatómicas.
7. Reducción de la morbilidad respiratoria: Las cirugías laparoscópicas a menudo se asocian con una menor incidencia de problemas respiratorios después de la operación, en comparación con las cirugías abiertas, lo que puede ser especialmente beneficioso para ciertos grupos de pacientes.

8. Menor pérdida de sangre: Las técnicas laparoscópicas suelen minimizar la pérdida de sangre durante la cirugía, lo que puede reducir la necesidad de transfusiones y los riesgos asociados.
9. Potencial para una intervención más temprana: La cirugía laparoscópica puede realizarse en etapas tempranas de una afección, lo que puede llevar a mejores resultados a largo plazo y evitar la progresión de la enfermedad.

CAPITULO 6. CONCLUSION

El presente estudio observacional, descriptivo, no probabilístico, destaca que la cirugía laparoscópica demuestra ser superior en comparación a el abordaje tradicional “a cielo abierto” en el contexto de reintervenciones abdominales, ya que esta técnica mínimamente invasiva ofrece beneficios significativos, como menor tiempo de recuperación, menor riesgo de complicaciones y menor dolor postoperatorio, lo que la posiciona como una opción preferida para abordar también las reintervenciones en el abdomen. Además, mejora la visualización del campo operatorio, dada la resolución de los equipos de óptica actuales y la magnificación de las imágenes. Sin embargo, se reconoce la importancia de evaluar cada caso de manera individual y considerar las habilidades del cirujano, que es en lo que se está trabajando. Capacitar adecuadamente al facultativo para así, sin importar la complejidad de la situación clínica del paciente el mismo pueda dar respuestas satisfactorias a esos problemas quirúrgicos de forma oportuna.

CAPITULO 7. RECOMENDACIONES

- Mejorar los programas académicos, con las actualizaciones pertinentes para tener un profesional competitivo en el mundo de hoy.
- Invertir en las nuevas tecnologías para hacer mucho más segura cualquier intervención a nivel abdominal, no solo a reintervenciones, en cuanto a las imágenes, equipos médicos y herramientas quirúrgicas.
- Crear e implementar los protocolos pertinentes para los casos de cirugías de reintervención, para agotar los pasos correctos antes de abandonar una técnica quirúrgica.
- Dar seguimiento a largo plazo de los pacientes que tuvieron reintervenciones abdominales de forma laparoscópica para evaluar la durabilidad de los resultados, las futuras reintervenciones y la calidad de vida de estos pacientes.
- Realizar análisis de costo versus los beneficios de las reintervenciones abdominales por laparoscopia, considerando tiempo de hospitalización, recursos utilizados y los gastos postoperatorios.
- Implementar talleres de desarrollo con casos clínicos y comparar los tratamientos implementados por los diferentes grupos para las distintas complicación y abordaje de las reintervenciones abdominal, creando un consenso de como seguir ante cualquier evento quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Idrovo Dueñas, D. S. A., & Pérez Escobar, D. K. M. (2022). Obstrucción Intestinal secundaria a adherencia en cirugía abdominal. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4), 5702-5727.
2. Camila Solange Bordón Luján, Margot Betina Peñares Peñaloza, Rosaluz Yesenia Poma Quispe. Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2010-2020. 2020.
3. Milaydis Ruiz Bauta. Factores que provocan reintervención por sepsis intrabdominal en la cirugía abdominal. Servicio Cirugía General. 2017 2021.
4. Céspedes HA, Bello Carr A, Fernández-Pérez R. Morbimortalidad de las reintervenciones en la cirugía abdominal urgente y electiva. *Rev Cuba Cir [Internet]*. 2021 [citado 2021 Sep 10]; 60(1).
5. La Rosa Y, Rodríguez-Fernández Z., Matos ME. El dilema de las reintervenciones quirúrgicas. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2018 Dic [citado 2021 Sep. 10]; 57(4): e708.
6. Pérez-Guerra JA, Vázquez-Hernández M, Ramírez-Moreno R, López-García FR. Reintervenciones abdominales: prevalencia en cirugías electivas y urgencias. *Cir Cir*. 2017;85(2):109-13.
7. Orbegoso S., Velásquez O. Características Epidemiológicas, Clínicas y Quirúrgicas de pacientes fallecidos sometidos a cirugía por Abdomen Agudo en el Hospital Regional de Lambayeque, 2018 - 2019. *Univ Part Chiclayo [Internet]*. 2020 [citado 02 de setiembre de 2021]; Disponible en: <https://bit.ly/39nwvdp>.
8. Garcés D. Evaluación de los indicadores de calidad en los pacientes reintervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador agosto 2016 - setiembre 2017. *Univ San Martin de Porres [Internet]*. 2020 [citado 12 de setiembre de 2021].
9. Mansilla-Doria, P, Arroyo-Acevedo, J, Martínez C, Cisneros-Hilario C. Factores asociados a la reintervención quirúrgica en el tratamiento del abdomen agudo del anciano, hospital de emergencias Grau EsSALUD Lima-Perú 2010 al 2015. Conocimiento para el desarrollo. [Internet]. 2019 [citado 02 de setiembre de 2021]; 10(1), 67-73.
10. Zegarra S, Huamán R, Valderrama R, Camacho R. Relaparotomías en el Servicio de Cirugía de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Cirujano* 2018; 15 (1).

- 11 Sacca K. Caracterización de la reintervención quirúrgica abdominal en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2018 [citado 02 de setiembre de 2021]; Disponible en: <https://bit.ly/3whRq67>.
- 12 Taylor Wt., Cameron Hr.: Reoperative gastrointestinal Surgery. Ed. Little Brown Co. 1973.
- 13 Terq H, Aberg C: Relaparotomy. Acta Chir. Scand.1964; 141:637.
- 14 Kretchmer Pk: The intestinal Stoma. Indications, operative methods, care, rehabilitation. Ed. W.B Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto1975.
- 15 Gutiérrez SC, Zarate AA, Hori MS: la infección en la reintervención quirúrgica. Ed. Salvat. México, 1984;49.
- 16 Fry ED, Clevenger WF: Reoperation or intraabdominal abscess. Surg. Clin. N. Am. 1991; 71:159.
- 17 Hinsdale J, Jaffe MB: Reoperations for intraabdominal sepsis.21989;199:31.
- 18 Fabin JP, Roaemury A: Reoperation for small intestinal obstruction. Surg. Clin. N. Am. 1991; 71:131.
- 19 Hernández Ruíz A, Vincent 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 [Links]
- 20 Delgado Fernández RI, Hernández Ruiz A, Castillo Cuello JJ, Hernández Varea JA, Vincent 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 [Links]
- 21 Cheatham Michael L, Safcsak K. 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, David T. Efron Editors (c) Springer International Publishing AG. Part of Springer Nature. [Internet]. 2017[citado 2018 May 19]:65-77. Available from: Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-42376-0> [Links]
- 22 Stelatto At: History of Laparoscopic Surgery. Surg Clin Am 1991;72:997.
 - 23 Frazze Cr, Thames T, Appel m, Roberts J et al: Laparoscopic cholecystectomy: A multicenter Study.Laparoendos Surg. 1991;3:157.
 - 24 Reddick EJ, Olsen DO, Danielli JF: Laparoscopic laser Cholecystectomy Laser Med and Surg News and Advances 1989;1:38-40.
 - 25 Spaw AT, Reddick EJ, Olsen DO: Laparoscopic laser Cholecystectomy Analysis in 500 procedures. Surg.Lap. Endos.1991;1:2.
 - 26 Verger-Kuhnke AB, Reuter MA, Beccaria ML. La biografía de Philipp Bozzini (1773-1809) un idealista de la endoscopia. Actas Urol Esp [serie en Internet]. 2007 May. [citado 23 Sep 2010];31(5): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/>
 - 27 Historia de la cirugía. [Internet]. 2009 [citado 23 Sep 2010]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_cirug%C3%ADa
 - 28 Pai RD, Fong DG, Bundga ME, Odze RD , Rattner DW, Thompson CC. Transcolonic endoscopic cholecystectomy: a NOTES survival study in a porcine model. Gastrointestinal Endoscopy [serie en Internet]. 2006 [citado 23 Sep 2010]; 64(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/search?>
 - 29 Marescaux J, Dallemagne B, Perretta S. Report of transluminal cholecystectomy in a human being. Arch Surg [serie en Internet]. 2007 [citado 23 Sep 2010]; 142:823-6 Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/SINTESIS_NOTES.pdf
 - 30 Dolz C, Noguera JF, Martín A, Vilella A, Cuadrado A. Colecistectomía transvaginal (NOTES) combinada con mini laparoscopia. Rev Esp Enferm Dig. [serie en Internet].2007 dic. [citado 23 Sep 2010];99(12). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
 - 31 Song T, Kim TJ, Kim MK, Park H, Kim JS, Lee YY. Cirugía laparoscópica a través de insiccion única en ginecología. J Minim Invasive Gynecol [serie en Internet]. 2010 May

[citado 23 Sep 2010];17(3):390-2. Disponible en: http://www.sego.es/Content/revbibliograficas/Bibliografia_junio10.pdf

- 32 Villavicencio Mavrich H. Cirugía laparoscópica avanzada robótica Da Vinci: origen, aplicación clínica actual en Urología y su comparación con la cirugía abierta y laparoscópica. *Actas Urol Esp* [serie en Internet]. 2006 [citado 23 Sep 2010]; 30(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ae/v30n1/v30n1a01.pdf>
- 33 Paolo RA, Rodrigo MC, Vicente SD, Pardo SJ, Guiloff FE. Desarrollo de la cirugía laparoscópica: pasado, presente y futuro: desde Hipócrates hasta la introducción de la robótica en laparoscopia ginecológica. *Rev. chil. obstet. ginecol* [serie en Internet]. 2008 [citado 23 Sep 2010];73(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://bases.bireme.br>
- 34 Petelin JB: Laparoscopic approach to common duct pathology. *Surg Lap Endosc* 1991; 1:33-42.
- 35 Dubois F, Berthelot G, Levard H: Laparoscopic Cholecystectomy historic perspective and personal experience. *Surg lap Endosc* 1991; 1:52-57.
- 36 Hunter HG, Soper NJ. Laparoscopic management of bile duct stones. *Surg Clin N Amer* 1992; 72:1077-1097
- 37 Tompkins RK, Pit HA, Surgical management of benign lesions of the bile ducts. *Curr Prob Surg* 1982; 19:327-398.
- 38 Philips Eh, Carroll BJ, Pearlstein AR, et al. Laparoscopic Choledochoscopy and extraction of common bile ductstones. *World J Surg* 1993; 17:22-28.
- 39 Schrieber J. early experience with laparoscopic appendectomy in women. *Surg Endosc* 1986;1:211-216.
- 40 Browne DS: laparoscopic guide appendectomy. A study of 100 consecutive cases. *Aust N2 Obstet Gynaecol.* 1990; 30:231-6
- 41 Gotz F, Pier A, Bacher c: Modified laparoscopic appendectomy in surgery. Report 388 operations, *Surg. Endosc* 1990;4:6-9.
- 42 Tor KBA, S Tilander. A long term randomized prospective trial of de Nissen procedure vs. a modified Toupet technique. *Ann Surg* 1989; 210:719-724.
- 43 Jhonston D. operative mortality and postoperative morbidity of highly selective vagotomy. *Br Med J* 1974; 4:545-547

- 44 Jofman J, Olesen A, Jensen HE. Prospective 14218-year follow-up study after parietal cell vagotomy. *Br J Surg* 1987; 74:1056-1059.
- 45 Brunt ML, Soper N. Cirugía laparoscópica, Maingot operaciones abdominales, tomo 1. 10ma edic. Ed. panamericana 1997; 245-248.
- 46 Bauer TW, Morris JB, Lowenstein A, Wolferth C, Rosato FE, Rosato EF The consequences of a major bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Gastrointest Surg.* 1998, 2: 61-66. 15.
- 47 Watson DI, Jamieson GG, Game PA, Williams RS, Devitt PG Laparoscopic reoperation following failed antireflux surgery. *Br J Surg.* 1999, 86: 98-101

Anexos



Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
UNIBE
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Instrumento de recolección de datos.

Cirugía laparoscópica como mejor opción para la cirugía de reintervención en cirugías abdominales, en pacientes del hospital Marcelino Vélez Santana y Bariátrica González, en el periodo 2017-2019, Santo Domingo, República Dominicana.

1. Edad: _____ años cumplidos
2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
3. Cirugía inicial: _____
4. Reintervenciones:
5. Finalización de la reintervención:
6. Tiempo de recuperación: _____ Meses
7. Tiempo entre la cirugía inicial y la reintervención:
8. Complicaciones: Si _____ No _____ desglosar...

Anexos.
Aplicación a comité de ética



 **APLICACION COMPLETA PARA ESTUDIANTES - COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN**

Código de Aplicación	ACECEI2023-89
Nombre del Estudiante #1	Daniel Nicolas Lluberres Chez
Matrícula del Estudiante #1	171103
	2020 CV.pdf
Correo Electrónico del Estudiante #1	drdlluberres@outlook.com
Teléfono del Estudiante #1	(809) 8177868
Nombre del Estudiante #2	Denisse Carolina De los santos Núñez
Matrícula del Estudiante #2	171133
Correo Electrónico del Estudiante #2	denissekrola0485@gmail.com
Teléfono del Estudiante #@	(829) 4506460
	Postrado o Maestría
Postgrado o Maestría que cursa:	Cirugía Mínimamente Invasiva y Bariátrica
Nombre del Profesor o Asesor:	Angel Campusano
Correo Electrónico del Profesor o Asesor:	a.campusano1@prof.unibe.edu.do
Nombre del Proyecto de Investigación	Cirugía laparoscópica como mejor opción para la reintervención en cirugías

abdominales, en pacientes del Hospital Marcelino Vélez Santana y bariátrica González, en el periodo 2017-2019.

Tipo de Investigación	De Gabinete
Indique la categoría que mejor describe su investigación	Trabajo final de posgrado/maestría
Los fondos de este proyecto son	Personales
El estudio es:	Retrospectivo
El diseño del estudio es:	No Experimental
Describa brevemente el problema de la investigación y el procedimiento que utilizará en su investigación. Incluya la HIPÓTESIS y describa los procedimientos con detalle.	<p>En nuestro país la mayoría de cirugías de reintervención abdominales se realizan de forma abierta o convencional, lo que implica mayor riesgo de bridas y adherencias, lo que predispone a síndrome de obstrucción intestinal, mayor tiempo en el transquirúrgico y de recuperación posquirúrgica, que se traduce como mayor tiempo de ausentismo laboral, así como aumento de los costos por mayor uso de medicamentos por parte del paciente debido a que están expuestos a un trauma mayor en la cirugía convencional o abierta.</p> <p>Analizar los expedientes de los pacientes que fueron sometidos a cirugías de reintervención abdominales, en el lugar y periodo antes mencionado.</p> <p>Hipótesis: la cirugía laparoscópica es la mejor opción para las reintervenciones abdominales.</p> <p>Procedimientos: analizar cirugías anteriores, tiempo quirúrgico y de recuperación, tiempo de la primera cirugía y la reintervención, cantidad de reintervenciones, complicaciones, evolución, y resolución o no del cuadro.</p> <p>Para así determinar la vía de abordaje que</p>

	más beneficia al paciente, en las patologías quirúrgicas abdominales.
Describa los participantes de su investigación. Incluya la muestra esperada, como cálculo la muestra, edad, estado civil, etc.	Pacientes del Hospital Marcelino Vélez Santana y bariátrica González. Pacientes que fueron sometidos a reintervenciones quirúrgicas abdominales, en el período 2017-2019. Muestra esperada: 100 pacientes. Edades de 18-70 años. Estado civil: no aplica.
La selección de la muestra será:	Probabilística
Describa las técnicas que utilizará para reclutar sus participantes	Acceder a los expedientes clínicos Formulario para recolección de datos, omitiendo los datos personales del paciente o qué comprometan su confidencialidad.
La muestra está conformada por grupos vulnerables:	No
¿Sus participantes recibirán alguna remuneración o recompensa?	No
Describa los pasos que tomará para proteger la confidencialidad de los participantes y sus datos .	Excluir los datos personales como: nombre, cédula de identidad y electoral, pasaporte, dirección, correo electrónico, número de teléfono, número de seguridad social/NSS e historial clínico/récord. Asignar un número para ordenar y manejar los datos de los casos de reintervenciones, omitiendo los datos antes descritos.
¿Su investigación utilizará engaños o señuelos?	No
Describa si existe algún riesgo para los participantes y como protegerá a los participantes del mismo	Riesgo de violar la confidencialidad del paciente. Se protegerán los datos de información personal, ya que no serán expuestos en la investigación a realizar.
Describa los potenciales beneficios	Ser parte de un estudio en el cual se promueva la inversión en tecnología y

para los participantes de esta investigación (cualquier remuneración por participación no se incluye como parte de los beneficios):	capacitación, para mejorar el tratamiento de las patologías quirúrgicas abdominales en nuestro país.
¿Cómo manejarán posibles reacciones negativas de los participantes a la investigación?	No aplica, debido a que la información a recolectar no implica interacción con los pacientes a investigar.
Describa los procedimientos estadísticos que utilizará en su investigación. Especifique que tipo de pruebas y análisis espera realizar.	Observación indirecta ya que los datos se recolectaran de expedientes realizados anteriormente Formula Raosoft. Prueba no paramétrica de chi-cuadrado para relaciones entre variables
¿Cuál software o programa utilizará para los análisis estadísticos?	Microsoft Excel 2013 y programa estadístico SPSS
Si ha recibido instrucción formal en el uso de este programa favor indicar el método	Asignatura universitaria
Fecha estimada de recolección de datos	01/06/2023
Indique la institución donde llevará a cabo su recolección de datos	Hospital Marcelino Velez Santana
Anexe su certificación en ética de investigación.	<u>certificacion de los 2.pdf</u>
Comentarios adicionales	Buenas noches, Los datos faltantes necesitan la autorización del tema para poder tener por escrito la carta de los centros, tenemos

autorización verbal para revisión de los expedientes, ya que seguimos trabajando y tenemos acceso a los pacientes que hemos atendido.

Aprovechando la oportunidad para solicitar una cita con usted, para hablar de nuestro tema.

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO

CAMBIOS APROBADOS DÍA

06-01-2023

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. P. P. A.', written in a cursive style.

EVALUACION

Sustentantes:

Dr. Daniel Nicolas Lluberes Chez

Dra. Denisse Carolina De los santos Núñez

Asesores:

Dr. Angel Campusano
Asesor metodológico

Dr. Rafael González
Asesor Clínico

Jurados

Dr. Carlos Tejeda Peña
Cirujano General, Laparoscopista Avanzado
HGRDMVS

Dr. Ramon Arturo Hernández
Cirujano General y Laparoscopista
HGRDMVS

Autoridades

Dr. Rafael González García
Coordinador Fellow Cirugía mínimamente
Invasiva y Bariátrica HGRDMVS

Dr. Wenceslao Figuereo
Dirección de investigaciones clínicas
HGRDMVS

Dr. Rafael Nazario
Coordinador Residencias medicas
Universidad Iberoamericana

Dr. Marcos Núñez Cuervo
Decano Escuela de Medicina
Universidad Iberoamericana

Fecha presentación _____

Calificación _____

