

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

El dilema de las reintervenciones quirúrgicas

YANET LA ROSA ARMERO, ELMER MATOS TAMAYO, ZENÉN RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ.

Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Objetivos: profundizar en los principales aspectos cognoscitivos relacionados con las reintervenciones, elevar la calidad asistencial y, con esa premisa, el índice de supervivencia de quienes presenten ese tipo de complicación posquirúrgica.

Desarrollo: en la actualidad constituye un verdadero problema científico la diversidad de criterios relacionados con las reintervenciones, por cuanto resulta de gran importancia identificar los factores que permitan reconocer las condiciones modificables que disminuyan las complicaciones y el fallecimiento por esta causa, sobre todo en la población envejecida como grupo vulnerable.

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

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

INTRODUCCIÓN

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

El estudio de los acontecimientos adversos en cirugía (reingresos, complicaciones posoperatorias, reintervenciones, mortalidad, entre otros) tiene tres implicaciones: a) conocer la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades o los procedimientos con finalidades clínicas o epidemiológicas,

b) evaluar la calidad de la atención médica asumiendo que estos acontecimientos son indicadores útiles para monitorizar la efectividad hospitalaria y, al menos, identificar los centros o los servicios con posibles problemas de calidad; y

c) definir las características del paciente o de la intervención, asociadas con un incremento en el riesgo de los resultados adversos.⁽³⁾

Los efectos adversos que deben centrar el interés del cirujano son los evitables o los prevenibles y, por tanto, susceptibles de intervenciones dirigidas a su prevención, los que están relacionados con accidentes quirúrgicos o anestésicos, a complicaciones posoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención y según su gravedad pueden ser leves, moderados y severos, estos últimos con riesgos por el fallecimiento del enfermo.^(2,3,4)

En general, se define la complicación o la complejidad morbosa como la coexistencia de dos o más enfermedades en un paciente, o la aparición de una nueva afección en el curso de una enfermedad.⁽⁵⁾

Las complicaciones posoperatorias resultan de la interacción de los factores del paciente, de su enfermedad y de la atención sanitaria que recibe. Se deben al proceso morboso primario, una enfermedad médica concomitante, la respuesta individual del enfermo ante la agresión, los errores en el tratamiento médico, la técnica quirúrgica o la complejidad del acto operatorio, entre otras causas. Pueden minimizarse al estimar el riesgo quirúrgico, con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, aunque lo más importante es su prevención. Aún así, se describe que entre 0,5 y 15% de las intervenciones quirúrgicas se produce una reintervención, el 90% de las cuales corresponde a los pacientes operados previamente con urgencia.⁽⁴⁾

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

Actualmente, la cirugía se ha perfeccionado con el desarrollo de modernas técnicas anestésicas, métodos de antisepsia, antimicrobianos cada vez más potentes, perfeccionamiento de las salas de cuidados intensivos y la introducción de avances tecnológicos; sin embargo, todavía en los pacientes operados surgen complicaciones que requieren una reintervención temprana, situaciones que deciden sobre la vida de estos afectados y alteran de manera significativa la morbilidad y la mortalidad quirúrgicas.⁽¹⁾ Todo ello justifica la revisión actualizada de este tema con el objetivo de profundizar en sus principales aspectos cognoscitivos, elevar la calidad asistencial y, con esa premisa, el índice de supervivencia de quienes presenten ese tipo de complicación posquirúrgica.

DESARROLLO

Aspectos generales

Son muchos los factores que pueden incidir en una complicación: un cirujano con poca experiencia, poco liderazgo durante la intervención, exceso de confianza o fatiga del equipo quirúrgico, sobre todo en cirugía de urgencia y en la nocturnidad, protocolos de procedimientos inadecuados, equipo e instrumental no idóneo para el procedimiento que se desea realizar o para las circunstancias que se estén presentando por los hallazgos durante la operación, y una de las más comunes, que es la inadecuada selección del paciente para el procedimiento indicado.⁽⁵⁾

Es difícil establecer un diagnóstico certero en el período posquirúrgico inmediato a una laparotomía a causa del dolor de la incisión y la irritación peritoneal, a lo que se añade, los efectos de la anestesia que disminuyen no solo el dolor, sino también las reacciones secundarias a la hipovolemia y la hipoxia.⁽⁴⁾

Desde épocas remotas, la aparición de complicaciones sépticas ha constituido un problema de difícil solución, habida cuenta de que las reservas fisiológicas del afectado están atenuadas y las complicaciones pueden pasar inadvertidas.^(3,4,5)

En las enfermedades quirúrgicas, la preparación del paciente es fundamental, en especial si es tributario de un plan terapéutico urgente. La corrección de los desequilibrios hidroelectrolítico y el ácido-básico, los trastornos de la coagulación y la profilaxis o el tratamiento antibiótico, son factores importantes para prevenir las futuras complicaciones sistémicas, aunque la reintervención del enfermo se considera, independiente de la causa que la justifique, la principal complicación de la técnica quirúrgica, puesto que uno de los principios fundamentales de la cirugía es la solución intraoperatoria de cualquier problema en relación con el diagnóstico e incluso con el propio tratamiento.⁽⁴⁾

Es obvio que las reintervenciones se relacionan con complicaciones, que son el resultado de la progresión de la enfermedad, los hallazgos operatorios, las condiciones locales y generales del paciente; además de, en ocasiones, los errores tanto en la táctica como en la técnica operatoria, lo que se conoce como iatrogenia.

¿Cuándo reintervenir?

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

Nunca se ha podido identificar, de manera clara, las variables que pueden aumentar el riesgo de un paciente al ser sometido a una reintervención quirúrgica y, por consiguiente, no es posible establecer un criterio uniforme para estandarizar la conducta que se debe seguir con los enfermos susceptibles a esta y condicionar una amplia variedad de secuelas posquirúrgicas.^(4,5)

La experiencia ha demostrado que en los casos de reintervención, los estudios complementarios no tienen un valor primordial, pues continúan siendo los signos y síntomas clínicos el instrumento más eficiente para este diagnóstico, por tales razones adquiere cada vez mayor importancia la valoración clínica minuciosa ante la cama del paciente y no la excesiva confianza en los exámenes por imágenes o de otro tipo. La función del médico no ha dejado de ser aun más trascendente que la de los sistemas de monitoreo y diagnóstico que rodean al afectado.⁽⁶⁾

Los síntomas y los signos clínicos que evidencian una sepsis intraabdominal son la expresión de la agresión al organismo por microorganismos patógenos con aumento de la virulencia y disminución de mecanismos defensivos; la sepsis peritoneal se acompaña de signos, con una respuesta hipodinámica como la elevación de la temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$, la taquicardia > 120 latidos p/min, la polipnea > 30 respiraciones p/min, la disminución del gasto cardíaco, entre otros. Entre las alteraciones humorales se describen: Pa $\text{CO}_2 < 32$ mm Hg, leucograma $> 12\ 000$ leucocitos/mm³ o < 4000 o más de 10% de neutrófilos inmaduros sin causas conocidas, así como cifras de glicemia y creatinina elevadas.⁽⁶⁾

Los hallazgos imaginológicos constituyen un elemento importante para el diagnóstico de sepsis intraabdominal, entre los que figuran las radiografías simples de abdomen, cuyas alteraciones deben conllevar a estudios más precisos como la ecografía y sobre todo la tomografía axial computarizada. Sin embargo, ninguno supera a los elementos clínicos identificados como factores predictores para la realización de una relaparotomía, por cuanto, la asociación de criterios clínicos, humorales e imaginológicos para tomar la decisión de la reintervención quirúrgica en las peritonitis sigue siendo en la actualidad la más empleada.⁽⁶⁾

El Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) debe sospecharse en aquellos pacientes con un abdomen tenso, distendido, con la Presión Intraabdominal (PIA) elevada, signos de bajo gasto cardíaco, el aumento de la presión en la aurícula derecha y de la presión capilar pulmonar, la hipoperfusión hepática, la acidosis metabólica y láctica, la oligoanuria, la hipoperfusión esplácnica por tonometría gástrica, el aumento del trabajo respiratorio y de la presión pico y la hipoxemia progresiva e hipercapnia en pacientes ventilados mecánicamente.⁽⁷⁾

El SCA es una de las complicaciones intraabdominales más temibles, se produce por efecto de la elevación de la PIA. Otras, como las infecciosas, también la incrementan por edema de las asas intestinales y el aumento del contenido abdominal provocado por la trasudación capilar durante la respuesta inflamatoria.

Kujath et al,⁽⁸⁾ afirman que existen evidencias de la asociación entre el incremento de la PIA y la presencia de complicaciones que requieren una relaparotomía. Por su parte, Cheatham y Safcsak⁽⁹⁾ aseguran que una elevación progresiva de la PIA es un signo de alarma que motiva la búsqueda de otras evidencias de complicaciones dentro del abdomen, o por lo menos, a una reevaluación más frecuente del enfermo. La descompresión quirúrgica se debe considerar con presiones mayores de 25 mm Hg, aun sin evidencia clínica del SCA.

Está bien documentado que el aumento del tiempo entre la intervención inicial y la primera reintervención, el número creciente de reintervenciones y el aumento de la PIA por encima de los valores normales incrementa directamente la mortalidad por las consecuencias del SCA.⁽⁷⁾

La decisión de reoperar es crítica, y la actitud del cirujano es básica en este proceso importante de la toma de decisiones. En este sentido Andar et al.⁽⁵⁾ encontraron en un servicio quirúrgico, que cerca de 10% de las complicaciones posoperatorias graves y con amenaza para la vida eran iatrogénicas. Por su parte, Valdés Jiménez et al⁽¹⁰⁾ señalan que la segunda decisión más difícil en cirugía es cuándo operar; pero la primera, cuándo reintervenir.

Una reoperación ocasiona un nuevo traumatismo y desequilibrio de los mecanismos homeostáticos del paciente, que condiciona mayores posibilidades para presentar complicaciones que aumenten la mortalidad. La necesidad de una reintervención presupone alguna complicación en el período posoperatorio inmediato o alguna lesión inadvertida durante el acto quirúrgico. Una reintervención oportuna, a pesar de los progresos de la terapéutica actual, corrobora el pensamiento de que "es mejor mirar y ver, que esperar para ver".⁽¹¹⁾

Relaparotomía

Se entiende por relaparotomía a la reintervención realizada sobre cualquiera de los órganos de la cavidad abdominal en los primeros 30 días de una operación inicial a causa de la complicación de ésta. Debe reservarse para el tratamiento de complicaciones graves y se plantea que lo más difícil no es el acto de reintervenir, sino el de decidir el momento en el cual debe de ser reoperado el paciente.

La necesidad de una relaparotomía no programada en el período posoperatorio inmediato de una cirugía abdominal representa, en la mayoría de los casos, una falla grave de la cirugía inicial y constituye una de las situaciones críticas más complejas que debe enfrentar un cirujano.⁽¹²⁾ La tasa de reintervenciones en la cirugía abdominal fluctúa entre el 2 y el 7%, respectivamente, y se asocia a una mortalidad de 36-48%.⁽¹⁰⁾ Algunos autores señalan que

las relaparotomías tienen una incidencia de 0,5-15% de todas las laparotomías realizadas en un hospital y la tasa de mortalidad global oscila desde 24 hasta 71% para una media alrededor de 40%.⁽¹³⁾

Por otra parte, el objetivo de la laparotomía en la peritonitis aguda es eliminar su foco; sin embargo, entre el 15 y el 30% de los casos se hace necesaria una reintervención, la cual puede ser percutánea o a través de relaparotomía, que se realizará lo antes posible para garantizar un resultado favorable.^(14,15)

En la actualidad coexisten dos grandes posibilidades para el paciente que requiere una relaparotomía. Esta puede ser programada o a demanda; la primera se decide desde la laparotomía inicial y se basa en el juicio del cirujano; la segunda, de acuerdo con la evolución posoperatoria del enfermo, el juicio clínico del cirujano especialista y el equipo médico de apoyo: el médico intensivista o emergencista.⁽¹³⁾

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

No obstante, la mentalidad ha evolucionado desde los tímidos *second look* de los años 70, las laparotomías "programadas" de los 80, hasta las operaciones secuenciales de "control de daño" de los 90 del siglo pasado, pero aun los emergencistas e intensivistas piensan que los cirujanos están a la zaga de la comunidad médica que trata de intervenir precozmente, antes de que se inicie o en los períodos iniciales de las enfermedades y sus complicaciones, y no en el período de estado o en el terminal, cuando las reservas fisiológicas del paciente están agotadas.^(14,15,16)

Entre las reflexiones hechas por algunos autores sobre el tema, resaltan las siguientes: "Los resultados del abstencionismo jamás llegarán a conocerse; las muertes por defectos de reintervenir jamás serán explicadas". "El disimulo es peor que la falta, cuando ello le priva al operado de una posibilidad de supervivencia". Ante un operado en peligro, el cirujano digno de este nombre no debe tener más que un objetivo: "aportar una ayuda por todos los medios, la reintervención constituye uno de estos medios".⁽¹⁷⁾

Datos estadísticos relevantes

La mortalidad por reintervención abdominal varía de un 13 a un 100 % en relación con las condiciones del enfermo, pero en aquellos sin sepsis sistémica en el momento de la reintervención es de un 13%; en los que tienen sepsis y falla múltiple de órganos, de un 50% y en los pacientes con peritonitis difusa y falla orgánica múltiple se eleva al 100%.⁽¹⁸⁾ Una reintervención puede ser la única esperanza y aunque la cirugía agresiva puede traer consigo una

sobrevida hasta de 52%,⁽¹⁰⁾ es mucho más desalentador en la autopsia, el hallazgo de una enfermedad que requería tratamiento quirúrgico y no fue realizado.

Es importante destacar que el 2% de los pacientes laparotomizados desarrollan sepsis intraabdominal posoperatoria y el 29% de los que tienen este diagnóstico en la cirugía inicial persisten con ella;⁽¹¹⁾ por tanto, el reconocimiento temprano con el tratamiento oportuno es crucial para estos afectados. Los errores en el diagnóstico y control de un foco séptico abdominal pueden provocar falla orgánica múltiple, y está documentado que hay más incidencia en la disminución de la mortalidad cuando se previene su instalación que cuando se trata una vez que se manifiesta.^(11,12) Otros factores relacionados con el aumento de la mortalidad son: una edad mayor de 50 años, la peritonitis en el procedimiento inicial, la sepsis sistémica, la desnutrición y la cirrosis hepática.^(19,20)

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

En la bibliografía nacional y extranjera se aborda con poca frecuencia este tema; sin embargo, en Cuba se citan tasas de reintervenciones abdominales entre 1,3 y 2,6%, respectivamente, en servicios de cirugía general, 10,6% en salas de terapia intermedia de cirugía y hasta un 17% en unidades de cuidados intensivos.^(4,16,18)

En estudios realizados sobre las reintervenciones en el servicio de Cirugía General del Hospital Clínico-quirúrgico Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba se concluyó que las principales causas fueron la evisceración, la dehiscencia de suturas intestinales y la peritonitis residual; la edad, el número de reoperaciones así como el tiempo transcurrido desde la operación inicial hasta la reintervención, que elevan la mortalidad (17,2% y 24,5%), la que estuvo asociada al diagnóstico quirúrgico inicial de oclusión intestinal, al choque séptico y al fallo múltiple de órganos.^(19,20)

Consideraciones finales

La reintervención constituye un grave problema de origen multifactorial que compromete e inquieta directamente al cirujano y ensombrece el pronóstico del paciente operado. Los criterios de la reintervención continúan siendo discutidos entre cirujanos e intensivistas, sobre todo a partir del precario estado del enfermo y de la ausencia del cuadro característico de abdomen agudo, donde poco ayudan los exámenes complementarios, por cuanto la valoración clínica es lo más trascendente, combinada con los criterios humorales e imaginológicos para tomar la decisión de reintervenir a un paciente por sepsis intraabdominal. Los hallazgos encontrados en las reintervenciones están relacionados en su mayoría con dificultades en la técnica quirúrgica inicial. El aumento del tiempo entre la intervención inicial y la primera reintervención, el número creciente de reintervenciones y el aumento de la presión intraabdominal por encima de los valores normales incrementa la mortalidad, la que generalmente está asociada al choque séptico y al fallo múltiple de los órganos. Mientras más precozmente se realice el diagnóstico de una complicación posoperatoria y más rápido se decida la reintervención, menores serán el número y la gravedad de las complicaciones y mayor la posibilidad de supervivencia del enfermo.

CONCLUSIONES

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuschieri A. Nature of human error. Implications for surgical practice. *Ann Surg [Internet]*. 2007 [citado 10 Oct 2016]; 244:642-648. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17060751.
2. Morris JA Jr, Carrillo Y, Jenkins JM, Smith PW, Bledsoe S, Pichert J, White A. Surgical adverse events, risk management, and malpractice outcome: morbidity and mortality review is not enough. *Ann Surg [Internet]*. 2003 [citado 10 Oct 2016]; 237(6):844-851. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12796581>.
3. Brenman TA. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *Engl J Med [Internet]*. 2007. [citado 10 Oct 2016]; 324: 377-388. Disponible en: www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199102073240604.
4. Villa Valdés M, García Vega ME, Sáez Zúñiga G. Comportamiento de la reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. *Rev Cub Med Int Emerg [Internet]*. 2010 [citado 10 Oct 2015]; 9 (4):1962-1974. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_4_10/mie08410.htm

5. Andar R, Bass A, Walden R. Iatrogenic complications in surgery. Five years' experience in general and vascular surgery in a University Hospital. *Ann Surg* [Internet]. 2007 [citado 10 Oct 2015]; 196(6):725-729. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1352993/pdf/annsurg00142-0105.pdf>
6. Sosa Hernández R, Sánchez Portela CA, Delgado Fernández JC, Rodríguez Lorenzo S, Pastrana Román I. Parámetros clínicos humorales e imaginológicos en la reintervención por sepsis intraabdominal. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2007 Sep [citado 2016 Oct 08]; 46(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300005&lng=es
7. Amador Fraga Y, López Martín E, Concepción Quiñones L. Reintervenciones quirúrgicas abdominales. *Revista de Ciencias Médicas de Mayabeque* [Internet]. 2013 [citado 2016 Oct 8]; 19(3): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/606>.
8. Kujath P, Eckmann C, Esnashari H, Bruch HP. The value of different lavage treatment patterns in diffuse peritonitis. *Zentralbl Chir*. 2007 Oct; 132(5):427-32.
9. Cheatham ML, Safcsak K. Is the evolving management of intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome improving survival? *Crit Care Med*. 2010; 38:402-407.
10. Valdés Jiménez J, Barreras Ortega JC, Mederos Curbelo ON, Cantero Ronquillo A, Pedroso Janet. Reintervenciones en Cirugía General. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2001 Sep [citado 2016 Oct 08]; 40(3): 201-204. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932001000300007&lng=es.
11. Rodríguez Ramírez R, Peña Arañó MJ, Blanco Milá A, González Rondón PL, Puertas Álvarez JF, Goderich Lalán JM. Relaparotomía de urgencia por peritonitis secundaria. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 1999 Ago [citado 2016 Oct 08]; 38(2): 79-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000200003&lng=es
12. Martín Bourricaudy N, Rodríguez Delgado R, Rodríguez Rodríguez I, Sosa Palacios O, Reyes de la Paz A. Factores de riesgo relacionados con las relaparotomías después de cirugía gastrointestinal. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2008 Mar [citado 2016 Oct 08]; 37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572008000100005&lng=es
13. Lamme B, Boermeester M, Belt E. Mortality and morbidity of planned relaparotomy versus relaparotomy on demand for secondary peritonitis. *Br J Surg* [Internet]. 2007 [citado 10 Oct 2015]; 91(8): 1046-1054. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15286969>.
14. Sánchez Portela CA, Delgado Fernández JC, García Valladares A. Comportamiento de las reintervenciones en cirugía general. *Hospital General Docente «Abel Santamaría», Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2012 Feb [citado 2016 Oct 08]; 16(1): 10-19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100004&lng=es
15. Hernández Ruíz A, Vinent Llorente JA, Delgado Fernández RI, Castillo Cuello JJ. Factores que influyen en la mortalidad en los pacientes graves con cirugía abdominal. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Oct 08]; 53(2): 134-144. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000200003&lng=es
16. Delgado Fernández RI, Hernández Ruíz A, Castillo Cuello JJ, Hernández Varela JA, Vinent Llorente JA, Alcalde Mustelie GR. Caracterización de pacientes quirúrgicos de alto riesgo ingresados en terapia intensiva. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Oct 11]; 53(4): 388-396. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000400007&lng=es
17. Sarduy Ramos CM, Pouza González I, Pérez Sarmiento R, González Salom L. Sepsis intraabdominal postquirúrgica. *AMC* [Internet]. 2011 Abr [citado 14 Oct 2015]; 15(2): 235-247. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000200004&lng=es
18. Castillo-Lamas L, Galloso-Cueto G, López-Puerta N, Tellería-Varela J, Pérez-Barroso A. Relaparotomía de Urgencia. *Revista Médica Electrónica* 2003 [Internet]. [citado 2016 Oct 8]; 25(5): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/113>.
19. Rodríguez Fernández Z, Wendy G, Matos Tamayo ME. Mortalidad y reintervenciones en cirugía general. *MEDISAN* [Internet]. 2012 [citado 12 Sep 2015]; 16(11). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001100004&lng=es.
20. Matos Tamayo ME, Wendy G, Rodríguez Fernández Z. Caracterización de las reintervenciones en cirugía general. *MEDISAN* [Internet]. 2013 [citado 12 Sep 2015]; 17(6) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000600002

The dilemma of the surgical reinterventions

ABSTRACT

Objective: everything justifies the necessity to deepen in the main cognitive aspects related to reinterventions, in order to elevate the assistance quality and, with that premise, the index of survival of those who present that type of postsurgical complication.

Development: at the present time the diversity of approaches related to reinterventions constitutes a true scientific problem, since it is of great importance to identify the factors that allow to recognize the amendable conditions that diminish the complications and deaths for this cause, mainly in the aged population as vulnerable group.

Conclusions: although the great current technological advance in the diagnostic and therapeutic methods has allowed the patients with postsurgical complications to be reintervened with higher security, morbidity and mortality are still high.

Keywords: reintervention, operative diagnosis, postoperative complications, morbidity, mortality, secondary health care.

Dirección para la correspondencia: Dra. Yanet La Rosa Armero. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba. Cuba.

Correo electrónico: zenen@medired.scu.sld.cu