



**REPÚBLICA DE CUBA**  
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA**  
**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE Dr. ANTONIO LUACES**  
**IRAOLA**

Comportamiento de la relaparotomía en pacientes con peritonitis en el servicio de Cirugía Pediátrica de Ciego de Ávila durante el período de enero de 2015 a mayo de 2018.

Tesis en opción a Especialista de Primer Grado en Cirugía Pediátrica

Autor: Rodolfo Rodriguez Muñoz

Año: 2018



**REPÚBLICA DE CUBA**  
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA**  
**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE Dr. ANTONIO LUACES**  
**IRAOLA**

Comportamiento de la relaparotomía en pacientes con peritonitis en el servicio de Cirugía Pediátrica de Ciego de Ávila durante el período de enero de 2015 a mayo de 2018.

Tesis en opción a Especialista de Primer Grado en Cirugía Pediátrica

Autor: Dr. Rodolfo Rodríguez Muñoz \*

Tutor: Dr. Tirso Miguel Laureiro Toledo \*\*

\* Residente de Cuarto Año de Cirugía Pediátrica

\*\* Especialista de Primer Grado en Cirugía Pediátrica, Máster en Urgencias Médicas  
y Profesor Auxiliar

Año: 2018

**Agradecimientos:** A mis profesores por la paciencia y el apoyo brindado, en especial al Dr. Tirso por señalarme siempre el camino correcto. A mi familia, esposa y mis pequeños hijos por motivarme siempre.

## **RESUMEN**

La relaparotomía es la reintervención realizada sobre cualquiera de los órganos de la cavidad abdominal en los primeros treinta días de una operación inicial, la cual puede ser programada o a demanda. Se realizó un estudio observacional descriptivo sobre el comportamiento de la relaparotomía en pacientes de edad pediátrica con peritonitis en el servicio de Cirugía Pediátrica en Ciego de Ávila, de enero de 2015 a mayo de 2018. La muestra de estudio quedó conformada por 21 pacientes relaparotomizados. Los grupos de edades de 10 a 15 años fueron los más reintervenidos quirúrgicamente, relacionado con la apendicitis aguda que fue la causa más frecuente de peritonitis. La relaparotomía a demanda fue la de mayor utilidad para el manejo de estos pacientes, sin embargo, la programada fue útil para el control del foco séptico importante. La decisión de una reintervención quirúrgica se basó, en la mayoría de los casos, en el juicio clínico. Se pudo determinar la realización de una relaparotomía cuando el contenido peritoneal en la primera cirugía fue fibrinopurulento o purulento. El número de reintervenciones que se realizó se relacionó con la mayor incidencia de complicaciones y mortalidad.

PALABRAS CLAVE: Relaparotomía, peritonitis, complicaciones

<b>Índice.</b>	<b>Página</b>
Introducción.....	1
Planteamiento del Problema de la Investigación.....	2
Objetivos generales y específicos.....	4
Marco teórico.....	5
Justificación de la investigación.....	16
Clasificación de la investigación.....	17
Universo y muestra.....	17
Método de obtención de la información.....	18
Definición operacional de las variables.....	19
Plan de análisis de los resultados.....	23
Aspectos éticos.....	23
Resultados y discusión.....	24
Conclusiones.....	32
Bibliografía.....	33

## INTRODUCCIÓN

Desde la época de Galeno se conocía que el pus en las heridas era algo para aquel entonces imposible de evitar. Poco a poco se fueron realizando descubrimientos importantes que ayudarían a entender por qué se producían las infecciones dentro del abdomen. Semmelweis (1818-1865) fue el primero que demostró con éxito la asociación entre las infecciones bacterianas y la fiebre puerperal (1). Antes de mediados del siglo XIX, los pacientes quirúrgicos desarrollaban normalmente en el período postoperatorio la "fiebre irritativa", a la cual seguía un drenaje purulento desde las incisiones, sepsis y a menudo muerte. No fue hasta finales de 1860, después de que Joseph Lister (1827-1912) introdujera los principios de la antisepsia, que la morbilidad infecciosa postoperatoria disminuyó sustancialmente (1-4).

Los pacientes con complicaciones infecciosas relacionadas directamente con intervenciones de cirugía abdominal han aumentado en los últimos años por numerosas razones entre las cuales están: la cirugía de control de daño, duración de los procedimientos quirúrgicos, edad elevada de la población, gravedad de las enfermedades de base y utilización de tratamientos que permiten mantener la vida del paciente en situaciones precarias. El cirujano además de prevenir la infección tiene el interés de detectar aquellos enfermos que tienen alto riesgo de sufrir severas complicaciones durante el postoperatorio por lo cual se desarrollan diversos sistemas de predicción y protocolos de actuación para describir la gravedad de diferentes situaciones específicas (1, 3, 5, 8).

Los sistemas predictivos y protocolos abarcan un amplio número de parámetros, por lo que en ocasiones no se hacen factibles a todos los pacientes, además la mayoría de los índices predictivos para las relaparotomías existen en adultos habiendo poca experiencia en niños. Porello se impone la necesidad de describir el comportamiento de la relaparotomía en pacientes con peritonitis del servicio de Cirugía Pediátrica en Ciego de Ávila lo cual mejoraría la calidad en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes pudiendo facilitar la realización de nuevos protocolos de relaparotomías en niños más exactos y aplicables a la mayoría de los pacientes que puedan ofrecer ventajas y solucionar el problema que hasta ahora los índices predictivos de

relaparotomía y protocolos no han solucionado.

Las principales motivaciones de nuestro estudio quedan resumidas en los siguientes planteamientos:

- En Cuba en la Cirugía Pediátrica existen pocos estudios sobre relaparotomías en niños así como carencias de protocolos de relaparotomías y de índices predictivos que sean capaces de guiar el diagnóstico y tratamiento de la peritonitis teniendo en cuenta la visión eminentemente preventiva de nuestro sistema de salud.
- La necesidad de realizar una descripción del tema para guiar la actuación ante las complicaciones o situaciones que puedan requerir una reintervención.
- La complejidad en los índices existentes para relaparotomías y de los protocolos.

Las consideraciones anteriores conducen a formular el siguiente problema de investigación:

**¿Cuál es el comportamiento de la relaparotomía en pacientes con peritonitis en el servicio de Cirugía Pediátrica de Ciego de Ávila durante el período de enero de 2015 a mayo de 2018?**

Para responder a este problema se diseña este estudio donde se realiza una descripción del comportamiento de la relaparotomía en los pacientes pediátricos con peritonitis teniendo en cuenta las variables como edad, sexo, estrategia quirúrgica empleada en los casos (relaparotomía a demanda o programada), criterios para poder determinar la relaparotomía, además de describir la relación entre el contenido peritoneal de la primera cirugía y la realización de una posterior reintervención y las complicaciones y mortalidad relacionadas con el número de relaparotomías lo cual podrá brindar la posibilidad de realizar futuros diagnósticos tempranos de complicaciones abdominales brindando la posibilidad de una reintervención terapéutica temprana, oportuna y bien justificada. Se toma como

objeto de estudio los pacientes de edad pediátrica con peritonitis, centrado en los pacientes que necesiten de una relaparotomía programada o a demanda por las características de su cuadro clínico, datos de laboratorio, resultados imagenológicos y transoperatorios que indiquen evolución tórpida a pesar de una primera cirugía correcta, oportuna y meticulosa.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivos generales:**

1- Describir el comportamiento de la relaparotomía en pacientes con peritonitis en el servicio de Cirugía Pediátrica de Ciego de Ávila.

### **Objetivos específicos:**

1- Distribuir los pacientes en estudio según las siguientes variables:

- Edad y sexo
- Causas de peritonitis.
- Estrategia quirúrgica empleada.

2- Describir la relación entre la relaparotomía y las siguientes variables:

- Evolución clínica, imagenológica y de laboratorio.
- Características del contenido peritoneal en la primera laparotomía.

3- Describir la relación entre el número de relaparotomía, complicaciones post operatorias y mortalidad.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La peritonitis tiene una gran importancia en la actualidad en todo lo relacionado con la atención de salud, específicamente en los servicios de Cirugía Pediátrica, donde es frecuente, teniendo en cuenta que la apendicitis aguda es su principal causa en niños. Su incidencia varía según la geografía. La frecuencia anual en diferentes puntos del planeta oscila de 1,5 por 1000 varones y 1,9 por 1000 mujeres entre las edades de 17 y 64 años (9). En Estados Unidos 1 de cada 70 000 niños la padece (29). En varios estudios se han constatado que los síndromes peritoneales son causa de 60% de las reintervenciones quirúrgicas por lo que es una necesidad la reintervención lo más temprano posible, sin el temor de las consecuencias que pudiera traerle al paciente el acto quirúrgico (30). Por todo lo anteriormente expuesto es que se hace necesario describir el comportamiento de la relaparotomía en pacientes pediátricos con peritonitis en el servicio de Cirugía Pediátrica de Ciego de Ávila

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Clasificación de la investigación:**

En la presente investigación se realizará un estudio observacional descriptivo, para describir el comportamiento de la relaparotomía en pacientes de edad pediátrica con peritonitis aguda, en el servicio de Cirugía Pediátrica en Ciego de Ávila, de Enero de 2015 a Mayo de 2018.

### **Universo y muestra:**

El universo de estudio quedó constituido por la totalidad de los pacientes de edad pediátrica de ambos sexos con diagnóstico de peritonitis en el servicio de Cirugía Pediátrica de Ciego de Ávila, durante el periodo antes referido; los cuales fueron 42, y la muestra quedó conformada por los pacientes que fueron relaparotomizados, en total 21.

### Criterios de inclusión:

1. Padres o tutores que de acuerdo con el estudio den su consentimiento para participar (Anexo 1).
2. Pacientes que presenten según la evaluación clínica, imagenológica y de laboratorio peritonitis.

### Criterios de exclusión:

1. Pacientes con documentación incompleta (historia clínica).
2. Los pacientes operados de abdomen agudo que no presenten peritonitis

### **Método de obtención de la información.**

La obtención de información o recolección de datos se realizó a través de la revisión documental de Historias Clínicas y la observación, cuyos datos quedaron recogidos en el formulario confeccionado al efecto (Anexo 2). Previamente se le informó a los padres sobre el estudio a realizar, sobre la Cirugía y de sus posibles complicaciones y se verificó que el mismo firme el obligado consentimiento informado. Por último se procederá a la discusión de los resultados dando salida a los objetivos a través de las conclusiones.

Definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	-Menores de 1 año -De 1 a 5 años -De 6 a 9 años -De 10 a 15 años -De 16 a 17 años	Según años cumplidos	Número y por ciento Según los años cumplidos
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	-Masculino -Femenino	Según sexo biológico	Número y por ciento según sexo
Causas de peritonitis	Cualitativa nominal politónica	- Apendicitis aguda - Metroanexitis supuradas - Perforación Intestinal - Derivación ventriculoperitoneal contaminada	Según causas de peritonitis	Número y por ciento según causas de peritonitis
Estrategia quirúrgica empleada	Cualitativa nominal dicotómica	-Relaparotomía Programada -Relaparotomía a Demanda	Según estrategia quirúrgica empleada	Número y por ciento según estrategia quirúrgica empleada

Evolución clínica postoperatoria	Cualitativa nominal politónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fiebre postoperatoria</li> <li>-Taquicardia</li> <li>-Diarreas irritativas</li> <li>-Distensión abdominal</li> <li>-Ileo paralítico prolongado</li> <li>-Débito elevado por sonda nasogástrica</li> <li>-Salida de contenido anormal (sangre, bilis, pus, contenido intestinal) por el drenaje o por la herida quirúrgica</li> <li>-Estado tóxico infeccioso</li> <li>-Hipotensión</li> <li>-Shock.</li> </ul>	Según Evolución clínica desfavorable	Número y porcentaje según evolución clínica
Resultados imagenológicos (Radiográficos y Ecosonográficos)	Cualitativa nominal politónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dilatación de asas intestinales</li> <li>-Niveles hidroaéreos</li> <li>-Líquido libre en cavidad</li> <li>-Celularidad del líquido</li> <li>-Tabiques presentes</li> <li>-Peristalsis disminuida o ausente</li> <li>-Asa fija</li> </ul>	Según resultados imagenológicos que sean positivos	Número y porcentaje según resultados imagenológicos

Resultados de laboratorio	Cuantitativa continua	-Leucocitosis -Eritrosedimentación acelerada -Anemia	Según resultados de laboratorio alterados	Número y porcentaje según resultados de laboratorio
Características del contenido residual peritoneal en la primera cirugía	Cualitativa nominal politónica	-Fibrinopurulento -Purulento -Fibrina solamente -Turbio -Seroso claro -Serohemático -Sin contenido	Según Características del contenido residual	Número y porcentaje según resultados de laboratorio
Número de relaparotomías		-Una reintervención -Dos reintervenciones -Tres y más reintervenciones	Según número de relaparotomías	Número y porcentaje según número de relaparotomías

Complicaciones post operatorias	Cualitativa nominal dicotónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Shock séptico</li> <li>-Fallo múltiple de órganos</li> <li>-Neumonía</li> <li>-Neumotórax</li> <li>-Atelectasia</li> <li>-Síndrome compartimental abdominal</li> <li>-Evisceración</li> <li>- Infección de la herida quirúrgica</li> <li>-Absceso intrabdominal</li> <li>-Íleo paralítico prolongado</li> </ul>	Según complicaciones postoperatorias	Número y porciento según complicaciones
Fallecidos	Cualitativa nominal dicónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>-No</li> </ul>	Estado vivo al egreso o fallecido	Número y porciento según fallecidos

### **Plan de análisis de los resultados**

Se elaborará una base de datos con la utilización del programa Microsoft Excel, previo al procesamiento de los mismos y la obtención de los resultados a través del programa de análisis estadístico SPSS 15.0.

### **Aspectos Éticos**

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en nuestro país (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético del Hospital Provincial "Antonio Luaces Iraola". Para la participación de los pacientes en el estudio fue obligatoria la obtención del consentimiento informado de los padres.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Título: Comportamiento de la relapatotomía en pacientes con peritonitis en el servicio de Cirugía Pediátrica de Ciego de Ávila durante el período de enero de 2015 a mayo de 2018.

**Tabla1. Distribución de los pacientes relaparotomizados según la edad y el sexo en el servicio de Cirugía Pediátrica de Ciego de Ávila.**

Edad (años)	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
1 – 5	2	9.5	-	-	2	9.5
6-9	2	9.5	1	4.8	3	14.3
10 – 15	7	33.3	3	14.2	10	47.5
16 – 17	5	23.9	1	4.8	6	28.7
Total	16	76.2	5	23.8	21	100

Fuente: Registro estadístico e historias clínicas individuales.

En la tabla se muestra que en nuestro estudio fueron relaparotomizados un total de 21 pacientes. Los grupos de edades más afectados fueron de 10 – 15 años y de 16 – 17 años respectivamente representando en conjunto un 57.2%, predominando el sexo masculino en 16 pacientes para un 76.2%. Esto se encuentra relacionado con la Apendicitis Aguda como etiología inicial más frecuente de peritonitis. No hubo en nuestro estudio menores de 1 año relaparotomizados. Coincide este resultado con trabajos realizados en el Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez de La Habana por Cruz-Álvarez y colaboradores (31), aunque hacen referencia al grupo de edad entre 6 – 9 años como más afectado también pues incluyen en el estudio dos pacientes portadores de perforación intestinal por Linfoma no Hodkingy dos pacientes con derivación ventrículooperitoneal contaminada.

**Tabla 2. Distribución de pacientes según causa de la peritonitis.**

<b>Causas</b>	<b>Nro. de casos</b>	<b>%</b>
Apendicitis aguda	<b>16</b>	<b>76.2</b>
Metroanexitis supuradas	3	14.2
Perforación Intestinal (del ciego)	1	4.8
Derivación ventriculoperitoneal contaminada	1	4.8
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro estadístico e historias clínicas individuales.

En esta tabla observamos la distribución de los pacientes según la causa que llevó a la peritonitis, donde predominó la apendicitis aguda en 16 pacientes (76.2%), coincidiendo con esto estudios realizados por Rodríguez C. y colaboradores(32), aunque su porcentaje mostrado es menor (19%), pues incluyen en el estudio adultos también donde la distribución de causas es mayor. Le sigue como entidad la metroanexitis supurada con 3 pacientes (17.2%), perforación intestinal (ciego) y derivación ventriculoperitoneal contaminada con 1 caso para cada una.

**Tabla 3. Distribución de los pacientes según la estrategia quirúrgica empleada.**

<b>Estrategia quirúrgica</b>	<b>Nro. de casos</b>	<b>%</b>
Relaparotomía programada	6	28.6
Relaparotomía a demanda	<b>15</b>	<b>71.4</b>
Total	21	100

Fuente: Registro estadístico e historias clínicas individuales.

Existen dos grandes abordajes para el paciente sometido a relaparotomía. Ésta puede ser programada, lo cual generalmente se decide desde el momento de la primera laparotomía, con base en el juicio del cirujano, o bien, a demanda de acuerdo con la evolución del paciente posterior a la primera cirugía, con base también en el juicio clínico del cirujano y el equipo médico de apoyo. En la tabla se puede observar que de los 21 pacientes relaparotomizados en nuestro trabajo, 15 fueron objeto de relaparotomía a demanda para un 71.4% y el resto (6 pacientes /28.6%) fueron relaparotomías programadas lo cual está relacionado con la mayor utilidad de la relaparotomía a demanda para manejar estos pacientes. Martínez-Ordaz y colaboradores (33), concuerdan con lo antes planteado, sin embargo, la mortalidad por este padecimiento permanece alta y para algunos autores la relaparotomía programada es muy útil y es considerada la piedra angular para el manejo del paciente con sepsis abdominal importante (34,35). Algunos reportes como los de Bosscha K. y Hau T y colaboradores (36,37) indican que la relaparotomía programada no muestra mejores resultados que la relaparotomía a demanda.

**Tabla 4. Parámetros utilizados para determinar la relaparotomía.**

<b>Parámetros</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>
Clínico	<b>17</b>	<i>81</i>	4	<i>19%</i>
Imagenológico	8	<i>38.1%</i>	13	<i>61.9%</i>
Laboratorio	2	<i>9.5</i>	<b>19</b>	<i>90.5%</i>

Fuente: Registro estadístico e historias clínicas individuales.

En esta tabla observamos la distribución de los pacientes en cuanto al criterio utilizado para decidir la reintervención donde podemos ver que el criterio clínico fue el más utilizado (17 pacientes/81%). Con esto concuerdan estudios realizados por Sosa Hernández y colaboradores (38) los cuales además resaltan la importancia de asociar estos tres elementos para lograr una mayor sensibilidad para decidir re operar el paciente. Posteriormente en frecuencia aparecen los hallazgos imagenológicos y resultados de laboratorio los cuales son menos utilizados para tomar decisiones, aunque Rodríguez C. y colaboradores (32), en su trabajo de Peritonitis aguda secundaria. Causas, tratamiento, pronóstico y mortalidad no concuerdan con estos resultados donde utilizaron el criterio imagenológico para decidir relaparotomizar al paciente en un 70.4% de los casos.

**Tabla 5. Distribución de pacientes según relación entre las características del contenido peritoneal en la primera intervención y la relaparotomía.**

Características del contenido residual peritoneal en la primera intervención	Total De Casos	%	Relaparotomía programada	Relaparotomía a demanda
			Nro.de casos	Nro. de casos
Fibrinopurulento	8	38	2	6
Purulento	6	28.6	3	3
Turbio	4	19	1	3
Seroso claro	2	9.5	-	2
Sin contenido	1	4.9	-	1

Fuente: Registro estadístico e historias clínicas individuales.

En esta tabla se muestran los pacientes según la relación entre las características del contenido peritoneal en la primera intervención quirúrgica y la relaparotomía que posteriormente se les realizaron, donde se observa un mayor número de relaparotomías cuando el contenido peritoneal fue fibrinopurulento (8 casos) y purulento (6 casos) en la cirugía inicial. La relaparotomía a demanda fue la modalidad más empleada y llama la atención que la reintervención programada fue utilizada en un porcentaje elevado (35.7%) con respecto a los demás grupos donde el contenido se hace más líquido (turbio y seroso claro) y disminuye la frecuencia de relaparotomías utilizándose igualmente más a demanda en un 85.7%. Solo se realizó 1 relaparotomía en la ocasión que no hubo contenido peritoneal la cual estaba programada con anterioridad debido a complicaciones que presentaba el paciente (íleo paralítico prolongado con débito elevado por sonda nasogástrica).

Varios estudios en Cuba como los de Rivero L. y colaboradores (39), así como los de Sartelli M. y colaboradores en Europa (40), concuerdan con los resultados reflejados en esta tabla y reportaron que la presencia de exudado fibrinopurulento en la cavidad abdominal fue la causa más frecuente de relaparotomía, observado en 48% y 52% de los pacientes respectivamente.

Según Concepción y colaboradores (30), en su trabajo en pacientes adultos: Estudio de pacientes relaparotomizados en el Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera". 2006-2010, considera que esperar por la aparición de signos infecciosos o fallo de órganos como indicación de reintervención quirúrgica (relaparotomía a demanda) no es aconsejable y en este sentido, la relaparotomía programada (RP) aparece como opción más prometedora. Señalan también que la RP permite revisar, en períodos de 24 a 48 horas, la cavidad abdominal, previniendo complicaciones fatales; pero tiene como inconvenientes la posibilidad de una operación innecesaria; y con las reintervenciones a demanda, se corre el riesgo de actuar tarde, cuando varios sistemas están en fallo o a punto de hacerlo, por lo que el enfermo va al salón de operaciones en condiciones más desfavorables siendo este tipo de relaparotomía la que más exige un estrecho seguimiento clínico, humoral e imagenológico del paciente y muchas veces depende de los criterios personales de cirujanos e intensivistas.

Existen estudios que plantean que en toda peritonitis la calidad del líquido peritoneal encontrado tiene importancia pero, aun sin haber pus libre en cavidad, existen placas de fibrina que al cerrar la cavidad se convertirán en detritus celulares y esto favorece la posterior colonización bacteriana. Así tendremos que a las 72 horas ya existen colecciones purulentas, que pueden no ser detectadas por ecografía debido al edema interasas y se activan los mecanismos de respuesta inflamatoria sistémica que pueden dar al traste con la vida el enfermo(41,42).

**TABLA 6. Relación entre el número de relaparotomía, complicaciones post operatorias y mortalidad.**

No. de reintervenciones	Nro. de casos	%	Casos complicados		Fallecidos	
			SI	NO	Nro.	%
Una reintervención	8	38.1	2	6	-	-
Dos reintervenciones	6	28.5	2	4	-	-
Tres y más reintervenciones	7	33.4	4	3	2	9.5
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>9.5</b>

Fuente: Registro estadístico e historias clínicas individuales.

En la tabla se observa una asociación entre el número de relaparotomías, complicaciones y fallecidos donde de los 21 casos incluidos en el estudio, de ellos 8 fueron reintervenidos solo una vez (38%), 6 en dos ocasiones (28.5%) y 7 casos más de tres veces (33.4%) siendo este grupo donde aparecieron más número de complicaciones (4 casos) con respecto a los demás grupos de pacientes donde para cada uno hubo 2 casos con complicaciones. La mortalidad encontrada en nuestro estudio fue de un 9.5% representadas por 2 fallecidos con Disfunción Múltiple de Órganos y se ubicaron en el grupo también reintervenidos más de tres

veces, aunque uno de los casos fue una Perforación Uterina traumática que conllevó a una peritonitis y la primera intervención quirúrgica se realizó por cirujanos generales en otro hospital.

Según algunos autores como Sosa Hernández y colaboradores (38), cuando la cirugía inicial garantiza la eliminación satisfactoria de la causa de la sepsis intrabdominal, la diferencia que se logra en el índice de mortalidad varía de 14 %, si se consigue en la primera exploración hasta 64 % si se requieren más operaciones.

Martínez-Ordaz y colaboradores (33) consideran que durante la primera laparotomía, un factor considerado vital para la evolución del paciente es el control del foco séptico. Esto es evidente cuando se compara una patología con sepsis abdominal en la que se controla usualmente el foco séptico (por ejemplo, apendicectomía) con una en la cual no es posible esto (por ejemplo, pancreatitis). Si no se logra controlar el foco séptico en la primera cirugía, esto generalmente puede ser conseguido más fácilmente en una relaparotomía temprana comparada contra una tardía.

La mortalidad encontrada en nuestro estudio fue de un 9.5%, lo cual no coinciden con estudios realizados como SosaHernándezy colaboradores (38), donde fue de un 32, % aunque el número de pacientes fue de 99 en su estudio y fueron incluidos adultos, sin embargo, en estudios realizados por Rodríguez C. y colaboradores(32), la mortalidad relacionada a la peritonitis secundaria, fue del 16%, la cual se acerca más a nuestro estudio.

La Disfunción Múltiple de Órganos representa la vía final común para muchos pacientes con Peritonitis y constituye una expresión de infección no controlada(36).

## **CONCLUSIONES.**

Podemos concluir que la relaparotomía es más frecuente entre las edades 10 – 15 años, lo cual está en relación con la apendicitis aguda como causa más frecuente de peritonitis. La relaparotomía a demanda fue de mayor utilidad para el manejo de los pacientes con sepsis abdominal, aunque se corre el riesgo de esperar demasiado, sin embargo, la programada es útil para el control del foco séptico cuando éste es importante, habiendo en esta estrategia quirúrgica el riesgo de relaparotomías innecesarias. En la mayoría de los casos la decisión de una reintervención quirúrgica se basó en el juicio clínico y criterio del médico y el grupo de trabajo alrededor del paciente. Teniendo en cuenta las características del contenido peritoneal en la primera cirugía, se puede determinar la realización posterior de una relaparotomía, ya que cuando el contenido fue fibrinopurulento o purulento hubo que reintervenir a 14 pacientes (66,6%), empleándose la relaparotomía programada en un 35.7% y el resto a demanda. El número de reintervenciones que se realizaron estuvo relacionado con la mayor incidencia de complicaciones y mortalidad.

## **Anexo 1. Consentimiento Informado:**

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE “ANTONIO LUACES IRAOLA”  
DE CIEGO DE ÁVILA  
ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE,  
FAMILIAR O TUTOR LEGAL

Fecha: \_\_\_\_\_

Padre o tutor: \_\_\_\_\_

He recibido suficiente información sobre la investigación que se realizará en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila, en el servicio de Cirugía Pediátrica sobre el Comportamiento de la relaparotomía en pacientes pediátricos con peritonitis.

Estoy dispuesto a participar en este estudio, responderé con honestidad todas las preguntas que me sean realizadas.

El Dr. \_\_\_\_\_

Me ha explicado que los datos son confidenciales y comprendo que mi participación en esta actividad es voluntaria y que puedo retirarme por decisión propia cuando lo desee, sin necesidad de expresar los motivos.

Para conocer cualquier información adicional acerca del estudio que se realizará y de mis derechos como participante puedo dirigirme al médico que me está atendiendo.

\_\_\_\_\_

Firma del Padre o tutor

\_\_\_\_\_

Firma del Médico

## Anexo 2.

Formulario aplicado para la determinación de datos relacionados con las variables en estudio:

1- Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

2- Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_

3- Diagnóstico operatorio inicial: \_\_\_\_\_

4- Evaluación clínica antes de operar: \_\_\_\_\_

5- Hallazgos imagenológicos antes de operar: \_\_\_\_\_

6- Resultados de laboratorio clínico antes de operar: \_\_\_\_\_

7- Estrategia quirúrgica empleada: 1) RP \_\_\_\_\_ 2) RAD \_\_\_\_\_

8- Número de relaparotomias: 1) RP \_\_\_\_\_ 2) RAD \_\_\_\_\_

9- Características del contenido peritoneal en la primera intervención:

1) Fibrinopurulento \_\_\_\_\_ 2) Purulento \_\_\_\_\_ 3) Turbio \_\_\_\_\_

4) Seroso Claro \_\_\_\_\_ 5) Sin contenido \_\_\_\_\_

10-Complicaciones postoperatorias: \_\_\_\_\_

11- Fallecidos: \_\_\_\_\_