

El dilema de reintervenir a un paciente críticamente enfermo.

Dilemma of reoperation a critically ill patient.

Una de las situaciones de mayor controversia en el manejo del paciente críticamente enfermo hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos (UCI), es la decisión de cuando someterlo a una laparotomía frente a la sospecha de un cuadro de sepsis u otra complicación similar de origen intra-abdominal, cuyos índices de mortalidad permanecen altos a pesar de los avances tecnológicos (1).

Evidentemente que no se hace referencia a los pacientes que muestran signos o síntomas inequívocos de tener una complicación abdominal de necesidad quirúrgica como por ejemplo: sangrado masivo, secreciones anómalas por los drenes, síndrome compartamental, evisceraciones, entre otros. Sino en aquellos casos en que un paciente, admitido a la UCI generalmente luego de una intervención quirúrgica abdominal, sea electiva o de emergencia, presenta un deterioro en su curso clínico y no se puede determinar con precisión el origen del mismo.

Definitivamente que esta posición supone un reto a veces muy difícil de resolver ya que someter a un paciente crítico a una intervención quirúrgica innecesaria incrementa significativamente la morbimortalidad sobre todo cuando presenta alguna insuficiencia de órgano o de sistema y que ésta aumenta con cada re-laparotomía (2).

La movilización del paciente fuera del ambiente de cuidados críticos, someterlo a cambios de temperatura, los efectos de los anestésicos, el propio procedimiento quirúrgico entre otros, se constituyen en factores de riesgo de incrementar el deterioro del paciente. Por este motivo es que se debe establecer claramente cuándo los beneficios están por encima de los riesgos. Igualmente, se debe tener en cuenta que la demora en intervenir a un paciente con sepsis intra-abdominal es directamente proporcional a la mortalidad en función de la instalación progresiva de la insuficiencia multiorgánica (3).

Aquí emerge otra situación peculiar que generalmente es reiterativa, siendo necesario lograr el consenso entre médicos intensivistas y cirujanos acerca del proceder con el paciente. Usualmente suelen haber diferencias de opinión cuando el intensivista encuentra a un paciente deteriorándose clínicamente y no ha podido demostrar otro foco sino el abdominal y por otro lado, el cirujano no encuentra suficientes indicios para afirmar que existe una condición que amerite plantear la laparotomía. En estos casos, que no son infrecuentes, se recomienda hacer una reevaluación objetiva y desapasionada de la situación recurriendo a la mayor cantidad de información posible y con el concurso de equipos multidisciplinarios liderados por los especialistas con más experiencia.

Según Merrell (4), los pacientes críticos que puedan necesitar una laparotomía pueden clasificarse según la situación clínica siguiente:

- a) Pacientes críticos admitidos a la UCI por un problema médico o quirúrgico no abdominal y desarrolla un cuadro peritoneal independiente de la causa de su internamiento (ejemplo: colecistitis aguda alitiásica, colangitis, pancreatitis, apendicitis, absceso retroperitoneal, diverticulitis, perforaciones gastrointestinales e isquemia intestinal).
- b) Pacientes con patología secundaria dependiente de la causa de su internamiento (post-operados de cirugía gastrointestinal o hepato-bilio-pancreática con posibilidad de filtraciones o dehiscencias, abscesos residuales, etc.).

En ambos casos el diagnóstico puede ser difícil en función del curso clínico del paciente. Muchas veces estos pacientes se encuentran bajo efectos de sedo-analgésia, con apoyo ventilatorio mecánico y por lo tanto la valoración de la presencia o persistencia de dolor u otros síntomas o signos abdominales suele ser muy complicada.

Numerosos estudios han pretendido identificar qué variables puedan predecir o constituirse en indicadores de una decisión quirúrgica (5,6,7). Sin embargo, no se ha podido establecer con la suficiente evidencia los parámetros que pueden ser útiles para este propósito. Van Ruler y col (8), realizaron una encuesta entre cirujanos indagando sobre cuales serían los factores que pudieran pronosticar la necesidad de una laparotomía y encontró como los más frecuentes, la extensión de la contaminación, el éxito en haber controlado el foco infeccioso inicial, el tipo de contaminación, el status de inmunosupresión, el momento de la cirugía, la localización de la lesión, si se hizo una anastomosis primaria, entre otros. Sin embargo, ninguno de estos factores pudo correlacionarse adecuadamente en el estudio de los casos, debido a que se reconocen más como predictores de mortalidad que de identificación de pacientes que requieren de una intervención quirúrgica.

El mismo grupo analiza los sistemas de puntuación en base a la severidad de enfermedad para determinar si pueden ser utilizados también como indicadores predictivos de una relaparotomía. Lamentablemente, los scores del APACHE II, el Índice de Mannheim, el MODS y el SOFA, no son clínicamente útiles para identificar a este grupo de pacientes y mas bien pueden combinarse con otros recursos, llámese datos de laboratorio, imágenes u otros parámetros fisiológicos como insumo para una correcta decisión del equipo de especialistas a cargo del paciente (9).

Otro elemento importante es la estrategia de como se debe manejar la frecuencia de una relaparotomía. Al respecto, existen dos alternativas: las llamadas reintervenciones planeadas, es decir aquellos casos que según la naturaleza del cuadro abdominal inicial, se programa reoperar al paciente en un plazo dado, que generalmente es entre las 48 y 72 horas siguientes a la laparotomía primaria. Usualmente se utilizan en casos de peritonitis extensas y que se sabe a ciencia cierta que existe un riesgo alto de no haber eliminado adecuadamente el foco séptico por lo que se requiere de lavados repetidos. El segundo caso se denomina reintervenciones a demanda, cuando en el postoperatorio se monitoriza minuciosamente al paciente y se decide intervenir según el curso clínico de cada paciente asumiendo que con lo realizado en la cirugía inicial más el soporte intensivo pueda ser suficiente para controlar la sepsis intra-abdominal.

Estas dos modalidades han sido objeto de estudios comparativos llegando a demostrar que si no se toman en cuentas los costos económicos, no habría diferencias significativas medidas a través de la mortalidad. Sin embargo, la estrategia “a demanda” consume menos recursos en términos de cuidados de salud y actualmente es la tendencia utilizada en la mayoría de las unidades críticas (10,11).

En resumen, a pesar de los significativos avances tanto clínicos como tecnológicos en el monitoreo fisiológico de los pacientes críticamente enfermos, la decisión de reoperar a un paciente cuyo curso clínico es incierto todavía constituye un gran desafío. En este contexto, se hace absolutamente imprescindible desarrollar un esquema de valoración integral de la situación del paciente recurriendo a toda la información posible que va desde un examen físico exhaustivo, exámenes pertinentes de laboratorio, apoyarse en un sistema eficiente de diagnóstico por imágenes, procedimientos diagnósticos o terapéuticos y sobretodo el juicio clínico producto del consenso de los especialistas a cargo del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wakefield CH, Fearon KCH. Laparotomy for abdominal sepsis in the critically ill. In Holzheimer RG, Mannick JA, editors. Surgical Treatment: Evidence Based and Problem-Oriented. Munich: Zuckschwerdt; 2001.
2. Ching SS, Muralikrishnan VP, Whiteley GS. Relaparotomy: a five year review of indications and outcome. *Int J Clin Pract.* 2003; 57(4): 333-7.
3. Hutchins RR, Gunning MP. Relaparotomy for suspected intraperitoneal sepsis after abdominal surgery. *World J Surg.* 2004; 28:137-141.
4. Merrell RC, Latifi R. The abdomen as a source of sepsis in critically ill patient. In Holzheimer RG, Mannick JA, editors. Surgical Treatment: Evidence Based and Problem-Oriented. Munich: Zuckschwerdt; 2001.
5. Mulier S, Penninckx F, Verwaest Ch, et al. Factors affecting mortality in generalized postoperative

- peritonitis: Multivariate analysis in 96 patients. *World J Surg*, 2003; 27:379-384.
6. Medina J, Pontet J, Curbelo A, et al. Relaparotomía en la sepsis peritoneal. Incidencia, oportunidad y factores pronósticos. *Medicina Intensiva*. 2001; 25(2):53-61.
 7. Bader FG, Schröder M, Kujath P, et al. Diffuse postoperative peritonitis – Value of diagnostic parameters and impact of early indication for relaparotomy. *Eur J Med Res*. 2009; 14: 491-496.
 8. Van Ruler O, Lammea B, de Vos R, et al. Decision making for relaparotomy in secondary peritonitis. *Dig Surg*. 2008; 25:339-346.
 9. Van Ruler O, Kiewiet JS, Boer KR, et al. Failure of available scoring systems to predict ongoing infection in patients with abdominal sepsis after their initial emergency laparotomy. *BMC Surgery* 2011; 11:38. (<http://www.biomedcentral.com/1471-2482/11/38>).
 10. Lamme B, Boermeester J. Meta-analysis of laparotomy for secondary peritonitis. *Br J Surg*. 2002; 89:1516-1524.
 11. Van Ruler O, Mahler CW, Boer KR, et al. Comparison of on-demand versus planned relaparotomy strategy in patients with severe peritonitis. A randomized trial. *JAMA*. 2007; 298:865-873.

Dr. Manuel Rodríguez-Castro¹

¹ Profesor Principal. Departamento de Clínicas Quirúrgicas, sección Cirugía. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.