

ALGORITMOS

Manejo de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal

Juan Pekolj | Victoria Ardiles | Sung Ho Hyon





INDICE

- 03** Prólogo
- 04** Dehiscencia anastomótica
- 05** Estenosis de anastomosis bilio digestivas
- 06** Fiebre postoperatoria
- 07** Filtración biliar postoperatoria
- 08** Hemorragia abdominal postoperatoria precoz
- 09** Hemorragia abdominal postoperatoria tardía
- 10** Hemorragia digestiva alta postoperatoria
- 11** Infección abdominal postoperatoria (I)
- 12** Infección abdominal postoperatoria (II)
- 13** Infección de herida operatoria
- 14** Isquemia mesentérica aguda
- 15** Lesión de vía biliar - Diagnóstico intraoperatorio
- 16** Lesión de vía biliar - Diagnóstico postoperatorio
- 17** Litiasis biliar residual
- 18** Oclusión intestinal en el postoperatorio alejado
- 19** Peritonitis postoperatoria
- 20** Peritonitis postoperatoria (Aplicación de la laparoscopia)
- 21** Reoperación abdominal
- 22** Retraso en la recuperación del tránsito intestinal en el postoperatorio precoz



ALGORITMOS

Manejo de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal

El desarrollo de algoritmos, resultan de suma utilidad para el manejo de pacientes con complicaciones postoperatorias, debido a las múltiples variables que pueden condicionar el diagnóstico, tratamiento y resolución. Con este documento hemos tratado de sintetizar el manejo de las complicaciones postoperatorias más frecuentes. Los hemos elaborado en base a los distintos algoritmos ya publicados en el año 2003 en el Relato “Manejo de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal” a los que modificamos de acuerdo a la evaluación de la bibliografía actualizada.

La obra completa actualizada al 2014, se les entregara como un libro en formato papel durante el 85º Congreso Argentino de Cirugía.

Consideramos conveniente hacer una recopilación de los algoritmos para el manejo de las complicaciones más frecuentes para tenerlos disponibles en formato PDF en la computadora o teléfono celular para una consulta ágil y rápida.

La intención es orientar las decisiones de acuerdo a los hallazgos en la evaluación clínica, de laboratorio e imágenes y los conocimientos científicos que sustenten dicha decisión. Buscamos fundamentar las decisiones. Que no resulten erráticas, o “porque sí” o “porque me pareció”.

Cada paciente es único, y por ello deberán adaptarse el algoritmo a la situación puntual del paciente.

Cabe una aclaración más. Estos algoritmos poseen el sesgo de la aplicación de nuestra forma de trabajar en el Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires. Por ello, deben ser revisados y adaptados en cada ámbito de trabajo, de acuerdo a la disponibilidad tecnológica, experiencia local, las formas de trabajar de cada equipo y la organización institucional.

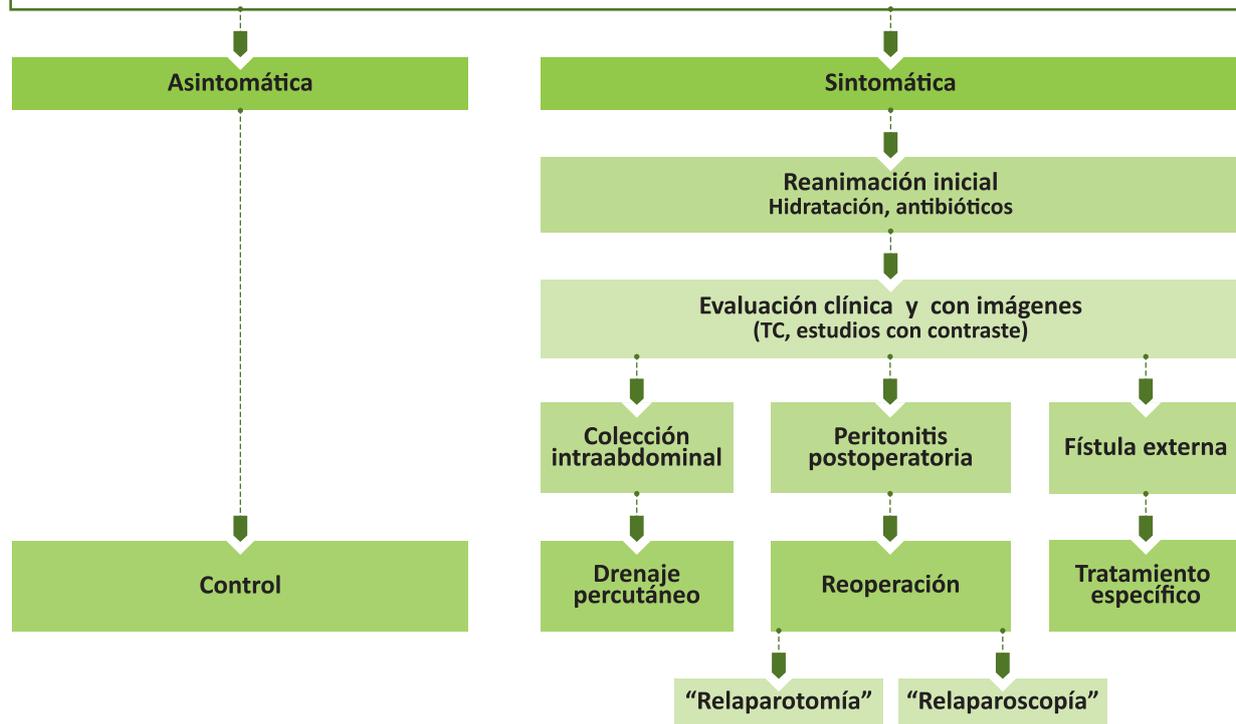
Agradecemos a los Cirujanos del Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires, que aportaron su experiencia al desarrollo de estos algoritmos.

Nuestro profundo agradecimiento a Natalia Ingani por el diseño de la tapa y de la gráfica de los algoritmos de esta presentación, remarcando que supo como siempre interpretar nuestras necesidades.

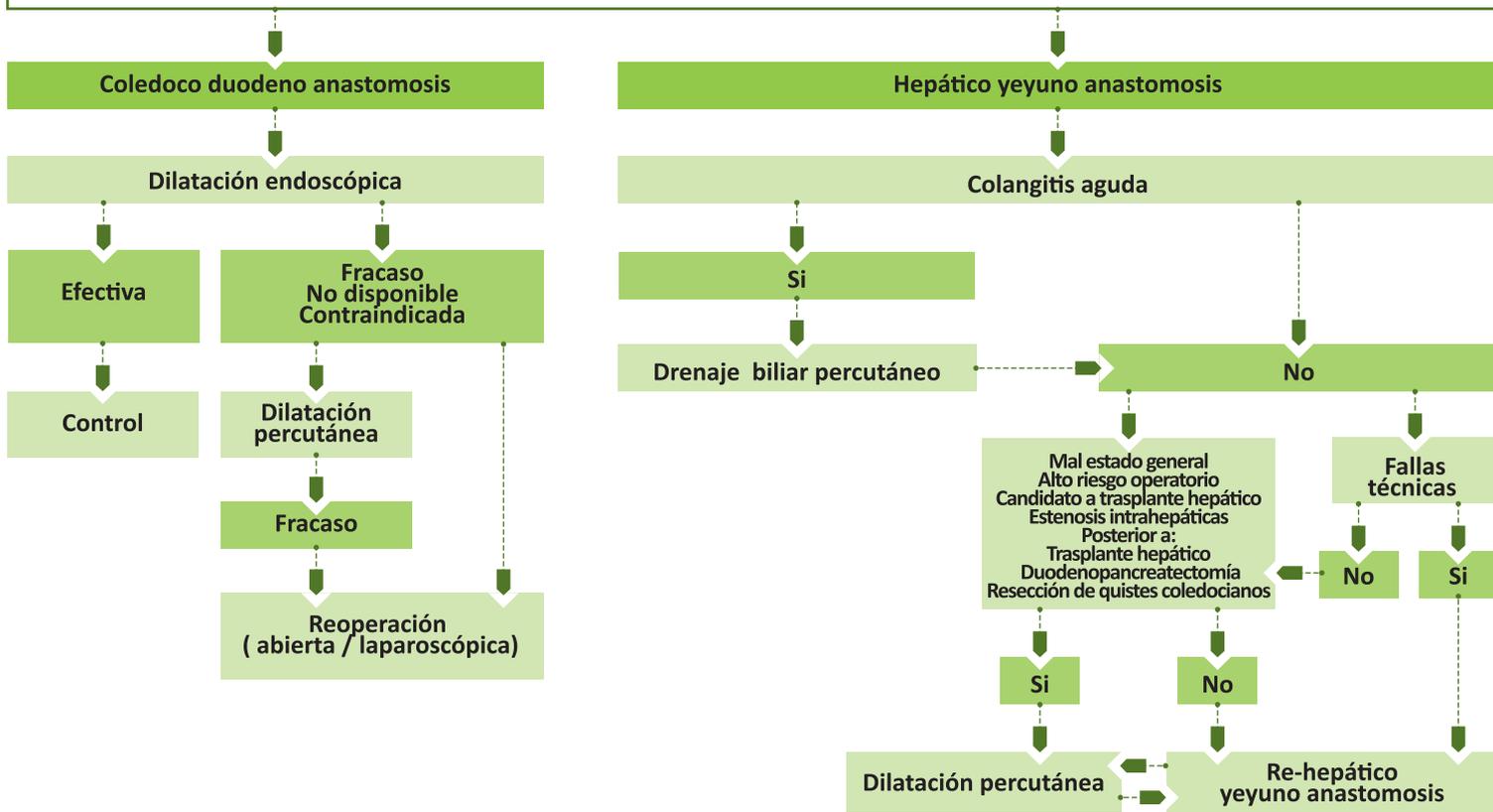
¡Esperamos les sean de utilidad en su práctica diaria!

Dr. Juan Pekolj
Dra. Victoria Ardiles
Dr. Sung Ho Hyon

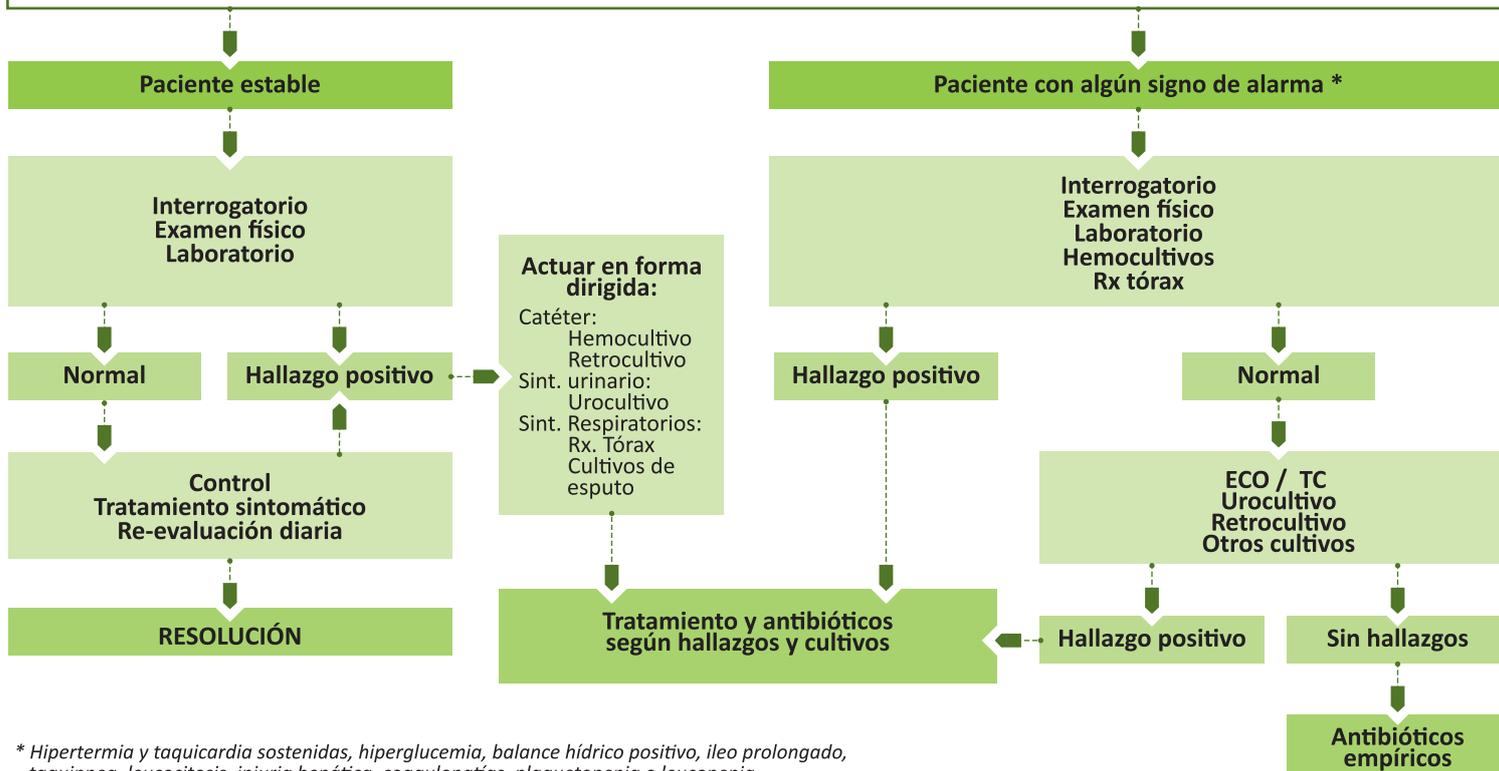
DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA



ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIO DIGESTIVAS

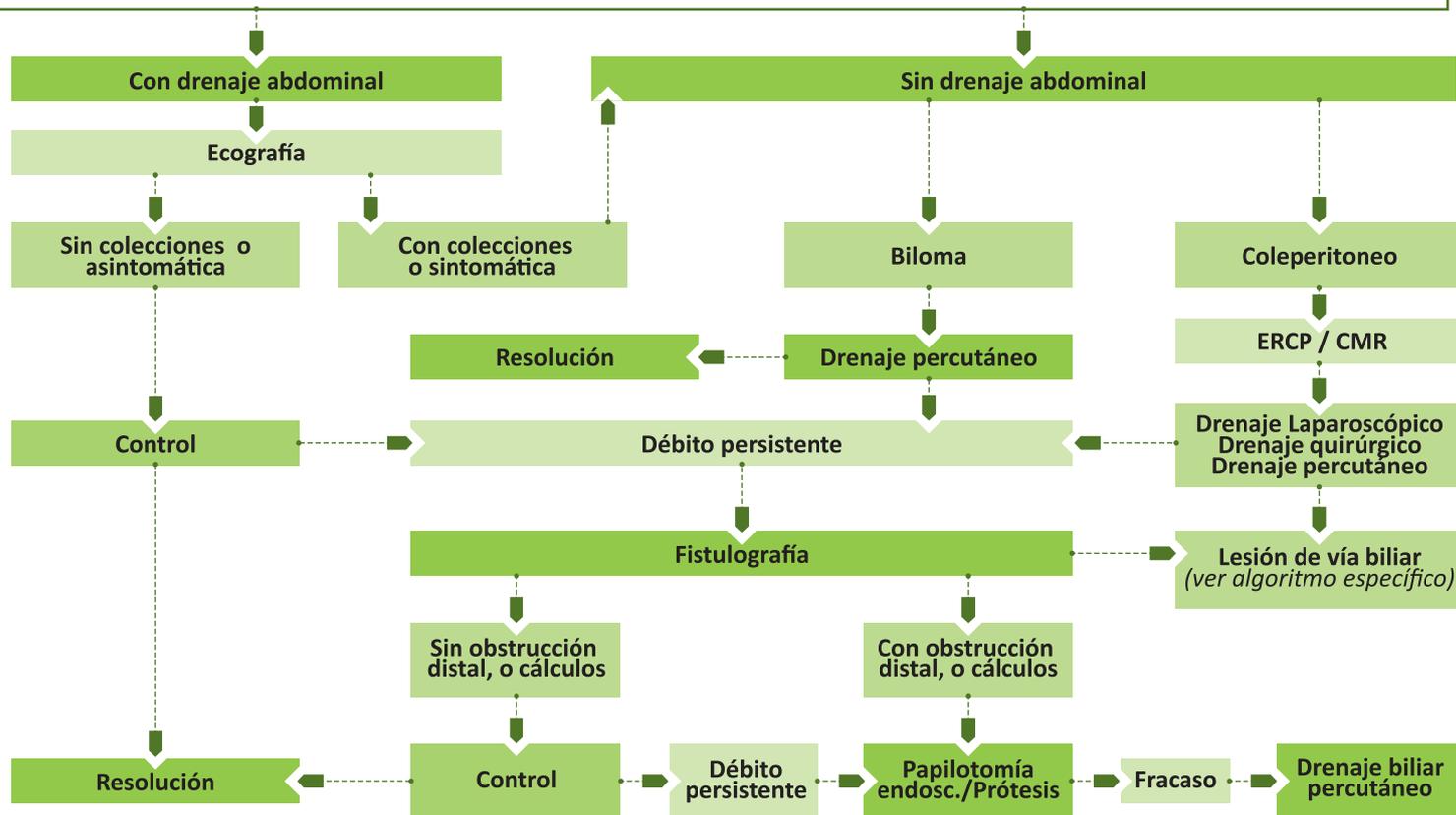


FIEBRE POSTOPERATORIA

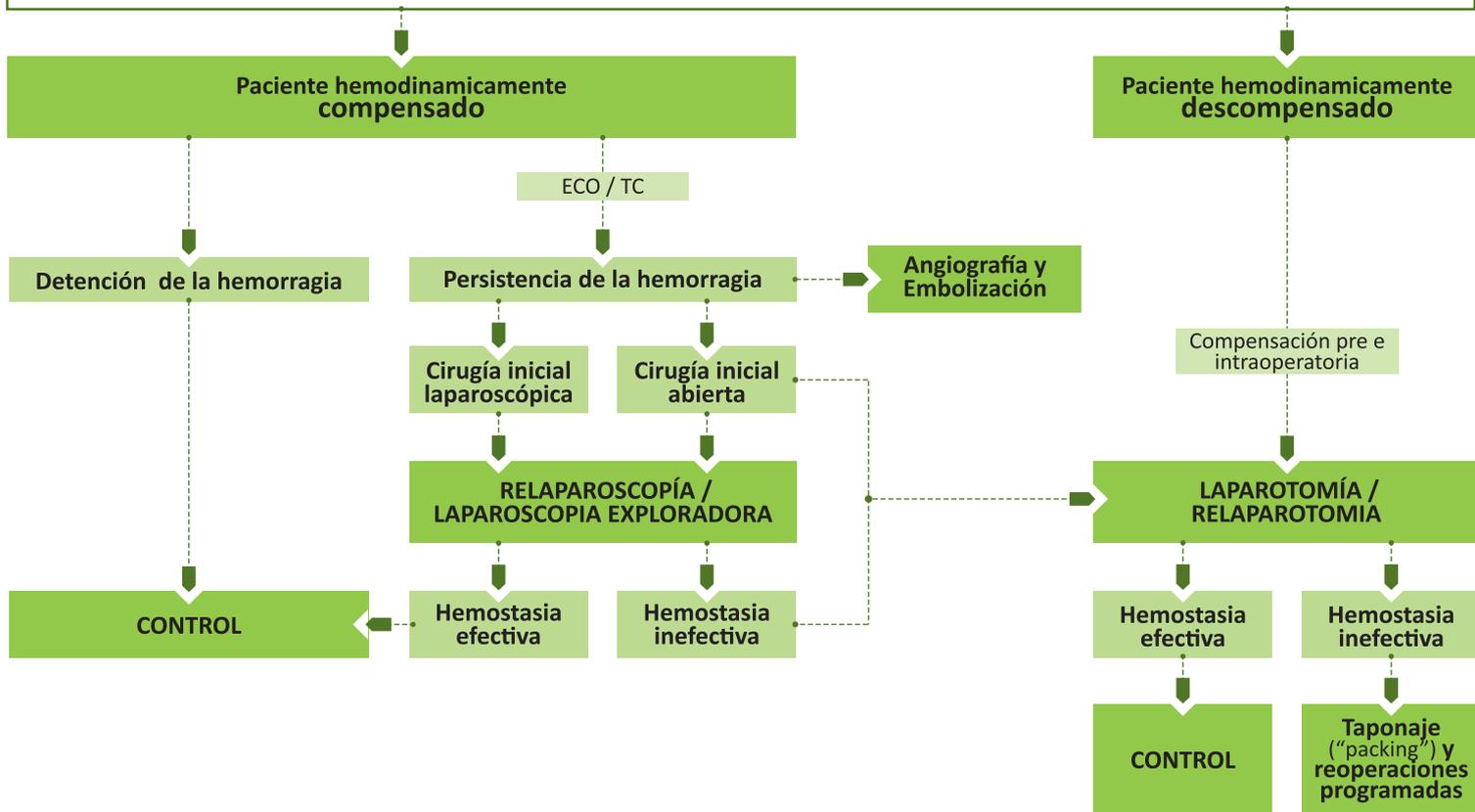


* Hipertermia y taquicardia sostenidas, hiperglucemia, balance hídrico positivo, ileo prolongado, taquipnea, leucocitosis, injuria hepática, coagulopatías, plaquetopenia o leucopenia

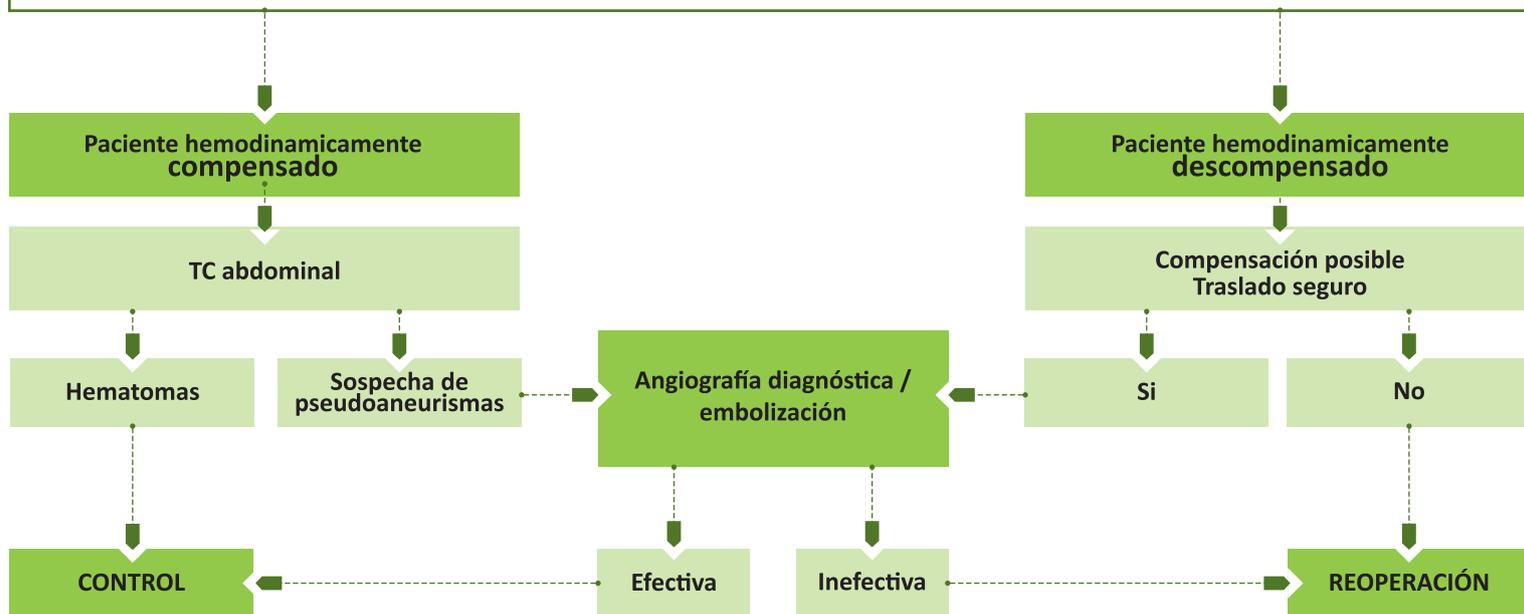
FILTRACIÓN BILIAR POSTOPERATORIA

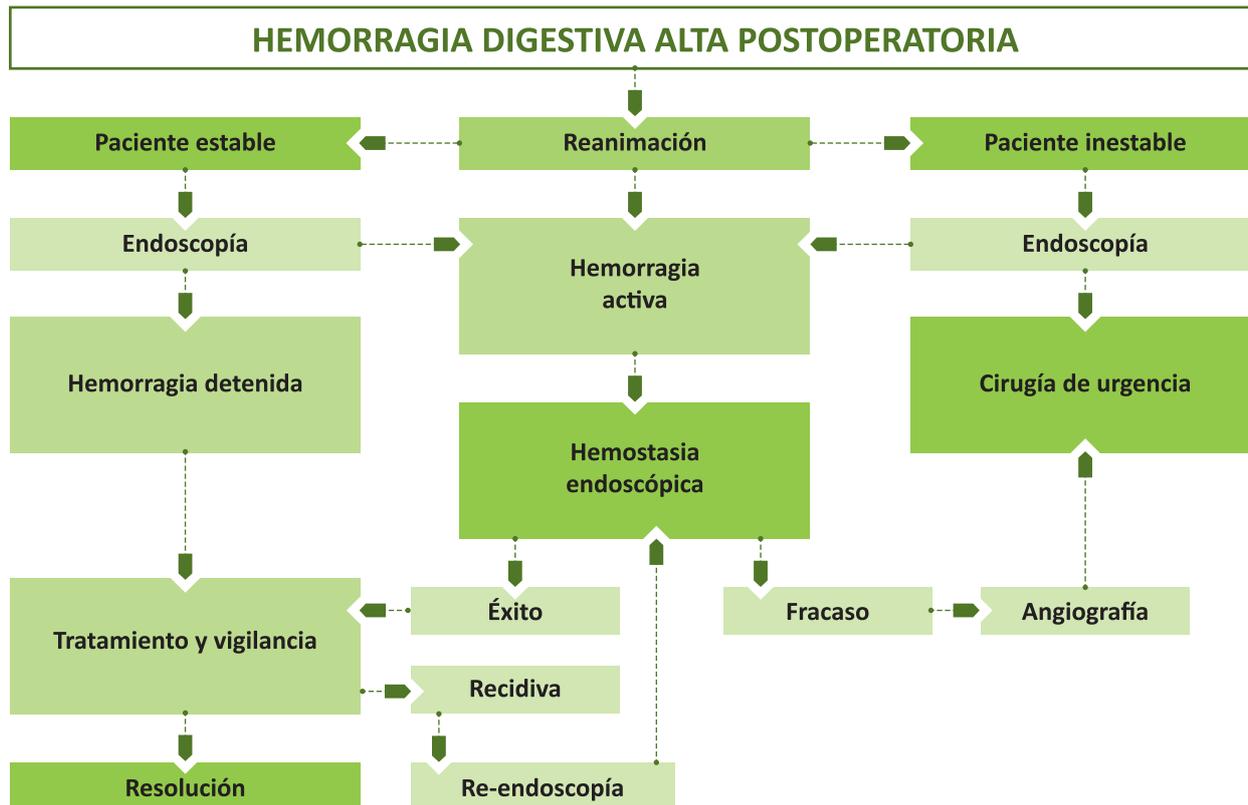


HEMORRAGIA ABDOMINAL POSTOPERATORIA PRECOZ



HEMORRAGIA ABDOMINAL POSTOPERATORIA TARDÍA





INFECCIÓN ABDOMINAL POSTOPERATORIA (I)

Con control del foco en la primer reoperación

Sin control del foco en la primer reoperación

Re-evaluación clínica < 48h

Reoperaciones programadas < 48h.

Mejoría clínica

Deterioro clínico

Deterioro tardío

Evidencia de complicación sin posibilidad de resolución percutánea

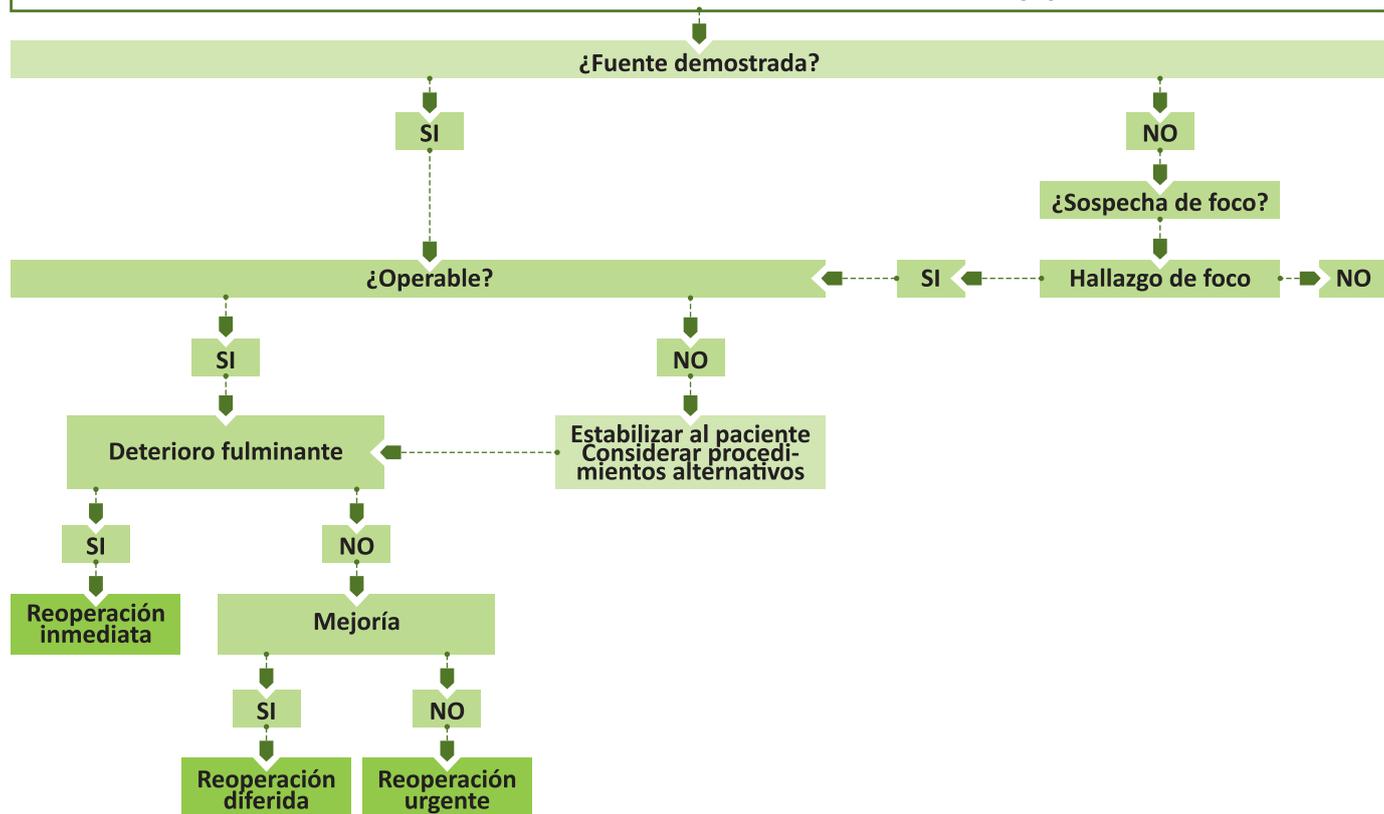
Sin evidencia por imágenes, sin causa extrabdominal

Resolución

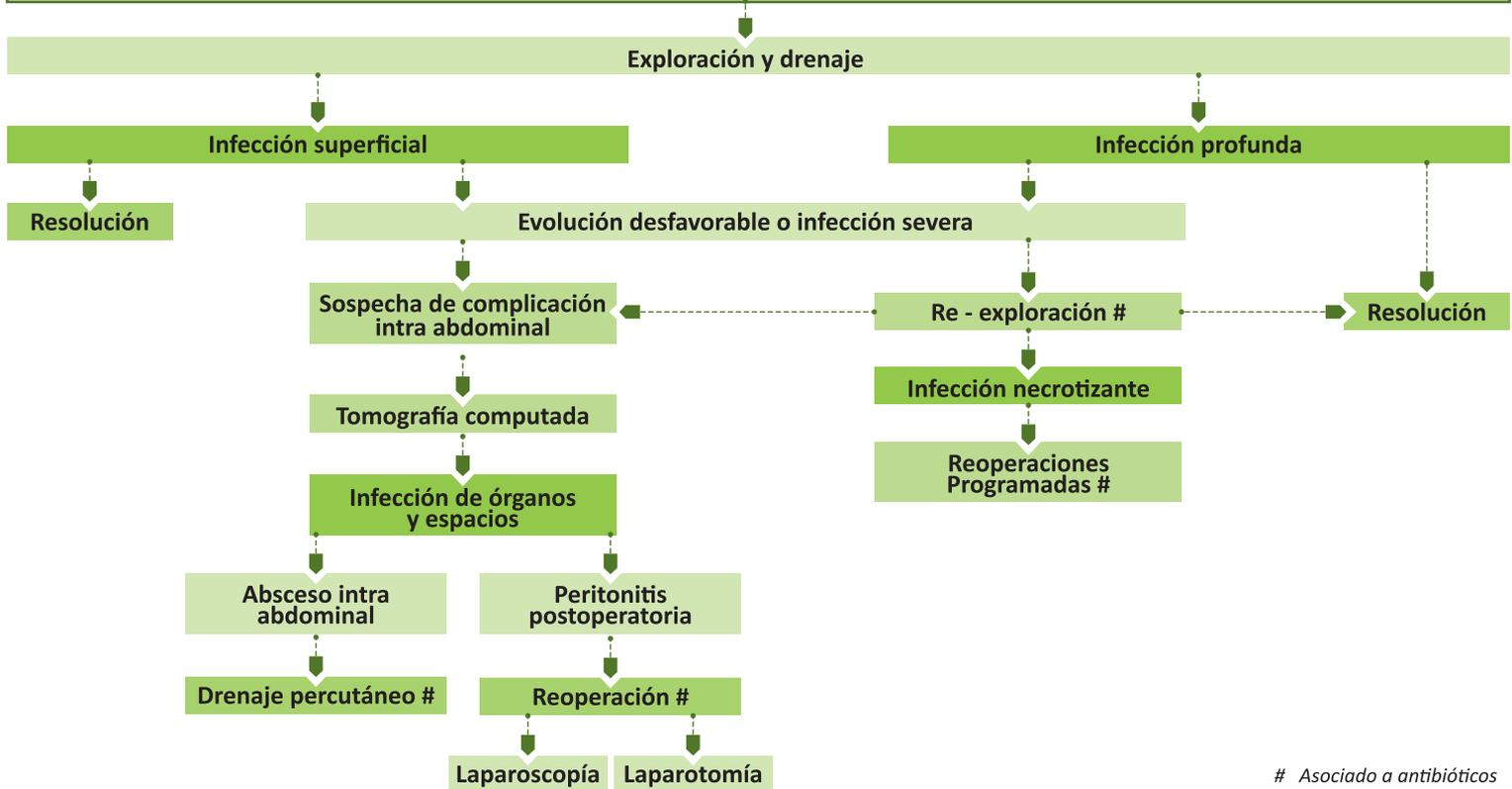
Reoperaciones empíricas

Reoperaciones a demanda

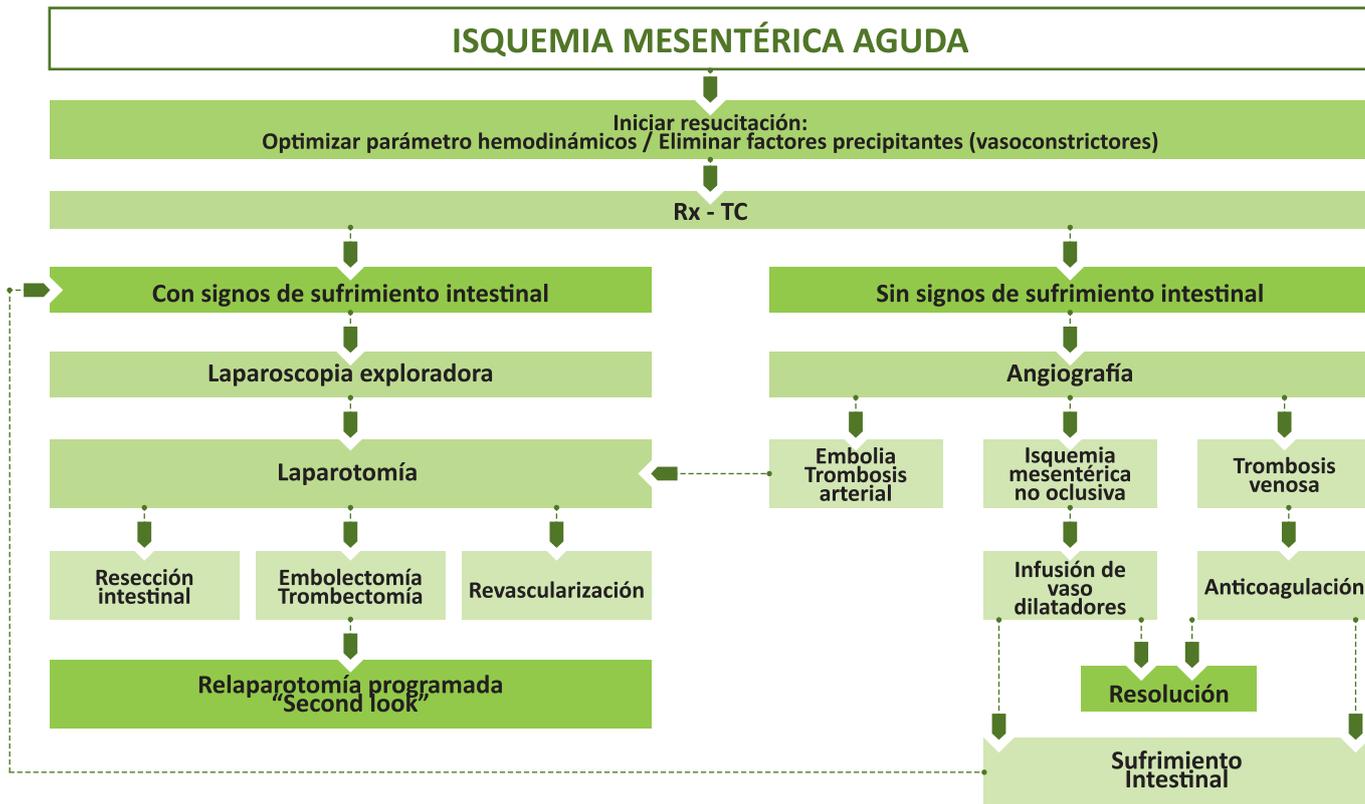
INFECCIÓN ABDOMINAL POSTOPERATORIA (II)

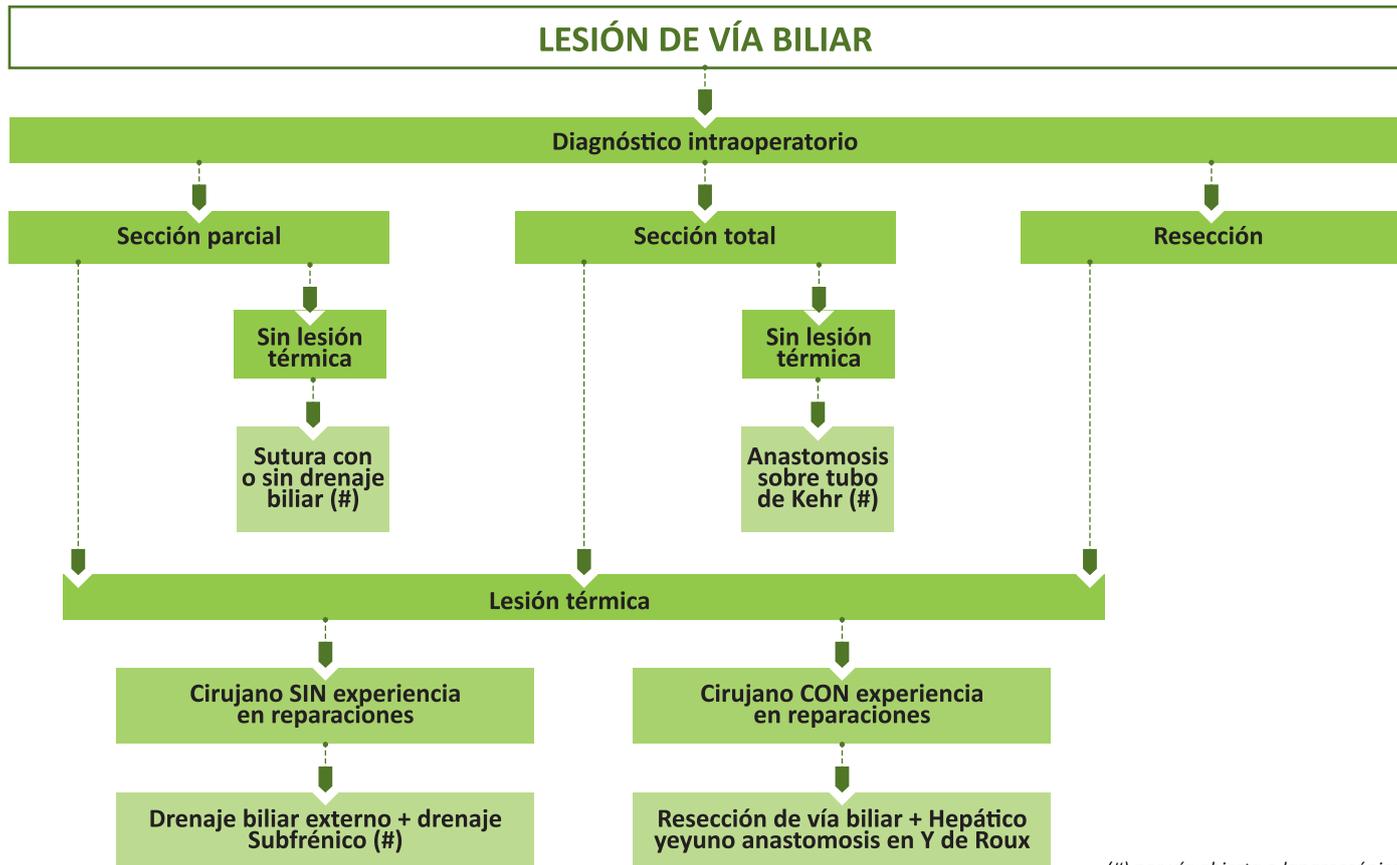


INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA



Asociado a antibióticos





(#) por vía abierta o laparoscópica

LESIÓN DE VÍA BILIAR

Diagnóstico postoperatorio

Temprano

Biloma

Coleperitoneo / Bilirragia

Ictericia

SIN colangitis #

Tardío

Estenosis parcial,
no extensa

CON colangitis

Tto. endoscópico
/ percutáneo

Efectivo

Fracaso

Estenosis total, extensa

Drenaje
Laparoscópico
Quirúrgico (#)
Percutáneo

CON colangitis

Drenaje biliar
percutáneo

Drenaje percutáneo

SIN colangitis

Tto. quirúrgico

Ausencia de
bilirragia

Persistencia de bilirragia

Estenosis extra o
intrahepáticas limitadas

Estenosis intrahepáticas
extendidas unilaterales

Estenosis intrahepáticas
extendidas bilaterales

Control

Sección parcial de
la vía biliar

Sección total de la
vía biliar

6 – 8 semanas

Hepático yeyuno
anastomosis

Resección hepática o
tratamiento percutáneo

Trasplante hepático

Tto. endoscópico /
percutáneo

(#) Si el diagnóstico es precoz, y las condiciones locales son aceptables, podrá aplicarse el algoritmo de lesión diagnosticada en el acto operatorio



LITIASIS BILIAR RESIDUAL

Con drenaje biliar externo

Extracción
transfistular

Efectiva

Fracaso

Sin drenaje biliar externo

Papilotomía endoscópica

Fracaso

Alto riesgo
operatorio

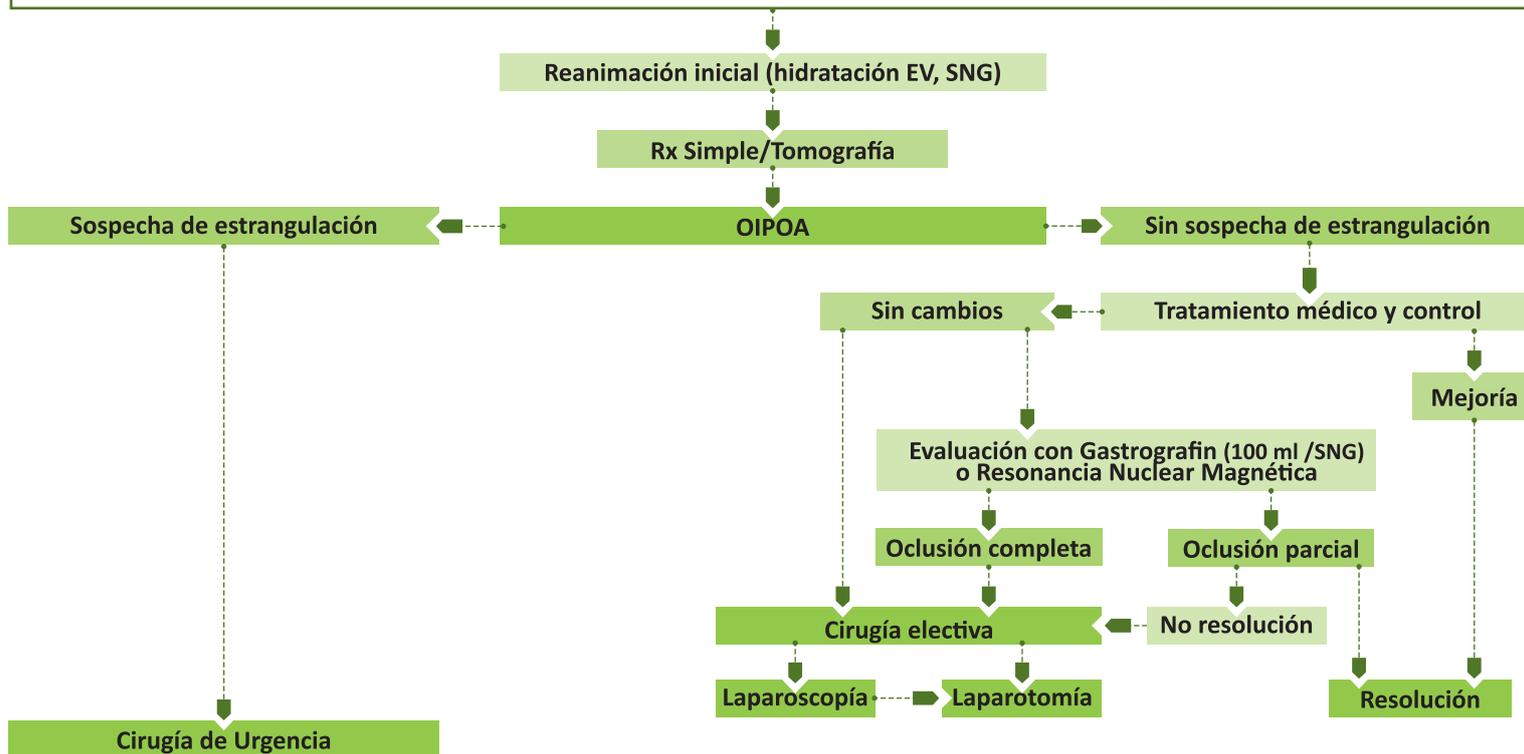
Riesgo operatorio
adecuado

Tratamiento
percutáneo

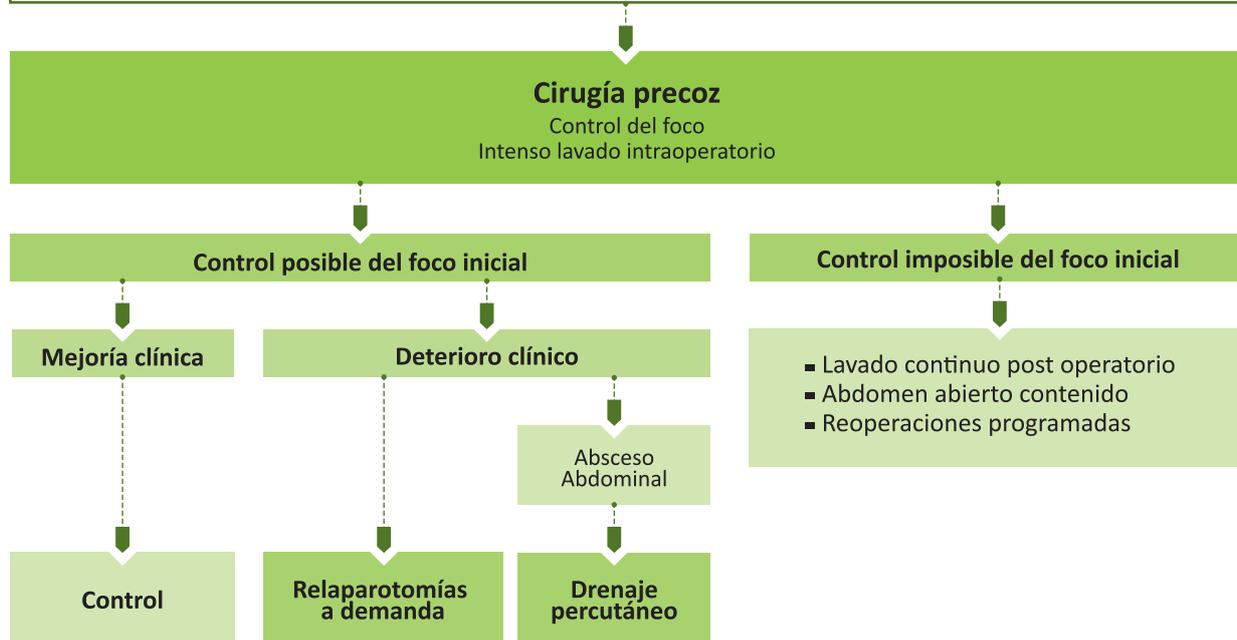
Fracaso

Tratamiento
quirúrgico
(laparoscopia / abierta)

OCCLUSIÓN INTESTINAL EN EL POSTOPERATORIO ALEJADO (OIPOA)

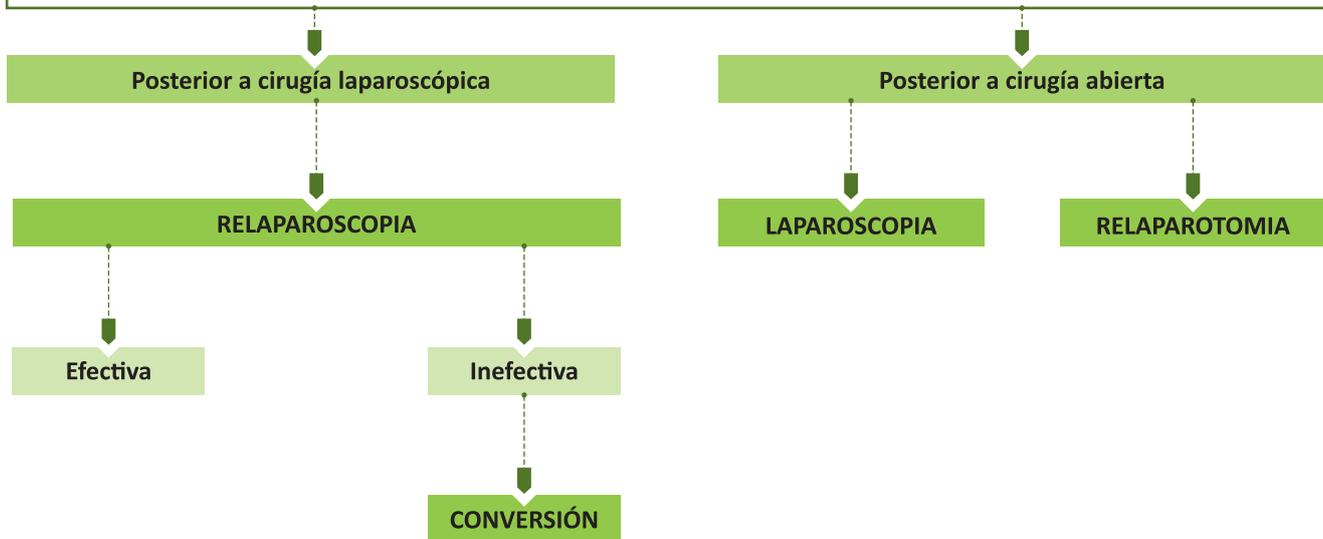


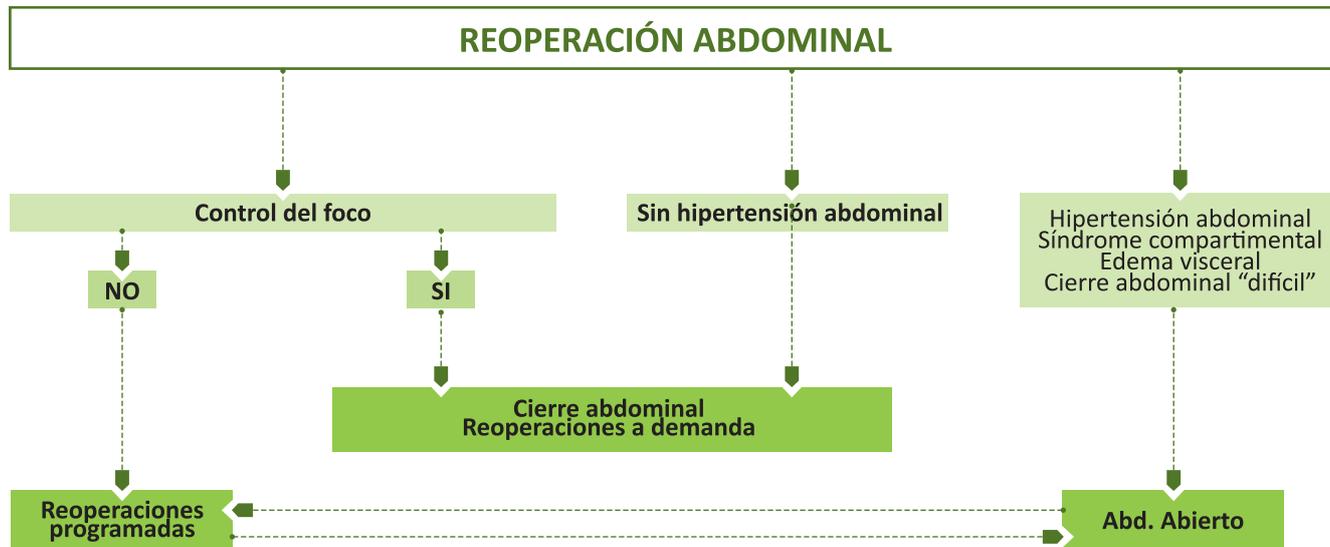
PERITONITIS POSTOPERATORIA





PERITONITIS POSTOPERATORIA (APLICACIÓN DE LA LAPAROSCOPIA)





RETRASO EN LA RECUPERACIÓN DEL TRÁNSITO INTESTINAL POSTOPERATORIO PRECOZ

