

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

27
29

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.Sa.

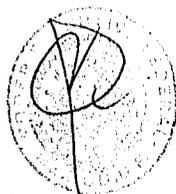
REINTERVENCIONES EN CIRUGIA GENERAL
ESTUDIO RETROSPECTIVO DURANTE UN PERIODO
DE 30 MESES

T E S I S

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
COMISION DE INVESTIGACIONES

PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL

P R E S E N T A :
JUAN A. DE CUBA ARENDSZ



COMISION DE INVESTIGACIONES

TUTOR DE TESIS: DR. OSCAR CHAPA AZUELA

MEXICO D. F.

1506

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**REINTERVENCIONES EN CIRUGIA GENERAL
ESTUDIO RETROSPECTIVO DURANTE UN PERIODO
DE 30 MESES**

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.A.

PROFESOR
TITULAR Y JEFE DEL CURSO

DR. E. FERNANDEZ HIDALGO

ASESOR DE LA TESIS

DR. O. CHAPA AZUELA

JEFE DE DIVISION
DE ENSEÑANZA Y
POSTGRADO

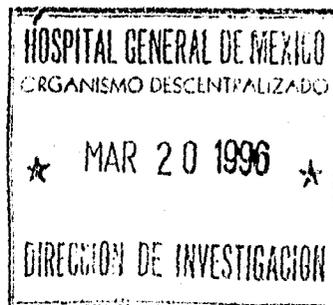
DRA. MARIA ELENA ANZURES

PRESENTA

DR. JUAN DE CUBA ARENDSZ

GENERACION

1990/1993



DEDICATORIA

**A MIS PADRES AURA Y WANI
PILARES EN MI FORMACION
COMO HOMBRE Y COMO MEDICO**

**A LA DRA. MERCEDES RIVERA
QUE SIEMPRE HA SIDO UNA PERSONA
QUERIDA Y AMADA POR MI
PARA TODA LA VIDA**

**A MIS HERMANOS, ESPECIALMENTE
RENALD ANTONY
POR SU CONFIANZA Y APOYO MORAL**

DEDICATORIA

**AL DR. OSCAR CHAPA AZUELA
POR SU APOYO, COLABORACION Y
ENSEÑANZA**

**AL DR. ENRIQUE FERNANDEZ HIDALGO
POR SU PACIENCIA, COMPRENSION Y
ENSEÑANZA RECIBIDAS**

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION	3
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS	5
DISCUSION	8
CONCLUSIONES	11
BIBLIOGRAFIA	14
ANEXOS	16

INTRODUCCION

La Reintervención Quirúrgica (RQ) se define como aquella cirugía que se lleva a cabo como consecuencia de otra realizada anteriormente en un mismo paciente. Se pueden clasificar como inmediata, mediata o tardía según el tiempo que transcurra entre la primera cirugía y la reintervención. Una RQ que se efectúa dentro de las primeras 72 horas del postoperatorio se considera inmediata, aquella que se realiza entre el 4º y 8avo día se considera como mediata, y entre el 9º día hasta un año después se considera tardía.

En base a sus indicaciones, se pueden clasificar como programadas, en procedimientos quirúrgicos que requieren varios tiempos para completar el tratamiento o de urgencia, por alguna complicación inherente al procedimiento inicial o por un diagnóstico equivocado durante la primera cirugía.

Tanto a nivel mundial como nacional existe poca bibliografía disponible ya que en la mayoría de los casos, los cirujanos publican series exitosas pero casi nunca sus fracasos o complicaciones. La frecuencia de RQ en las diferentes series varía desde un 0.9 a un 6% pudiendo alcanzar hasta un 12% en algunas publicaciones(1).

En el Hospital General de México S.S.A. no existe alguna publicación referente a este tema, por lo que resulta necesario realizar un estudio al respecto para conocer la frecuencia de RQ y así saber si estamos dentro del rango aceptado publicado en otras series.

OBJETIVOS

El propósito del presente estudio es determinar la frecuencia de RQ y las causas principales que las motivaron en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de México S.S.A en un periodo de 30 meses, identificar los factores relacionados o de riesgo, el tipo de cirugía realizada, el tiempo transcurrido entre una y otra , la evolución y complicaciones de las mismas así como el índice de mortalidad en pacientes sometidos a una reintervención .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En cualquier hospital, ya sea en México o en otras partes del mundo, existe el éxito o fracaso de una intervención quirúrgica; por este motivo tanto el paciente como los familiares deben de estar debidamente informados sobre los riesgos de cada cirugía, sus complicaciones tanto inmediatas como mediatas y tardías así como la tasa de mortalidad de cada cirugía; muchos factores, entre otros, psicológicos, ambientales, o personales relacionados con la intervención aumentan la angustia del paciente y de los familiares.

Pero no hay situación más preocupante, tanto para el paciente como para el cirujano, cuando se enfrentan a una Reintervención, que generalmente significa para el paciente el fracaso de la operación previa y para el cirujano: la Reintervención o la muerte.

La Reintervención quirúrgica se define como una segunda o tercera intervención subsecuente a causa de o por fracaso de la primera; el tiempo entre la primera y segunda cirugía varía mucho, pero se divide en 3 grupos: reintervención inmediata (dentro de las primeras 72hrs), la mediate (de 72hrs hasta 8 días) y la tardía (desde el 9o día hasta un año).

Actualmente a nivel nacional, solamente existe un libro publicado sobre este tema, y realmente existen muy pocas publicaciones de este tema a nivel mundial, se desconoce actualmente la frecuencia real de las reintervenciones en el Servicio de Cirugía General, así como los factores de riesgo, el tipo de las reintervenciones, sus causas y la morbi- mortalidad de las mismas, variables que se mostrarán y analizarán en el presente estudio.

El Cirujano General, conociendo el tipo y la frecuencia de las reintervenciones, sus causas y complicaciones, puede en un momento dado ayudar a disminuir la frecuencia de las mismas y así mejorar la calidad de atención a nuestros enfermos, además el Cirujano familiarizado con este tema puede prevenir una complicación y por ende una reintervención.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan las libretas de registro de cirugías de los Quirófanos Centrales del período desde Julio 1990 hasta Enero 1993, encontrando un total de 13.950 cirugías de 4 especialidades principales que son :CIRUGIA GENERAL, ORTOPEDIA, UROLOGIA y GASTROENTEROLOGIA..

Se registran a los pacientes del Servicio de Cirugia General, que hayan sido reintervenidos o que tengan una segunda o subsecuente cirugía bajo el titulo de Laparotomia Exploradora.

De estos pacientes se revisan sus expedientes y se anotan datos como sexo, edad, antecedentes de importancia o que tengan factores de riesgo, el intervalo entre la primera y segunda cirugía, el tipo, la frecuencia y la causa de la reintervención, y la morbi- mortalidad de cada cirugía.

Todos los datos descritos se tabulan y se determinan los promedios y la media segun cada variable así como indice de morbi-mortalidad y tasas de probabilidad.

Los criterios de inclusión fueron todo paciente reintervenido en los Quirófanos Centrales del Hospital General de México de la S.S.A. y que sea reintervenido por el Servicio de Cirugia General; los criterios de exclusión fueron todo paciente de quién se desconoce las variables a estudiar y los criterios de eliminación todo paciente que pida alta voluntaria o paciente que tenga el expediente incompleto.

Para finalizar se comentan los resultados y hallazgos y se colocan las conclusiones al respecto.

RESULTADOS

En un periodo de 2 años y 6 meses, desde Julio 1990 hasta Enero 1993, se registraron en las libretas de Quirófanos Centrales un total de 13.950 Cirugías, provenientes de 4 Especialidades: Cirugía General, Urología, Ortopedia y Gastroenterología.

De estas 13950 Cirugías, el 90% proviene del Servicio de Cirugía General, que en el Hospital General de Mexico consta de 7 Pabellones con un total aproximado de 200 camas. En relación a las Reintervenciones, se registraron un total de 58 pacientes reintervenidos por el Servicio de Cirugía General, y en estos pacientes se realizo un total de 81 Reintervenciones, para tener una tasa de incidencia de 0.4% de Reintervenciones.

En relación a la distribución del sexo, se encontró un predominio de sexo masculino, un total de 36 para formar un 62% y 22 femeninos para formar un 38%, y consecuentemente una relación de 1.6 a 1 hombre-mujer. En relación con la edad, el paciente mas joven fue de 18 años y el mas viejo de 79 años, con una edad media de 48 años.

Como se puede observar en la Tabla 1, el grupo de edad con mas frecuencia de Reintervenciones fue de 40 a 49 años con 12 pacientes (21%), seguido por los grupos 20-29, 30-39 y 50-59 años con una frecuencia de 16% cada uno, seguido por el grupo de 70-79 años con 12%, luego los grupos 10-19 y 60-69 con un 10% cada uno.

Según el tipo de Reintervenciones, se clasificó en 3 grupos: las inmediatas, que son reintervenciones que se llevan a cabo dentro de las primeras 72hrs después de la primera cirugía, las mediatas, que van desde las 72hrs hasta 8 días después de la primera cirugía y las tardías que van desde el 9 día hasta un año después de la primera cirugía.

Como se observa en la Tabla II y IIA se encontró un total de 16 pacientes con Reintervenciones inmediatas(28%), 13 pacientes con Reintervención mediata(22%) y 29 pacientes con Reintervención tardía(50%). La mortalidad fue mayor(38%) en las Reintervenciones mediatas y menor(24%) en las Reintervenciones tardías.De los pacientes reintervenidos en forma tardía(29), fallecieron 7(24.13%); de los pacientes reintervenidos en forma mediata(13), fallecieron 5(38.15%)y de los pacientes reintervenidos en forma inmediata(16) fallecieron 5 (31.25%).

El número total de las Reintervenciones fue de 81 (tabla y gráfica IV) y según se puede observar , 45 pacientes tuvieron una sola Reintervención, 6 pacientes con 2, 5 pacientes con 3, 1 paciente con 4 y un paciente con 5 .

También se realizó la relación del paciente con respecto al destino final, y según se puede observar en la Tabla V, de los 58 pacientes reintervenidos, 47 fueron al Pabellon de Cirugía y 11 a Terapia Médica Intensiva. De estos 47 , 8 pacientes fallecieron (17%). De los 11 pacientes que fueron a Terapia, 9 fallecieron (82%). . La Mortalidad global fue de 29% (17/58).

También se pudieron identificar varios factores de riesgo con respecto a la RQ (ver Tablay GráficaVI) y en orden de importancia, en primer lugar esta la edad del paciente(mayor de 40 años), la obesidad,que se definió como un aumento del 20% sobre el peso ideal del paciente, y otras enfermedades como Diabetes, Hipertensión arterial sistemlca y el estado nutricional del paciente.

Influyó más en la tasa de mortalidad que los pacientes sean mayores de 40 años, de hecho la mortalidad en mayores de 40 años fue de 88.24%(15 pacientes), y en menores de 40 años fue de 11.76% (2 pacientes).Como se observa en la Tabla VI, del grupo de pacientes mayores de 40 años, diabéticos y obesos, el 100% de los reintervenidos fallecieron. Considerando solamente el factor edad y la obesidad, este grupo de pacientes tuvo una tasa de mortalidad del 52 y 38.8% respectivamente. En

términos generales, el grupo de mayor mortalidad fue el de mayor de 40 años y sin factores de riesgo aparente, seguido de mayores de 40 años y obesos, y mayores de 40 años ,diabéticos y obesos y el grupo de menor de 40 años pero obesos.

Cabe mencionar que dentro del grupo de mayores de 40 años y sin factores de riesgo aparente, de los 11 pacientes, 10 fallecieron y todos estos pacientes se encontraban con una desnutrición Grado II o III tanto clínica como por laboratorio según los datos consignados en los expedientes.

Dentro del grupo de menores de 40 años, solamente fallecieron 2/29 pacientes y eran obesos los 2, esto representa tan solo un 6.9% de mortalidad para este grupo.

Los diferentes diagnósticos preoperatorios según etiología van desde el Sx de oclusión intestinal en 18 casos(31%) , seguido por Drenaje de absceso residual 15 casos(19%), dehiscencia de anastomosis 10 casos(12%), abdomen agudo 8 (10%), Status PO Estomas 7 casos, evisceraciones 7 casos, eventraciones 6, pancreatitis necrohemorrágica 5, hematomas postoperatorias 4 y un pseudoquiste pancreático 1 caso(1%).

De los diferentes procedimientos quirúrgicos realizados, el más frecuente fue Drenaje de absceso y lavado(Ver Tabla VII) con un 21%,seguido en orden de frecuencia por Resección intestinal + estomas, Plastia de pared, liberación debridada, reconexión intestinal, drenaje de hematoma, lavado quirúrgico por pancreatitis, Gastrectomía + Derivación, extracción de cuerpo extraño, cierre de fístula, cierre primario de intestino cada uno en 2 casos, cistogastroanastomosis un caso, y onfalectomía un caso para un total de 92 procedimientos quirúrgicos.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Como se habia comentado en páginas anteriores, la Reintervención Quirúrgica a nivel mundial tiene una incidencia de 0.9 hasta un 12% (ref. 1), en comparación con nuestra casuística que fue de 0.4% y claro está, refiriéndose al Servicio de Cirugía General del Hospital General de México, teniendo un total de 58 pacientes reintervenidos en un periodo de 2.5 años, con un total de 81 procedimientos quirúrgicos realizados y con una mortalidad global de 29%(17 pacientes), siendo la revisión realizada de un total de 12.500 cirugías(90% de 13.950).

Llama la atención el predominio del sexo masculino en un 62%(36 pacientes de los 58) así como la frecuencia elevada de las Reintervenciones después de los 40 años (59%). Se observa predominio de Reintervenciones tardías, es decir a partir del noveno día después de la primera cirugía, en 29 pacientes(50%), de los cuales fallecieron 7 (24%) comparado con 5 defunciones(38%) en el grupo de las cirugías mediatas, y 5 decesos(31 %) en el grupo de cirugías inmediatas; en segundo lugar de frecuencia tenemos a las RQ tipo inmediata (28%) y en el último lugar a las RQ tipo mediatas(22%).

Podemos inferir que hubo un mayor porcentaje de pacientes reintervenidos en forma tardía y también al hablar de la mortalidad global de los 17 pacientes que fallecieron, el 41.18% falleció por RQ tardía, el 29.41% por RQ mediatas e inmediatas (cada uno). Esto quizás se deba a que un mayor número de pacientes fueron reintervenidos en forma tardía.

Otro aspecto importante es que existe alguna relación entre el fallecimiento de la persona y el tiempo en que se tarda en ser reintervenido :

P(Inmediata/falleció)	P(Inmediata)	
5/17.....	16/58	
0.2941	vs	0.2758

MUSEO DE LA CIENCIA Y LA HISTORIA DE LA MEDICINA

P(Mediata/falleció).....P(Mediata)	
5/17.....13/58	
0.2941.....vs.....0.2241	
P(Tardía/falleció).....P(Tardía)	
7/17.....29/58	
0.4117.....vs.....0.50	

Por lo tanto podemos decir mediante la utilización del Teorema de Bayes y el análisis de la independencia estadística que si existe relación entre el tiempo en que tarda en ser reintervenido un paciente y el que esta fallezca, tomando en cuenta el solo hecho de que esta paciente se reinterviene en forma tardía(en este estudio la mayoría de los pacientes se reintervinieron en forma tardía).

Es de notar que el 78% de los pacientes tuvieron una sola reintervención,seguido de un 10% con 2 reintervenciones, un 9% con 3 y solamente un paciente cada uno con 4 y 5 reintervenciones respectivamente.

La defunciones totales en este estudio de Reintervenciones fue de 17 pacientes(29%). De los 11 pacientes que ingresaron a Terapia Médica Intensiva, el número de muertes fue de 9(82%), en comparación de los 47 pacientes que ingresaron a Pabellón, de los cuales fallecieron 8(17%). Este hecho no significa que la Terapia funcione insuficientemente, sino que los pacientes que llegan ahí, se encuentran en un estado crítico y con pronóstico malo a corto o mediano plazo.

Se identificaron varios factores de riesgo en relación a la mortalidad de los pacientes reintervenidos , y de los cuales los más importantes fueron : la edad mayor de 40 años, el estado nutricional del paciente(albúmina sérica menor de 2, pérdida de peso mayor del 20% sobre peso ideal, la obesidad exógena y la Diabetes.

Según el cuadro VI, la probabilidad de que una persona fallezca dentro del grupo de mayores de 40 años es de un 51.72% y la probabilidad de que haya fallecido sin factores de riesgo aparente, pero desnutrido es del 34.48%.

Si se sabe que un paciente de este grupo falleció, la probabilidad de que haya fallecido sin factores de riesgo, pero desnutrido es del 66.67%, de que haya fallecido por obesidad un 20% y de que haya fallecido por obesidad y Diabetes, un 13.33%.

Por lo tanto, los factores de riesgo más importantes y relacionados con la mortalidad de las reintervenciones son: edad mayor de 40 años, la Desnutrición, la Obesidad y la Diabetes, siendo los otros factores como la hipertensión arterial, el hecho de tener antecedentes quirúrgicos, los menos importantes.

En relación a los Diagnósticos preoperatorios, el más frecuente en nuestra casuística fue la de oclusión intestinal por bridas con 18 pacientes (31%), seguido de drenaje de absceso residual 15 casos (19%), que en la mayoría de los casos fueron postapendicectomía, dehiscencia de anastomosis en 10 casos (12%), abdomen agudo 8 casos (10%), Status postoperatorio de estomas y evisceraciones 7 casos (9%) respectivamente.

Ahora el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado fue drenaje de abscesos residuales en 19 pacientes (21%), seguido por el grupo de Resecciones Intestinales + estomas en 13 pacientes (14%) y plastias de pared abdominal en 13 pacientes (14%).

CONCLUSIONES

1. El índice de Reintervenciones en el Servicio de Cirugía General del Hospital de México es de 0.4%, una cifra muy baja comparada con cifras de otros Centros Médicos a nivel mundial.
2. De un total de 58 pacientes predominó el sexo masculino en una relación de 1.6:1.
3. El rango de edad fue de 18 a 79 años con un promedio de 48 años.
4. El grupo de edad más frecuentemente reintervenido es el de 40 a 49 años, con un 21% seguido por los grupos 20-29, 30-39 y 50-59 con una frecuencia de 16% cada uno.
5. Las Reintervenciones tardías fueron las más frecuentes siendo un 50% , seguido por Reintervenciones inmediatas con un 28% y en el último lugar las mediatas con un 22%.
6. La tasa de mortalidad global fue de 29%, siendo el 82% de esta cifra procedente de pacientes que pasaron por Terapia Médica Intensiva.
7. Las Reintervenciones tardías cursaron con una tasa de mortalidad mayor (41.18%) en comparación con la Reintervención inmediata y mediatas (29.41% cada uno).
8. Los factores de riesgo de mayor importancia en relación a la frecuencia y mortalidad de la reintervención fueron : la edad mayor de 40 años, el estado nutricional, la obesidad, la asociación con otras enfermedades como la Diabetes.
9. Los procedimientos más frecuentemente realizados fueron : drenaje de absceso y lavado de cavidad y en segundo lugar la resección intestinal.

Aunque no está documentado en los expedientes de los pacientes, sabemos que todos los pacientes que llegan al Hospital General de México están desnutridos, por lo tanto es un factor de riesgo muy importante y de hecho existe la regla de :paciente mayor

de 40 años, desnutrido, con hipoalbuminemia, y con abdomen agudo la mejor conducta es realizar estomas y no anastomosis de primera intención, ya que la probabilidad de dehiscencia con fistulas es mayor del 50% y la probabilidad de fallecer el paciente en el postoperatorio es grande. Se debe de mejorar al máximo las condiciones preoperatorias de estos pacientes, si fuera posible su estado nutricional, su estado de hidratación e iniciar esquema efectivo de antibióticos después de la toma de cultivos.

Es de lamentar el hecho que la mayoría de los expedientes al momento de la revisión ,se encontraban incompletos, ya sea por falta de hoja quirúrgica, últimas hojas de evolución, resultados de ciertos estudios de laboratorio, resultados de los diferentes cultivos, resultados histopatológicos y resultados de autopsia, ya que sin estos datos no se pueden realizar trabajos o publicaciones adecuadas, y esta problemática se debe de arreglar con las autoridades competentes por el bien del Hospital y de sus pacientes.

Otro aspecto muy importante es que la Reintervención Quirúrgica debe de ser realizado por un cirujano de experiencia y no por el Residente ,ya que esta última persona está en fase de entrenamiento y la decisión en estos pacientes debe de ser rápida, concisa y en beneficio del paciente por un lado y por el otro , el tiempo anestésico es importante, esto significa que la cirugía debe de ser realizada con rapidez y seguridad, y para obtener esto último es necesario tener experiencia. Sabemos que las cirugías son realizadas por el Residente de tercer año bajo supervisión del médico de base, pero en muchas ocasiones este no se encuentra físicamente en el acto quirúrgico.

Por último, ojalá que este estudio sirva de base y de referencia para los médicos del Hospital General de México y de ser posible para médicos de otras instituciones, todo esto por el bien de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ CORDERO R.: LA REINTERVENCION QUIRURGICA; SALVAT MEXICANA DE EDITORES S.A. DE C.V.1984.
2. FRY DONALD: CIRUGIA ABDOMINAL DE REPETICION; CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA VOLUMEN 1, 1991.
3. TOMPKINS RONALD K. : REINTERVENCIONES EN CIRUGIA; EDICIONES DOYMA, 1991.
4. FORWARD, AD: A PEER REVIEW OF GENERAL SURGICAL DEATHS AND COMPLICATIONS AT VANCOUVER GENERAL HOSPITAL, 1970-1973; VANCOUVER B,C,, 1974.
5. FRY, DE:: THE USE OF POLYPROPYLENE MESH IN ABDOMINAL WALL RECONSTRUCTION; PERSPECT GEN. SUR 1:93, 1990.
6. AUTIIO V.: THE SPREAD OF INTRAPERITONEAL INFECTION: STUDIES WITH ROENTGEN CONTRAST MEDIUM; ACTA CHIR SCAND 123; 5, 1964.
7. BUNT TJ.: NON-DIRECTED RELAPAROTOMY FOR INTRA-ABDOMINAL SEPSIS : A FUTILE PROCEDURE. ; AM SURG. 52:294 , 1986.
8. HINSDALE JG. : REOPERATION FOR INTRAABDOMINAL SEPSIS: INDICATIONS AND RESULTS IN MODERN CRITICAL CARE SETTING; ANN SURG 199: 31, 1984.

9. FRY DE.: DETERMINANTS OF DEATH IN PATIENTS WITH INTRAABDOMINAL ABSCESS; SURGERY 88:517, 1980.
10. DELCORE R. : SELECTIVE SURGICAL MANAGEMENT OF CORRECTABLE HYPERGASTRINEMIA; SURGERY 106: 1094, 1989.
11. ZINNER MJ. : SURGERY FOR RECURRENT PEPTIC ULCER DISEASE ; FRY DE : REOPERATIVE SURGERY OF THE ABDOMEN. NEW YORK, MARCEL DECKER, 1986 , PAG 53.
12. BOEY J.: PROXIMAL GASTRIC VAGOTOMY: THE PREFERRED OPERATION FOR PERFORATIONS IN ACUTE DUODENAL ULCER; ANN SURG 208: 169, 1988.
13. CLARKE JS. : PREOPERATIVE ORAL ANTIBIOTICS REDUCE SEPTIC COMPLICATIONS OF COLON OPERATIONS: RESULTS OF PROSPECTIVE, RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND CLINICAL STUDY ; ANN SURG. 186: 251, 1977.
14. VOYLES CR. : EMERGENCY ABDOMINAL WALL RECONSTRUCTION WITH POLYPROPIYLENE MESH.; ANN SURG 194: 219, 1981.
15. ZOLLINGER R. : ALGUNOS PRINCIPIOS DE LAS REINTERVENCIONES EN CIRUGIA; EN : REINTERVENCIONES EN CIRUGIA, TOMPKINS R. ; ED: DOYMA, 1991: PAG: 1-7.

ANEXOS

TABLA I
FRECUENCIA DE REINTERVENCIONES SEGUN EDAD

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	%
10-19	6	10
20-29	9	16
30-39	9	16
40-49	12	21
50-59	9	16
60-69	6	10
70-79	7	12

TABLA II
TIPO DE REINTERVENCIONES

	NUMERO PACIENTES	%	MORTALIDAD(%)
INMEDIATA	16	28	5 (31%)
MEDIATA	13	22	6 (38%)
TARDIA	29	50	7 (24%)

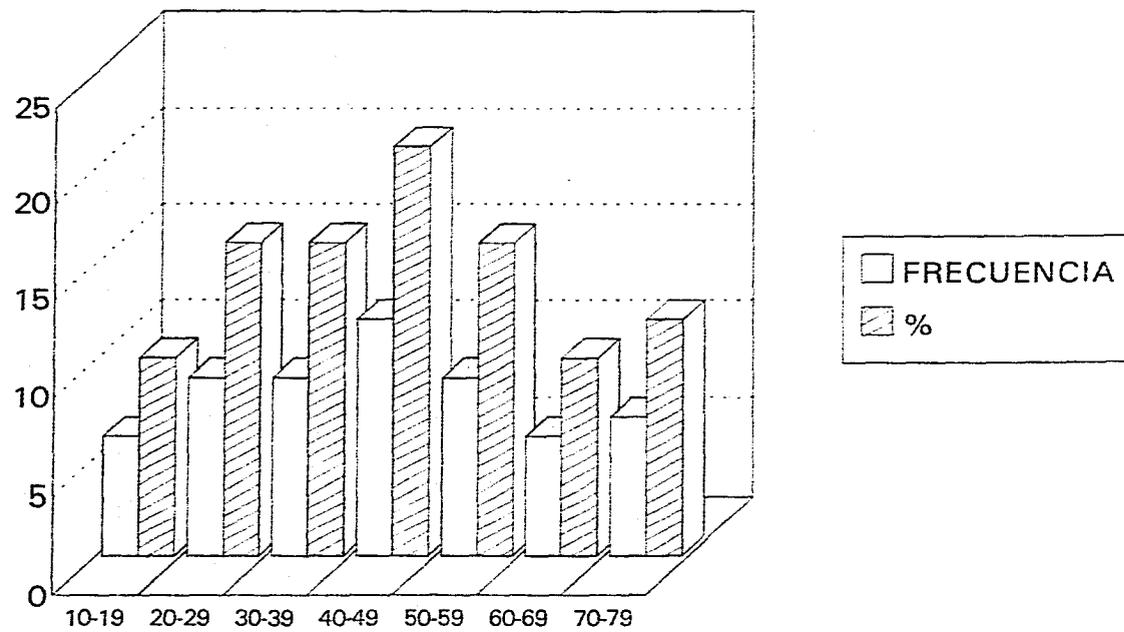
TABLA III
DISTRIBUCION SEGUN SEXO

MASCULINO	36	62%
FEMENINO	22	38%

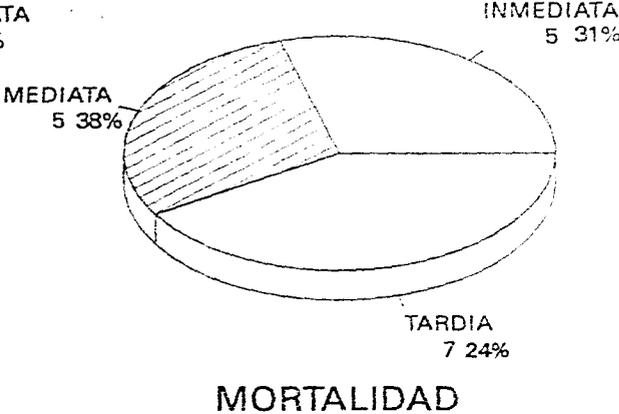
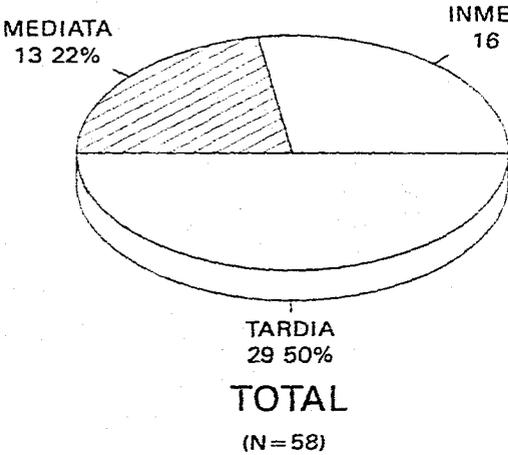
TABLA IV
NUMERO DE REINTERVENCIONES

NUMERO	1	2	3	4	5	TOTAL
PACIENTES	45	6	5	1	1	58
TOTAL DE REINTERVENCIONES	45	12	15	4	5	81

GRAFICA 1
FRECUENCIA DE REINTERVENCIONES SEGUN EDAD



GRAFICA 2
TIPO DE REINTERVENCIONES



GRAFICA 3
DISTRIBUCION SEGUN SEXO

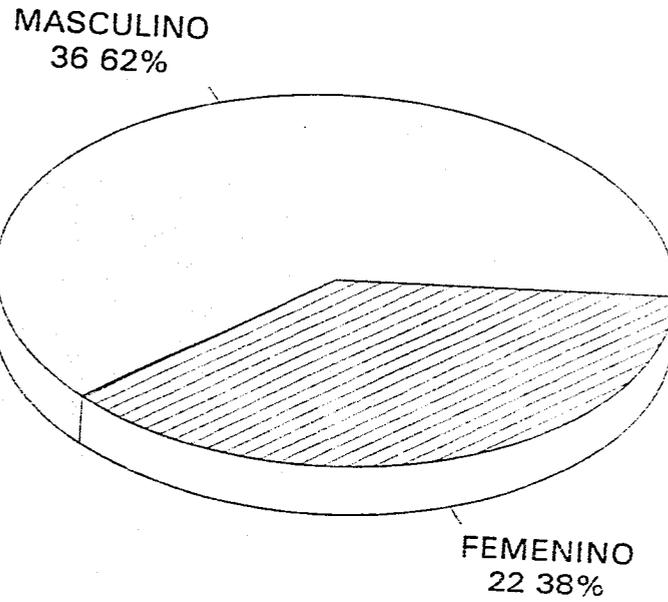


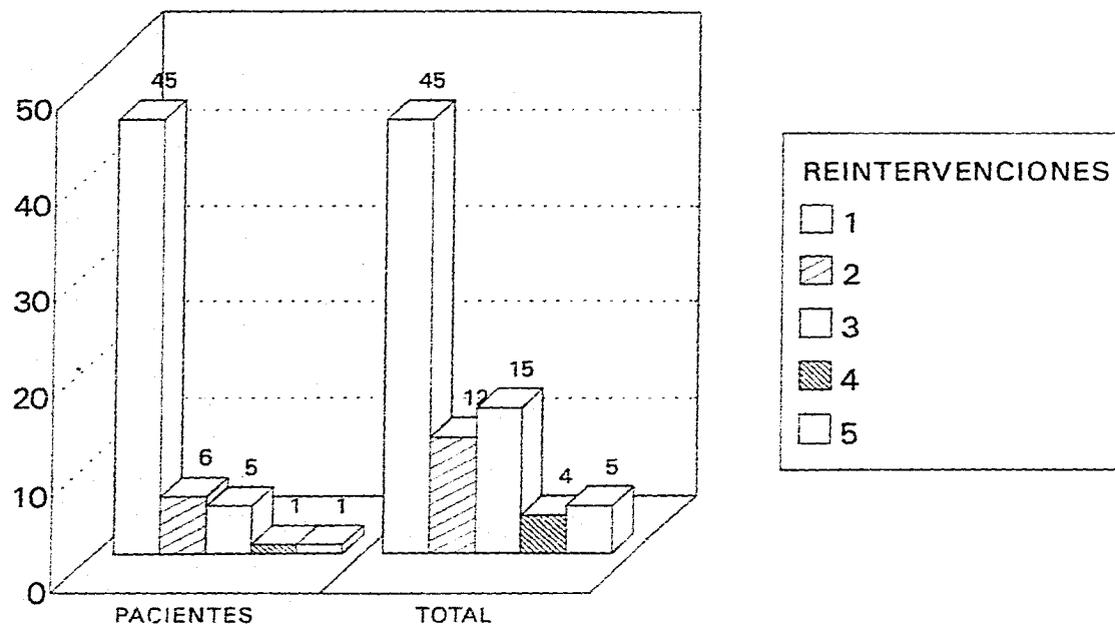
TABLA V
MORTALIDAD SEGUN EL
DESTINO DEL PACIENTE

	TMI	PABELLON	TOTAL
NUMERO	11	47	58
FALLECIMIENTO	9	8	17
MORTALIDAD	82%	17%	100%
MORTALIDAD GLOBAL			29%

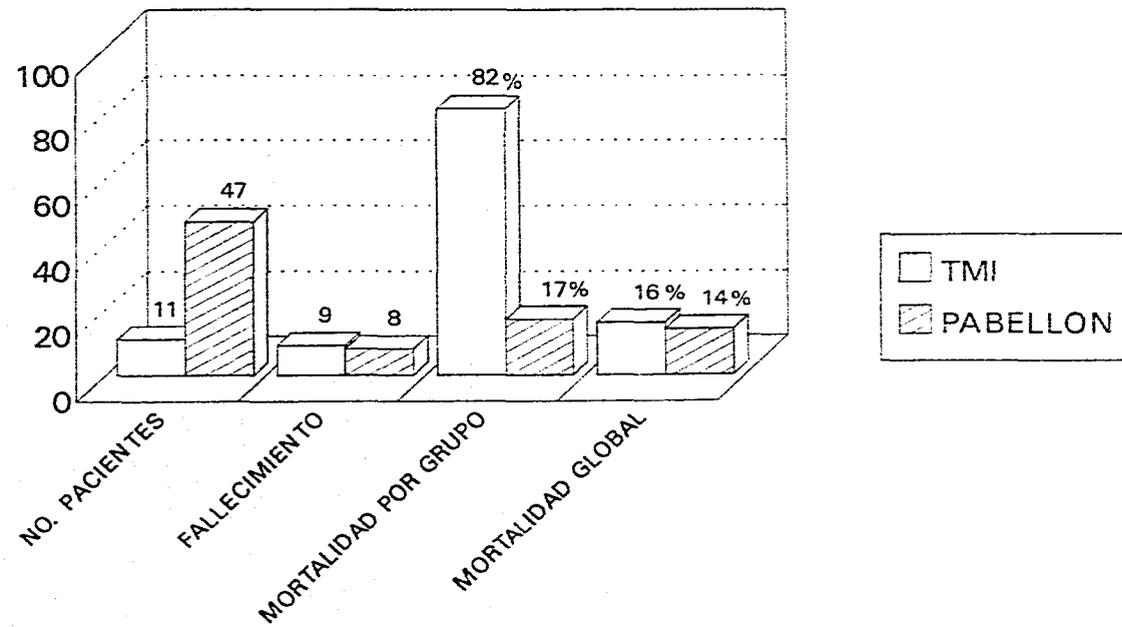
TABLA VII
CIRUGIA SEGUN ETIOLOGIA

CIRUGIA	NUMERO	%
SX DE OCLUSION INTESTINAL	18	31
DRENAJE DE ABSCESO RESIDUAL	15	19
DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS	10	12
ABDOMEN AGUDO	8	10
STATUS PO ESTOMAS	7	9
EVISERACIONES	7	9
EVENTRACIONES	6	7
PANCREATITIS NECROHEMORRAGICA	5	6
HEMATOMAS POSTOPERATORIOS	4	5
PSEUDOQUISTE PANCREATICO	1	1
TOTAL	81	10

GRAFICA 4
NUMERO DE REINTERVENCIONES



GRAFICA 5
MORTALIDAD SEGUN EL DESTINO DEL PACIENTE



GRAFICA 6
FACTORES DE RIESGO EN RELACION CON LAS REINTERVENCIONES

VIVOS
 MUERTOS
 TOTAL
 MORTALIDADXGRUPO
 MORTALIDAD GLOBAL

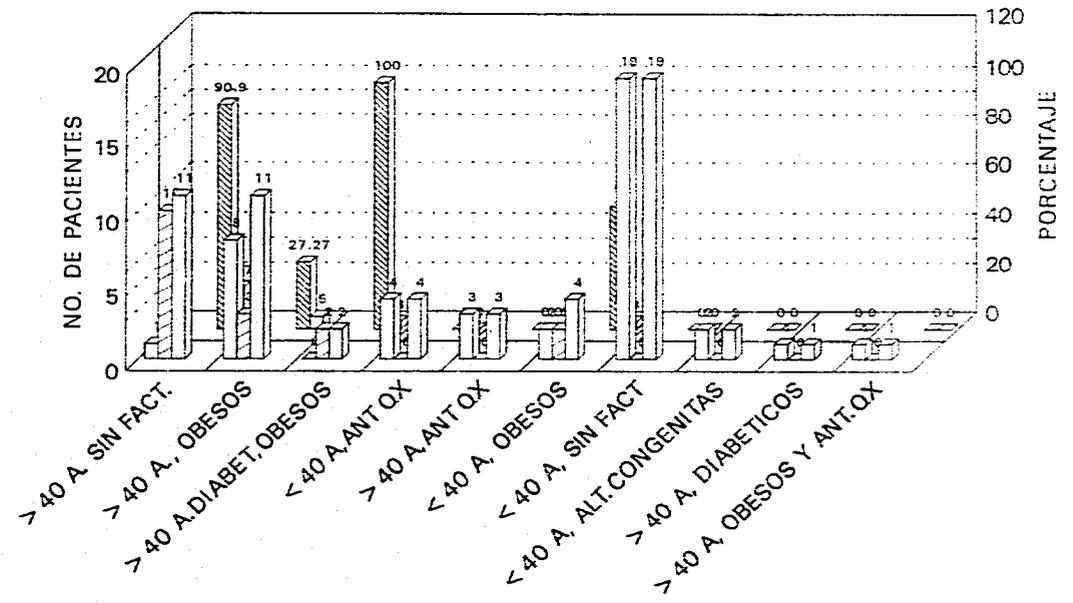


TABLA 6

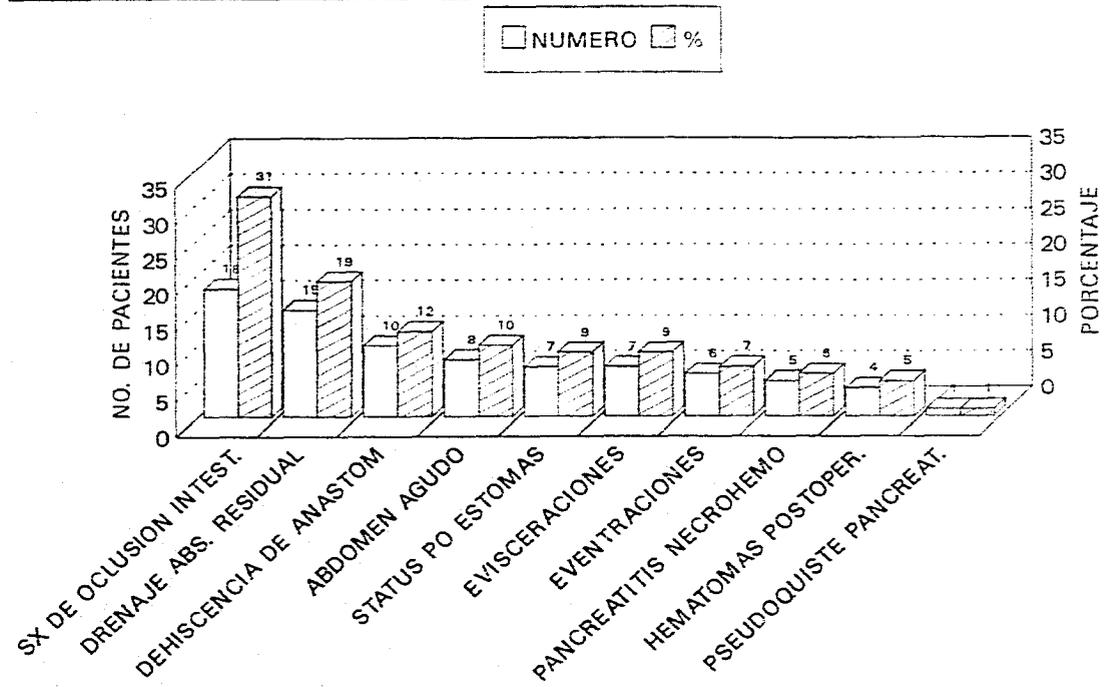
FACTORES DE RIESGO EN RELACION CON LAS REINTERVENCIONES

	VIVOS	MUERTOS	TOTAL	MORTALIDADXGRUPO	MORTALIDAD GLOBAL
> 40 A. SIN FACT.	1	10	11	90.9	17
> 40 A., OBESOS	8	3	11	27.27	5
> 40 A. DIABET, OBESOS	0	2	2	100	3
< 40 A, ANT QX	4	0	4	0	0
> 40 A, ANT QX	3	0	3	0	0
< 40 A, OBESOS	2	2	4	50	3
< 40 A, SIN FACT	19	0	19	0	0
< 40 A, ALT. CONGENITAS	2	0	2	0	0
> 40 A, DIABETICOS	1	0	1	0	0
> 40 A, OBESOS Y ANT. QX	1	0	1	0	0
TOTAL	41	17	58		

TABLA VIII
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO

PROCEDIMIENTO	NUMERO	%
DRENAJE DE ABSCESO Y LAVADO	19	21
RESECCION INTESTINAL + ESTOMAS	13	14
PLASTIA DE PARED	13	14
LIBERACION DE BRIDAS	11	12
RECONEXION INTESTINAL	11	12
DRENAJE DE HEMATOMA	8	9
LAVADO OX POR PANCREATITIS	7	8
GASTRECTOMIA + DERIVACION	2	2
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	2	2
CIERRE DE FISTULA	2	2
CIERRE PRIMARIO DE INTESTINO	2	2
CISTOGASTROANASTOMOSIS	1	1
ONFALECTOMIA	1	1
TOTAL	92	100

GRAFICA 7
CIRUGIA SEGUN ETIOLOGIA



GRAFICA 8 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS

NUMERO
 %

