



11209  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO 77

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES POSOPERADOS DE  
COLECISTECTOMIA CON ANTICOAGULACION PREVIA  
POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE LA  
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL  
P R E S E N T A  
DR. ADRIAN MIRANDA LOPEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



IMSS

ASESOR: M. en C. JESUS ARENAS OSUNA

A

2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



*[Handwritten signature]*

Dr. José Arenas Osuna  
Jefe de la división de Educación e Investigación Médica  
H.E.C.M.N. "LA RAZA"

*[Handwritten signature]*

Dr. Luis Galindo Mendoza  
Titular del curso de  
Cirugía general  
H.E.C.M.N. "La Raza"

*[Handwritten signature]*

Dr. Adrian Miranda López  
Medico Residente de cirugía general  
H.E.C.M.N. "La Raza"  
No definitivo de protocolo 2001-690-0193

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



*[Handwritten signature]*

**AGRADECIMIENTOS:**

**A mis padres:  
Por su incondicional apoyo  
Con infinito amor**

**A mis hermanos:  
Por su comprensión y cariño**

**TESIS CON  
HALLAZGO DE ORIGEN**

**A mi asesor y maestro:  
Dr. Jesús Arenas Osuna**

**Por su invaluable ayuda y gran humanismo  
Un ejemplo a seguir.**

**Por su gran empeño y profesionalismo  
Con admiración.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**A todos mis maestros:  
Por permitirme obtener lo mejor  
De cada uno. Con profunda gratitud**

**A todos los pacientes:  
Por su gran nobleza.  
Muchas gracias**

E

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ÍNDICE

	PAGINA
RESUMEN	2
RESUMEN (INGLÉS)	3
ANTECEDENTES	4
MATERIAL Y MÉTODOS	9
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	25

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**RESUMEN:****TÍTULO:**

Morbimortalidad en pacientes posoperados de colecistectomía con anticoagulación previa por enfermedad cardiovascular.

**OBJETIVO:**

Determinar cuales son las complicaciones postoperatorias en pacientes con anticoagulación por enfermedad cardiovascular sometidos a colecistectomía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Diseño transversal, descriptivo realizado de junio 1999 a junio 2000, del expediente clínico del que se registro. Edad, sexo, enfermedades cardiovasculares asociadas, riesgo quirúrgico, tipo de cirugía, complicaciones y mortalidad asociada.

**RESULTADOS:**

De 14 pacientes 11 fueron mujeres (78,57%) y 3 hombres (21,42%). La Edad promedio fue 60,28 años. La estancia hospitalaria promedio fue 7 días con rango de 4 a 12 días. De las enfermedades cardiovasculares la cardiopatía reumática con recambio valvular se encontró en 5 pacientes (35,71%), el infarto con revascularización en 5 pacientes (35,71%), el resto presentó otra cardiopatía.

Las complicaciones se presentaron en 3 pacientes (21,4%), todos del sexo femenino. Con edad promedio de 64,0 años siendo la menor de 28 y la mayor de 72. El promedio de EHI fue de 9,3 días con rango de 6 a 12. Un paciente presentó falla cardíaca tratada médicamente, con evolución adecuada. Otro presentó hemoperitoneo corroborado por punción abdominal, ultrasonido y descenso de hemoglobina de 12,1 a 7,8 MG/DL. No ameritó reoperación. El último paciente presentó lesión puntiforme de porta y desgarró de arteria cística con sangrado transoperatorio de 100cc manejada adecuadamente durante el transoperatorio. La mortalidad fue de 0%.

**CONCLUSIÓN:**

El porcentaje de complicaciones fue de 21,4%. La mortalidad fue 0%. Se requiere apoyo multidisciplinario y vigilancia estrecha de estos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:**

Anticoagulación, colecistectomía, morbilidad, mortalidad



## SUMMARY

### TITLE:

Morbimortality in colectomized patients with previous anticoagulation and cardiovascular disease.

### PURPOSE:

Determine the postoperative complications in patients with cardiovascular disease and anticoagulation whose were undergoing to colectistectomy.

### METHODS:

Descriptive transversal trial made of clinical records which age, gender, linked cardiovascular disease; surgery risk, kind of surgery; associated complications and mortality were recorded, from June 1999 to June 2000.

### RESULTS:

Fourteen patients were analyzed, 11 belong to female gender and 3 were male gender. The mean age of the patients was 60,28, and the mean duration of hospital treatment was 7 days (range, 4-12 days). About the cardiovascular diseases, the rheumatic cardiac disease with valvular replacement was observed in 5 patients (35,71%). The heart attack with vascular replacement had the same frequency. The rest of the patients presented different kinds of cardiac disease.

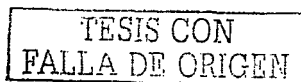
Complications were observed in 3 patients (21,4%). All of them belong to female gender. The mean age was 54,6 years, being 25 years old the youngest and 72 years old the oldest. The mean of hospital treatment stay was 9,3 days (range, 6-12 days). One patient presented heart failure receiving medical treatment and satisfactory development. Another one presented haemoperitoneum which was confirmed by abdominal puncture, ultrasound and hemoglobin decreased from 12,1 to 7,8 mg/dl. This patient was medically treated, not surgery was required. The last patient presented a little portal vein injury, and a cystic artery tear whit transoperative bleeding about 1000 cc approximately, being satisfactory treated during the transoperative time. There was not mortality.

### CONCLUSION:

The complications showed represented 21,4%. The mortality was 0%; it requires a multidisciplinary support and strength surveillance of the patients.

### KEY WORDS:

Anticoagulation, Colectistectomy, morbidity, mortality.



## II ANTECEDENTES.

Hasta el momento no se encuentra estudio dirigido a investigar las complicaciones post quirúrgicas en pacientes sometidos a colecistectomía con anticoagulación previa por enfermedad cardiovascular.

La colecistectomía puede ser una de las cirugías más fáciles o de las más difíciles esto dependerá de cada paciente y condiciones generales. También ha sido asociada frecuentemente a lesiones de la vía biliar, que dejan una invalidez crónica y necesariamente requerirá de una o varias reintervenciones para su corrección.<sup>1</sup>

Los principios quirúrgicos sobre la colecistectomía y enfermedades de las vías biliares han sido ampliamente estudiados y expuestos en diferentes textos y publicaciones, también se han mencionado factores de riesgo específicos que incluyen ictericia, colédoco litiasis, DM, edad mayor de 65 años, patología aguda, asociación de pancreatitis etc.<sup>1 2</sup>

La mayoría de los pacientes un 90% presentan sintomatología antes de que aparezcan las complicaciones aún cuando luego del primer ataque solo 2.2% de los pacientes presentarán recurrencias anuales. Dentro de los factores que aumentan el riesgo de aparición de colecistitis así como de la morbilidad y mortalidad se encuentra una vesícula no funcionando lo cual traduce una enfermedad avanzada, litos grandes mayores de 2.5 cm., se asocian a cuadros repetidos de colecistitis en comparación que cálculos menores, la DM aumenta significativamente la mortalidad asociada con colecistitis en aproximadamente 20%. La mortalidad general asociada es del 5 % la morbilidad es inferior al 10%.<sup>2</sup>

Dentro de las complicaciones transoperatorias si se utiliza una técnica adecuada es muy baja, la identificación anatómica del conducto cístico, la arteria cística y el colédoco, combinada con una buena exposición de la zona asegura la ejecución de la operación sin complicaciones.<sup>1,2</sup>

La lesión de las vías biliares y sus métodos de reparación no son temática principal de este estudio motivo por el cual no se describen.

El sangrado de lecho quirúrgico y de la arteria cística puede presentarse y la identificación adecuada del sitio de sangrado y realización de la hemostasia en estructuras, así como sangrado posquirúrgico inmediato que requiera reintervención por hipovolémia.<sup>1,3</sup>

Otras complicaciones posquirúrgicas son el drenaje biliar persistente el cual puede depender de un conducto accesorio, pequeños conductos intrahepáticos, o deficiencia en la ligadura del conducto cístico. Estas desaparecen alrededor de la 2ª a 4ª semana en ausencia de otros factores que perpetúen la fistula como podría ser una obstrucción distal.<sup>3</sup>

En hospitales de tercer nivel donde los paciente se envían por enfermedad asociada con riesgo elevado de complicaciones siendo las enfermedades cardiovasculares una de las principales condiciones para cirugía en tercer nivel, es indispensable conocer la morbimortalidad de pacientes sometidos a cirugía electiva, en este caso colecistectomía, para determinar con precisión cuales son las complicaciones y así prevenirlas o tratarlas oportunamente.

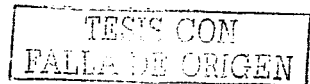
En cuanto al manejo de la anticoagulación antes y después de cirugía electiva se conoce que las principales indicaciones para tratamiento anticoagulante con warfarina es la F.A. presencia de válvulas cardiacas o antecedente de trombo embolismo.<sup>4, 5,8</sup>

El tratamiento con warfarina es un problema en aquellos pacientes con indicación para cirugía ya que el suspender la anticoagulación representa un riesgo elevado de trombo embolismo. Lo anterior lleva al deber de tener un manejo preoperatorio en estos pacientes así como decisiones racionales antes y después de cirugía para evaluar el riesgo por un lado desangrado y por otro de trombosis. Es importante cuantificar y estimar los riesgos y beneficios de las estrategias de anticoagulación.<sup>5,6</sup>

*Riesgos asociados con suspensión temporal de warfarina.*

La terapia con warfarina debe suspenderse al rededor de 4 días previos a la cirugía manteniendo un INR (International Normalized Ratio) de 1.5 una vez que el INR se encuentra alrededor de este rango la cirugía puede realizarse con seguridad.<sup>4, 7,10</sup>

Después de un episodio de trombo embolia venosa el riesgo de recurrencia en ausencia de anticoagulación oral (ACO) es alto aproximadamente 50%, con terapia con warfarina es de 10% al mes y disminuya hasta 5 %a los tres meses de tratamiento con ACO.



La anticoagulación oral se reserva para pacientes con episodios múltiples de trombo embolismo venoso, estados de hipercuagulabilidad hereditarios o actividad tumoral.<sup>7,9</sup>

#### *Trombo embolia arterial.*

Pacientes con FA sin tratamiento antitrombótico tienen riesgo de embolia sistémica de 4.5% anual, el riesgo individual es de 1 a 20%, en presencia de otros factores de riesgo como EVC previo el riesgo aumenta 12% anual. La anticoagulación disminuye el riesgo de embolismo en 66% de los pacientes con FA.<sup>8, 10</sup>

El problema de trombo embolismo en pacientes con válvulas mecánicas cardíacas es mayor, sin tratamiento antitrombótico es de 8%, mientras que una coagulación adecuada disminuye el riesgo en 75%.<sup>7, 9, 11</sup>

#### Riesgo de sangrado.

La terapia con heparina debe suspenderse previo al evento quirúrgico, lo cual provoca un riesgo mayor de sangrado. El incremento de este riesgo es desconocido sin embargo se estima que 2 días con tratamiento con heparina intravenosa podría incrementar el riesgo absoluto de sangrado post quirúrgico alrededor de 3%.<sup>12, 13</sup>

#### Consecuencias de trombosis y sangrado.

Es importante considerar las consecuencias de trombo embolismo venoso, arterial y de sangrado. Se conoce que el 6% de pacientes con trombosis venosa son fatales mientras que 2% pueden tener complicaciones graves. Sin embargo los episodios de trombo embolismo arterial son mucho más serios aproximadamente el 20% de estos episodios son fatales, y el 40% presentan complicaciones graves.

En cuanto al sangrado se conoce que aproximadamente 3% de los pacientes presentaran sangrado mayor en el post operatorio inmediato con consecuencias fatales sin embargo el 50% de los pacientes reintervenidos por esta complicación tendrán recuperación rápida.<sup>7, 9, 13, 14</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **MATERIAL Y MÉTODOS (PROGRAMA DE TRABAJO):**

Este estudio retrospectivo se realizó en el Hospital de especialidades Centro Médico nacional la Raza. En él se estudiaron todos aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se analizaron los expedientes clínicos de los pacientes que ingresaron a hospitalización a través de la consulta externa en el periodo comprendido de el 1 junio 1999 al 1 junio 2001. Los datos del paciente se consignaron en el anexo No 2. La medición se realizó en la información consignada en el expediente lo cual incluye el transoperatorio y el postoperatorio inmediato.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

#### ***CRITERIOS DE INCLUSIÓN:***

- Pacientes masculinos y femeninos
- Pacientes entre 15 y 100 años
- Diagnóstico de colecistitis con antecedente de anticoagulación por enfermedad cardiovascular programados para colecistectomía
- Pacientes con valoración de riesgo quirúrgico validado por el servicio de cardiología
- Pacientes sometidos a anestesia general y regional
- Pacientes derechohabientes de IMSS atendidos en el servicio de cirugía general HECMN "La Raza".

***CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN O ELIMINACIÓN:***

- Pacientes con diagnóstico de colecistitis programados para cirugía sin tratamiento anticoagulante por enfermedad cardiovascular.
- pacientes menores de 15 años y mayores de 100 años.
- pacientes no derechohabientes.

***CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:***

- pacientes sin valoración preoperatoria por cardiología.
- diagnóstico no comprobado de colecistitis.
- pacientes con antecedente de anticoagulación por enfermedad cardiovascular operados de colecistectomía y otro procedimiento abdominal.



## RESULTADOS:

El estudio inicialmente comprendió 19 pacientes. De los cuales 3 fueron excluidos uno por no localizar el expediente clínico y 2 mas por suspender el evento quirúrgico debido a riesgo quirúrgico elevado.

De los 14 pacientes restantes 11 fueron mujeres (78.57%) y 3 pertenecieron al sexo masculino (21.42%) con una edad promedio de 60.28 años. El promedio de Estancia hospitalaria fue de 7 días siendo el mínimo de 4 y el más alto de 12 días. Dentro de las enfermedades cardiovasculares asociadas, la cardiopatía reumática con recambio valvular se encontró en 5 pacientes (35.71%), el Infarto agudo al miocardio con revascularización tuvo la misma frecuencia identificándose en 5 pacientes (35.71%), el resto de los pacientes presentó otro tipo de cardiopatía.

Para la valoración preoperatoria del riesgo quirúrgico se utilizaron las escalas de Task Force y ASA, y fueron identificados 6 pacientes con riesgo intermedio (42.85%). 1 paciente (7.14%) presentó riesgo moderado, y uno más tuvo riesgo elevado (7.14%) de acuerdo a la escala de valoración de Task Force. De los pacientes valorados mediante la segunda escala todos presentaron riesgo quirúrgico ASA III (35.71%) y en un paciente no se consignó el riesgo quirúrgico en el expediente (7.14%). En 8 pacientes (57.14%) se realizó colecistectomía convencional y en 6 casos (42.85%) se realizó colecistectomía laparoscópica.

Las complicaciones se presentaron en 3 pacientes. (21.4%). 3 (100%) fueron del sexo femenino. La edad promedio fue de 54.6 años siendo la menor de 25 y la mayor de 72. El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 9.3 días, con rangos de 6 el menor a 12 días el mayor. El riesgo quirúrgico preoperatorio en dos casos 75% fue ASA III y en 1 caso fue task Force intermedio (25%). Se realizó colecistectomía convencional en 2 casos (75%) y colecistectomía laparoscópica en un caso (25%)

Un paciente presentó falla cardíaca tratada médicamente con furosemide y dobutamina, con evolución posterior adecuada sin alguna otra alteración, con 6 días de EIH, la enfermedad asociada fue cardiopatía mixta, con estenosis aortica. Otro paciente presentó hemoperitoneo corroborado por punción abdominal, ultrasonido y disminución de hemoglobina de 12.1 a 7.8 MG/DL. Fue manejada con transfusión de paquete globular y plasma. Mejorando posterior a este tratamiento. No requirió reintervención quirúrgica. La enfermedad cardiovascular asociada fue recambio valvular mitral por cardiopatía reumática

El último paciente presentó lesión puntiforme de la porta y desgarró de arteria cística con sangrado transoperatorio de 1000cc manejada adecuadamente en el transoperatorio. Posteriormente en el postoperatorio mediato presentó fístula biliar de alto gasto, la cual fue tratada médicamente y con CPRE. Se dio de alta a los 12 días.

TABLA I

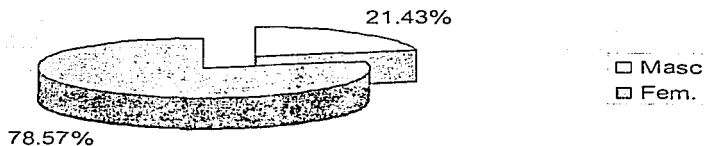
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO AL SEXO

SEXO	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
Masculino	3	21.43%
Femenino	11	78.57%
TOTAL	14	100%

GRAFICA I

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO AL SEXO

NO. PACIENTES



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2

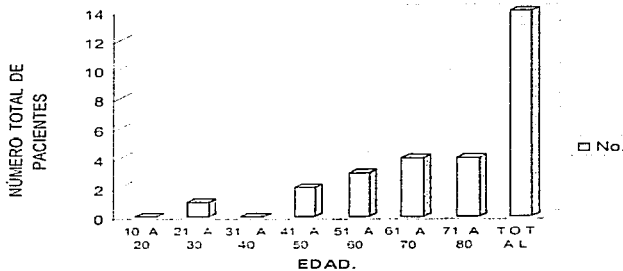
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO A LA EDAD

EDAD EN AÑOS	No.
10 A 20	0
21 A 30	1
31 A 40	0
41 A 50	2
51 A 60	3
61 A 70	4
71 A 80	4
TOTAL	14

EDAD PROMEDIO

60.28 AÑOS

GRAFICA 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO A LA EDAD

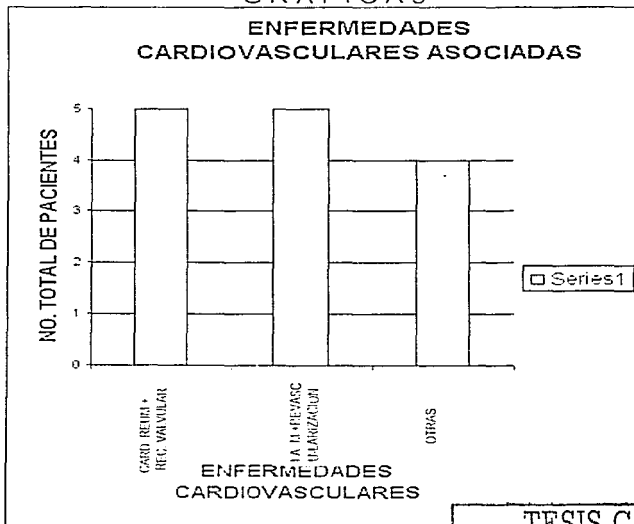


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 3**  
**ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ASOCIADAS**

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	NUMERO	PORCENTAJE
CARDIOPATIA REUMÁTICA MAS RECAMBIO VALVULAR	5	35.71
INFARTO AGUDO AL MIO- CARDIO MAS REVASCU- LARIZACION	5	35.71
OTRA CARDIOPATIA	4	28.58
TOTAL	14	100%

**GRAFICA 3**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

T A B L A 4

RIESGO CARDIOVASCULAR PREOPERATORIO ASOCIADO

RIESGO QUIRURGICO	NO.	PORCENTAJE
TASK FORCE	8	57.14
ASA	6	42.85
TOTAL	14	100%

GRAFICA 4

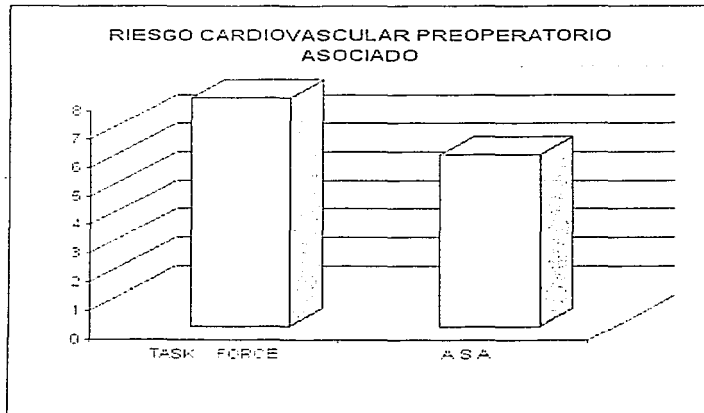


TABLA 5  
RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO DE ACUERDO A LA ESCALA TASK FORCE Y ASA,

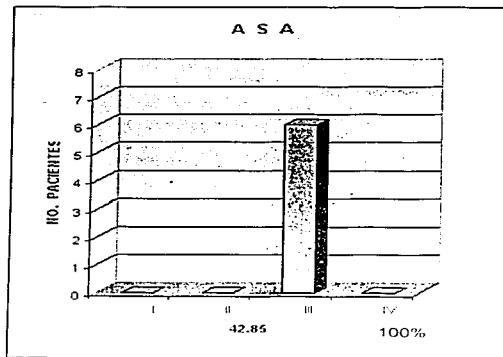
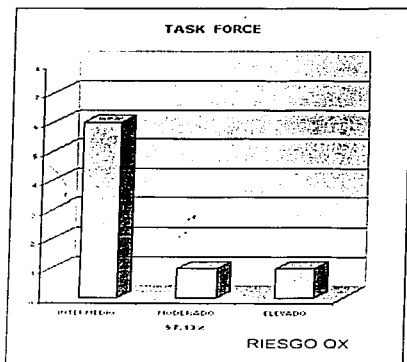
TASK FORCE

RIESGO OX	INTERMEDIO	MODERADO	ELEVADO	TOTAL
NO PACIENTES	6	1	1	8
PORCENTAJES	42.85	7.14	7.14	57.13

ASA

RIESGO OX	I	II	III	IV	TOTAL
NO PACIENTES	0	0	6	0	6
PORCENTAJE	0	0	42.85	0	42.85

GRAFICA 5



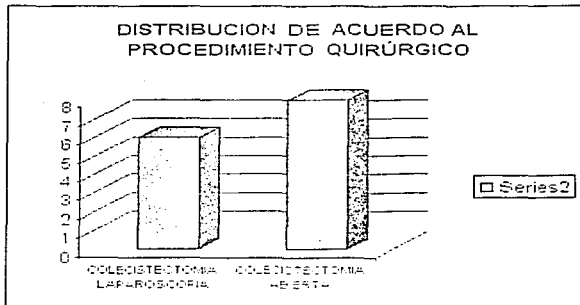
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

CIRUGÍA	NO.	PORCENTAJE
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	6	42.85
COLECISTECTOMÍA ABIERTA	8	57.14
TOTAL	14	100%

GRAFICA 6

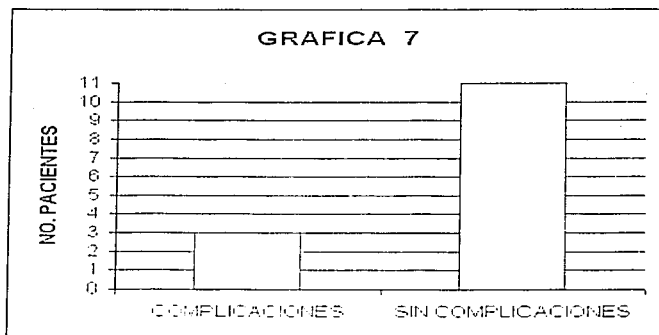




**TABLA 7**

**COMPLICACIONES ASOCIADAS**

COMPLICACIONES	NO PACIENTES	PORCENTAJE
COMPLICACIONES	3	21.14%
SIN COMPLICACIONES	11	78.60%
TOTAL	14	100%



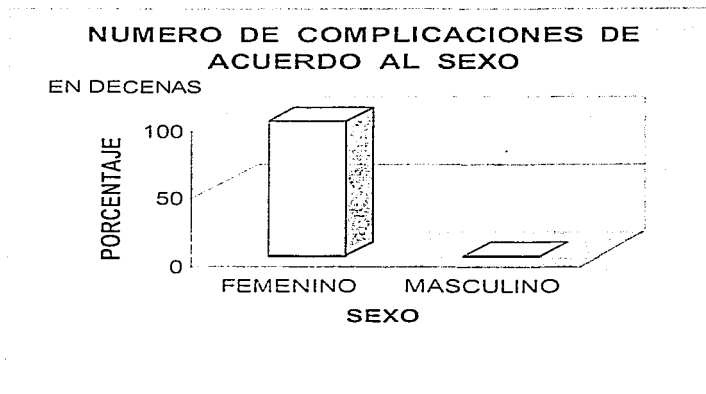
ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 8**  
**NUMERO DE COMPLICACIONES DEACUERDO AL SEXO**

SEXO	FEMENINO	MASCULINO
Nº DE PACIENTES	3	0
PORCENTAJE	100%	0

**GRAFICA 8**  
**NUMERO DE COMPLICACIONES DE ACUERDO AL SEXO**



## DISCUSIÓN:

De acuerdo a la distribución por sexos los resultados fueron similares a los reportados en la literatura con un predominio del sexo femenino el cual fue de 78.57 % vs. 21.42% para el sexo masculino, sin embargo el promedio de edad fue superior a lo reportado con una media de 60.28% siendo que la mayor incidencia tiene lugar en la cuarta y sexta década de la vida y los pacientes mayores de 60 años representan solo una tercera parte del grupo.<sup>3</sup>

En cuanto a la morbilidad reportada en la literatura y la encontrada en nuestro estudio podemos ver que las complicaciones fueron mayores con un (21,4%), comparado con el 10% reportado, sin embargo esta morbilidad es de pacientes en general, y tomando en cuenta que estos pacientes son de mayor riesgo quirúrgico ya que presentaron una enfermedad cardiovascular previa y fueron calificados como riesgo quirúrgico moderado e intermedio de acuerdo a la clasificación de Task Force y ASA III, por lo tanto consideramos que esta morbilidad mayor es esperable.

Por otro lado en el presente estudio la mortalidad fue del 0% lo cual indica que los pacientes presentaron una mejor respuesta en comparación a lo referido en la literatura ya que la mortalidad reportada va de 5 hasta el 20%. Por lo tanto se observa un adecuado manejo pre y postoperatorio en los pacientes estudiados.

De los pacientes que presentaron complicaciones es importante ver que el 100% pertenecieron al sexo femenino por lo que esto indica que hay que tener una mayor vigilancia en este grupo de pacientes.

De las enfermedades cardiovasculares que se asociaron a complicaciones postoperatorias fueron la cardiopatía mixta con estenosis aortica (33.3%) recambio valvular mitral por cardiopatía reumática (33.3%) y enfermedad del seno con marcapaso definitivo (33.3%).

Si analizamos en forma independiente las 3 complicaciones que presentaron los pacientes del presente estudio y lo cual corresponde al 21.4% encontramos que uno de los pacientes presento falla cardiaca, la cual se confirmo por el servicio de cardiología, ameritando manejo médico con evolución favorable logrando egresar al paciente a los 6 días de estancia intrahospitalaria el Segundo paciente presento lesión de la vena porta y desgarro de la arteria cística con sangrado transoperatorio de 1000cc aproximadamente manejada adecuadamente durante la cirugía con reparación de la lesión de la vena porta y ligadura con hemostasia adecuada de la arteria cística. En el postoperatorio se observo fistula biliar estadificada como de alto gasto ameritando CPRE con una evolución posterior adecuada observandose cierre de la fistula biliar y egresándose el paciente a los 12 días de estancia intrahospitalaria.

El tercer paciente presento en el postoperatorio inmediato hemoperitoneo, el cual se corroboró con punción abdominal positiva, ultrasonido que identifico liquido libre en cavidad y disminución de la hemoglobina de 12.g/Dl. En el preoperatorio a 7.8g/Dl. Se dio manejo médico con transfusión de paquete globular, plasma Y vigilancia hemodinámica estrecha, observándose estabilización del paciente, motivo por lo cual no se reintervino.

En este caso en particular debido a que no se realizó cirugía de urgencia, no fue posible determinar el sitio de sangrado, no logrando dilucidar en forma exacta si el sangrado fue por mala técnica quirúrgica o por trastornos de la coagulación por el tratamiento de la coagulación previo al manejo quirúrgico. Pero se ha descrito en la literatura que la terapia con heparina aun cuando se haya suspendido en forma adecuada previo al evento quirúrgico representa un riesgo de sangrado de 3% aproximadamente, comparado al 7.1% del estudio lo cual representa poco más del doble de lo descrito.

Finalmente podemos decir que no se presentaron otras complicaciones que han sido reportadas en este tipo de pacientes con anticoagulación previa a la cirugía por enfermedades cardiovasculares tales como trombo embolia arterial o venosa y las cuales conllevan a un riesgo de mortalidad del 6 a 8% para trombosis venosa y hasta de el 40% para trombo embolismo arterial lo cual indica un manejo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio adecuado, y justifica que la mortalidad haya sido mucho menor a lo aceptado en la literatura.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES:

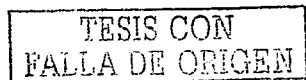
Podemos decir que la morbilidad de este tipo de pacientes en el HECMNR fue ligeramente mayor a lo reportado en la literatura 7.1% en nuestro estudio vs. 3% de lo referido en la literatura, sin embargo la mortalidad esperada fue de 0% lo cuales una tasa de mortalidad mucho menor comparado con las estadísticas internacionales que van de un 5% hasta un 30%.

Por lo anterior consideramos que los cuidados que se brindan a este tipo de pacientes de alto riesgo es adecuado en nuestro hospital, pero si queremos disminuir la morbilidad debemos de tener un apoyo multidisciplinario con otros servicios principalmente el servicio de cardiología, para un manejo conjunto de este tipo de pacientes.

Para Tener datos más exactos en base a este estudio, se deberá de contar con un número mayor de casos y un estudio prospectivo para controlar las variables y enriquecer los datos antes descritos

## XI BIBLIOGRAFÍA:

1. Zudeima GD. Cirugía del aparato digestivo. tercera edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1992:161-253.
2. Nyhus LM. El dominio de la cirugía. Tercera edición. Buenos Aires: Editorial médica panamericana, 1999: 1683.
3. Schwartz SL. Principios de cirugía. Séptima edición. México: McGraw-Hill Interamericana a panamericana, 1999: 1173-1245
4. Clive K, Jack H. Management of anticoagulation before and after elective surgery. N Engl J Med 1997;22:1506-12.
5. White RH, McKittrick T, Hutchinson R, Twitchell J. Temporary discontinuation of warfarin therapy: changes in the international normalized ratio. Ann Inter Med 1995; 122:40-2.
6. Clagett GP, Reisch JS. Prevention of venous thromboembolism in general surgical patients: results of meta-analysis. Ann Surg 1988;208:227:40.



7. Levine MN, Hirsh J, Gent M. Prevention of deep vein thrombosis after elective hip surgery: a randomized trial comparing low molecular weight heparin with standard unfractionate heparin. *Ann Intern Med* 1991;114:545-51.
8. Kakkar VV, Cohen AT, Edmonson RA, et al. Low molecular weight versus standard heparin for prevention of venous thromboembolism after major abdominal surgery. *Lancet* 1993;341:259-65.
9. Wille-Jorgensen P, Thorup J, Fisher A, Holst-Christensen J, Flamsholt R. Heparin with and without graded compression stockings in the prevention of thromboembolic complications of major abdominal surgery: a randomized trial. *Br J Surg* 1985;72:579-81.
10. Hirsh J, Dalen JE, Deykin D, Poller L, Bussey H. Oral anticoagulants: mechanism of action, clinical effectiveness, and optimal therapeutic range. *Chest* 1995;108:231-246.
11. Rustad H, Myhre E. Surgery during anticoagulant treatment: The risk of increased bleeding in patients on oral anticoagulant treatment. *Acta Med Scand* 1963;173:115-119

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



12. Palareti G, Legnani C, Guazzaloca G et al. Activation of blood coagulación after abrupt or stepwise withdrawal of oral anticoagulants. Thromb Haemost 1994; 72: 222-226.

13. Cannegieter SC, Rosendaal FR, Briet E. Thromboembolic and bleeding complications in patients with mechanical Herat valve prostheses. Circulation 1994; 89:635-641

14. Collins R, Scrimgeour A, Yusuf S, Peto R. Reduction in fatal pulmonary embolism and venous thrombosis by perioperative administration of subcutaneous heparin: overview of results of randomised trials in general, orthopedic, and urologic surgery. N Engl J Med 1988;318:1162-73.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN