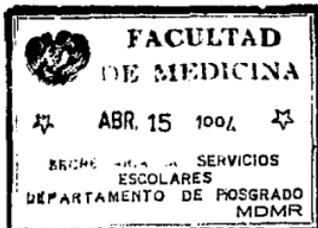




HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" 13

I. S. S. S. T. E. 29



CAUSAS DE REINTERVENCIONES QUIRURGICAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE: ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL PRESENTA: DR. ANTONIO JAVIER VELEZ ROSAS

Asesor: Dr. Manuel Cerón Rodríguez



ISSSTE

MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OCTUBRE

1994



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

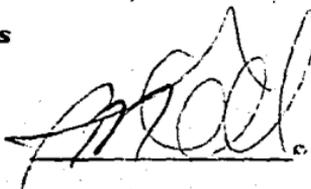
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

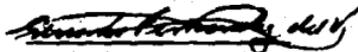
HOJA DE FIRMAS

DR. MANUEL CERON RODRIGUEZ  
ASESOR DE TESIS



DR. EDUARDO FERNANDEZ DEL VILLAR

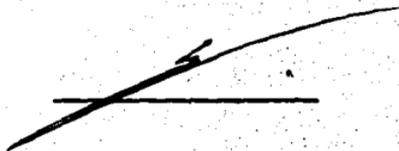
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y  
JEFE DEL SERVICIO DE  
CIRUGIA GENERAL



DR. HUMBERTO GALICIA NEGRETTE  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA  
DE LA DIVISION DE CIRUGIA



DR. ERASMO MARTINEZ CORDERO  
JEFE DE LA OFICINA DE  
INVESTIGACION



DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACION



HOSPITALARIO  
J. DE. GUTIERREZ



ISSSTE

Subdirección General Médica

Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación

18 ENE. 1993

JEFATURA  
DE ENSEÑANZA

INDICE

|                        |    |
|------------------------|----|
| DEDICATORIA            | 5  |
| AGRADECIMIENTOS        | 7  |
| RESUMEN                | 10 |
| PROEMIO                | 11 |
| INTRODUCCION           | 14 |
| JUSTIFICACION          | 19 |
| HIPOTESIS              | 19 |
| OBJETIVOS              | 20 |
| MATERIAL Y METODO      | 21 |
| RESULTADOS             | 23 |
| ANALISIS DE RESULTADOS | 27 |
| CONCLUSIONES           | 32 |
| BIBLIOGRAFIA           | 34 |
| APENDICE A (GRAFICAS)  | 38 |
| APENDICE B (CUADROS)   | 53 |

Todos los Cirujanos tenemos un cementerio en el fondo del corazon, que debemos visitar a menudo para seguir siendo humildes.

AMBROSIO PARE

**CAUSAS DE REINTERVENCIONES EN CIRUGIA GENERAL**

**A.L.G.D.G.A.D.U.**

**A MI MADRE LOGIA:**

**FLEMING #42**

**S.F.U.**

DEDICATORIA

PARA MI ESPOSA:

*SRA. ANTONIA ILIANA ESPINOSA LORENZO.*

Dedico a ti esta obra, porque ella representa el fruto de un grán sacrificio y esfuerzo mutuo, cuya porción más pesada en suerte te ha tocado llevar.

Dedico a ti esta obra, porque ella significa al final de un largo y agotador camino, que marca el inicio de una nueva vida juntos.

PARA MI HIJO:

*ANTONIO JAVIER VELEZ ESPINOSA.*

Hijo mío, cuando puedas leer estas líneas, quizá comprendas que tú eres el principal motivo de mi devoción a los enfermos y a mi trabajo, pues el que te sientas orgulloso de tu padre es el mayor honor al que puedo aspirar.

LOS AMO A AMBOS.

**A G R A D E C I M I E N T O S**

**PARA MIS PADRES:**

**SR. JOSE VELEZ MACIAS. (Q.E.P.D.)**

Padre, imitar tu ejemplo es mi mayor deseo y mi mayor reto.

**SRA. Ma. DOLORES ROSAS GUILLEN.**

Quiero pensar que tus noches de desvelos y cuidados, tus consejos, tu amor y tu apoyo para conmigo, no han sido en vano.

**PARA MIS HERMANOS:**

**ING. DAMASO VELEZ ROSAS.**

**LIC. LUCIA VELEZ ROSAS.**

**SRA. ALMA IRENE VELEZ ROSAS.**

**ING. JOSE VELEZ ROSAS.**

**LIC. JORGE ALBERTO VELEZ ROSAS.**

**LAE. RUBEN DARIO VELEZ ROSAS.**

Me es imposible imaginar mi vida sin ustedes, que han sido mis maestros, mis amigos y mi eterno orgullo; sin su ayuda desinteresada y su apoyo no sería quién ahora soy, espero tener la oportunidad de corresponder a su confianza y cariño.

**A G R A D E C I M I E N T O S**

**PARA MIS MAESTROS DE CIRUGIA:**

**DR. FERNANDO CORONA FERNANDEZ.**

Por haber despertado en mí el interés y el amor por la cirugía y por encaminar desinteresadamente mis pasos.

**DR. MANUEL CERON RODRIGUEZ.**

Por haberme enseñado a realizar y disfrutar la cirugía como a un arte.

A ambos agradezco por haberme otorgado el privilegio de poder llamarlos mis amigos.

El mas especial agradecimiento para mi dulce  
esposa. Si con la vida entera podría pagar todo  
lo que por mi has hecho.

Toño.

## RESUMEN

Cualquier persona que es sometida a una Intervención Quirúrgica es susceptible, por diversas causas de ser Reoperado en algún momento de su vida; la cuestión es, que estas causas que son muy variadas pueden ser correctas o equivocadas y depender tanto de factores propios del paciente como del médico; es por esto importante conocer las Causas más importantes que originen una Reintervención Quirúrgica en nuestro servicio, ya que esto nos permitirá disminuir en lo mas posible este riesgo y prevenir Reintervenciones innecesarias.

Los objetivos son los siguientes: Determinar las causas de Reintervenciones en pacientes operados de Urgencia o en forma Electiva. Determinar el número de Reintervenciones en el Servicio de Cirugía General y Evaluar los Factores de Riesgo que pudieran condicionar una Reintervención Quirúrgica.

Este es un estudio Prospectivo, Observacional, Longitudinal, Descriptivo y Abierto; donde se incluyen todos los pacientes que han sido Operados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional "20 de Noviembre", del I.S.S.S.T.E.; durante el periodo comprendido del Marzo de 1990 a Julio de 1992 y que han sido Reintervenido dentro de los primeros 90 días de postoperatorio.

Los datos se Analizaron en una Hoja de Calculo Electrónica en un Computador PC compatible de 640KB de memoria.

Los resultados de 143 cirugías resultaron en 48 pacientes reintervenidos con 68 Reintervenciones en total, mostraron que estas fueron más frecuentes en el sexo masculino, en la 7a década de la vida; con una media de 1.36 Reintervenciones por paciente y con una mortalidad del 11.11%; la causa más frecuente de mortalidad fue la sepsis sistémica. Los factores inherentes al enfermo que más originaron Reintervenciones se encuentran la Pancreatitis aguda complicada y las heridas penetrantes abdominales por arma de fuego. Entre los factores médicos que más ocasionaron Reintervenciones se encuentran, a) falta de experiencia, b) cirugías en turno nocturno y c) cirugías realizadas como urgencia. El tiempo quirúrgico y anestésico no influyó significativamente en la frecuencia de Reintervenciones.

Se concluye que la falta de experiencia del cirujano es el factor más susceptible de modificación, con una anamnesis más estrecha por parte del cuerpo de Admisión en las guardias y sobre todo en los extremos del día lectivo de residencia médica.

PROEMIO

*Recuerda que cualquier cosa que valga la pena lleve en si el riesgo del fracaso.*

LEE IACocca

Es siempre satisfactorio concluir con éxito una meta trazada; es, sin embargo, con respecto a la Residencia Médica de Postgrado, una situación no tan sencilla de afirmar; es verdad que una alegría indescriptible fluye de nosotros, más sin embargo, también nos alcanza la tristeza de alejarnos de amigos y de un ambiente plagado de trabajo, compañerismo, responsabilidad, estudio, ciencia y medicina que apasiona nuestra alma y que causa dolor dejar.

Más como no existe plazo que no se venza, el final de la Residencia de Postgrado y el inicio de la vida profesional como especialista llega y debemos aceptarlo tal cual es, como un paso más en el desarrollo de la vida que elegimos, y que como todas las etapas anteriores y futuras, esta depende enteramente de nuestra actitud y esfuerzo cotidianos.

Es menester mencionar, que no existe en el amplio campo de la ciencia médica, un área que sea más apasionante y satisfactoria para mí, que la Cirugía General; es por esto que

he dedicado durante mi residencia e inclusive antes, gran parte de mi tiempo, de mi esfuerzo y casi toda mi atención a incursionar en cada una de las diferentes y variadas facetas de la Cirugía General, desde su aspecto filosófico, ético y de relaciones humanas, hasta los conceptos abstractos, matemáticos e impersonales de la ciencia, pasando por todos los procesos afectivos desde la angustia y desesperación de la impotencia, hasta la insulsa prepotencia y presunción de poder vencer a la inminente muerte. En tiempo, sin embargo, de obtener la madurez de un justo medio, lo cual se toma quizá el resto de mi vida.

Actualmente, mi interés ha sido capturado por un problema quirúrgico muy común, pero que sin embargo, por razones humanamente justificables, los Cirujanos tienden a ignorar, disimular o minimizar en su importancia, pero que para el paciente operado es quizá lo más aterrador que le haya ocurrido jamás; La posibilidad de ser reoperado.

Es por esto, por el paciente, que mi modesta contribución a la Cirugía General está enfocada a que los Cirujanos tomen conciencia de que un enfermo que requiere ser reintervenido sufre intensamente, no solo en su físico sino también en su ánimo; y que sus posibilidades de perder la vida; en ocasiones irracionalmente pero en ocasiones justificadamente, son muy grandes; esto es, desde el único punto de vista con que el paciente cuenta, su cama.

Cierto estoy de que cualquier Cirujano que conozca más a fondo la problemática integral de las Reintervenciones Quirúrgicas, encaminará sus esfuerzos a optimizar la "Oportunidad Dorada" de la Cirugía, que es la primera intervención y que tendrá científicamente fundamentadas las indicaciones específicas para reoperar un enfermo y al mismo tiempo establecer una comunicación veraz y clara con el paciente y así ganar su confianza.

## INTRODUCCION

*Los ideales son como las estrellas. Nunca los alcanzamos, pero al igual que los marineros en alta mar, trazamos nuestro camino siguiéndolos.*

ANONIMO

Lejos estamos ya de las épocas en que la falta de métodos de anestesia obligaba a los enfermos a soportar el dolor o a ingerir sustancias que obnubilaban sus sentidos mientras eran operados. También hemos superado las épocas en que el desconocimiento de las causas de la infección permitía que la cirugía se complicara con infecciones diversas, y aquellas en que la cirugía se realizaba en el comedor de una casa, o en el desván de una granja, o en un anfiteatro ante la mirada de decenas de curiosos y, sin embargo, la Intervención Quirúrgica es una experiencia importante y a veces terrible<sup>(1)</sup>; supone para el paciente perder el conocimiento, es decir, dejar de ser él mismo para entrar en un sueño artificial del que puede no regresar. Significa también el ser abierto, o sea, perder su integridad física ante el embate de un bisturí, con lo que su yo es invadido violentamente. Significa, finalmente, depender en forma absoluta de una serie de destrezas del cirujano para su supervivencia. Cuando el enfermo ve todo de esta forma, el estar en la plancha representa una grave amenaza para su vida.

Y, si una vez que ha pasado el momento de la operación, por diversas causas el cirujano se ve precisado a reoperar, la visión de una segunda intervención representa para el enfermo el fracaso de la operación previa y una amenaza aún más grave para su vida. Además a veces no tiene alternativa; la Intervención Quirúrgica o la Muerte<sup>(2)</sup>.

La Reintervención Quirúrgica puede deberse a una decisión previamente tomada por el Cirujano; tal es el caso de la formación de estomas intestinales temporales<sup>(3,4,5,6)</sup> o de reintervenciones planeadas en casos de sepsis abdominal grave<sup>(7,8)</sup>. No obstante la mayor parte de las Reintervenciones Quirúrgicas son por complicaciones de la primera operación<sup>(9,10,11)</sup>.

La Reintervención Quirúrgica, puede ser consecuencia de cirugía equivocada<sup>(12,13)</sup>, como en el caso de una Apendicectomía en un enfermo que tiene un Divertículo de Meckel perforado, o de cirugía insuficiente<sup>(14)</sup> como en algunas desbridaciones que no incluyen todo el tejido isquémico o necrótico; de cirugía excesiva<sup>(15)</sup>, como en algunas resecciones amplias e innecesarias de tejidos; o puede, finalmente, ser debida a errores técnicos<sup>(16,17)</sup>, que determinan sangrado, infección, dehiscencia, etc.

En todos los casos debemos tener presente una serie de conceptos básicos:

1.- Independientemente de la causa del problema (material mal esterilizado, equipo inadecuado, instrumentación defectuosa), el responsable es siempre el Cirujano, y su deber es enfrentar el caso y no escolayarlo en forma alguna. Son sorprendentes los mecanismos mentales que utilizamos los cirujanos para justificar una complicación quirúrgica, estas justificaciones, que pueden aménorar la angustia del cirujano, y como mecanismos de defensa mental pueden ser válidos, resultan del todo inadmisibles cuando se comunican al enfermo o a sus familiares<sup>(1)</sup>.

2.- La segunda operación nunca es más fácil que la primera. La idea de que vamos a "corregir" un pequeño problema que no se resolvió en la primera operación, es, la más de las veces, utópica. Lo común es que, después de la segunda operación, la evolución del enfermo sea difícil y tormentosa<sup>(2)</sup>.

3.- Para realizar una segunda operación hay que valorar cuidadosamente al paciente, con más acuciosidad, si se quiere, que antes de la primera intervención. Esto es debido a que, como consecuencia de la primera operación, se han ocasionado una serie de alteraciones metabólicas y orgánicas que no pueden

## CAUSAS DE REINTERVENCIONES EN CIRUGIA GENERAL

pasarse por alto. No todo es técnica en la reintervención quirúrgica, y la presencia del internista o de otros especialistas, neumólogo, nefrólogo, cardiólogo, etc., puede ser necesaria, muchas veces es útil y en ocasiones indispensable<sup>(17)</sup>.

Hablamos poco de las Reintervenciones Quirúrgicas aunque las realizamos con cierta frecuencia. No hay muchas estadísticas correctas al respecto, pero se puede decir que la Reintervención Quirúrgica se presenta entre el 0.9% y el 6.4% en Cirugía General y en algunos casos, llega hasta el 12%<sup>(18,19)</sup>; por ello es notable la escasez de publicaciones sobre este tema.

Es posible que la escasez de publicaciones sobre las Reintervenciones Quirúrgicas se deba a que el fracaso no es rentable, o porque nos es más fácil hablar de nuestros éxitos que de los oscuros momentos en que tenemos que aceptar que algo no ha ido bien, o porque nuestra imagen de hacedores de milagros, se empaña al poner al poner en evidencia que no todos son buenos resultados.

Ya efectuada la primera intervención, y a plazo variable entre muy breve y más o menos largo, puede hacerse la consideración de una nueva intervención bajo ciertas condiciones, unas que caen dentro del terreno de imputables al médico y otras dentro de lo atribuible al enfermo<sup>(17,20,21,22)</sup>.

## CAUSAS DE REINTERVENCIONES EN CIRUGIA GENERAL

### 1.- DEL MEDICO.

#### A) Diagnóstico:

- correcto.
- incorrecto.

#### B) Operación:

- adecuada.
- inadecuada.

#### C) Ejecución:

- correcta.
- incorrecta.

### 2.- DEL ENFERMO.

#### A) Estado:

- poca alteración.
- mucha alteración.

#### B) Complicaciones:

- estimadas posibles.
- injustificadas.

En los casos de urgencia con peligro mortal, nada se discute, todo se acepta, aunque todos estén angustiados, incluyendo al médico. Con tal de salvar la vida, todo se justifica <sup>22.24.22</sup>

## JUSTIFICACION

en el Servicio de Cirugia General se llevan a cabo Reintervenciones Quirúrgicas en forma electiva y de urgencia; las cuales son realizadas por médicos de base y por residentes.

Siendo nuestro Hospital una institución que forma especialistas en la Cirugia General, no se ha llevado hasta la fecha un estudio analítico y cuantitativo de las causas que llevan a los pacientes bajo tratamiento quirúrgico a ser reintervenidos.

El resultado de este estudio podrá permitir prever Reintervenciones Quirúrgicas innecesarias, y con esto mejorar la calidad de la terapéutica quirúrgica que se lleva a cabo en el Servicio de Cirugia General; lo que influirá directamente en la disminución de la mortalidad y consecuentemente en los costos de la atención al enfermo.

## HIPOTESIS

Dentro del tratamiento quirúrgico de todos los pacientes está contemplada la posibilidad de reoperar una o más ocasiones. Si este tipo de reintervenciones son frecuentes en nuestro medio, es importante saber cuantos y cuales son los factores que originan dichas reintervenciones.

OBJETIVOS

A) Determinar las causas de Reintervenciones Quirúrgicas en los pacientes operados de urgencia o en forma electiva en el Servicio de Cirugía General, como son:

1.- Factores inherentes al paciente.

2.- Factores inherentes al medio hospitalario.

B) Determinar el número de Reintervenciones Quirúrgicas en el servicio de cirugía general, así como la frecuencia de las mismas.

C) Evaluar los factores de riesgo que pudieran condicionar una Reintervención Quirúrgica, en los pacientes operados de urgencia o en forma electiva en este Hospital.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, descriptivo y abierto, donde se estudiaron 48 pacientes durante un periodo de tiempo comprendido de Marzo de 1990 a Julio de 1992; estos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General del Hospital regional "20 de Noviembre", del ISSSTE, y reintervenidos en el mismo en un lapso no mayor de 30 días a partir de la cirugía anterior.

Se excluyeron del presente estudio los pacientes que fueron intervenidos originalmente por otro servicio de este Hospital o por otro hospital, así como los que se recuperaron por causas no relacionadas con la cirugía inicial, los que se recuperaron después de 30 días del postoperatorio inicial y fueron eliminados del estudio aquellos pacientes cuyo expediente no cubrió los aspectos consignados en la Hoja de recolección de datos elaborada para este trabajo.

Los datos fueron recolectados y vaciados en una Hoja Electrónica de Cálculo y Base de Datos llamada "QUATTRO", donde se realizó el Análisis estadístico de resultados. Se utilizó también un Procesador de Textos llamado "CHI WRITER", y un Graficador Electrónico denominado "HARVARD GRAPHICS". Toda la información fue procesada por un Computador personal IBM

## CAUSAS DE REINTERVENCIONES EN CIRUGIA GENERAL

compatible de marca "PRINTAFORN", con 640 KB de memoria Ram expandida, con 12 MHz. de velocidad. La información fué plasmada por una Impresora de matriz de puntos marca "CITIZEN 800GX", con emulación EPSON 800.

Para el análisis se registraron los siguientes datos:

### FICHA DE IDENTIFICACION.

- Siglas.
- Cédula.
- Edad.
- Sexo.

### PRIMER CIRUGIA Y REINTERVENCIONES.

- Cirugía realizada.
- Diagnóstico preoperatorio.
- Diagnóstico postoperatorio.
- Fecha.
- Tipo de Cirugía (urgencia o electiva).
- Categoría del cirujano (R1, R2, R3 o Adscrito).
- Turno (matutino, vespertino o nocturno).
- Tiempo quirúrgico.
- Tiempo anestésico.

### DEFUNCIONES:

- Fecha.
- Causas.

RESULTADOS

*Solo puedes tener dos cosas en la vida, razones o resultados.  
Las razones no cuentan.*

ANONIMO

Durante el periodo comprendido en el estudio se realizaron un total de 1143 cirugias en total dentro del Hospital y por el Servicio de Cirugia general, de las cuales 63 fueron reintervenciones, lo que nos da una frecuencia de 5.51%. El número de reintervenciones vario desde 1 hasta 5, con una media de 1.35 por paciente.

De los 48 pacientes estudiados se obtuvo una relación por sexo de la forma siguiente: masculinos 34 (70.83%), y femeninos 14 (29.17%)<sup>(GRAFICA I)</sup>; de los cuales los rangos de edad oscilaron de 18 a 84 años con una media de 56.41 años<sup>(GRAFICA II)</sup>.

De las 63 Reintervenciones 55 (87.30%), fueron realizadas de urgencia y 8 (12.70%), fueron en forma electiva<sup>(GRAFICA III)</sup>. La clasificación según la jerarquía del cirujano que realizó la reintervención fué como sigue: RI-0 (0%), RII-1 (1.58%), RIII-29 (46.03%) y Adscrito-32 (50.79%)<sup>(GRAFICA IV)</sup>. De la misma manera la clasificación según el turno en que se realizaron las cirugias fué de la siguiente manera: Matutino 21 (33.33%), Vespertino 25 (39.68%), y Nocturno 16 (25.39%)<sup>(GRAFICA V)</sup>.

El tiempo quirúrgico varió desde 0:15 hrs hasta 6:25 hrs con una media de 1:59 hrs por cirugía <sup>(GRAFICA VI)</sup>; y el tiempo anestésico presentó una variación desde 0:30 hrs hasta 7:00 hrs con una media de 2:01 hrs por cirugía <sup>(GRAFICA VII)</sup>. La relación global entre el promedio de tiempo quirúrgico y tiempo anestésico se muestra en la GRAFICA VIII.

Así mismo las muertes registradas de los pacientes estudiados fué de 7 lo que nos da una frecuencia de mortalidad de 11.11%, y una mortalidad global de 0.62% <sup>(GRAFICA IX)</sup>.

Los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia, se muestran en los CUADROS I, II, III, IV y V. Los diagnósticos preoperatorios más comunes que se encontraron, se muestran en los CUADROS VI, VII, VIII y IX. Los diagnósticos postoperatorios más comunes, se muestran en los CUADROS X, XI, XII, XIII, y XIV.

En cuanto a la primer cirugía 89 (81.28%), fueron realizadas de urgencia y 9 (8.75%), fueron realizadas en forma electiva <sup>(GRAFICA X)</sup>. Fueron realizadas en el turno matutino 13 (27.08%), en el vespertino 8 (16.41%), y en el nocturno 30 (42.50%) <sup>(GRAFICA XI)</sup>. El cirujano fué un RI en 1 (2.08%), un RII en 6 (12.50%), un RIII en 28 (38.28%) y un Adscrito en 13 (27.08%), de las cirugías <sup>(GRAFICA XII)</sup>. El tiempo quirúrgico máximo fué de 6:25 hrs y el mínimo fué de 0:45 hrs con una media

## CAUSAS DE REINTERVENCIONES EN CIRUGIA GENERAL

de 2:26 hrs; el tiempo anestésico máximo fué de 6:30 hrs y el mínimo de 1:00 hrs con una media de 2:65 hrs por cirugía (GRAFICA XIII)

En cuanto a la primer reintervención 42 (87.50%), fueron realizadas de urgencia y 6 (12.50%), fueron realizadas en forma electiva (GRAFICA XIV). Fueron realizadas en el turno matutino 19 (50%), en el vespertino 19 (50%), y en el nocturno 0 (0%) (GRAFICA XV). El cirujano fué un RI en 0 (0%), un RII en 0 (0%), un RIII en 24 (50%) y un Adscrito en 24 (50%), de las cirugías (GRAFICA XVI). El tiempo quirúrgico máximo fué de 4:30 hrs y el mínimo fué de 0:15 hrs con una media de 1:55 hrs; el tiempo anestésico máximo fué de 5:00 hrs y el mínimo de 0:30 hrs con una media de 2:19 hrs por cirugía (GRAFICA XVII)

En cuanto a la segunda reintervención 9 (81.81%), fueron realizadas de urgencia y 2 (18.18%), fueron realizadas en forma electiva (GRAFICA XVIII). Fueron realizadas en el turno matutino 2 (18.18%), en el vespertino 6 (54.54%), y en el nocturno 3 (27.27%) (GRAFICA XIX). El cirujano fué un RI en 0 (0%), un RII en 1 (9.09%), un RIII en 4 (36.36%) y un Adscrito en 6 (54.54%), de las cirugías (GRAFICA XX). El tiempo quirúrgico máximo fué de 6:15 hrs y el mínimo fué de 0:20 hrs con una media de 2:36 hrs; el tiempo anestésico máximo fué de 7:00 hrs y el mínimo de 0:30 hrs con una media de 2:77 hrs por cirugía (GRAFICA XXI)

En cuanto a la tercer reintervención 3 (100%), fueron realizadas de urgencia (GRAFICA XXII). Fueron realizadas en el turno nocturno (GRAFICA XXIII). El cirujano fue un RIII en 1 (33.33%) y un Adscrito en 2 (66.66%), de las cirugías (GRAFICA XXIV). El tiempo quirúrgico máximo fue de 1:50 hrs y el mínimo fue de 0:45 hrs con una media de 1:30 hrs; el tiempo anestésico máximo fue de 2:00 hrs y el mínimo de 0:50 hrs con una media de 1:23 hrs por cirugía (GRAFICA XXV).

En cuanto a la cuarta reintervención, fue realizada de urgencia (GRAFICA XXII), en el turno matutino (GRAFICA XXIII), por un Adscrito. El tiempo quirúrgico fue de 0:50 hrs y el tiempo anestésico fue de 1:20 hrs (GRAFICA XXVI).

ANALISIS DE RESULTADOS

*Lo mas importante no es "Trabajar", sino producir y disfrutar el fruto de nuestro trabajo.*

ROGER PADRON LUJAN

En este estudio encontramos una frecuencia de Reintervenciones del 5.51%, lo cual se encuentra dentro del rango de las estadísticas reportadas en la literatura revisada y que varia desde el 0.9% hasta el 6.4%<sup>(12,13)</sup>, y de estos pacientes la mayoría fueron masculinos con una relación hombre-mujer de 2.4:1.

Como se mencionó en Material y Método, en este estudio se excluyeron a los enfermos que originalmente fueron operados en otra institución, otro hospital u otro servicio; así como los que se reintervinieron fuera de este servicio y siendo este un hospital de referencia, la cantidad de casos excluidos es numeroso. De entre los casos que se eliminaron solo fueron 8, en que no se logró captar la información completa consignada en la hoja de recolección de datos.

Las reintervenciones se presentaron con una distribución más o menos uniforme en todos los grupos de edad, pero fue más frecuente en la 7ª década de la vida, tal vez porque es el rango

de edad en que con mayor frecuencia se presentan patologías graves como la pancreatitis aguda complicada.

La distribución mensual de la cirugía original a través del año lectivo de residencia médica presenta una curva característica, que desciende para luego incrementarse nuevamente al final del mismo; esto es explicable porque en los meses de marzo, abril y mayo los Residentes se encuentran iniciando un nuevo ciclo tanto escolar como jerárquico, en donde su intervención directa en la cirugía es más intensa (sobre todo los RIII), y su inexperiencia es evidente; posteriormente la incidencia baja conforme avanza el año y la adquisición de experiencia, para luego volver a incrementarse en los meses de diciembre, enero y febrero, en que se les da mayor oportunidad a los residentes de menor jerarquía de fungir como cirujanos.

La gran mayoría de las Cirugías que por una u otra razón requirieron una o más Reintervenciones, fueron realizadas como urgencia y en el turno nocturno, en donde el Cirujano fué un RIII en más de la mitad de los casos, seguido en frecuencia por un Adscrito y mas raramente por un RII y un RI. Resulta obvio pensar que la cirugía realizada en el turno nocturno tenga que ser una cirugía de urgencia; así como también que este turno sea el que menos personal y recursos materiales ofrece al cirujano, y si a esto agregamos el agotamiento físico y mental propio de un día de trabajo comprenderemos que lógicamente la sumatoria de factores condiciona una situación de alto riesgo para la

producción de introgénias y de cirugias inadecuadas, ya sea por falta de recursos diagnósticos, de recursos materiales o de falta de personal.

El tiempo quirúrgico y anestésico fue muy variable, dependiendo de la patología existente y no representó un factor determinante para el número de Reintervenciones ni para la mortalidad.

Se registraron 7 muertes en total de los 48 pacientes estudiados, lo que arroja una frecuencia de mortalidad del 11.11%, pero considerando el total de Cirugias realizadas en el Servicio durante el periodo de estudio la mortalidad global representó un 0.62%, la cual es menor a la reportada en la literatura revisada, en la que se presenta una variación desde el 1% hasta el 4% <sup>(19)</sup>. La causa más frecuente de muerte fue la sepsis generalizada secundaria a sepsis abdominal.

La patología que originó con mayor frecuencia Reintervenciones y que condicionó un mayor número por paciente de las mismas fue la Pancreatitis aguda complicada con necrosis o hemorragia, seguida por las heridas abdominales penetrantes por arma de fuego. Estos resultados pueden no estar de acuerdo con estadísticas de otras instituciones u hospitales, ya que la población derechohabiente es muy diferente y este es un hospital de referencia de tercer nivel de atención, donde la cirugía de trauma de primer contacto no es tan común.

El factor que mostró tener una mayor influencia directa sobre la frecuencia de Reintervenciones fué la falta de experiencia del cirujano, en este caso los Residentes de tercer grado. Es por esto que la asesoría por parte de los adscritos se hace indispensable tanto en los extremos del ciclo lectivo de Residentes como en las guardias, donde la experiencia puede ser la diferencia entre la vida o la muerte del enfermo.

En cuanto al diagnóstico preoperatorio y el postoperatorio, mostraron una coincidencia exacta en aproximadamente la mitad de los casos, siendo un diagnóstico incompleto en aproximadamente el 25% de los mismos y el resto no coincidió o era indeterminado. En todos los casos la Reintervención fué correctamente indicada, con excepción de un caso en que se realizó innecesariamente una reintervención por un diagnóstico preoperatorio equivocado, sin embargo esta no ocasionó mortalidad. Esto nos hace reflexionar en el sentido de que en los pacientes se están recuperando cuando el diagnóstico se hace muy evidente y por lo tanto en muchas ocasiones en forma tardía, lo que condiciona mayor riesgo de morbilidad, mortalidad y de recuperaciones subsiguientes secundarias al problema original.

El tiempo transcurrido entre la primer cirugía y las reintervenciones dependió no solo de la identificación del diagnóstico, sino también de factores propios del manejo administrativo hospitalario, ya que en ocasiones la

#### CAUSAS DE REINTERVENCIONES EN CIRUGIA GENERAL.

reintervención se diferió para un turno en que no existiera cirugía programada no obstante existiera la indicación de la reintervención. Este es un factor que no fue evaluado en este estudio, pero su importancia puede ser muy significativa y debe tomarse en cuenta para estudios posteriores.

Los procedimientos quirúrgicos que con mayor frecuencia se realizaron fueron la Necrosectomía pancreática y los lavados de cavidad por sepsis o contaminación aguda de la cavidad peritoneal y la realización de estomas (colostomias e ileostomias) (CUADROS I, II, III Y IV) ; esto es entre muchos otros procedimientos menos frecuentes.

CONCLUSIONES

*Una obra terminada es un ente con voz propia.*

ANONIMO

1.- El índice de Reintervenciones quirúrgicas encontrado en este estudio coincide con lo reportado en la literatura.

2.- Las Reintervenciones Quirúrgicas son más frecuentes en Cirugías de urgencia.

3.- Las Reintervenciones Quirúrgicas son más frecuentes cuando se opera en el turno nocturno.

4.- La patología que con mayor frecuencia origina Reintervenciones Quirúrgicas es La Pancreatitis aguda complicada con necrosis o hemorragia.

5.- La falta de experiencia del cirujano condiciona un mayor número de Reintervenciones quirúrgicas y por lo tanto mayor morbi-mortalidad.

6.- Las Reintervenciones Quirúrgicas son más frecuentes en los meses de marzo y abril, cuando inicia el período anual de residencia, así como en enero y febrero en que finaliza el mismo y los residentes de menores jerarquías tienen mayor participación como cirujanos.

## CAUSAS DE REINTERVENCIONES EN CIRUGIA GENERAL

7.- Los tiempos quirúrgicos y anestésicos no tuvieron efecto sobre la frecuencia de Reintervenciones Quirúrgicas.

8.- La mayor causa de defunciones en los pacientes estudiados fué la Sepsis generalizada secundaria a sepsis intraabdominal.

9.- Es necesaria una mayor asesoría por parte de los Cirujanos de mayor experiencia en el primer trimestre del periodo anual de residencia y durante las guardias.

10.- La mortalidad por Reintervenciones Quirúrgicas en nuestro estudio fué menor que la reportada en la literatura.

11.- Es necesario evaluar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico preoperatorio, la indicación de la reintervención y su repercusión en la morbilidad, mortalidad y riesgo para reintervenciones subsiguientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarez Cordero R. LA REINTERVENCION QUIRURGICA.  
Salvat Mexicana de Ediciones. Primera edición. 1984; 1-4.
- 2.- Erosa Barbachano A. Los problemas psicológicos y sociales de la reintervención quirúrgica. LA REINTERVENCION QUIRURGICA.  
Salvat Mexicana de Ediciones. Primera edición. 1984; 69-81.
- 3.- Adeyemo A, Gaillard WE, Ali SD, et al.  
Colostomy: intraperitoneal and extraperitoneal closure.  
Am J Surg; 130:273, 1975.
- 4.- Beck PH, Conklin NB; Closure of colostomy. Ann Surg,  
61:143, 1950.
- 5.- Grass RA, Salbio F, Trunkey DD: Colostomy closure after colon injury. A low morbidity procedure. J Trauma, 27:1237, 1986.
- 6.- Finch DRA: The results of colostomy closure. Br J Surg,  
63:397, 1976.
- 7.- Bunt TJ: Non directed reexplorotomy for intra-abdominal sepsis: a futile procedure. Am Surg, 52:249, 1986.

- 8.- Fry DE, Garrison RN, Neitc RC: Determinants of death in patients with intraabdominal abscess. Surgery, 98:517, 1980.
- 9.- Sardi A: Multiple operations for recurrente colorectal cancer. Semin Surg Oncol; May-Jun; 7(3); 146-56, 1991.
- 10.- Moosa Ar, Mayer AD, Stabile B: Iatrogenic injury to the bile duct: Who, how, where?. Arch Surg; 125(1); 1028-30, Aug, 1990.
- 11.- Farthmann EM, Schoffel U: Principles and limitations of operative management of intraabdominal infections. World J Surg; 14(2); 210-7; Mar-Apr, 1990.
- 12.- Antal SC, Kovacs ZG, Feingenbaum V, Engelbert M: Obstructin carcinoma of the left colon: Treatment by extended right hemicolectomy. Int Surg; 76(3); 161-3; Jul-Sep, 1991.
- 13.- Kuttila K, Navia T, Pekkala E, Ah-Melkkila T: Surgery of acute peptic ulcer hemorrhage. Ann Chir Gynaecol; 80(1); 26-9, 1991.
- 14.- Larson DL, DiPronto S, Quebbeman EJ: Reconstruction of incompetent abdominal stoma. J Enterostomal Ther; 18(2); 56-60; Mar-Apr, 1991.

- 15.- Gantsev SK, Galimov OV, Pradnikov EN: Simultaneous operations in gastric and duodenal ulcer. Klin Khir; 35-7, (8), 1991.
- 16.- Otu AA: Prospective evaluation of simple suture in surgical treatment of perforated peptic ulcer. West Afr J Med; 9(4); 295-8; Oct-Dec, 1990.
- 17.- Kehlet H: Anesthetic technique and surgical convalescence. Acta Chir Scand Suppl; 530; 182-8; discussion 188-91; 1989.
- 18.- Hindsale JO, Jaffe BM: Reoperation for intra-abdominal sepsis: indications and results in modern critical care setting. Ann Surg; 199:31, 1984.
- 19.- Linner JM, Drew RL: Reoperative surgery-indications, efficacy and long-term follow-up. Am J Clin Nutr; 55(2); 606S-610S; Feb, 1992.
- 20.- Reas RC, Yoder G: Recent trends in the management of incisional herniation. Arch Surg; 81A; 124(4); 485-8; Apr, 1989.
- 21.- Avizonis VN, Sause VT, Noyes RD: Morbidity and mortality with intraoperative radiotherapy. J Surg Oncol; 41(4); 240-5; Aug, 1989.

- 22.- Suslavich FJ, Turner NA, King PS, Brown HK: Intraabdominal adhesions. Radiology; 172(2); 387-9; Aug, 1989.
- 23.-Gallardo Garcia M, Navarro Pintero A, Buendia Perez E:  
Diagnosis and therapeutic assessment of liver trauma.  
Rev Esp Enf Diag; 79(2); 105-11; Feb, 1991.
- 24.- Sciafani SJ, Weisberg A, Scales TM, Phillips TF, Duncan AO:  
Blunt splenic injuries. Radiology; 161(1); 189-95; 1991.
- 25.- Gupta SS, Ahluwalia SM, Anantharam P: Liver trauma  
(management in 105 consecutive cases). J Postgrad Med;  
36(3); 131-5; Jul, 1990.

*Yo morire, pero mi obra quedara*

**MORACIO**

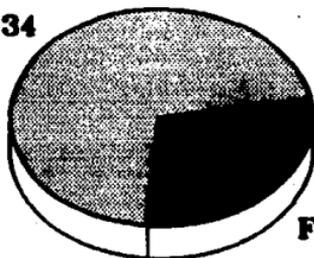
APENDICE "A"

GRAFICAS

# RELACION POR SEXO

TOTAL = 48 PACIENTES

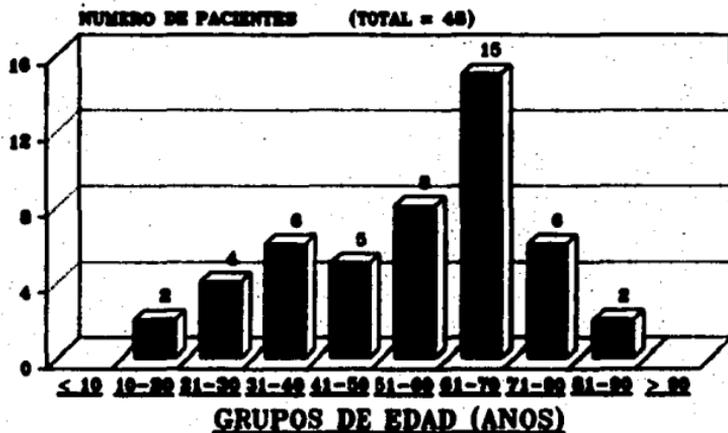
MASCULINOS 34  
71%



FEMENINOS 14  
29%

GRAFICA I

## CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



GRAFICA II

# CIRUGIA ELECTIVA vs URGENCIA

TOTAL DE CIRUGIAS = 111

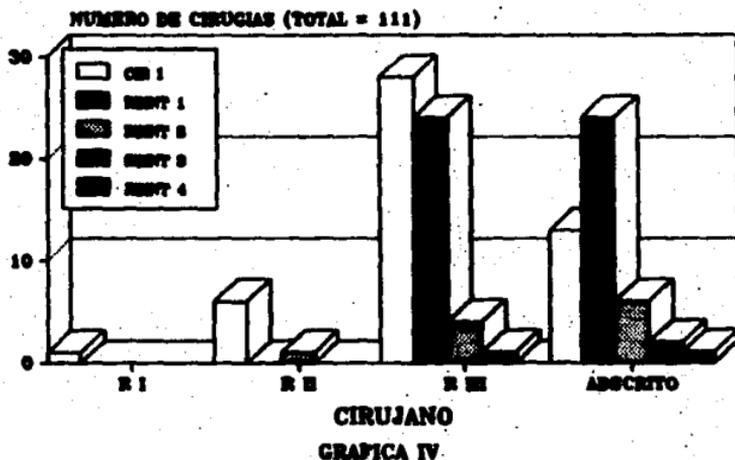
URGENCIA 94  
85%



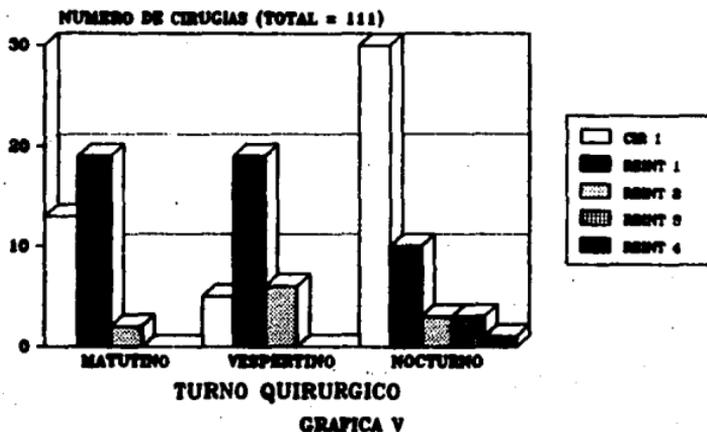
ELECTIVA 17  
15%

GRAFICA III

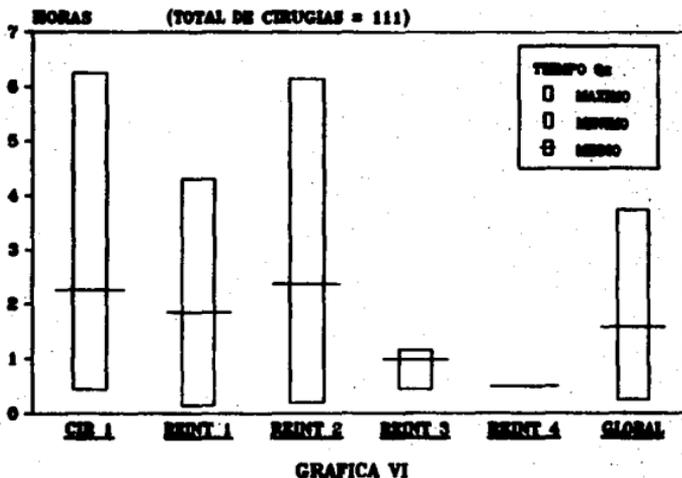
## CLASIFICACION POR JERARQUIA DEL CIRUJANO



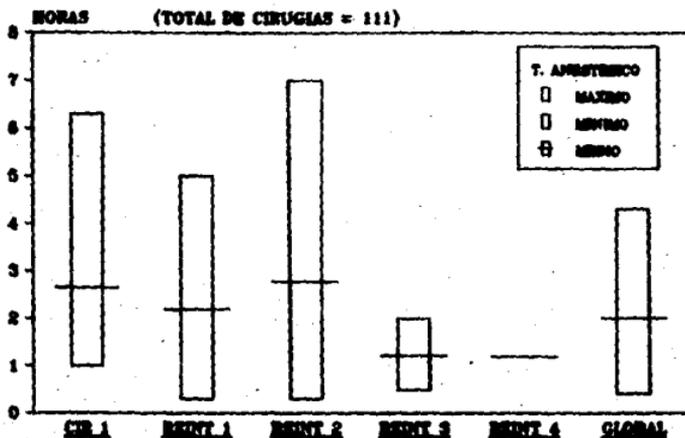
# CLASIFICACION POR TURNO QUIRURGICO



# TIEMPO QUIRURGICO

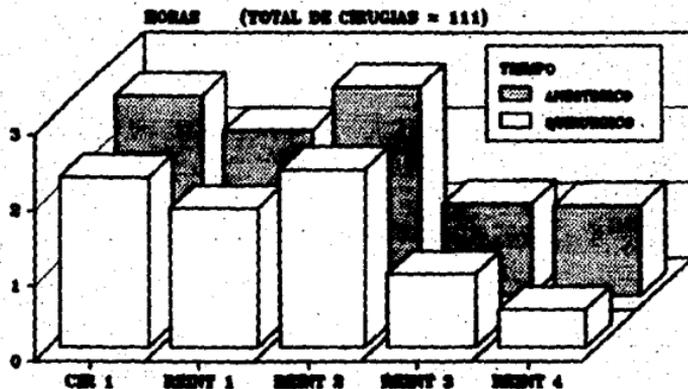


## TIEMPO ANESTESICO



GRAFICA VII

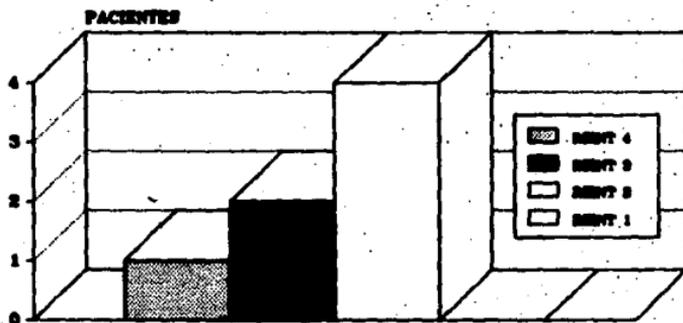
## RELACION DE TIEMPO QUIRURGICO/ANESTESICO



GRAFICA VIII

# MORTALIDAD

TOTAL DE REINTERVENCIONES = 63

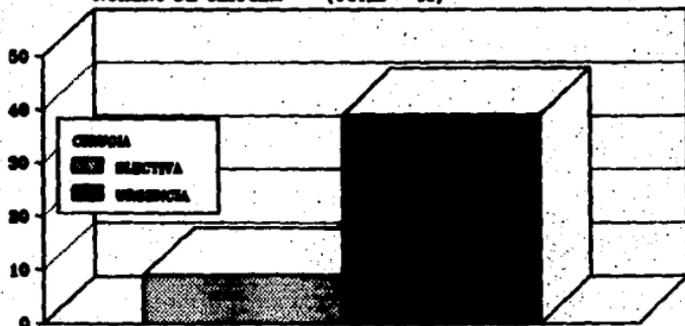


MUERTES (TOTAL = 7)

GRAFICA IX

# PRIMER CIRUGIA RELACION URGENCIA/ELECTIVA

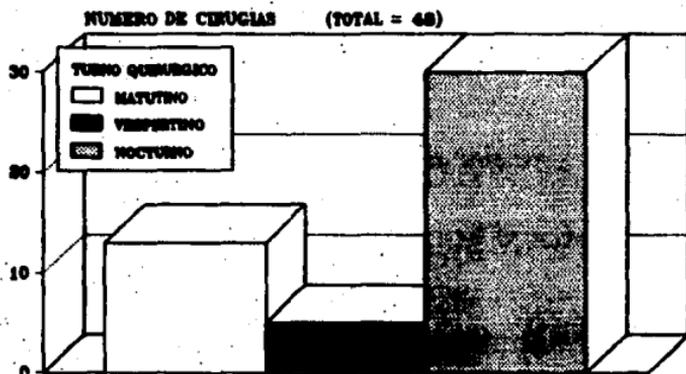
NUMERO DE CIRUGIAS (TOTAL = 48)



TIPO DE CIRUGIA

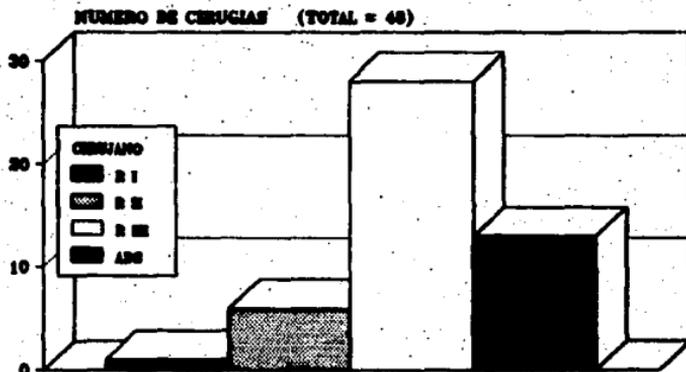
GRAFICA X

## PRIMER CIRUGIA TURNO QUIRURGICO



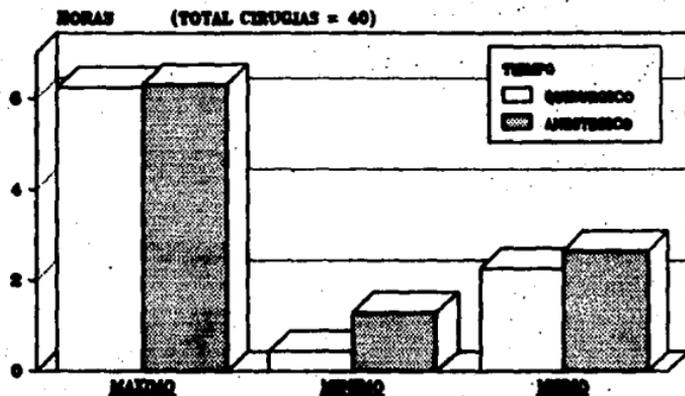
GRAFICA XI

## PRIMER CIRUGIA CLASIFICACION POR JERARQUIAS



GRAFICA XII

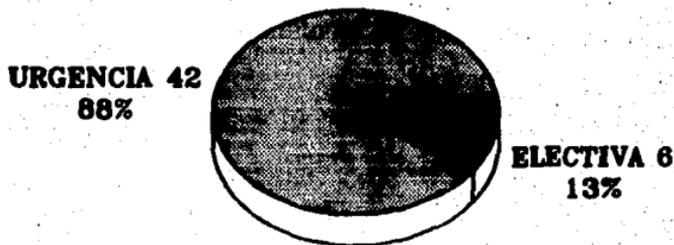
## PRIMER CIRUGIA RELACION CIRUGIA/ANESTESIA



GRAFICA XIII

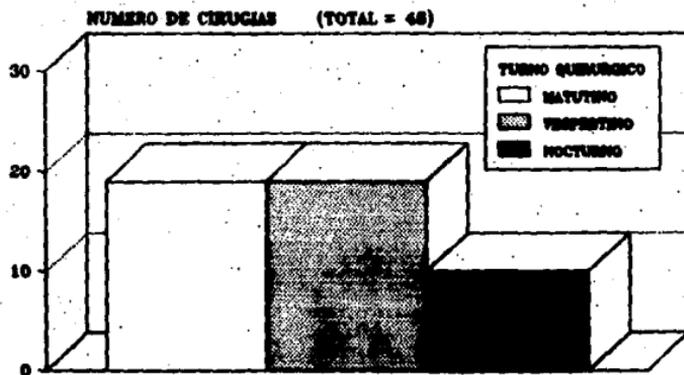
## PRIMER REINTERVENCION CIRUGIA ELECTIVA/URGENCIA

TOTAL DE CIRUGIAS = 48



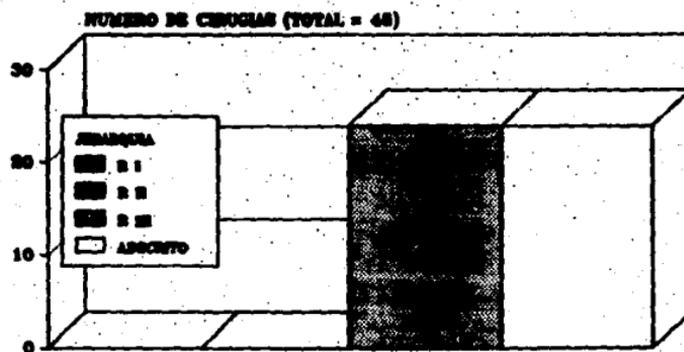
GRAFICA XIV

## PRIMER REINTERVENCION TURNO QUIRURGICO



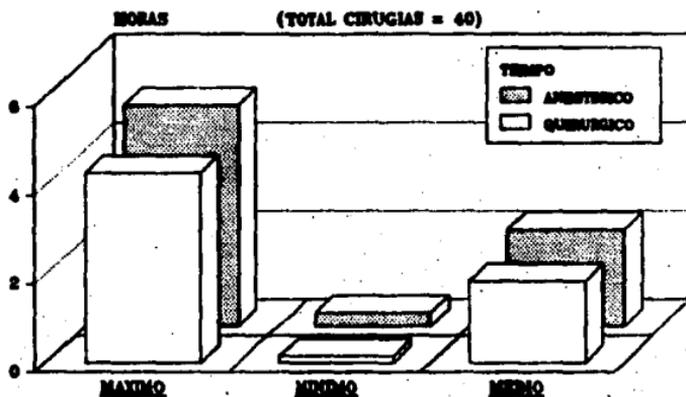
GRAFICA XV

## PRIMER REINTERVENCION CLASIFICACION POR JERARQUIAS



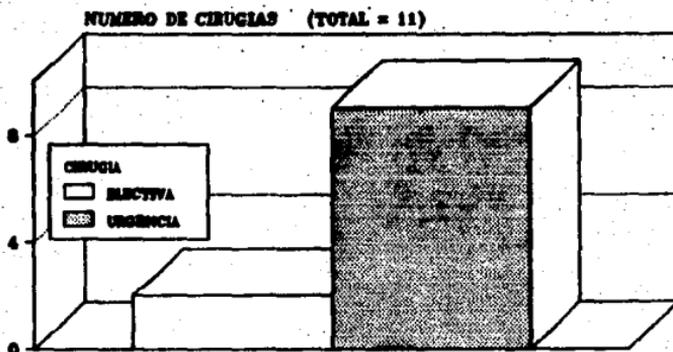
CIRUJANO  
GRAFICA XVI

## PRIMER REINTERVENCION RELACION CIRUGIA/ANESTESIA



GRAFICA XVII

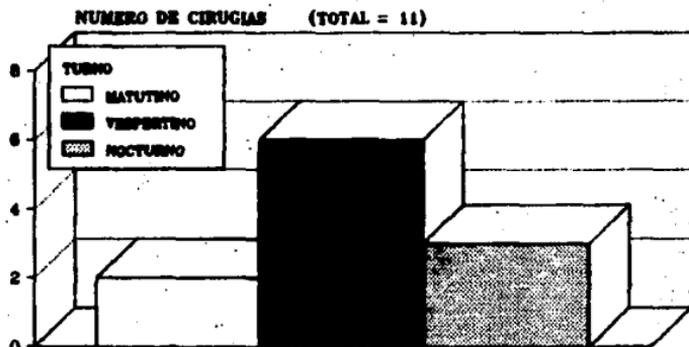
## SEGUNDA REINTERVENCION RELACION URGENCIA/ELECTIVA



TIPO DE CIRUGIA

GRAFICA XVIII

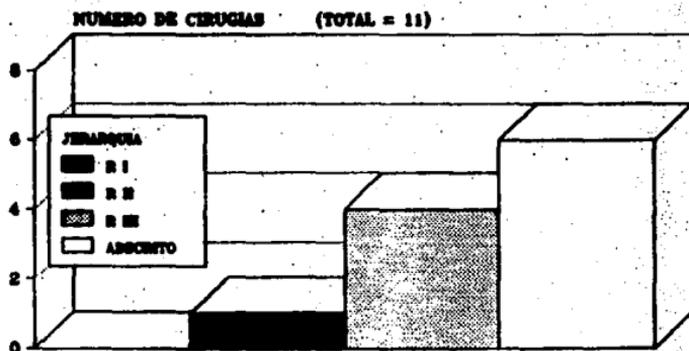
## SEGUNDA REINTERVENCION TURNO QUIRURGICO



### TURNO QUIRURGICO

GRAFICA XIX

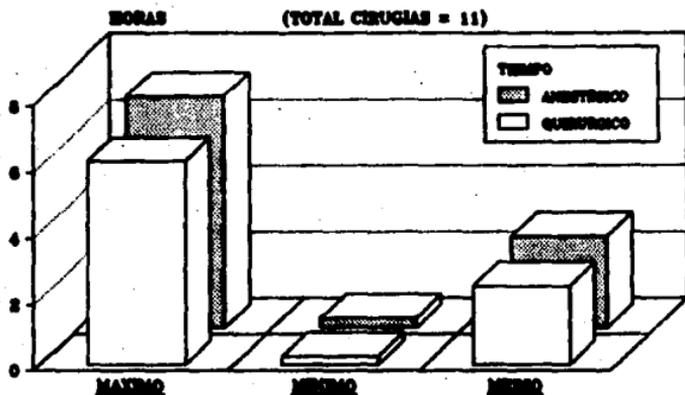
## SEGUNDA REINTERVENCION CLASIFICACION POR JERARQUIA



### CIRUJANO

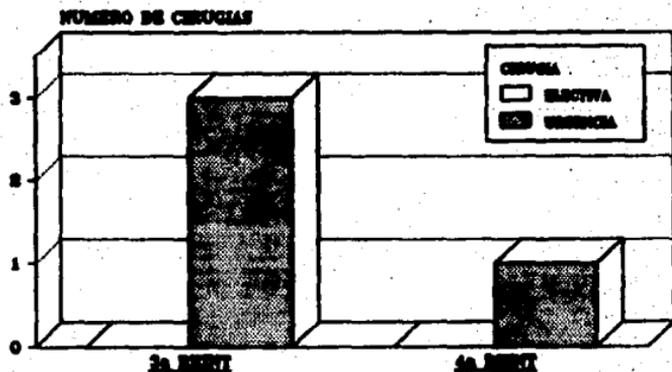
GRAFICA XX

## SEGUNDA REINTERVENCION RELACION CIRUGIA/ANESTESIA



GRAFICA XII

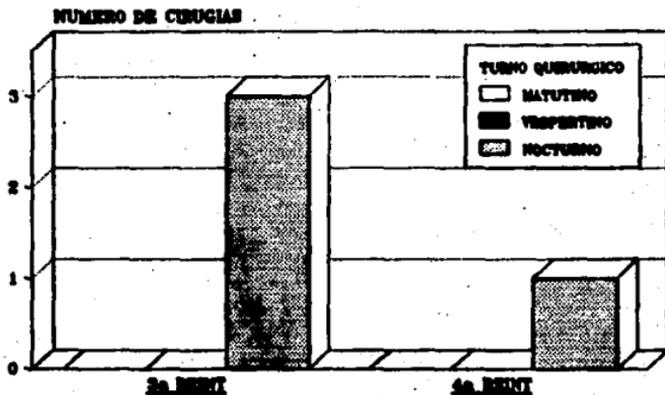
## 3a Y 4a REINTERVENCION RELACION URGENCIA/ELECTIVA



TIPO DE CIRUGIA

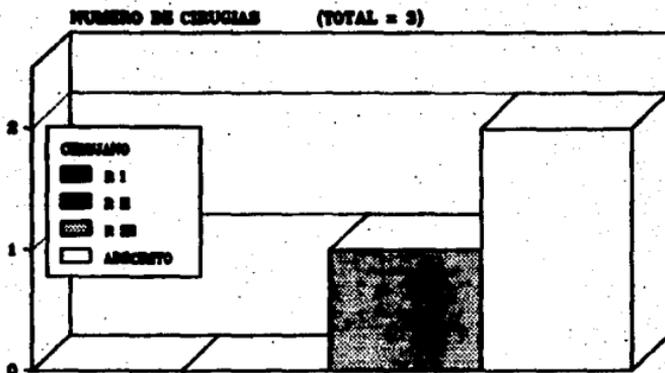
GRAFICA XIII

## 3a Y 4a REINTERVENCION TURNO QUIRURGICO



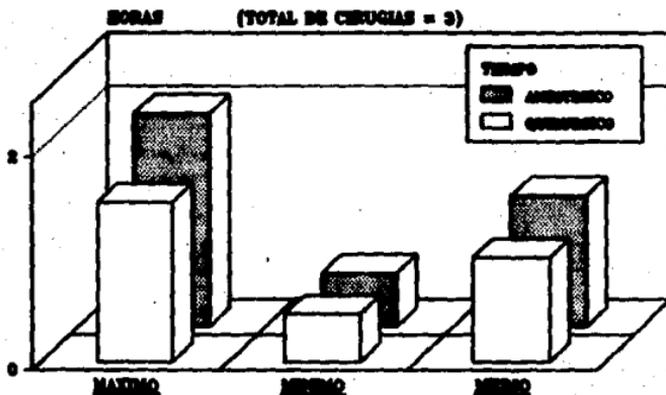
GRAFICA XXIII

## TERCERA REINTERVENCION CLASIFICACION POR JERARQUIA



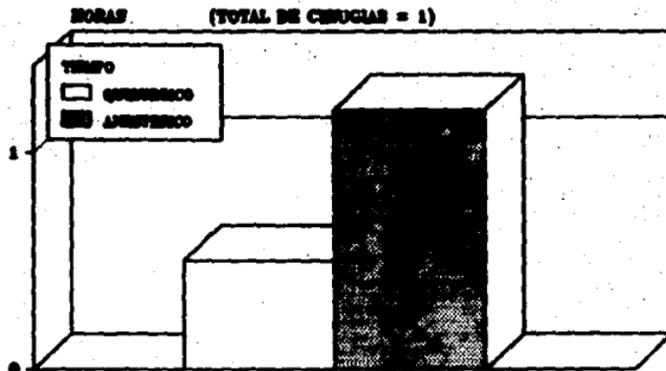
GRAFICA XXIV

## TERCERA REINTERVENCION RELACION CIRUGIA/ANESTESIA



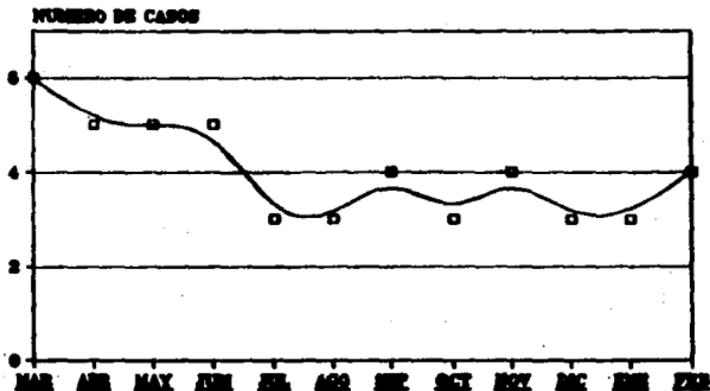
GRAFICA XIV

## CUARTA REINTERVENCION RELACION CIRUGIA/ANESTESIA



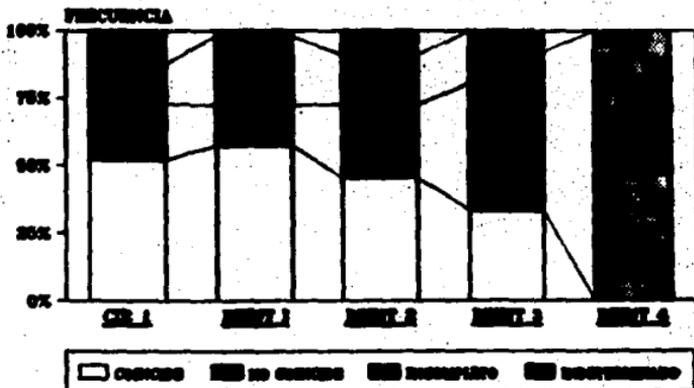
GRAFICA XXVI

## DISTRIBUCION MENSUAL DE LA PRIMER CIRUGIA



GRAFICA XXVII

## CONCORDANCIA DE DIAGNOSTICOS PRE Y POSTOPERATORIOS



GRAFICA XXVIII

APENDICE "B"

CUADROS

# PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

## PRIMER CIRUGIA

| <u>PROCEDIMIENTO</u>      | <u>NUM</u> |
|---------------------------|------------|
| NECROSECTOMIA PANCREATICA | 11         |
| OSTOMIAS                  | 8          |
| ANASTOMOSIS INTESTINALES  | 7          |
| COLECISTECTOMIA           | 7          |
| APENDICECTOMIA            | 7          |
| DRENAJE DE ABSCESOS       | 6          |

### CUADRO I

# PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

## PRIMER REINTERVENCION

| <u>PROCEDIMIENTO</u>      | <u>NUM</u> |
|---------------------------|------------|
| DRENAJE DE ABSCESO        | 15         |
| NECROSECTOMIA PANCREATICA | 9          |
| OSTOMIAS                  | 7          |
| RESECCION DE I. DELGADO   | 6          |
| ANASTOMOSIS INTESTINAL    | 6          |
| REPARACION DE I. DELGADO  | 5          |
| DRENAJE DE HEMATOMA       | 5          |

### CUADRO II

## PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

### SEGUNDA REINTERVENCION

| <u>PROCEDIMIENTO</u>      | <u>NUM</u> |
|---------------------------|------------|
| NECROSECTOMIA PANCREATICA | 5          |
| BRIDOLISIS                | 3          |
| LAVADO DE CAVIDAD         | 3          |
| CIERRE DE ESTOMAS         | 2          |
| RESECCION DE COLON        | 2          |

### CUADRO III

## PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

### TERCERA REINTERVENCION

| <u>PROCEDIMIENTO</u>      | <u>NUM</u> |
|---------------------------|------------|
| NECROSECTOMIA PANCREATICA | 2          |
| LAVADO DE CAVIDAD         | 1          |
| DRENAJE DE ABSCESO        | 1          |
| CIERRE DE FISTULA         | 1          |

### CUADRO IV

# PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

## CUARTA REINTERVENCION

| <u>PROCEDIMIENTO</u>                                      | <u>NUM</u> |
|---|------------|
| LAVADO DE CAVIDAD, RECOLOCACION<br>DE MAYA DE POLIETILENO | 1          |

### CUADRO V

## DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS

### PRIMER CIRUGIA

| <u>DIAGNOSTICO</u>            | <u>NUM</u> |
|-------------------------------|------------|
| ABDOMEN AGUDO                 | 11         |
| PANCREATITIS COMPLICADA       | 9          |
| C.C.L. AGUDIZADA              | 6          |
| APENDICITIS                   | 6          |
| ENF. ACIDO PEPTICA COMPLICADA | 6          |
| OCLUSION INTESITINAL          | 5          |
| H.P.A.F.                      | 5          |

### CUADRO VI

## DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS

### PRIMER REINTERVENCION

| <u>DIAGNOSTICO</u>      | <u>NUM</u> |
|-------------------------|------------|
| ABSCESO ABDOMINAL       | 13         |
| SEPSIS ABDOMINAL        | 8          |
| PANCREATITIS COMPLICADA | 8          |
| HEMOPERITONEO           | 7          |
| HEMORRAGIA AGUDA        | 6          |
| DEHISCENCIA DE PARED    | 6          |
| OCLUSION INTestinal     | 4          |

### CUADRO VII

## DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS

### SEGUNDA REINTERVENCION

| <u>DIAGNOSTICO</u>      | <u>NUM</u> |
|-------------------------|------------|
| PANCREATITIS COMPLICADA | 4          |
| SEPSIS ABDOMINAL        | 3          |
| ABSCESO RESIDUAL        | 2          |
| COLOSTOMIA              | 2          |
| DEHISCENCIA DE PARED    | 1          |
| HEMOPERITONEO           | 1          |
| OCLUSION INTestinal     | 1          |
| FISTULA ENTEROCUTANEA   | 1          |
| LESION DE COLON         | 1          |

### CUADRO VIII

# DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS

## 3a Y 4a REINTERVENCION

| <u>DIAGNOSTICO</u>      | <u>NUM</u> |
|-------------------------|------------|
| TERCERA REINTERVENCION  |            |
| PANCREATITIS COMPLICADA | 3          |
| ABDOMEN ABIERTO         | 3          |
| SEPSIS ABDOMINAL        | 3          |
| CUARTA REINTERVENCION   |            |
| ABSCESO PERIPANCREATICO | 1          |
| ABDOMEN ABIERTO         | 1          |

### CUADRO IX

# DIAGNOSTICOS POSTOPERATORIOS

## PRIMER CIRUGIA

| <u>DIAGNOSTICO</u>          | <u>NUM</u> |
|-----------------------------|------------|
| PANCREATITIS COMPLICADA     | 11         |
| APENDICITIS AGUDA           | 9          |
| C.C.L. AGUDIZADA            | 8          |
| LESION DE COLON             | 8          |
| LESION DE INTESTINO DELGADO | 7          |
| ABSCESO INTRAABDOMINAL      | 7          |
| OCCLUSION INTESTINAL        | 6          |

### CUADRO X

## DIAGNOSTICOS POSTOPERATORIOS

### PRIMER REINTERVENCION

| <u>DIAGNOSTICO</u>              | <u>NUM</u> |
|---------------------------------|------------|
| PANCREATITIS COMPLICADA         | 11         |
| ABSCESO ABDOMINAL               | 10         |
| HEMATOMA                        | 7          |
| HEMOPERITONEO                   | 6          |
| HEMRRAGIA AGUDA                 | 6          |
| DEHISCENCIA DE PARED            | 6          |
| DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS INT. | 5          |
| OCLUSION INTestinal             | 5          |

### CUADRO XI

## DIAGNOSTICOS POSTOPERATORIOS

### SEGUNDA REINTERVENCION

| <u>DIAGNOSTICO</u>          | <u>NUM</u> |
|-----------------------------|------------|
| PANCREATITIS COMPLICADA     | 5          |
| ABSCESO                     | 3          |
| SEPSIS ABDOMINAL            | 3          |
| FISTULA INTERNA             | 2          |
| FISTULA INTERNA             | 2          |
| BRIDAS POSTQUIRURGICAS      | 2          |
| LESION DE INTESTINO DELGADO | 2          |

### CUADRO XII

## DIAGNOSTICOS POSTOPERATORIOS

### 3a Y 4a REINTERVENCION

| <u>DIAGNOSTICO</u>         | <u>NUM</u> |
|----------------------------|------------|
| TERCERA REINTERVENCION     |            |
| SEPSIS ABDOMINAL           | 3          |
| PANCREATITIS COMPLICADA    | 2          |
| ABDOMEN ABIERTO            | 1          |
| DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS | 1          |
| FISTULA DE COLON           | 1          |
| CUARTA REINTERVENCION      |            |
| PANCREATITIS COMPLICADA    | 1          |
| SEPSIS ABDOMINAL           | 1          |

CUADRO XIII