

11227
6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

**"CIRUGIA ABDOMINAL ELECTIVA
EN EL ANCIANO, COMPLICACIONES
M A S F R E C U E N T E S "**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA
P R E S E N T A:
DRA. LUCIANA/ALCARAZ CALDERON
A S E S O R:
DR. RAFAEL SANCHEZ CABRERA**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

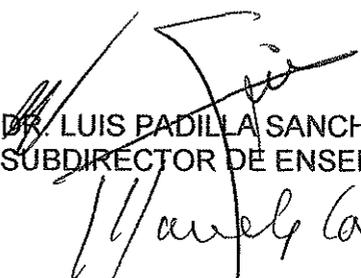


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

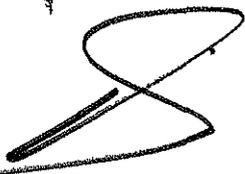

DR. LUIS PADILLA SANCHEZ
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION




DR. RAFAEL SÁNCHEZ CABRERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
UNIVERSITARIO DE MEDICINA INTERNA


DR. RAFAEL SANCHEZ CABRERA
ASESOR DE TESIS


DRA. LUCIANA ALCARAZ CALDERON
AUTOR



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A Dios por seguir dándome fuerza para seguir adelante

A mis padres por todo el apoyo y el amor brindado durante toda la vida

Al Dr. Sánchez Cabrera por el apoyo incondicional brindado en todos los momentos

Al Dr. García Flores por el apoyo académico brindado a mi persona

Al Dr. Oscar Laríos por el apoyo brindado en la asesoría de éste trabajo

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MATERIAL Y MÉTODOS	5
3. RESULTADOS	8
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	17
5. BIBLIOGRAFIA	19
6. FIGURAS	20

RESUMEN

El objetivo de este estudio es conocer cuales son y con qué frecuencia se presentan las complicaciones en el anciano que es sometido a cirugía abdominal electiva en el "C M N 20 de Noviembre"

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal donde se incluyeron a pacientes de ambos sexos mayores de 65 años en el periodo de enero a diciembre de 1999, en los cuales se encontrara el expediente clínico en el archivo y que este tuviera hoja quirúrgica, nota de evolución y hoja de egreso.

Resultados: De un universo de 95 pacientes, 69 cumplieron los criterios de inclusión, de éstos 24 presentaron complicaciones (34.7%), siendo 15 mujeres (21.73%) y 9 hombres (13.04%), la edad promedio fue de 75 años y las complicaciones presentadas fueron las siguientes: insuficiencia cardíaca 10 (14.49%), taquicardia sinusal 6 (8.6%), atelectasia 5 (7.2%), neumonía nosocomial 4 (5.7%) y EVC 2 (2.8%),

Conclusiones Se observa que las complicaciones más frecuentemente presentadas son cardiológicas, ello por un inadecuado manejo del control de líquidos con el subsecuente compromiso hemodinámico por sobrecarga hídrica. En segundo lugar se presentaron las enfermedades pulmonares las cuales fueron atelectasia y dentro de las infecciosas neumonía nosocomial, por lo cual es necesario iniciar tempranamente la fisioterapia pulmonar, ejercicios respiratorios y el adecuado manejo de secreciones bronquiales. En tercer lugar se presentó el EVC transitorio, dentro de las complicaciones neurológicas. Existe mayor asociación de complicaciones en los pacientes con enfermedades comórbidas en relación a los que no las presentan, esto debido a descontrol de las mismas.

INTRODUCCIÓN

El análisis organizado de los riesgos de operar a los ancianos data de principios de siglo. Antes de esa época el cocenso general era que por sí misma, la edad avanzada constituía una contraindicación absoluta para operaciones planeadas o de urgencia (1,6)

En 1907, Smith citado por Michael E. Informó los casos de 165 pacientes mayores de 50 años, que se sometieron a intervenciones quirúrgicas por hernias y apendicitis, teniendo una mortalidad global del 19%. (1). Department of Medicine the Medical Center of Delaware University Philadelphia Pennsylvania.

En el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado se realizó un estudio para determinar la mortalidad con relación a si la cirugía era electiva o de urgencia, observándose que cuando la intervención se lleva a cabo como un método de elección, la mortalidad es menor, a diferencia de una mayor mortalidad cuando la cirugía fue de urgencia, esto es debido a la gravedad del padecimiento original, a la incapacidad de preparar adecuadamente a los pacientes y a la incapacidad del cirujano para erradicar la enfermedad principal completamente en una primera intervención (2).

En ese mismo estudio se encontró que la mortalidad de pacientes mayores de 60 años, sometidos a cirugía abdominal (500 pacientes) fue de 11% sin diferencia estadística en el sexo, la mayor mortalidad se observó en pacientes que fueron intervenidos de vías biliares, gastroyeyunoanastomosis por cáncer inoperable, resección intestinal y apendicectomía. La mayor mortalidad

correspondió en la década de 70 a 79 años y la menor fue la de 60 a 69 años. La patología asociada a estos pacientes fue principalmente neumopatía y cardiopatía y las complicaciones más frecuentes en estos 55 pacientes (11%) antes de su muerte fueron insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal aguda, insuficiencia cardíaca y sepsis sistémica (2).

En otro reporte de serie de casos de pacientes entre la 7ª y 10ª década de la vida del Hospital American British Cowdray (ABC) de la Ciudad de México.(3). Se sometieron a cirugía abdominal 156 pacientes de los cuales 86 fue de cirugía electiva con una mortalidad de 2 casos y 70 casos fueron de cirugía de emergencia observándose 3 muertes en este grupo con una mortalidad global de 3.2%. De estas defunciones las complicaciones más frecuentes fueron (embolia pulmonar, enfermedad vascular cerebral, neumonía fulminante, insuficiencia hepática, pancreatitis hemorrágica fulminante Se egresaron 151 pacientes por mejoría.

Las causas principales de muerte en el postoperatorio son cardiopulmonares, infecciosas y cardiológicas. Dentro de las complicaciones cardíacas se encuentran el infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, edema agudo pulmonar, taquicardia ventricular (4,5). Médical center University of Alabama att Birmingham.

Los ancianos con antecedentes de insuficiencia cardíaca presentan una elevada incidencia de complicaciones cardíacas (33%), mientras que los pacientes sin síntomas cardíacos presentan una incidencia del 5% (5).

Se ha observado que la mortalidad en los pacientes con infarto agudo al miocardio reciente llega hasta un 77%, cuando son sometidos a cirugía abdominal . (4).

Las complicaciones pulmonares observadas por Thomas et al Lawrence et al y Brooks, Brunn et al (4,7,8) son debido a neumonía de un rango de (9 a 40 %) y atelectasia con un rango (de 20 a 69 %) . Esto es por una disminución en la reserva respiratoria secundaria a un deterioro de los tejidos pulmonares, disminución de la fuerza de los músculos respiratorios y aumento en la rigidez de la caja torácica, provocando acúmulo de secreciones en el árbol traqueobronquial que predisponen a las complicaciones mencionadas

Los pacientes geriátricos tienen factores predisponentes que favorecen el desarrollo de infecciones como complicaciones en el postoperatorio, tales como desnutrición y la disminución de la inmunidad humoral y celular, por lo que es importante la profilaxis antibiótica particularmente en vías urinarias y vías biliares (4).

El riesgo de infección urinaria está asociado con el uso de cateterización del aparato urinario durante la cirugía y si el catéter es mantenido más de 72 horas.(4).

Dentro de los problemas neurológicos, la enfermedad vascular cerebral es la causante de algunas muertes operatorias. Se debe hacer mención que en aquellos pacientes con historia reciente de evento vascular son los que tienen una mayor probabilidad de presentar un nuevo evento o de deteriorar sus condiciones clínicas previas. El delirio postoperatorio se ha observado que se presenta en un 10 a 15% de los pacientes geriátricos que son sometidos a cirugía, aunque es mucho más frecuente en aquellos pacientes que tienen el antecedente de padecer demencia o haber presentado evento vascular cerebral con anterioridad. Por ejemplo el delirio postoperatorio se presenta con anterioridad por otros factores no determinados entre los cuales se señala las

infecciones ocultas, los trastornos metabólicos y la toxicidad a los medicamentos

(4)

Una vez que se han valorado riesgos en un paciente geriátrico que va a ser sometido a cirugía, se debe valorar el tipo de anestesia que requerirá para que el paciente tenga el mayor beneficio de ella; así mismo la técnica quirúrgica adecuada a su caso en Particular, Esto con el propósito de evitar en lo posible aquellas complicaciones trans y postoperatorias.

El estrés quirúrgico representa una sobrecarga por lo que se considera importante conocer cuáles son los factores de riesgo y complicaciones más frecuentes postoperatorias en la población geriátrica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en pacientes sometidos a cirugía abdominal electiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

A través de una investigación observacional descriptiva retrospectiva y transversal se incluyeron todos los pacientes de ambos sexos mayores de 65 años sometidos a cirugía abdominal electiva en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE de enero a diciembre de 1999 En los cuales se encontrara el expediente clínico en el archivo y que éste tuviera estrictamente hoja quirúrgica, nota de evolución, hoja de egreso. Se excluyeron los pacientes menores de 65 años sometidos al mismo tipo de cirugía, politraumatizados, intervenidos de urgencia y con ausencia de expediente clínico en el archivo; y se eliminaron aquellos pacientes en los que a pesar de cumplir con criterios de inclusión no se encontrara en su expediente clínico hoja de egreso, hoja de cirugía y nota de evolución

Para la obtención de datos se identificaron 7 variables las cuales fueron las siguientes: (Edad, sexo, fecha de cirugía, cirugía realizada, diagnóstico postoperatorio, enfermedades comórbidas, complicaciones postoperatorias)

Las variables utilizadas fueron:

- 1.- Edad en años cumplidos
- 2.- Sexo masculino o femenino
- 3.- Fecha de cirugía en día, mes o año
- 4.- Cirugía realizada: Cirugía a la cual es sometido el paciente
- 5.- Diagnóstico postoperatorio: Hallazgos encontrados en la cirugía
- 6.- Enfermedades comórbidas Enfermedades con diagnóstico confirmado tanto clínico como en las pruebas diagnósticas (Hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatías).

7. Complicaciones postoperatorias: Unidades de medida y definiciones:

El Postoperatorio es el período comprendido entre la conclusión de la maniobra quirúrgica y el momento en que el paciente se egresa del hospital.

a) Neumonía nosocomial definida como tos con expectoración purulenta, fiebre igual o mayor de 38 grados centígrados, con o sin leucocitosis (mayor de 10,000), en tele de tórax con presencia de infiltrado pulmonar en ausencia de edema pulmonar cardiogénico o no cardiogénico.

b) Atelectasia: Estertores en bases pulmonares, con disminución de ruidos respiratorios, en tele de tórax área de consolidación de aspecto triangular con base hacia el hilio pulmonar.

c) Infarto agudo al miocardio: En el EKG elevación de más de 1 mm del segmento ST y del punto J en dos o más derivaciones contiguas bipolares o más de 2 mm en las derivaciones precordiales, acompañadas de elevación de la enzima creatín fosfoquinasa mayor de 100 mg/dl y la fracción MB mayor del 5 %

d) Insuficiencia cardíaca: Presencia de disnea, ortopnea, ingurgitación yugular, hepatomegalia, edema de Mps, tele de tórax con redistribución vascular hacia ápices pulmonares.

e) Edema agudo pulmonar: Disnea, expectoración asalmonelada, a la auscultación estertores en marea, tele de tórax con áreas radioopacas blanquecinas bilaterales, simétricas centrales y basales, líneas A, B y C de Kerley.

f) Taquicardia ventricular: Presencia de frecuencia cardíaca de 140 a 220 por minuto, complejos QRS ensanchados con muescas y empastamientos electrocardiográficamente.

g) Fibrilación auricular: Ondas F irregulares, complejos QRS irregulares, con distancia entre ellos variables, frecuencia cardíaca entre 100 y 160 latidos por minuto electrocardiográficamente

h) Taquicardia sinusal. Con electrocardiograma con ondas P sinusales, regulares, con una frecuencia superior a 100 latidos por minuto, QRS normales.

i) Infección de vías urinarias: Clínicamente manifestada por disuria y polaquiuria, el examen general de orina con leucocituria mas de 10 por campo, presencia de bacterias.

j) Enfermedad vascular cerebral Documentado por presencia de déficit neurológico transitorio o permanente.

k) Delirio: Cuadro confusional caracterizado por desorientación en presencia de un estado de alerta y de conciencia conservados, agitación, alucinaciones táctiles, visuales y auditivas, habla incoherente.

RESULTADOS

De un universo de 95 pacientes geriátricos intervenidos de cirugía abdominal electiva en el lapso señalado 69 (72.6 %) cumplieron los criterios de inclusión y salvaron de exclusión y eliminación. De los cuales 24 son hombres, (34.7 %) 45 mujeres (65.2 %), (fig 1), la edad promedio es de 74 años con un rango de 65 a 91 años. De los 69 pacientes 42 (60.96 %) presentaban enfermedades comórbidas y 27 (39.1 %) no presentaban enfermedades comórbidas (fig 2).

De estos 69 pacientes 24 (34.7 %) presentaron complicaciones siendo 15 mujeres (21.73 %) y 9 hombres (13.04 %), (fig 3 y 4), 45 pacientes (65.2%) no presentaron ninguna complicación. De estos 24 pacientes complicados la edad promedio fue de 75 años, siendo el rango de edad de 65 a 91 años.

Hubo 27 complicaciones las cuales correspondieron a 24 pacientes, 3 pacientes presentaron 2 complicaciones.

Las principales complicaciones postoperatorias fueron (fig. 5):

	Pacientes	Porcentaje
CARDIACAS:		
Insuficiencia cardíaca	10	14.49 %
Taquicardia sinusal	6	8.6 %
PULMONARES		
Atelectasia	5	7.2 %
INFECCIOSAS		
Neumonía Nosocomial	4	5.7%
CEREBRALES		

Enfermedad vascular cerebral	2	2.8%
------------------------------	---	------

De estos 24 pacientes complicados presentarán las siguientes enfermedades concomitantes (Fig. 6).

HAS + INSUFICIENCIA CARDIACA-----	5(20.83%)
HAS + DIABETES MELLITUS-----	5(20.83%)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL-----	3(12.5%)
INSUFICIENCIA CARDIACA-----	3(12.5%)
DIABETES MELLITUS-----	3(12.5%)
HAS + DM + IC-----	1(4.16%)
EPOC-----	1(4.16%)
SIN ENFERMEDADES CONCOMITANTES-----	3(12.5%)

TIPO DE CIRUGÍA EN PACIENTES COMPLICADOS

	Pacientes
1. Hemicolectomía izquierda	2
2. Histerectomía	5
3. Coledocoduodenoanastomosis	3
4. Liberación de hernia interna	1
5. Colectomía	3
6. Resección de quiste ovárico	1
7. Cirugía antireflujo	1
8. Cardiomiectomía Heller	1
9. Transversotomía	1
10. Resección abdomino-perineal	1

11. Hemicolectomía derecha	1
12. Cierre de fístula rectovaginal	1
13. Laparatomía exploradora	1
14. Colectomía con exploración de vía biliar	2

TIPO DE CIRUGÍA EN PACIENTES NO COMPLICADOS

	Pacientes
1. Yeyunostomía	1
2. Hemicolectomía	1
3. Resección abdominoperineal	2
4. Colectomía	6
5. Colectomía con exploración de vía biliar	2
6. Coledocoduodenoanastomosis	2
7. Píloroplastia	1
8. Transversotomía	1
9. Aneurismectomía	1
10. Resección de tumoraciones retroperitoneales	1
11. Cierre de colostomía	1
12. Gastrostomía tipo Stamm	1
13. Histerectomía	7
14. Laparotomía exploradora	4
15. Resección segmentaria de sigmoides	1
16. Cirugía antireflujo	3
17. Ooforectomía derecha	1
18. Whipple	2

19. Fistulotomía	1
20. Gastroyeyunoanastomosis	1
21. Anastomosis ileosigmoidea	1
22. Gastrectomía	1
23. Colectomía total	1
24.- Plastía de pared	1

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO: LOCALIZACIÓN Y PATOLOGÍA MÁS FRECUENTE (Fig 7).

ESÓFAGO:	6 (8.6%)
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	2 pacientes
Cáncer de esófago	1 paciente
Hernia hiatal	1 paciente
Acalasia	1 paciente
Esófago de Barret	1 paciente
ESTÓMAGO	2 (2.8%)
Carcinomatosis por Cáncer gástrico	2 pacientes
INTESTINO DELGADO	4 (5.7%)
Hipertrofia pilórica	1 paciente
Hernia de Richter	1 paciente
Cáncer de ampula de Vater	2 pacientes
INTESTINO GRUESO	16 (23.1%)

Cáncer de cólon derecho	2 pacientes
Cáncer de canal anal	2 pacientes
Cáncer de recto	2 pacientes
Cáncer de sigmoides	1 paciente
Enfermedad diverticular con fístula enterocutánea	1 paciente
Angiodisplasia de cólon	1 paciente
Enfermedad diverticular de sigmoides	1 paciente
Fístula rectovaginal	1 paciente
Fístulo sigmoidovesical	1 paciente
Poliposis más diverticulosis colónica	2 pacientes
Colitis ulcerativa crónica inespecífica	1 paciente
Poliposis adenomatosa en cólon izquierdo	1 paciente
VESÍCULA Y VIAS BILIARES	18 (26 %)
Colecistitis crónica litiasica	4 pacientes
Colecistitis crónica alitiásica más masa en fondo vesicular	1 paciente
Colecistitis crónica litiasica más coledocolitiasis	2 pacientes
Dilatación de vía biliar extrahepática	1 paciente
Coledocolitiasis secundaria	2 pacientes
Litiasis primaria de colédoco	2 pacientes
Piocollecisto	1 paciente
Colelitiasis	2 paciente
Colecistitis crónica litiasica más vesícula escleroatrófica	1 paciente
Vesículo escleroatrófica litiasica	1 paciente

Síndrome Mirizzi más pirocolecisto	1 paciente
OVARIO	6 (8.6%)
Cáncer de ovario	2 pacientes
Cáncer de ovario recurrente	2 pacientes
Adenocarcinoma papilar ovárico metastásico	1 paciente
Quiste de ovario izquierdo perforado	1 paciente
AORTA	1(1.44%)
Aneurisma de la aorta abdominal	1 paciente
ÚTERO	12 (17.3%)
Cáncer de endometrio	3 pacientes
Cáncer de endometrio recurrente	1 paciente
Cáncer cervicouterino recurrente	3 pacientes
Cáncer cervicouterino	4 pacientes
Cáncer cervicouterino resistente a radioterapia	1 paciente
TEJIDOS BLANDOS	3 (4.3%)
Liposarcoma retroperitoneal	1 paciente
Tumoración retroperitoneal maligna	1 paciente
Hernia incisional gigante	1 paciente

La descripción de las complicaciones es la siguiente.

HAS:

Taquicardia sinusal 2 pacientes

Taquicardia + atelectasia. 1 paciente

HAS + DM:

EVC transitorio 1 paciente

Taquicardia sinusal 2 pacientes

Atelectasia 1 paciente

Atelectasia + EVC 1 paciente

HAS + INSUFICIENCIA CARDIACA

Insuficiencia cardiaca 5 pacientes

Neumonía + IC 1 paciente

DM

Atelectasia 2 pacientes

Neumonía 1 paciente

INSUFICIENCIA CARDIACA

Insuficiencia cardiaca 2 pacientes

EPOC

Neumonía 1 paciente

HAS + DM + IC

Insuficiencia cardiaca 1 paciente

Del grupo de 27 pacientes que no tenían enfermedades concomitantes 24 no tuvieron complicaciones y 3 presentaron complicaciones las cuales fueron.

1.-Insuficiencia cardiaca

2 -Neumonía nosocomial

3.-Taquicardia sinusal

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- 1 De acuerdo a éste estudio , se observó que las complicaciones más frecuentes que se presentan en los pacientes ancianos mayores de 65 años son cardiológicas , con un porcentaje total de 23%, siendo más frecuente la Insuficiencia Cardiaca Congestiva en 14.49% y la Taquicardia Sinusal en un 8.6%, también se observó que son más frecuentes en ancianos con antecedentes de patología cardiaca. Estas complicaciones es posible que sean debidas al inadecuado manejo del control de líquidos con subsecuente compromiso hemodinámico por sobrecarga hídrica , por lo cual es importante enfatizar dichos puntos al momento de que el Médico Internista realice la valoración preoperatoria.
- 2 Las enfermedades pulmonares observadas fueron atelectasia en 7.2% por lo cual es importante un inicio temprano de fisioterapia pulmonar y apoyo con ejercicios respiratorios en fase temprana
3. Dentro de las complicaciones infecciosas se encontró la neumonía nosocomial en 5.7% , lo cual nos orienta a crear énfasis en el adecuado manejo de secreciones con fisioterapia pulmonar temprana.
- 4 Dentro de las complicaciones neurológicas ocupa en un 2.8% la enfermedad vascular cerebral, predominando la de tipo transitorio.
5. Se observó que no es frecuente encontrar otras complicaciones como infarto agudo del miocardio, edema agudo pulmonar, taquicardia ventricular, fibrilación auricular , infección de vías urinarias , delirio , las cuales se mencionan en la bibliografía.
6. Se observó que las mujeres se complican 0.6% más que el hombre, lo cual no tiene diferencia estadísticamente significativa.

1. Se observó también que existe mayor asociación de complicaciones en los pacientes con enfermedades comórbidas, en relación a los que no las presentan, debido a descontrol de éstas mismas, enfatizando la importancia de su tratamiento para control óptimo de dichas patologías, siendo las más frecuentes hipertensión arterial más insuficiencia cardiaca, hipertensión más diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y diabetes mellitus

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Michael E. Zenilman, MD y Joel J Roslyn. Cirugía en el paciente geriátrico. Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica 1994, parte 1 Vol. 1: 1,7,27,28,29,47 y 77
- 2.-Samuel Fuentes del Toro, Fausto G. Bojorquez: Mortalidad en pacientes mayores de 60 años sometidos a cirugía abdominal Cirujano General 1982, 7: 162-65
- 3.-Jorge Cervantes C, Rodolfo Martínez N, et al. Cirugía de vesícula y vías biliares en la séptima, octava, novena y décima décadas de la vida. Cirugía y cirujanos 1987; 54:120-23.
- 4.-David R. Thomas, MD and Christine S. Preoperative Assessment of Older Adults. The American Geriatrics Society 1995; 43: 811-821.
- 5.-Jerry C Johnson, MD. Surgical assessment in the elderly. Geriatrics 1988; 43 83-90.
- 6 -Rafael Alvarez C, Joaquín González A: Cirugía en la vejez. Cirugía y cirujanos 1980; 261-275
- 7.-Valerie A. Lawrence, MD, Rahul Dhanda. Risk Of Pulmonary Complications After elective Abdominal Surgery Chest 1996, 110: 744-50.
- 8 -Jo Ann Brooks-Brunn, DNS, RN Predictors Of Postoperative Pulmonary Complications Following Abdominal Surgery. Chest 1997; 111. 564-71
- .-Jose Manuel Ramirez. La valoración preoperatoria del riesgo en cirugía General. Cirugía y cirujanos 1993; 60: 233-248.
- 10.-Leticia López González, Factores de riesgo y complicaciones más frecuentes en el anciano sometido a cirugía en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". 1995 pag. 2-23

FIGURAS

Fig. 1: Genero de pacientes estudiados

Fig. 2: Porcentaje de pacientes con y sin enfermedades comórbidas

Fig. 3 y 4: Genero y porcentaje de pacientes complicados

Fig. 5: Complicaciones postoperatorias

Fig. 6: Frecuencia de enfermedades comórbidas en pacientes complicados

Fig. 7: Frecuencia de diagnostico topográfico postoperatorio

GENERO DE PACIENTES ESTUDIADOS

□ HOMBRES
■ MUJERES

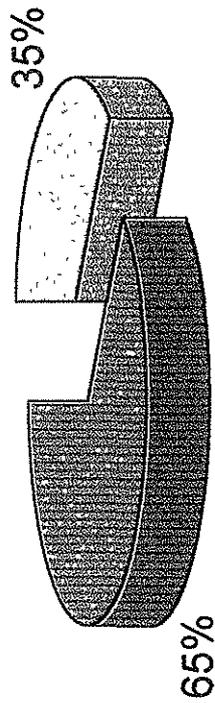


Fig 1

Fuente: Archivo clinico CIMN 20 de Noviembre 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PORCENTAJE DE PACIENTES CON Y SIN ENFERMEDADES COMORBIDAS

□ CON ENFERMEDADES COMORBIDAS
■ SIN ENFERMEDADES COMORBIDAS

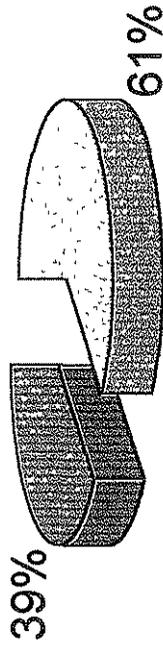


Fig 2

Fuente. Archivo clinico CMN 20 de Noviembre 1999

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

11

GENERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES COMPLICADOS

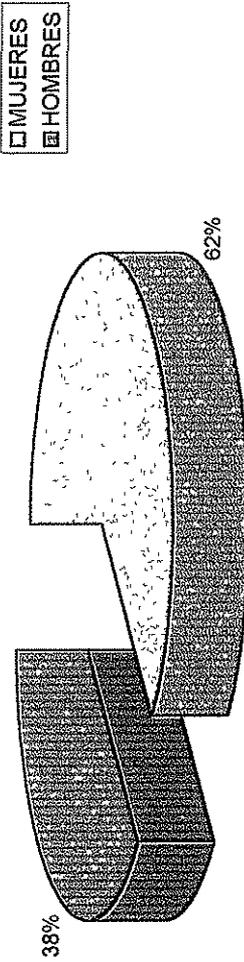


Figura 3 y 4

Fuente Archivo clinico de CMN 20 de Noviembre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

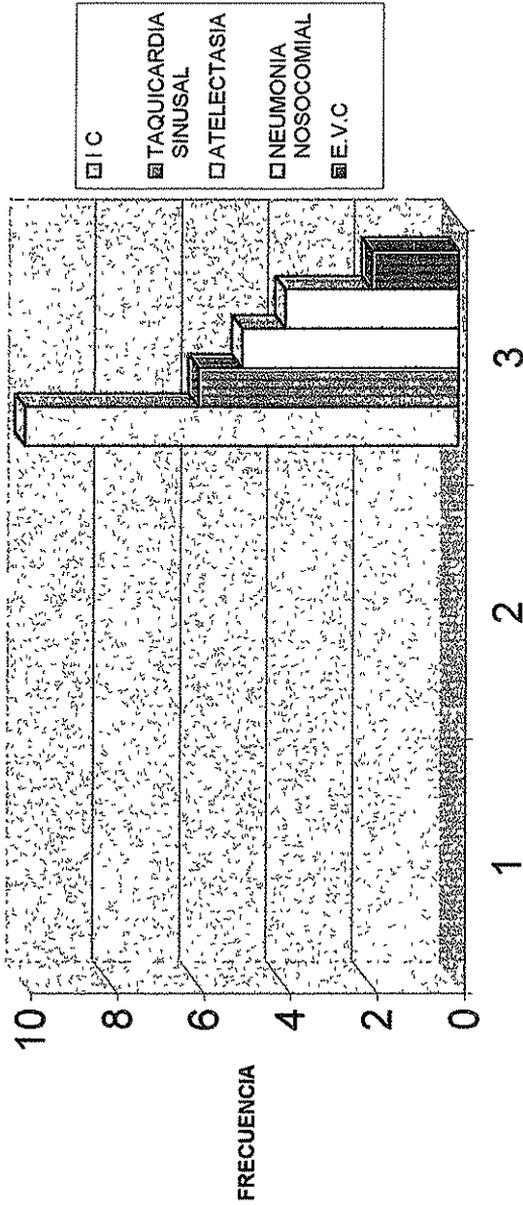
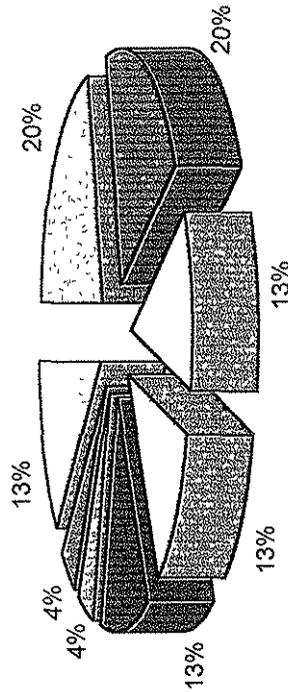
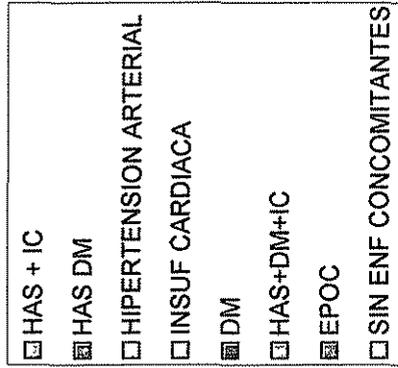


Fig 5

Fuente . Archivo clinico CMN 20 de Noviembre 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES COMORBIDAS EN PACIENTES COMPLICADOS

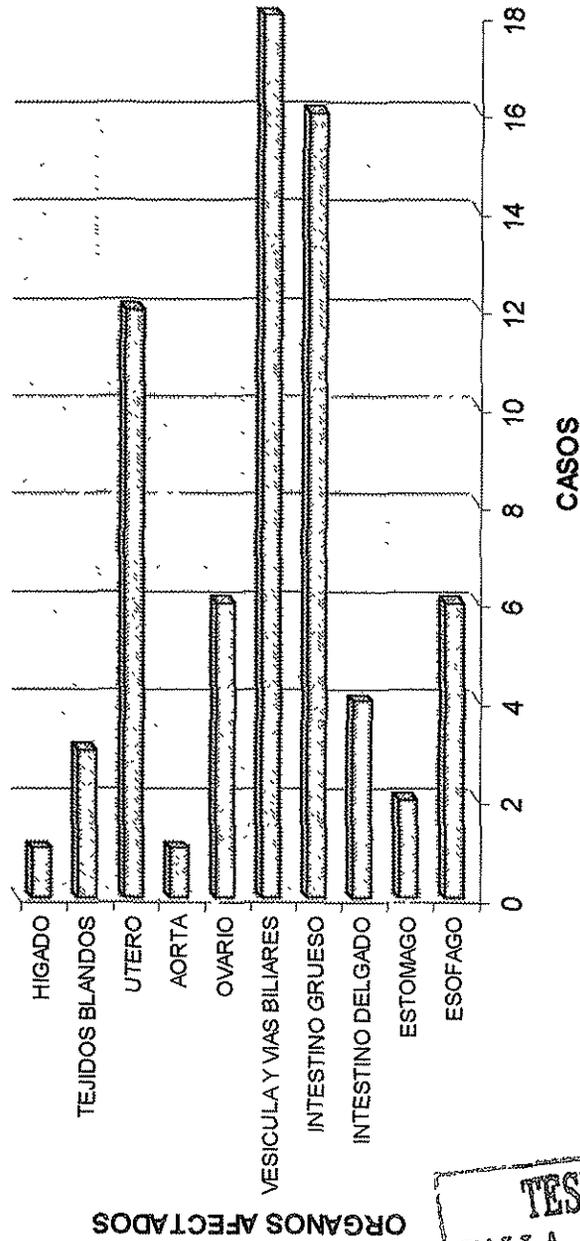


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Fig 6

Fuente. Archivo clinico CMN 20 de Noviembre 1999.

FRECUENCIA DE DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO POSTOPERATORIO



TESIS CON
FALLA DE
ORIGEN

Fig. 7

Fuente: Archivo clínico CMN 20 de Noviembre