



11209
2 ej 50



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

“Un Año de Cirugía General en una Unidad de Segundo Nivel de Atención”

TESIS DE POSTGRADO

Q u e p r e s e n t a :

Dr. Jorge Francisco Porras Navarro

Para obtener el grado de especialista en:

CIRUGIA GENERAL

Hospital de Especialidades

Centro Médico “La Raza”



México, D. F.

1986



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.

I N D I C E

OBJETIVOS	1
INTRODUCCION	1
NIVELES DE ATENCION DE LA SALUD	3
- PRIMER NIVEL	5
- SEGUNDO NIVEL	6
- TERCER NIVEL	7
MATERIAL Y METODO	8
RESULTADOS	8
- CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	10
- CIRUGIA DE ESOFAGO	11
- CIRUGIA DE ESTOMAGO Y DUODENO	11
- CIRUGIA DE HIGADO	13
- CIRUGIA DE VIAS BILIARES	13
- CIRUGIA POR PATOLOGIA PANCREATICA	16
- CIRUGIA DE INTESTINO DELGADO	17
- CIRUGIA DE APENDICE	19
- CIRUGIA DE COLON	21
- CIRUGIA ANORRECTAL	22
- PERITONEO	22
- HERNIAS DE PARED ABDOMINAL	23
- CIRUGIA UROLOGICA	27
- CIRUGIA GINECO-OBSTETRICA	28
- CIRUGIA POR LESIONES TRAUMATICAS	29
- CIRUGIA DE EXTREMIDADES	30
- REINTERVENCION	30
DISCUSION Y COMENTARIOS	32
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	36

I. DATOS GENERALES

I.1. TITULO:

Un Año de Cirugía General en una Unidad de Segundo Nivel de ---
Atención.

I.2. OBJETIVOS:

- 1.- Conocer el número total de cirugías efectuadas en el lapso -
de un año por el servicio de cirugía general de una unidad de segundo nivel.
- 2.- Conocer las entidades nosológicas tributarias de cirugía más
frecuentes.
- 3.- Determinar la edad y el sexo de los pacientes intervenidos.
- 4.- Describir los procedimientos quirúrgicos empleados en base -
a los hallazgos transoperatorios.
- 5.- Señalar el número y tipo de complicaciones transoperatorias
ocurridas.

II. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

II.1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

INTRODUCCION

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se entiende por salud el estado de bienestar físico, mental y social. El análisis de la definición pone de manifiesto que, además de los agentes patógenos como bacterias, toxinas, alteraciones metabólicas etcetera, existen otros como el -- acceso al agua potable, el empleo, el control de excretas, entre otros, que influyen directa o indirectamente sobre la salud individual y colectiva, y - que forman parte del grado de desarrollo de los pueblos.

Por lo anterior, resulta claro que la salud es causa y efecto -- del desarrollo, pues no hay pueblos saludables no desarrollados, y el desa-- rrollo a su vez, no puede darse con bajos niveles de salud.

En nuestro país se presentan situaciones contrastantes, pues existe por un lado una situación de subdesarrollo, con graves problemas de alimentación, marginación, elevada incidencia de enfermedades infecciosas, limitado acceso al agua potable y alcantarillado (sólo el 71 y 49% de la población mexicana, respectivamente, dispone de esos servicios)¹. Pero por otro lado, en materia de salud encontramos grupos con entidades propias de los países desarrollados como neoplasias, enfermedades cardiovasculares, enfermedades degenerativas, etc.. Las necesidades en relación a servicios de salud son muy discordantes, mientras las zonas marginadas y rurales sumidas en el subdesarrollo requieren, más que grandes centros hospitalarios, el implemento de políticas de salud pública tendientes a elevar el nivel de vida mejorando el medio ambiente la alimentación, etc. Estas medidas, aunque fuera del ámbito estrictamente médico, tendrían repercusiones más favorables. Pero por otro lado, los grupos -- con entidades complejas requieren, aquí si, el implemento de unidades médicas con los mayores adelantos científicos y tecnológicos y con personal altamente calificado.

Por otro lado, existe el problema de que los recursos disponibles se encuentran muy fragmentados. Existen instituciones de seguridad social como el IMSS, ISSSTE etc., otras son las llamadas de población abierta como son los hospitales de la Secretaría de Salud, Institutos de Cardiología, de Neurología y otras más, dependientes de instituciones que no tienen como objetivo los aspectos de salud, pero que por diversas situaciones, cuentan con instalaciones para tal fin, tal es el caso del Hospital Militar, PEMEX, etc.

Esta variedad de organismos conforman un mosaico cuyos territorios de responsabilidad y áreas de influencia se superponen y son de difícil comprensión. Esta situación se agrava ya que la distribución geográfica, y por tanto el acceso, es muy irregular. De tal modo que existen zonas marginadas y zonas con mínimo desarrollo a nivel rural que se encuentran desprotegidas y -- que se estiman en 14 millones de mexicanos. Por su parte, las instituciones de seguridad social amparan 34 millones y las de población abierta los 26 millones restantes.¹ En las estadísticas se excluye la medicina privada.

En base a los problemas mencionados se decidió otorgar a la salud un caracter de derecho constitucional añadiendo un párrafo al artículo 4 donde se dispone que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".¹

Una vez elevado a derecho constitucional, el Gobierno Mexicano expidió el Programa Nacional de Salud¹, con objeto de ampliar y mejorar los servicios de salud, contribuir al desarrollo demográfico y proporcionar asistencia social.² Las estrategias diseñadas tratan de lograr los mejores resultados sin elevar excesivamente los costos, reorganizando los servicios como un sistema de cuidados progresivos en el que se asignan funciones desde la comunidad misma hasta los especialistas del más alto nivel.

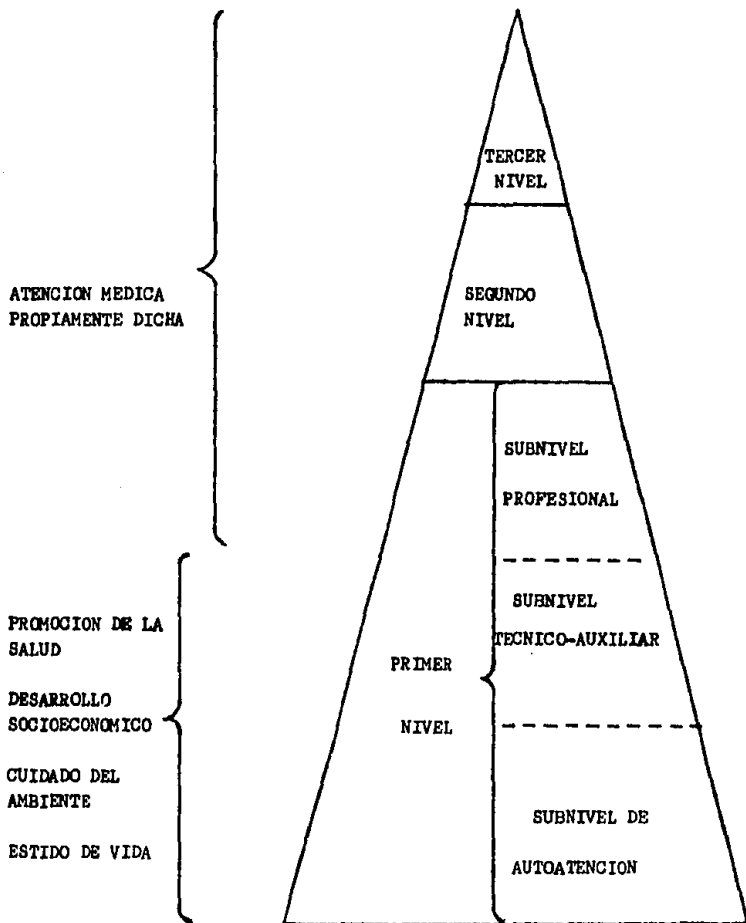
NIVELES DE ATENCION DE LA SALUD

La distribución de los servicios de salud en tres niveles puede - esquematzarse como una pirámide, cuya base corresponde a las acciones del -- primer nivel como promoción y conservación de la salud que son realizadas por el individuo, la familia y la colectividad, así como por el médico general. - Es a este nivel donde se proyectan los programas prioritarios de medicina preventiva, planificación familiar etc. (Figura A).

El segundo nivel ocupa la porción intermedia y será capaz de re--solver el 80% de los problemas médicos que requieren hospitalización³. Para - ello cuentan con las cuatro especialidades básicas: Cirugía General, Pedia---tría, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia, además de algunas subespecialida des.

El vértice de la pirámide corresponde al tercer nivel, es decir, a "Unidades hospitalarias que cuentan con todos los recursos técnicos y huma--nos para atender los casos que por su gravedad, complejidad o caracter sisté-

FIGURA A. Pirámide Esquemática de los Niveles de Atención Médica.
(Modificado de: Soberón G.: El Proceso de Integración de los Servicios de Salud, Salud Pública Mex. 1983; 15(1) - 11-20).



mico no puedan ser manejados con eficacia por las unidades de primero y segundo nivel".⁴

PRIMER NIVEL DE ATENCION 3,5,6,7,8

También se conoce como de contacto primario. Consiste básicamente en el empleo de medidas sencillas y eficaces que contribuyen a mejorar las condiciones de individuos, familias y comunidades; además de la atención médica de los problemas más frecuentes y sencillos.

Constituye el acceso a los servicios de salud, excepto en los casos de urgencia que generalmente se reciben en unidades de segundo o tercer nivel. Este acceso puede ser espontáneo cuando el sujeto acude libremente para recibir atención, o bien, cuando se acude orientado por la promoción de los diversos programas, que se conoce como demanda dirigida.

Dentro de este nivel pueden definirse tres subniveles:

A.- Subnivel de Autoatención. Se relaciona con las actividades que el propio individuo, la familia u otros grupos sociales efectúan para promover y conservar la salud. Aquí vemos que los recursos humanos son los propios habitantes de la comunidad; y son recursos físicos el hogar, los sitios de trabajo, los de recreación etc.

B.- Subnivel Técnico-Auxiliar. También se conoce como de "monitoreo" porque se cuenta con la participación de individuos que son adiestrados en lapsos breves para dirigir acciones de salud relativamente sencillas. Estos individuos han recibido diferentes denominaciones como promotor de salud, auxiliar de salud, etc. y son contratados por las instituciones o por la propia comunidad, o bien, participan voluntariamente por tratarse de elementos de la propia comunidad. Los recursos físicos de este subnivel van a ser: las casas de salud en zonas rurales o marginadas, consultorios, etc. Las acciones se orientan predominantemente a la prevención y educación para la salud, atención médica simplificada, saneamiento y mejoramiento ambiental.

C.- Subnivel Profesional. Requiere de personal preparado, como médicos en servicio social, médicos generales y enfermeras. Los recursos materiales son los consultorios, clínicas y centros de salud; y sus objetivos incluyen la solución de problemas médicos comunes y que no requieren gran tecnología, es decir, la llamada medicina general o también medicina familiar.

Este primer nivel es sin duda el más importante, sobre todo en países como el nuestro, con graves problemas de salud. Se considera que en este nivel deben resolverse el 85% de todos los problemas médicos y el resto debe ser detectado y canalizado al siguiente nivel.³

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

Aquí deberán resolverse el 12% de los problemas médicos.³ Puede definirse como "El nivel que permite proporcionar atención médica integral en forma intermitente, a pacientes provenientes del primer nivel, para resolver demandas en un grado intermedio de complejidad, que requieren atención urgente, de consulta externa o de hospitalización en las cuatro especialidades básicas y subespecialidades de mayor demanda en unidades médicas de concentración".⁹

Las acciones de promoción y preservación de la salud son aquí de menor importancia, predominando lo referente al diagnóstico y tratamiento del individuo enfermo para lograr su pronta recuperación.

Como se expresa en la definición, la atención es aquí intermitente por cuanto a que el especialista se orienta al problema actual y una vez que lo soluciona, el sujeto es enviado nuevamente al nivel precedente para, aquí sí, ejercer las acciones preventivas.

Los recursos materiales están representados fundamentalmente por los hospitales generales que el IMSS define como "Unidad de concentración de pacientes, órgano rector técnico médico de apoyo a las unidades de primer nivel comprendidas en su zona de influencia, que cuenta con los recursos suficientes para atender la demanda en forma integral, con un criterio de amplia capacidad resolutive en las cuatro especialidades básicas, daños del trabajo y las subes-

pecialidades de mayor demanda, organizado con criterio de accesibilidad geográfica para atender a una población de características culturales y epidemiológicas homogéneas".⁹

Los problemas que aquí se contemplan son de frecuencia relativamente baja en un individuo determinado, pero que se observan con regularidad cuando se trata de poblaciones de más de 20 mil habitantes.⁵ Ejemplos de ellos incluyen: accidentes, tumores, apendicitis, colecistitis etc.

Como ya se mencionó, el servicio de cirugía general forma uno de los cuatro pilares en la atención médica en este nivel intermedio, y sus objetivos son:¹⁰

- Proporcionar atención especializada al 100% de los pacientes que lo requieren, con patología de segundo nivel, de alta calidad, cortesía y oportunidad.
- dar interconsulta de cirugía al 100% de las solicitudes;
- proporcionar atención quirúrgica de prevención, diagnóstico y tratamiento a todos los enfermos a su cargo; y
- participar en actividades de docencia e investigación con el personal de base y becario.

TERCER NIVEL DE ATENCION MEDICA

Ocupa el vértice de la pirámide, donde se resuelven los problemas menos frecuentes pero más complejos que se han estimado en sólo el 3% del total de problemas médicos.^{3,5}

Las acciones a realizar se ubican en los centros médicos de las grandes urbes que cuentan con personal médico en todas las subespecialidades y con los recursos técnicos más sofisticados para atender estos problemas graves.

Además de esta función de tipo asistencial, las unidades de este tipo tienen la responsabilidad de la adecuada formación de recursos humanos, sobre todo a nivel de postgrado, así como el diseño y ejecución de trabajos

de investigación clínica de indudable valor y utilidad práctica para el buen --
ejercicio de la profesión.

La organización de los servicios en esta forma permite brindar aten-
ción integral, optimizando recursos materiales y humanos.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron las hojas de autorización, solicitud y registro de in-
tervención quirúrgica de todos los pacientes tratados por el servicio de ciru-
gía general del Hospital General de Zona con Medicina Familiar # 76 "Xalostoc"
del IMSS, en el periodo comprendido entre el primero de enero y el treinta y -
uno de diciembre de mil novecientos ochenta y cinco, para determinar el número
total de intervenciones efectuadas, la edad y el sexo de los pacientes, el ---
diagnóstico, los hallazgos transoperatorios, los procedimientos efectuados, --
asi como la presencia y tipo de complicaciones trasoperatorias.

RESULTADOS

Durante el tiempo mencionado, se efectuaron un total de 1579 proce-
dimientos quirúrgicos que podemos dividir en dos grandes grupos. El primero co-
rresponde a la llamada cirugía menor que tiene como características el ser no
muy complicada, se efectua bajo anestesia local, y por tanto, son procedimien-
tos que pueden efectuarse en el consultorio. A este primer grupo correspondió
el 25,2% del total, es decir, 399 cirugias.

El segundo grupo esta representado por aquellos procedimientos tra-
dicionalmente considerados como cirugía mayor, en los cuales existe mayor com-
plejidad técnica, ameritan anestesia regional o general, en ocasiones se re-
quiere equipo especial durante su realización como por ejemplo rayos X, etc. y
que pueden o no requerir vigilancia postoperatoria duradera y asistencia hospi-
talaria para lograr un adecuado restablecimiento. El número total de interven-

ciones dentro de este grupo fue de 1180, que corresponde al 74.8% del total de cirugías efectuadas.

Dada la obvia mayor importancia de la cirugía mayor sobre la menor, se analizará con detalle la primera, en tanto que los datos sobre la segunda - se resumen en los cuadros I y II.

CIRUGIA MAYOR

Para su análisis, las intervenciones se han dividido en grupos dependiendo del órgano, aparato, sistema, o región anatómica en que se asienta - la patología; excepto en el caso de la cirugía por lesiones traumáticas y las reintervenciones, en las que el criterio de agrupamiento está dado por la característica obvia que comparten. A continuación se enlistan los grupos y el número de cirugías de cada uno:

1. Cirugía de Cabeza y Cuello	9
2. Cirugía de Esófago	7
3. Cirugía de Estómago y Duodeno.....	15
4. Cirugía de Hígado	7
5. Cirugía de Vías Biliares	125
6. Cirugía de Páncreas	5
7. Cirugía de Intestino Delgado	24
8. Apéndice Cecal	303
9. Cirugía de Colon	12
10. Cirugía Anorrectal	2
11. Peritoneo	2
12. Cirugía de Pared Abdominal	422
13. Cirugía Urológica	27
14. Cirugía Gineco-Obstétrica	63
15. Cirugía por Lesiones Traumáticas	41
16. Reintervenciones	26
17. Cirugía de Extremidades	20

CUADRO I. Edad y Sexo de los Casos de Cirugía Menor.

EDAD (años)	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60 y más
%	4.2	15.7	35.3	20.5	12.5	5.7	5.7
SEXO	MASCULINO 206 (52%)			FEMENINO 193 (48%)			

1.- CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO.

Dentro de este grupo se engloban nueve cirugías, cuatro de ellas correspondieron a resección de quiste tirogloso, cuatro más a tumores de parótida y uno a tiroidectomía subtotal por bocio multinodular.

Todos los pacientes sometidos a resección de quiste tirogloso eran menores de 16 años de edad; tres mujeres y un hombre. En los pacientes con ci-

DIAGNOSTICO	CASOS	DIAGNOSTICO	CASOS
QUISTE SEBACEO	88	Ca. DE PIEL	11
LIPOMA	81	QUISTE DE INCLUSION	7
QUISTE SINOVIAL	48	HIPERQUERATOSIS	7
GINECOMASTIA	27	FIBROMA	6
NEVO	24	CICATRIZ QUELIONDE	6
TUMOR NO ESPECIFICADO	20	MUCOCELE	5
ADENOPATIA	19	DRENAJE DE ABSCESO	4
CUERPO EXTRAÑO	17	DRENAJE DE HEMATOMA	3
GRANULOMAS	11	HEMANGIOMA	3
VERRUGA VULGAR	11	FRENILLO LINGUAL CORTO	1
T O T A L		399	

CUADRO II. Diagnóstico de los Casos de Cirugía Menor.

rugía sobre glándula parótida, las edades fueron 36, 45, 58 y 62 años, siendo dos hombres y dos mujeres.

El único paciente sometido a cirugía de tiroides era masculino de 45 años de edad.

En ningún caso se reportaron complicaciones transoperatorias.

2.- CIRUGIA DE ESOFAGO.

Los siete casos aquí incluidos corresponden a pacientes sometidos a corrección de hernia hiatal con esofagitis por reflujo, en seis de ellos como procedimiento inicial y en el restante por recidiva. La edad osciló entre 36 y 55 años, con predominancia del sexo masculino sobre el femenino (cinco y dos casos respectivamente).

La técnica quirúrgica empleada fue: cierre de pilares de diafragma más fundoplastia tipo Nissen en 3 casos (43%); cierre de pilares más fundoplastia posterior 3 casos ó 43%; y cierre de pilares más el procedimiento de Hill - en el caso restante.

En el 28.5% de los casos hubo complicaciones: en el paciente con recidiva de la hernia se presentó perforación esofágica y desgarró del hígado, -- ambos tratados con sutura, en tanto que en otro paciente hubo lesión del bazo -- que ameritó esplenectomía.

3.- CIRUGIA DE ESTOMAGO Y DUODENO.

Durante 1985 fueron sometidos a cirugía gastroduodenal un total de 15 pacientes: diez por úlcera duodenal, tres por neoplasia gástrica y dos por sangrado de tubo digestivo, uno secundario a varice sangrante en fundus y el -- otro por gastritis erosiva.

La mayoría de los pacientes con enfermedad ácido-péptica fueron del sexo masculino (60%), con edades entre 32 y 79 años, como puede verse en el cuadro III. La indicación para la cirugía fue estenosis en 5 pacientes (50%); fal-

ta de respuesta al tratamiento médico en 4 pacientes (40%) y en el otro existía antecedente de perforación. El 70% de los casos fueron manejados con vagotomía troncular más piloroplastia tipo Heineke-Mikulicz, ya sea en uno ó en dos planos (2 y 5 casos respectivamente). En un caso se efectuó vagotomía troncular y antrectomía, en otro una gastroyeyunoanastomosis como procedimiento derivativo después de una vagotomía troncular por haberse encontrado estenosis en la primera y segunda porciones del duodeno; mientras que en caso restante se encontró, además de la úlcera duodenal, una úlcera en curvatura mayor de estómago y fue manejado con gastrectomía subtotal con gastroyeyunoanastomosis Billroth II.

De los tres pacientes con neoplásia gástrica, dos tenían confirmación diagnóstica preoperatoria; sus edades fueron 58 y 82 años, uno de cada sexo, y en ambos se encontró la lesión en antro con invasión a órganos vecinos - que impidió la resección por lo que solo se efectuó biopsia y gastroyeyunoanastomosis antecólica, para liberar la obstrucción. El caso restante correspondió a un anciano de 82 años que se intervino de urgencia por úlcera perforada gástrica, encontrando datos macroscópicos de malignidad y que fue manejado con - parche de Graham, biopsia de los bordes de la lesión, lavado y drenaje de la cavidad peritoneal.

Los dos casos operados por sangrado de tubo digestivo fueron del sexo femenino, uno de 58 años de edad con gastritis erosiva tratada con vagotomía troncular y piloroplastia tipo Heineke-Mikulicz. El otro, de 60 años de edad, con una várice en fundus ameritó hemostasia por transfijión.

E D A D (A Ñ O S)					S E X O		T O T A L
31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	M	F	
4	2	2	-	2	6	4	10

CUADRO III. Edad y Sexo de los Pacientes con Úlcera Duodenal.

En los 15 casos descritos, se presentaron dos perforaciones gástricas, una en un paciente con úlcera duodenal y la otra en uno de los casos de neoplasia, ambas fueron manejadas con cierre primario en dos planos y constituyen el 13.3% de complicaciones transoperatorias en este grupo.

4. CIRUGIA DE HIGADO.

De los 7 casos, seis fueron por absceso y uno por Ca. primario. La edad osciló entre 33 y 76 años, con una media de 59 años. Todos eran hombres. - El absceso fue catalogado como ambiano en 2 casos (33%); y mixto en los cuatro restantes (67%). En cuanto a su localización, cuatro fueron del lóbulo derecho y dos del izquierdo. Todos estaban abiertos a cavidad peritoneal y fueron manejados con lavado y drenaje de cavidad.

El paciente con neoplasia primaria tenía 63 años y se trató sólo con biopsia de hígado y ganglios regionales con evidencia de invasión.

No se reportaron complicaciones en estos pacientes.

5.- CIRUGIA DE VIAS BILIARES.

Los 195 casos, divididos en grupos de acuerdo al diagnóstico y con la distribución por grupos de edad, se detallan en la tabla 1. el 94% correspondió al sexo femenino.

El análisis de los grupos en cuanto a los hallazgos y procedimientos es el siguiente:

a). Colecistitis Litiásica. Fueron 124 casos, de los cuales, solo uno no fue sometido a colecistectomía por tratarse de cirugía de urgencia en paciente cirrótico y en quien se presentó como complicación sangrado de hígado que ameritó taponamiento con gasas así como colecistostomía.

Solo se efectuó colangiografía transcística en el 29.6% de los casos, siendo positiva en el 17%.

Se efectuó exploración de vias biliares en 31 pacientes (25%) en ba

TABLA 1. Diagnóstico y Distribución por Edad de los Pacientes Sometidos a Cirugía de Vías Biliares.

D I A G N O S T I C O	E D A D E N A Ñ O S							T O T A L	
	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80		%
COLECISTITIS LITIASICA	-	29	32	18	15	6	3	103	52,8
COLECISTITIS ALITIASICA	1	8	12	5	5	2	-	33	16,9
COLECISTITIS + COLEDOCO LITIASIS	2	2	7	2	3	3	2	21	10,7
HIDROCOLECISTO	-	2	5	3	1	2	-	13	6,6
PIOCOLECISTO	-	2	3	2	1	2	2	12	6,1
LITIASIS RESIDUAL	1	-	2	1	1	-	1	6	3,0
ESTENOSIS DEL ODDI	-	-	-	1	1	-	-	2	1,0
CA DE VESICULA	-	-	1	1	1	-	1	4	2,0
CA DE AMPULA	-	-	1	-	-	-	-	1	0,5
T O T A L	4	43	63	33	28	15	9	195	100

se a; vía biliar dilatada 20 casos; colangio transoperatoria positiva 9 casos; lito palpable 7 casos; antecedente de pancreatitis 6 pacientes; litos pequeños en 3; ictericia previa en dos y actual en uno. La positividad del procedimiento fue del 67.7%.

Uno de los pacientes con colecistitis y colédocolitiasis presentó además una fistula colecistocolédociana, de aspecto neoplásico, que infiltraba hilio hepático y que ameritó sutura del colédoco adicional. En otro paciente se encontró fistula colecisto-gástrica por lo que se efectuó colecistectomía y cierre primario de estómago. Finalmente, otro enfermo fue catalogado como portador de fibrosis del esfínter de Oddi efectuándose esfínteroplastia.

b). Colecistitis Alitiásica. Representó el 16.9% de todos los casos y sólo en una ocasión se exploró la vía biliar por dilatación y fue negativa a litos.

c). Hidrocolecisto. A los 13 casos se les efectuó colecistectomía y a uno se le afectó coledocotomía por estar dilatada sin encontrar litiasis.

d). Picolecisto. Los 12 casos fueron colecistectomizados de urgencia, con 3 exploraciones de la vía biliar, por litiasis de colédoco, en un caso el lito estaba enclavado necesitando una esfínteroplastia adicional.

e). Litiasis Residual. De los 6 casos, uno estaba complicado por colangitis supurada aguda y perforación retroduodenal de colédoco; el tratamiento fue exploración de vía biliar, extracción de litos y sutura de la perforación. Otros 2 tenían lito enclavado y ameritaron esfínteroplastia uno y colédocoduodenoanastomosis latero-lateral el otro.

f). Estenosis del esfínter de Oddi. Uno de los dos casos tenía colangitis supurada, manejado con colecistectomía y colédocoduodenoanastomosis látero-lateral; el otro estaba ya colecistectomizado y sólo recibió como tratamiento una esfínteroplastia.

g). Neoplasia de Vesícula. Además del caso anteriormente descrito, se reportaron cuatro casos más, dos de ellos con invasión al hilio hepático impidiendo la colecistectomía, que si fue posible en los otros dos casos.

h). Ca de Ampula. La lesión infiltraba hasta tercio medio del colédoco, con me tástasis a hígado, su manejo fue colédoco-duodeno-anastomosis paliativa.

Otros procedimientos efectuados y no relacionados con la patología biliar fueron: plastia de pared en 20 pacientes; salpingoclasia en 3 y una apen dicectomia profiláctica.

En la tabla 2 se resumen los procedimientos efectuados.

La tasa global de complicaciones fue 3.5% que se desglosan como si que: despulimiento de duodeno en 2 casos; una perforación de colon suturada en dos planos; una laceración de colédoco y otra de hígado suturadas; y dos casos de sangrado, en uno por lesión de la rama derecha de la arteria hepática que se ligó y el otro proveniente del lecho vesicular manejado con taponamiento — con gasas.

6.- CIRUGIA POR PATOLOGIA PANCREATICA.

Cuatro casos fueron por pancreatitis necrótico-hemorrágica y uno -

PROCEDIMIENTO	CASOS
COLECISTECTOMIA	147
COLECISTECTOMIA Y EXPLORACION DE VIAS BILIARES (EVB)	34
COLECISTECTOMIA EVB Y ESFINTEROPLASTIA	2
COLECISTECTOMIA EVB Y COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS	1
COLECISTOSTOMIA	1
EXPLORACION DE VIAS BILIARES	3
EVB Y ESFINTEROPLASTIA	3
EVB Y COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS	1
COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS	2
BIOPSIA DE VESICULA	1
total	195

TABLA 2. Procedimientos Quirúrgicos sobre Vias Biliares.

por neoplasia e ictericia secundaria.

La edad media de los pacientes con pancreatitis fue 31 años, con un rango de 28 a 40 años; tres hombres y una mujer. La etiología fue biliar en el 50% y por alcohol 50%. Cuando la etiología fue biliar, el manejo consistió en - colecistectomía, colocación de sonda T en colédoco, yeyunostomía y drenaje de - cavidad y de retroperitoneo, y sólo a uno de los casos se le añadió gastrosto- mia. Las pancreatitis por alcohol fueron manejadas con colecistostomía, yeyunos- tomía adicional en un caso, y sólo colecistostomía y drenaje en el otro.

La única paciente con neoplasia tenía 67 años de edad y existía di- latación de la vía biliar e ictericia, cuyo manejo fue colecistectomía con colé- doco-yeyuno-anastomosis en asa de Braun y biopsia de la lesión. No se reportan complicaciones.

7.- CIRUGIA DE INTESTINO DELGADO.

Hubo 24 casos de afecciones de intestino tributarias de cirugía, - excluyendo los casos en que la lesión entérica fue secundaria a otro evento, - como hernia estrangulada o lesiones penetrantes de abdomen que se detallan en el grupo correspondiente. La tabla 3 muestra las entidades, la edad y el sexo de los pacientes.

De los 16 casos de oclusión por bridas, la mayoría no tuvo compro- miso vascular, o éste fue reversible (9 y 2 respectivamente), y además de la - lisis de bridas, en dos casos se hizo enterotomía para descomprimir. En 5 ca- sos había cambios vasculares irreversibles siendo indispensable la resección y anastomosis término-terminal en dos planos.

La Salmonellosis complicada con perforación motivó 4 intervencio- nes, todas por lesión única, cuyo manejo fue cierre primario con reavivación - de bordes en dos y sólo cierre primario en los otros.

Hubo dos torciones del mesenterio, ambas segmentarias y sólo uno - requirió resección y anastomosis.

TABLA 3. Distribución por Grupos de Edad y Sexo de los Pacientes con Cirugía Sobre Intestino Delgado.

E D A D	BRIDAS	PERFORACION POR SALMONELLA	D I A G N O S T I C O		
			TORCION DEL MESENTERIO	ILEO PARALITICO	ILEITIS
0-10	-	2	-	-	-
11-19	3	-	-	-	1
20-29	3	2	-	-	-
30-39	3	-	-	-	-
40-49	3	-	-	-	-
50-59	1	-	-	-	-
60-69	-	-	-	-	-
70-79	4	-	2	1	-
TOTAL	16	4	2	1	1
MASCULINO	7	3	2	1	1
FEMENINO	9	1	-	-	-

Los dos casos restantes fueron intervenidos de urgencia teniendo como hallazgos una ileítis en uno y dilatación generalizada de asas en el otro catalogado como íleo paralítico.

En este grupo de pacientes hubo dos complicaciones una lesión de vejiga que se suturó y una perforación de íleon, también suturada, ambos en pacientes con oclusión por bridas. El porcentaje de complicación es por tanto — 8.3 %.

8.- APENDICE CECAL.

De acuerdo a los diferentes estadios fisiopatológicos de la apendicitis aguda, los 275 casos vistos durante 1985 se distribuyeron como sigue: — apendicitis focal aguda ó edematosa 131 casos (47.6%); apendicitis supurada 79 enfermos (28.7%); apendicitis gangrenada 19 pacientes (6.9%); con perforación 44 casos (16%); en dos casos se reportó como "plastrón apendicular". Hubo 28 — casos adicionales en los que el diagnóstico preoperatorio de apendicitis no se confirmó durante la cirugía, habiéndose efectuado la apendicectomía en forma — profiláctica.

La edad de los pacientes varió entre 3 y 76 años con ligera preponderancia en el sexo masculino (tabla 4).

La incisión más empleada fue la paramedia derecha en el 62.7% de los casos; seguida por la McBurney, la media infraumbilical y la de Rocky-Davis en el 17.4%, 9.9% y 9.5% respectivamente.

El manejo del muñón apendicular fue como sigue: ligadura e invaginación en el 83%, únicamente ligadura en el 15.6%, y la técnica de Parker-Kerr en sólo el 1.3%.

Como patología agregada a la apendicitis se encontró anexitis en 6 casos; quiste de ovario en 4 casos; dos piosalpinx y un hidrosalpinx y un útero grávido. Otros hallazgos incluyeron sendos casos de absceso hepático y bridas postquirúrgicas. En sólo el 4.9% de los casos hubo peritonitis generaliza-

E D A D	E S T A D I O						T O T A L
	FOCAL AGUDA	SUPURADA	GANGRENADA	PERFORADA	PLASTRON	PROFILACTICA	
0-10	16	4	1	4	-	5	30
11-20	29	26	6	11	-	7	79
21-30	48	28	7	11	-	7	101
31-40	32	12	2	12	1	6	65
41-50	3	4	3	1	-	2	13
51-60	1	2	-	2	1	1	7
61-70	1	2	-	3	-	-	6
71-80	1	1	-	-	-	-	2
Total	131	79	19	44	2	28	303
MASCULINO	83	45	11	28	0	9	176
FEMENINO	48	34	8	16	2	19	127

TABLA 4. Distribución por Grupos de Edad y Sexo de los Pacientes con Apendicitis Aguda.

da.

Como procedimientos quirúrgicos agregados a la apendicectomía se mencionan:

- salpingoclasia	1
- resección en cuña de ovario	2
- biopsia de ganglio mesentérico	1
- salpingectomía	2
- omentectomía	2
- ooforectomía	1
- salpingooforectomía	1
- lisis de bridas	1.

El estudio de los hallazgos en los pacientes que no tuvieron apendicitis reveló patología ginecológica en 17 casos (11 con anexitis, 5 con quiste hemorrágico de ovario y un embarazo ectópico); dos casos de colecistitis y uno de adenitis mesentérica. En los 8 casos restantes no hubo alteraciones macroscópicas durante la laparotomía.

Los dos casos reportados como plastrón apendicular fueron tratados con drenaje de cavidad.

Hubo complicaciones transoperatorias en el 2.3% de los casos, tres hematomas de ciego, dos despulimiento de íleon, una perforación de vejiga y otra del íleon.

9.- CIRUGIA DE COLON.

Fueron 12 procedimientos, de ellos, diez fueron por patología benigna y dos de tipo neoplásico. Se agrupan como sigue: cierre de colostomía 5 casos; volvulus de ciego 2 y de sigmoides uno; sigmoides redundante, Ca metastásico a colon y Ca de sigmoides, un caso de cada entidad.

Todos los pacientes con colostomía eran hombres con edades entre 23 y 31 años, y el cierre se efectuó en dos planos previa preparación de colon.

Los tres casos de volvulus de colon tenían más de 60 años de edad, dos de ellos del sexo masculino; en los dos casos de problema en el ciego hubo sufrimiento de asa manejados uno con hemicolectomía e ileotransversoanastomosis y el otro solamente con cecostomía por considerarse como reversibles los cambios isquémicos. El paciente con problema en sigmoides requirió resección y colostomía.

En una paciente de 25 años de edad se documentó redundancia del -- sigmoides por lo que se resecó la porción excedente en forma electiva.

Uno de los casos de Neoplasia, femenina de 56 años fue sometida -- inicialmente a lumbotomía derecha para nefrectomía por Ca primario a ese nivel, teniendo como hallazgos invasión a colon y duodeno por lo que se efectuó un se gundo abordaje anterior para hemicolectomía e ileotransversoanastomosis; tenien do como complicación perforación de duodeno en el sitio invadido que fue suturada en dos planos más gastroyeyunoanastomosis. El otro paciente, masculino de 68 años de edad, se sometió en forma electiva a resección de tumoración del -- sigmoides teniendo como hallazgo adicional un divertículo de Meckel, que le -- fue también resecado.

En cuanto a complicaciones, las hubo en el 16.6% y consistieron en la lesión de duodeno ya descrita y una laceración del bazo con la consecuente esplenectomía, en un paciente con volvulus de ciego.

10.- CIRUGIA ANORRECTAL.

Solo se efectuaron dos cirugías de este tipo, ambas de urgencia -- por enfermedad hemorroidal complicada, una por trombosis y la otra por sangrado; ambos pacientes masculinos de 34 y 45 años de edad respectivamente y con -- la hemorroidectomía efectuada sin complicaciones.

11.- PERITONEO.

En este grupo solo incluimos dos casos de peritonitis calificada co

no primaria, los dos eran hombres, de 42 y 70 años de edad. En uno de ellos se encontró hígado cirrótico, se tomó biopsia además del lavado y drenaje de la cavidad y en el otro hubo lesión del bazo manejada con esplenectomía.

12. HERNIAS DE PARED ABDOMINAL.

En conjunto representan casi el 25% del total de cirugías efectuadas. En orden de frecuencia se agrupan como sigue:

- hernia inguinal	209
- hernia umbilical	129
- hernia incisional	45
- hernia crural	16
- hernia epigástrica	14
- diástasis de rectos	9.

A. Hernia Inguinal.

La variedad indirecta fue la más frecuente con 122 casos, para un 58,3% incluyendo diez casos de recidiva. A la variedad directa correspondieron 80 enfermos, o sea, 38,2%, incluyendo otros once casos de recidiva, los restantes siete casos ó 3,3% fueron catalogados como de tipo mixto. El rango de edad fue de dos meses a 86 años y se detalla en la tabla 5 junto con el sexo.

El lado afectado más frecuentemente fue el derecho en el 62% de los casos y los restantes 38% del izquierdo. La presencia de complicaciones motivó la intervención de urgencia en 8 casos (2,9%); siendo el órgano encarcelado el epiplón en cinco ocasiones, ileon en dos y colon en uno. Ninguno requirió manejo adicional a la plastia. La técnica empleada se describe en la tabla 6.

En 17 casos se efectuó plastia adicional a otro nivel en forma simultánea, inguinal contralateral en diez y umbilical en siete.

No se reportaron complicaciones transoperatorias.

B. Hernia Umbilical.

Los defectos a nivel de la cicatriz umbilical sumaron 129 casos, de

TABLA 5. Distribución por Grupos de Edad y por Sexo de los Pacientes con Hernia Inguinal.

E D A D	V A R I E D A D			T O T A L
	INDIRECTA	DIRECTA	MIXTA	
0-10	1	-	-	1
11-20	15	2	-	17
21-30	28	9	-	37
31-40	28	20	1	49
41-50	14	13	3	30
51-60	23	20	1	44
61-70	11	14	1	26
71 y más	2	2	1	5
T O T A L	122	80	7	209
MASCULINO	95	60	6	161
FEMENINO	27	20	1	44

los cuales el 72% no tenía complicación y el resto presentaba encarcelamiento ó estrangulamiento (25 y 2% respectivamente).

La edad varió entre 2 meses y 80 años; con marcada preponderancia en el sexo femenino (tabla 7).

La plastia fue realizada con puntos simples en el 80.6% de los ca--

PROCEDIMIENTO	VARIEDAD			T O T A L
	INDIRECTA	DIRECTA	MIXTA	
LIGADURA DEL SACO	13	-	-	13
LIGADURA + McVAY	101	3	7	111
BASSINI	-	1	-	1
LIGADURA + BASSINI	8	-	-	8
SOLO McVAY	-	76	-	76

TABLA 6. Conducta Quirúrgica en los Casos de Hernia Inguinal.

E D A D	T I P O D E H E R N I A				
	UMBILICAL	INCISIONAL	CRURAL	EPIGASTRICA	DIASTASIS RECTOS
0-10	1 (%)	-	-	14 (%)	11 (%)
11-20	1	-	6 (%)	14	11
21-30	22	9 (%)	12	14	22
31-40	24	20	25	36	33
41-50	27	33	25	7	-
51-60	16	16	19	7	22
61-70	5	18	6	7	-
71-80	4	4	6	-	-
MASCULINO	15 (%)	11 (%)	12 (%)	57 (%)	34 (%)
FEMENINO	85	89	88	43	66

TABLA 7. Distribución Porcentual por Grupos de Edad y por Sexo de los Pacientes con Hernias de Pared Abdominal, Excluyendo la Hernia Inguinal.

sos; puntos tipo Mayo en el 15.5% de los casos y los puntos de Jones (lejos-cerca-cerca-lejos) en el 3.8% restante.

En los 32 casos de encarcelamiento el órgano comprometido fue epiplón y sólo se reseccó en 6 casos. El estrangulamiento afectó a 3 pacientes, en dos se afectó el intestino delgado y en uno el sigmoides, requiriendo: resección y anastomosis en un caso, colostomía y fístula en otro y en el restante los cambios isquémicos fueron reversibles.

En 14 casos la plastía se efectuó durante el cierre de pared después de colecistectomía. Otros procedimientos adicionales incluyen: siete plastías inguinales; siete salpingoclasias; cuatro plastías epigástricas y cuatro plastías de rectos.

C. Hernia Incisional.

Ocupó el tercer lugar en frecuencia, hubo marcada preponderancia en el sexo femenino y con mayor frecuencia entre la 3a. y 4a. décadas de la vida (tabla 7).

Sólo en 6 ocasiones se requirió de cirugía urgente, todas por encarcelamiento, cuatro del epiplón y dos del ileon.

Los pacientes con cirugía electiva tuvieron algún procedimiento adicional en el 20%, cinco colecistectomías, dos salpingoclasias, una plastía inguinal y una resección de quiste de ovario.

D. Hernia Crural.

Doce casos fueron del lado derecho y cuatro del izquierdo, la edad y el sexo se enlistan en la tabla 7.

En cuatro había complicación; encarcelamiento de epiplón en dos ocasiones y estrangulamiento de epiplón en un caso y otro de apéndice, estos dos últimos ameritaron laparotomía adicional para omentectomía y apendicectomía.

La reparación quirúrgica fue como sigue:

- Via inguinal 88%:

McVay	69%
McVay + ligadura del saco	19%

- Via crural 12%.

E. Hernia Epigástrica.

De los catorce casos sólo uno fue operado de urgencia por encarcelamiento de epiplón, los demás se intervinieron electivamente. La edad y el sexo se observa en la tabla 7.

F. Diástasis de Rectos.

El rango de edad de los nueve casos fue de 10 a 58 años, y fue dos veces más frecuente en la mujer (tabla 7).

Además de la plastia se efectuó salpingoclasia y plastia umbilical en un caso.

Se reportaron sólo 3 complicaciones en todas las plastias de pared, los tres al corregir defectos postincisionales: un paro cardio-respiratorio reversible, una perforación de ileon suturada en dos planos y una laceración del hígado. Porcentualmente tenemos que las complicaciones se presentaron en el 0.7% de todas las plastias, ó bien, en el 6.6% si sólo se consideran las hernias incisionales.

13.- CIRUGIA UROLOGICA.

Los diagnósticos en los 27 casos son:

- Fimosis	11 casos
- Parafimosis	9 "
- Criptorquidia	3 "
- Retención urinaria	2 "
- Varicocele	1 "
- Control de fertilidad	1 "

Todos los pacientes con finosis y parafinosis eran menores de 15 años. Los 9 casos de parafinosis fueron operados de urgencia para "calzonera" - en cinco enfermos y circuncisión en los restantes.

La edad de los pacientes con criptorquidia fue 12, 26 y 27 años, la orquidopexia se efectuó en el primer caso y orquiectomía en los otros.

La retención urinaria fue por estenosis de uretra y otro por uretritis severa con celulitis genital. Ambos casos tenían más de 75 años de edad.

Una sola vasectomía fue realizada en un paciente de 27 años que fue sometido también a plastia inguinal.

14.- CIRUGIA GINECO-OBSTETRICA.

El diagnóstico en los 63 casos fue:

- paridad satisfecha	35	pacientes
- embarazo ectópico	9	"
- piosalpinx	7	"
- quiste de ovario	6	"
- sufrimiento fetal agudo	5	"
- ovario poliquístico	1	"

La salpingoclasia se efectuó con otro procedimiento en 16 ocasiones: ocho casos de plastia de pared, dos de colecistectomía, dos de resección de quiste de ovario, uno de apendicectomía y los dos restantes durante la cesarea.

El embarazo ectópico fue reportado como implantado en salpinx derecha en el 78% de los casos e izquierdo en los restantes 22%. A todas se les efectuó salpingo-ooforectomía, con ligadura de salpinx contralateral en tres ocasiones.

Los casos de piosalpinx tenían entre 16 y 39 años de edad. El problema fue bilateral en el 57% de los casos, izquierdo en el 29% y derecho en el 14%. Sólo se efectuó drenaje de cavidad en cinco casos, salpingectomía en uno y salpingo-ooforectomía en el restante.

ESTA DEJESIS NO DEBE SER LIBRERIA BIBLIOTECA

Cuatro quistes de ovario fueron izquierdos y dos derechos. La edad media fue 38 años con rango entre 18 y 88 años. Se resesó solo el quiste en dos ocasiones y en los demás se efectuó también salpingo-Oforectomia.

No se reportaron complicaciones transoperatorias.

15.- CIRUGIA POR LESIONES TRAUMATICAS.

Aqui se incluyen 41 enfermos con heridas y contusiones que requirieron cirugía de urgencia (Cuadro 4).

En forma global se encontró que el 90% de los casos eran del sexo -- masculino y que el 80% tenían menos de 40 años de edad. Los órganos lesionados -- se enlistan en el cuadro 5.

El manejo de las lesiones de intestino por heridas penetrantes fue -

1. Lesiones por Bala:

- penetrante de torax	2 casos
- penetrante de abdomen	6 "
- penetrante de torax y abdomen	4 "
- no penetrante de abdomen	1 "
t o t a l	13 "

2. Lesiones Punzo-Cortantes:

- penetrante de abdomen	10 casos
- no penetrante de abdomen	3 "
t o t a l	13 "

3. Contusiones:

- de abdomen con lesión visceral	8 casos
- de abdomen sin lesión visceral	1 "
t o t a l	9 casos

4. Lesiones en Cabeza y Extremidades

t o t a l	9 casos
-----------	---------

CUADRO 4. Clasificación de los Casos de Cirugía por Lesiones Traumáticas.

CUADRO 5. Organos Lesionados en Heridas y Contusiones.

L E S I O N E S				P E N E T R A N T E S		C O N T U S I O N E S	
I. Delgado	7 casos	Estómago	2 casos	I. Delgado	4 casos		
Pleura	6 "	Riñón	2 "	Colon	2 "		
Colon	5 "	Epiplón	2 "	Mesenterio	1 "		
Hígado	5 "	Vejiga	1 "	Diafragma	1 "		
Diafragma	4 "	Vasos Iliacos	1 "	Páncreas	1 "		
Mesenterio	4 "	Uretero	1	Bazo	1 "		
				Pelvis: Osea	1 "		

el cierre primario en dos planos en cinco pacientes, y resección con anastomosis en los dos restantes. El cierre primario se empleo en dos casos de lesión de colon, colostomía derivativa en otros dos y resección con colostomía y bolsa de Hartmann en el otro.

Cuando la lesión de intestino fue por contusión se efectuó cierre primario y sólo un caso ameritó resección y anastomosis. Las lesiones del colon se resecaron dejando colostomía.

Las lesiones de torax sólo ameritaron pleurotomía cerrada. El resto de los órganos afectados fueron manejados con sutura.

16.- CIRUGIA DE EXTREMIDADES.

El grupo incluye 13 amputaciones y 7 lavados quirúrgicos de escaras de decúbito. El 85% de los casos tenían más de 50 años y dos tercios eran del sexo masculino.

La angiopatía diabética con infección agregada motivó las amputaciones, seis derechas y siete izquierdas; nueve supra y cuatro infracondileas.

17.- REINTERVENCIONES.

El motivo de la reintervención en los 26 casos fue:

- Absceso residual	7 casos
- dehiscencia de anastomosis	4 "
- evisceración	4 "
- hematoma postplastía inguinal	3 "
- herida infectada	2 "
- sangrado postamigdalectomía	2 "
- sangrado en anastomosis de colon	1 "
- Sangrado posthemorroidectomía	1 "
- sangrado postresección de quiste pilonidal	1
- celulitis postapendicectomía	1 "

El absceso residual fue postapendicectomía en 6 ocasiones y el otro fue subhepático sin aclararse tipo de cirugía previa. Cinco enfermos eran del sexo masculino y dos del femenino. Además del absceso, se encontró en un caso perforación de ciego y necrosis del ileon que fue resecado con ileostomía y bolsa de Hartmann.

Hubo dos complicaciones durante el drenaje del absceso una perforación de ileon suturada en dos planos, y una laceración del bazo, con la consecuente esplenectomía. El porcentaje de complicación es del 28.5%.

La dehiscencia de anastomosis ocurrió en sujetos del sexo masculino, sus edades fueron 22, 44, 53 y 72 años. La conducta quirúrgica fue resección y anastomosis en un caso, y en los otros resección e ileostomía.

Tres de los cuatro eviscerados eran mayores de 60 años de edad y el otro contaba con 21 años, sin predominio de sexos. El manejo fue resutura por planos en dos casos y puntos totales con cinta umbilical en los otros dos.

Los demás casos de reintervención fueron manejados conforme al diagnóstico y sólo se presentó una complicación que fue lesión de vejiga al drenar el hematoma postplastía inguinal.

Si se considera el total de complicaciones en los pacientes sometidos a cirugía mayor, vemos que en 1180 intervenciones se presentaron un total de

TABLA 8. Número de Complicaciones Transoperatorias y su Porcentaje en Cada uno de los Grupos de Intervenciones Quirúrgicas Mayores.

GRUPO	INTERVENCIONES		COMPLICACIONES	
	NUMERO	% DEL TOTAL	NUMERO	%
CABEZA Y CUELLO	9	0.76	-	-
ESOFAGO	7	0.59	2	28.5
ESTOMAGO Y DUODENO	15	1.27	2	13.3
HIGADO	7	0.59	-	-
VIAS BILIARES	195	16.54	7	3.5
PANCREAS	5	0.42	-	-
INTESTINO DELGADO	24	2.03	2	8.3
APENDICE CECAL	303	25.67	7	2.3
COLON	12	1.01	2	16.6
ANO-RECTO	2	0.16	-	-
PERITONEO	2	0.16	1	50.0
PARED ABDOMINAL	422	37.76	3	0.9
CIRUGIA UROLOGICA	27	2.28	-	-
CIRUGIA GINECO-O.	63	5.33	-	-
LESIONES TRAUMATICAS	41	3.47	-	-
EXTREMIDADES	20	1.69	-	-
REINTERVENCIONES	26	2.20	3	11.5
TOTAL	1180		30	2.4

treinta complicaciones, que corresponde al 2.4% del total (Tabla 8).

DISCUSION Y COMENTARIOS

El servicio de cirugía general del Hospital General de Zona # 76 -- "Xalostoc" esta apoyado por algunas subespecialidades como angiología, cirugía pediátrica, oftalmología, otorrinolaringología, proctología y urología. La pre-

sencia de ellas, en cierta manera ha limitado el campo de acción del cirujano general, puesto que un buen número de procedimientos que tradicionalmente eran realizados por el cirujano, son ahora enviados y tratados por la subespecialidad correspondiente, tal es el caso de la safenoexceresis, hemorroidectomía, etc.

Esta situación se refleja en los resultados presentados, sobre todo en el caso de la patología ano-rectal, que sólo fue manejada en tres ocasiones, y todas ellas en situaciones de urgencia por no encontrarse el proctólogo en el turno. También es evidente la falta total de procedimientos angiológicos.

La presencia del cirujano pediatra en la Unidad tiene también influencia importante, puesto que la cirugía en pacientes en los primeros años de vida ya no es manejada por cirugía general, motivo por el cual las estadísticas en este grupo de población son escasas.

Por otro lado, no debemos olvidar que la división en la atención de la salud en niveles, también influye sobre esa limitación en el campo de acción del cirujano en una unidad de segundo nivel, al asignar recursos materiales y humanos diferentes a cada uno de los niveles. Es así que a pesar de contar con el adiestramiento adecuado para efectuar un determinado procedimiento quirúrgico, la falta de estos recursos, obliga al cirujano a derivar al paciente al siguiente nivel. Ejemplo de ello son la necesidad de terapia intensiva en el postoperatorio, monitoreo completo de laboratorio, estudio histopatológico transoperatorio etc.

Del análisis de los resultados de la presente revisión se desprende otro hecho interesante; la diferencia de criterios en el manejo de los pacientes. Esto puede explicarse si consideramos que en el servicio de cirugía existen especialistas que fueron adiestrados en Unidades diferentes, donde existen experiencia y criterios muy variados. Es aquí donde el fomento de la educación médica continua y la investigación clínica deben jugar papel preponderante como mecanismos para apoyar o rechazar determinado procedimiento con bases científicas. Así mismo, es necesario fomentar el intercambio y publicación de los resultados en los diferentes hospitales-escuela para tratar de normar la conducta --

más adecuada.

En cuanto a las complicaciones transoperatorias, al revisar lo referente a los procedimientos electivos más frecuentes, esto es: colecistectomía y plastía de pared, vemos que, en el caso de la primera, sólo hubo tres complicaciones que pueden considerarse como específicas de la cirugía biliar: una lesión del colédoco, que representa el 0.5% de frecuencia, que concuerda con lo reportado en la literatura y que afortunadamente fué una lesión no grave.¹¹ Los otros dos casos fueron sangrados: uno por lesión de la rama derecha de la arteria hepática, que fue ligada, puesto que su reparación es difícil y los resultados finales son semejantes con ambos procedimientos.¹¹ El otro caso fue de sangrado del lecho vesicular y en él se efectuó taponamiento con gasas como procedimiento "heroico" para controlar el sangrado, permitiendo así mejorar las condiciones del paciente y tratar de preservar su vida.

En cuanto a plastías de pared, el porcentaje de complicaciones fue bajo, 0.7% y estuvo representado por dos casos de lesión visceral y un paro -- cardio-respiratorio reversible, todos ellos al reparar hernias incisionales. Es interesante el hecho de que aunque no se describen complicaciones transoperatorias al reparar una hernia inguinal, si hubo defecto en la hemostasia transoperatoria en tres ocasiones que motivó una segunda cirugía, en uno de estos casos se lesionó la vejiga, lo que confirma el hecho bien conocido de que la reintervención de un paciente conlleva un aumento en la morbi-mortalidad.

CONCLUSIONES

1. Del primero de enero al treinta y uno de diciembre de mil novecientos ochenta y cinco en el servicio de cirugía general del Hospital General de Zona # 76 "Xalostoc" del Instituto Mexicano del Seguro Social, se efectuaron un total de 1579 cirugías, de las cuales, 1180 fueron procedimientos mayores (75%) y los -- restantes 399 fueron de cirugía menor (25%).

2. Las entidades nosológicas que motivaron cirugía electiva mas frecuentemente fueron: quistes y lipomas, colecistopatías, hernia inguinal, umbilical, incisional y salpingoclasias.

3. Las causas más frecuentes de cirugía de urgencia fueron: apendicitis, colecistitis aguda, hidro-piocollecisto, lesiones traumáticas de abdomen y/o torax, abdomen agudo de etiología ginecológica y oclusión intestinal.

4. Las complicaciones transoperatorias se presentaron en el 2.5% de los casos de cirugía mayor, siendo las más frecuentes: perforación de viscera hueca, lesión de pared intestinal sin perforación, laceraciones de hígado y bazo, lesión de vejiga y sangrado transoperatorio importante.

B I B L I O G R A F I A

1. Rufiz Massieu J.: El Derecho a la Protección de la Salud y la Responsabilidad del Estado. Salud Pública Mex. 1985;27(1):3-9.
2. Laguna J.: Los Servicios de Salud, Niveles de Atención, Escalonamiento, -- Regionalización, Coberturas. Gac Med Mex. 1984;120(5): 188-90.
3. Beltrán P.: Función de los Niveles de Atención Médica. Salud Pública Mex. 1982; 24(5): 485-7.
4. Cruz-Krohn J.: Atención Médica Terciaria, La Medicina de Especialidades. - Gac Med Mex. 1981; 117(1): 7-10.
5. Laguna J.: Los Niveles de Atención de la Salud en México. Gac Med Mex. --- 1978; 114(5):201-5.
6. Soberón G.: El Proceso de Integración de los Servicios de Salud. Salud Pública Mex. 1983; 25(1): 11-20.
7. Nava -CH, Guel JR, Santos GJ y González AW.: Atención Primaria de la Salud. Medicina Comunitaria. Gac Med Mex. 1981; 117(1): 4-7.
8. Gómez GR.: Primer Nivel de Atención Médica. Gac Med Mex. 1985; 121(5-6): 177-9.
9. IMSS. Programa de la Jefatura de Servicios de Hospitales Generales de Zona. Subdirección General Médica.
10. IMSS. Manual de Organización del Servicio de Cirugía General en Unidades - de Segundo Nivel. Subdirección General Médica.
11. Mitchel LH, y Carey LC.: Complicaciones de la Colectectomía. Surg Clin North Am. 1983; 6:1189-200.