

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

5

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



ISSSTE



HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

PROTOCOLO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL TITULO DE  
**CIRUJANO GENERAL**

**MORBI-MORTALIDAD DE LA PATOLOGIA  
QUIRURGICA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR,  
EXPERIENCIA DE MARZO DE 1998 AL MES DE  
AGOSTO DE 1999.**

**PRESENTA:**

276502

**DR. ÁNGEL ALEJANDRO ARROYO AGUILAR  
RESIDENTE DE 4º. AÑO DE LA ESPECIALIDAD  
DE CIRUGIA GENERAL**

**ASESOR:**

**DR. JAIME SOTO AMARO  
COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL  
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ  
I . S . S . S . T . E .**

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

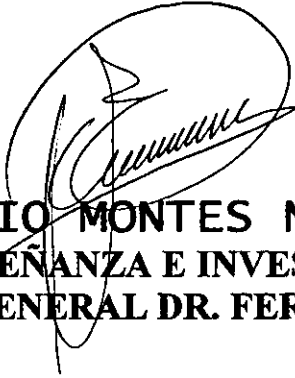


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

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

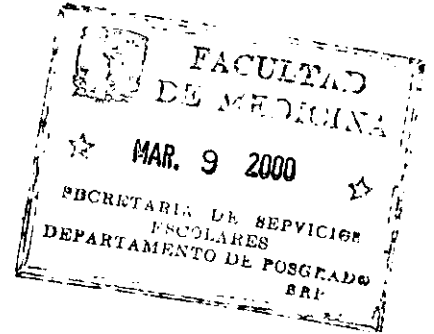
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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. EMILIO MONTES NÚÑEZ**  
**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**  
**HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ G.**  
**I.S.S.S.T.E**

FEB. 29 2000

COORD. DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACION

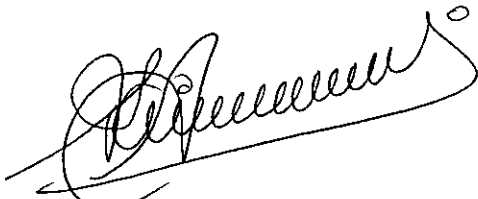


**PRESENTA:**



**DR. ÁNGEL ALEJANDRO ARROYO AGUILAR**  
**RESIDENTE DE 4°. AÑO DE LA ESPECIALIDAD**  
**DE CIRUGIA GENERAL**  
**HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ G.**  
**I.S.S.S.T.E**

**ASESOR:**



**DR. JAIME SOTO AMARO**  
**COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL**  
**HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ G.**  
**I.S.S.S.T.E**

## **ABSTRACT**

**Objective:** to know the morbidity and mortality rate of the surgical illness in the geriatric patient on the Hospital General Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez. I.S.S.S.T.E

**Patients:** We collect 332 patients and 389 surgical procedures in the geriatric population

**Design:** Retrospective and descriptive study. A review of clinical files to obtain a database of geriatric surgical illness in patients over 60 years old, gender both, which come to principal surgical procedure. This database was collected on windows 98 and office 97 computer programs.

**Setting:** To obtain database from geriatric population of Hospital General Dr. Fernando Quiróz G from March '98 to August '99.

**Main Outcome Measures:** Relative and absolute frequencies of principal surgical procedure and morbidity and mortality rate.

**Results:** The global relation of the principal surgical procedures on 60 years old patients was 1.12 for men and women respectively; Ninety five percent was in the 80 to 84 years old interval. The surgical risk was ASA-II in 30.5% (77 patients). From 332, 35 was submitted to two or more surgical procedures (elective surgery way was: surgery washed and urgency surgery was laparotomy). The Anesthetic technique was peridural blockade in 44.47% and the surgical time was from 10 to 59 minutes. The postsurgical diagnoses was the same than presurgical complications frequency was 14.1%. The mortality rate was 6.4% by risk factors or associated illness. The surgical mortality was 0.25%. The mortality and morbidity rate was 1:7.53 and 1:15.96 respectively.

**Conclusions:** In the results is the evidence of the lack of knowledge on the surgical illness of the geriatric patient; populations surgical and medical treatment isn't the same than the younger people. In the old people the associated illness frequency is high and obviously interfere in the prognoses because is more frequently the long surgical time and hospitalization and by the way more complications and quality life affection.

## **RESUMEN:**

**OBJETIVO:** Conocer la tasa de mortalidad y morbilidad de los padecimientos quirúrgicos en la población geriátrica del Hospital General Dr. Fernando Quiróz G. I.S.S.S.T.E.

**PACIENTES:** Se estudiaron 332 pacientes que fueron sometidos a 389 procedimientos quirúrgicos mayores de Marzo de 1998 al mes de Agosto de 1999.

**DISEÑO:** Estudio retrospectivo y descriptivo en donde se hace una revisión de los archivos clínicos para obtener una base de datos de los pacientes geriátricos mayores de 60 años, ambos sexos, los cuales fueron sometidos a procedimiento quirúrgico mayor. Esta base de datos fue procesada en windows'98 y office'97.

**MANIOBRA:** Obtener una base de datos enfocada a los procedimientos quirúrgicos mayores de la población geriátrica del Hospital General Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez. I.S.S.S.T.E.

**PRINCIPALES MEDIDAS DE DESENLACE:** Frecuencias relativas y absolutas relacionadas a la patología quirúrgica mayor en relación a diagnósticos preoperatorios, postoperatorios, complicaciones, riesgo quirúrgico, tipo de anestésia, tiempo quirúrgico, reintervenciones, patologías asociadas y concordancia diagnóstica; así como también se determinarán las tasas de morbilidad y mortalidad.

**RESULTADOS:** La relación global de los procedimientos quirúrgicos mayores en pacientes de más de 60 años fue de 1.12 hombres por cada mujer; 95% se encontraron entre los 80-84 años de edad. El 30.55% (77 pacientes) presentaron un riesgo quirúrgico ASA-II. De los 332 pacientes, 35 fueron sometidos a dos o más procedimientos quirúrgicos (de la cirugía electiva fue lavado quirúrgico y de urgencia fue la laparotomía exploradora). La técnica anestésica más empleada fue el bloqueo peridural con un 44.47% de frecuencia y el tiempo quirúrgico fue de 10 a 50 minutos. El diagnóstico postoperatorio fue el mismo que el preoperatorio en el 79.2% y la concordancia de la cirugía realizada fue del 90.42%. Las principales patologías asociadas fueron la hipertensión arterial sistémica seguida de la diabetes mellitus tipo II. La frecuencia de las complicaciones postquirúrgicas fue de 14.1% y la frecuencia relativa de mortalidad se presentó en el 6.4% debido a los factores de riesgo; la mortalidad quirúrgica fue de 0.25% cuya causa fue la dehiscencia de anastomosis intestinal. La razón de mortalidad fue de 1:7.53 y la morbilidad fue de 1:15.96.

**CONCLUSION:** Los resultados obtenidos de este estudio revelan que no se cuenta con el suficiente conocimiento en la patología quirúrgica del adulto mayor, ya que su manejo no es igual que el resto de la población (adulto joven, adolescentes y niños). La presencia de patologías preexistentes y asociadas así como su estado general, tiempo quirúrgico prolongado, estancia intrahospitalaria prolongada; hacen que se presenten complicaciones que dan como resultado un empeoramiento en la calidad de vida.

# **MORBI-MORTALIDAD DE LA PATOLOGIA QUIRURGICA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ G. ESTUDIO RETROSPECTIVO 322 CASOS.**

## **ANTECEDENTES:**

El crecimiento poblacional que se está produciendo en el mundo actual , supone un aumento del porcentaje de pacientes incluidos de la llamada tercera edad (personas de más de 60 años , tomando la definición de “elderly-aged person” del Index Medicus). Como es lógico, esta población incrementa año tras año la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad que precise intervención quirúrgica. La concurrencia de patología médica asociada implica en muchos casos un mayor riesgo de que estos pacientes presenten complicaciones postoperatorias.

El incremento en la población adulta mayor en nuestro medio es hoy una realidad, ya que la esperanza de vida reportada hace 50 años era de 58-60 +/- 2, actualmente con el advenimiento de la tecnología con nuevos y mejores conocimientos en las ciencias así como en la salud, se han mejorado las condiciones como la calidad de vida, reflejando esto en un aumento en la esperanza de vida actual que es de 70 +/-2 . Esto conlleva a poner mas atención al manejo de dicha población ya que no se cuenta con la experiencia suficiente en el campo de la cirugía, traduciendo esto en un aumento en el índice de morbi-mortalidad en los pacientes antes comentados.

En el Hospital General Fernando Quiróz Guitiérrez de I.S.S.S.T.E., hace 10 años, la población considerada como adulto mayor sometida a procedimiento quirúrgico mayor (electivo o de urgencia) ingresada al servicio de CIRUGIA GENERAL era de 120 según reporte de estadística del hospital, actualmente, para el año 1998 a 1999 es de 332, representando esto un incremento de dicha población del 276.6%.

A pesar de los logros en la técnica moderna, así como en el estilo de vida, nuevos y mejores recursos materiales y humanos para la salud, existen todavía grandes retos que tienen como objetivo contar con una valoración integral del paciente para mejorar sus condiciones generales antes de someterlo a procedimiento quirúrgico con la finalidad de determinar factores que puedan tener serias implicaciones pronosticas mejorando así los índices de morbi-mortalidad postoperatoria en dicha población.

El presente estudio, pretende dar a conocer el manejo actual de los pacientes que están dentro de este grupo de población ingresados al servicio de Cirugía General de nuestro hospital y que fueron sometidos a un procedimiento de cirugía mayor, ya sea electivo o de urgencia, demostrando así que se pueden mejorar las condiciones generales de dichos pacientes traducido esto en el mejoramiento en la atención, costo – beneficio y mejor calidad de vida.

## **MATERIAL Y METODOS:**

Desde marzo de 1998 y durante un periodo de 17 meses, fueron seleccionados todos los casos de pacientes mayores de 60 años quienes fueron sometidos a cirugía mayor, ya sea de manera electiva o de urgencia y que ingresaban al servicio de Cirugía General del Hospital General DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ, I.S.S.S.T.E. Dicho Hospital es de tipo integrado y multidisciplinario con la participación de los servicios de Cirugía General, Oncología, Coloproctología y Gastroenterología. Los criterios de selección y exclusión se citan a continuación:

### ***CRITERIOS DE INCLUSION:***

- Pacientes mayores de 60 años de ambos sexos sometidos a procedimiento quirúrgico mayor de Marzo de 1998 al mes de Agosto de 1999 y que ingresaron al servicio de Cirugía General del Hospital General Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez del I.S.S.S.T.E.
- Pacientes mayores de 60 años sometidos a procedimiento quirúrgico mayor tanto de manera electiva como de urgencias.
- Pacientes mayores de 60 años ambos sexos quienes hayan sido sometidos a procedimiento quirúrgico mayor y que hayan sido registrados en hojas de protocolo quirúrgico.

### ***CRITERIOS DE EXCLUSION:***

- Pacientes no registrados en hoja de protocolo quirúrgico.
- Pacientes no sometidos a tratamiento quirúrgico que cumplan con la edad.
- A todos los pacientes que cumplan con la edad pero que fueron sometidos a procedimiento de cirugía menor/cirugía ambulatoria.
- Pacientes que cumplan con la edad y que fueron sometidos a cirugía mayor pero no dentro del periodo comprendido de Marzo de 1998 al mes de Agosto de 1999.
- Pacientes que cumplan con la edad, en el tiempo establecido pero que no hayan ingresado al servicio de Cirugía General.
- Pacientes que cumplan con la edad, en el tiempo establecido, sometidos a cirugía mayor ya sea de urgencia o de manera electiva pero que no sean del servicio de Cirugía General:

- \* Ginecología
- \* Vascular Periférico
- \* Cardiorácico
- \* Endoscopia
- \* Traumatología y Ortopedia
- \* Otorrinolaringología
- \* Maxilofacial
- \* Cirugía Plástica y Reconstructiva
- \* Oftalmología
- \* Urología

Se ha realizado un estudio retrospectivo basado en las hojas de protocolo quirúrgico (hojas de programación de cirugía) tomadas directamente del servicio de Cirugía General y de Anestesiología, al igual que se recolectó información directamente del expediente del paciente a través del servicio de archivo y estadística del hospital.

## RESULTADOS:

Durante los 17 meses, se estudiaron un total de 332 pacientes, 162 hombres (48.8%) y 170 mujeres (51.2%) con una edad media de 80 años (rango de 60 a 100 años), que por rango de edad corresponde a: 96 de 60 a 64 años (24.7%), 90 pacientes de 65 a 69 años (23.1%), 81 pacientes de 70 a 74 años (20.8%), 48 de 75 a 79 años (12.4%), 37 pacientes de 80 a 84 años de edad (9.5%), 28 pacientes de 85 a 89 años de edad (7.2%) y por último, 9 pacientes de 90 a 100 años, que corresponden al 2.3% de la población total por grupo de edad corresponde a:

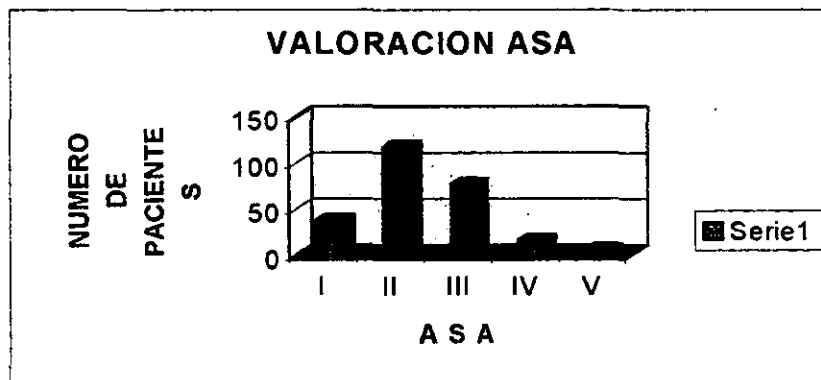
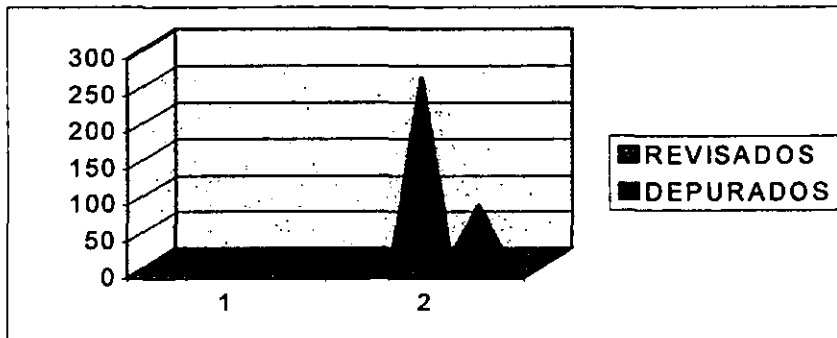
<b>TOTAL DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS</b>	
CIRUGIAS DE URGENCIA	122
CIRUGIAS ELECTIVAS	267
	389

## GRUPO DE EDAD

EDAD	TOTAL	%
60-64	96	24.7
65-69	90	23.1
70-74	81	20.8
75-79	48	12.4
80-84	37	9.5
85-89	28	7.2
90 y mas	9	2.3
TOTAL	389	100



Durante ése lapso de tiempo, se efectuaron un total de 389 procedimientos quirúrgicos mayores, de los cuales 122 (31.4%) correspondieron a cirugía de urgencia y 267 (68.6%) a cirugía electiva. Se revisaron un total de 253 expedientes (76.2%) del total de pacientes estudiados (332) de donde se obtuvo información como: Valoración ASA, tiempo quirúrgico, patologías asociadas, hallazgos incidentales durante las cirugías efectuadas, factores de riesgo, complicaciones, causa de muerte (cuando correspondían), tiempo transcurrido entre la fecha de la cirugía y la defunción. Se encontraron 79 expedientes (23.8%) depurados. (253 + 79 = 332 pacientes). La valoración ASA otorgada durante la cirugía de los 253 pacientes, corresponde a la siguiente proporción: 14.6% (37) a ASA I, 46.2% (117) a ASA II, 30.5% (77) a ASA III, 6.3% (16) a ASA IV y el 2.3% (6) a ASA V.



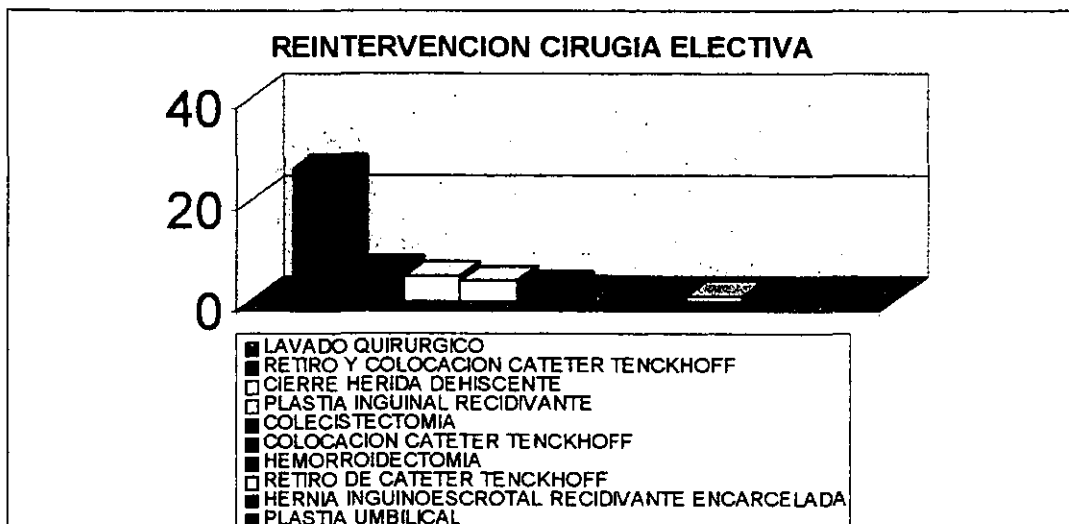
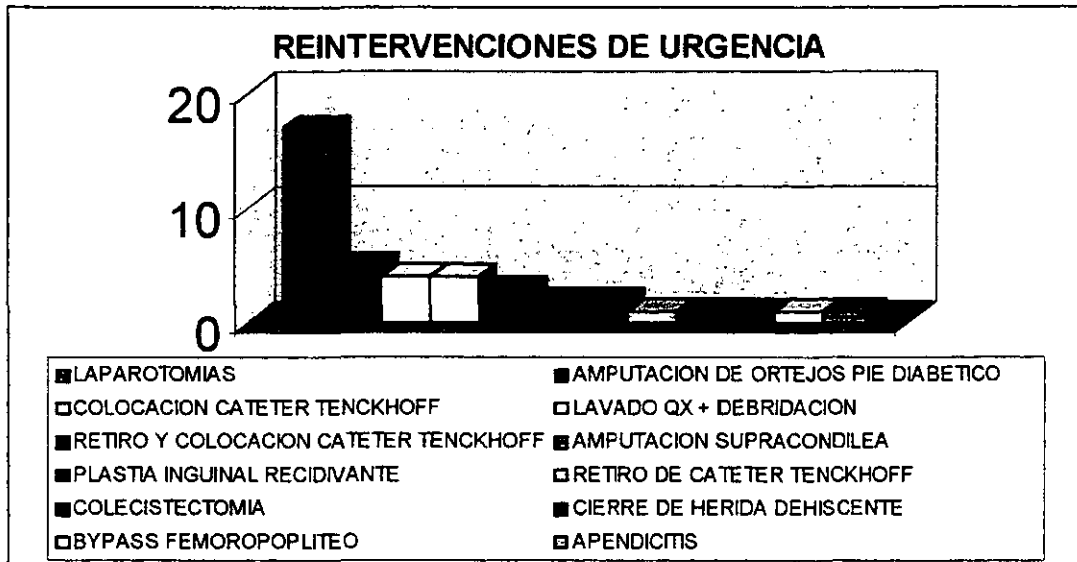
EXPEDIENTES DEPURADOS VS. REVISADOS	
REVISADOS	253
DEPURADOS	79
total	332

El tipo de derechohabiente atendido corresponde a 59 trabajador masculino (15.16%), 16 a trabajador femenino (4.11%), 14 a esposa (11.31%), 108 a pensionados (27.77%), 70 a padre del trabajador (18%), 82 a madre del trabajador (21%) y 10 a no derechohabiente.

#### TIPO DE DERECHOHABIENTE

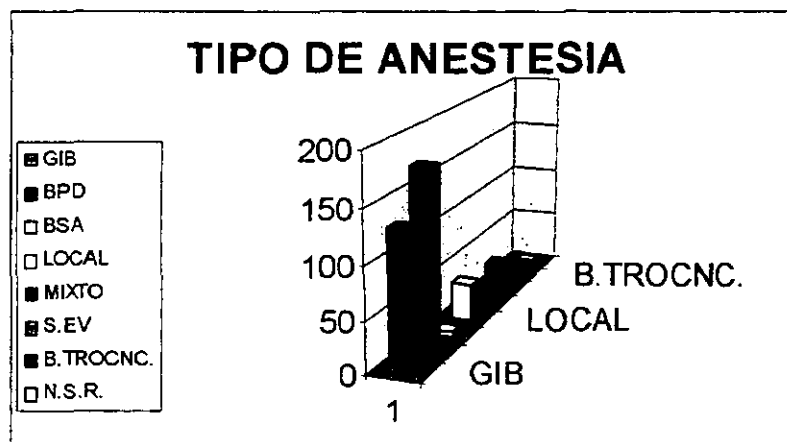
TRABAJADOR	59
TRABAJADORA	16
ESPOSA	44
PENSIONADO	108
PADRE	70
MADRE	82
HIJO	0
HIJA	0
NO DERECHOHABIENTE	10

El total de procedimientos realizados en esos 17 meses fueron 389, correspondiendo el 68.6% (267) a CIRUGIAS ELECTIVAS y el 32.4% (122) a CIRUGIAS DE URGENCIA. Los pacientes intervenidos quirúrgicamente corresponden a 332, de los cuales 35 pacientes fueron reintervenidos (275) . Las reintervenciones fueron en número de 92, correspondiendo al 54.4% (50) a la reintervención efectuada de manera electiva, siendo las 5 principales causas: Lavado quirúrgico (25), retiro y colocación de cateter de Tenckhoff (6), cierre de herida dehiscente (5) , plastía inguinal recidivante (4) y colecistectomía (3). El 45.6% (42) corresponde a la reintervención efectuada de manera de urgencia, siendo las 7 primeras causas: Laparotomías (17), amputación de orfejos por pie diabético (5), colocación de cateter de Tenckhoff (4), lavado quirúrgico + debridar material necrótico (4), retiro y colocación de cateter de Tenckhoff (3), amputación supracondílea (2) y plastía inguinal recidivante (2).

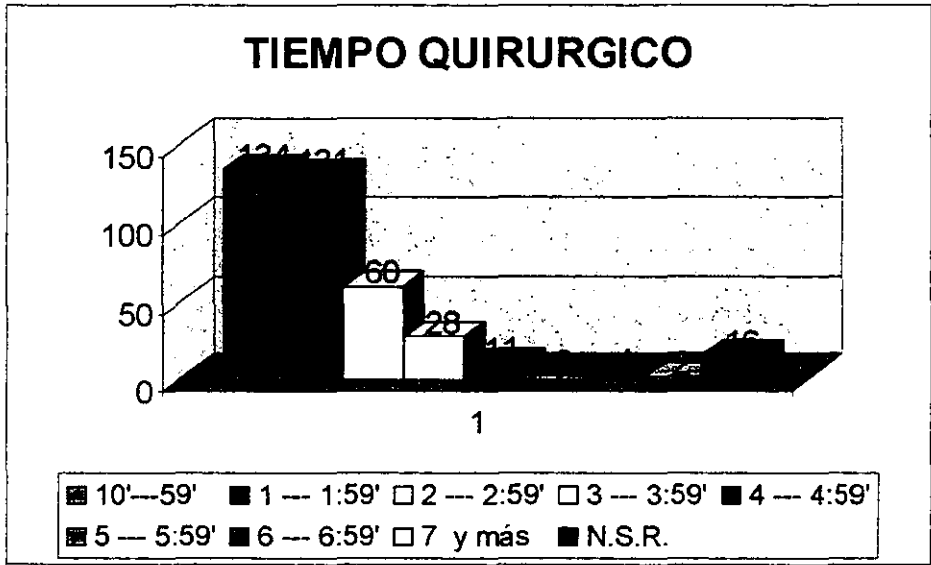


La relación de los procedimientos quirúrgicos globales por sexo, de un total de 389 procedimientos efectuados, el 51.15% corresponde al sexo MASCULINO y el 48.85% al FEMENINO, observando. En el tipo de anestesia empleada para todos los procedimientos quirúrgicos efectuados (389), corresponde al 33.7% (131) a la ANESTESIA GENERAL INHALATORIA BALANCEADA, BLOQUEO PERIDURAL AL 44.5% (173), BLOQUEO SUBARACNOIDEO al 1.3% (5), ANESTESIA LOCAL al 9.3% (36), MIXTO (AGIB + BPD) 12 casos (3.1%), SEDACION ENDOVENOSA al 7.5% (29), BLOQUEO TRONCULAR al 0.2% y solo en 2 casos NO SE REPORTO el procedimiento aplicado (0.4%).

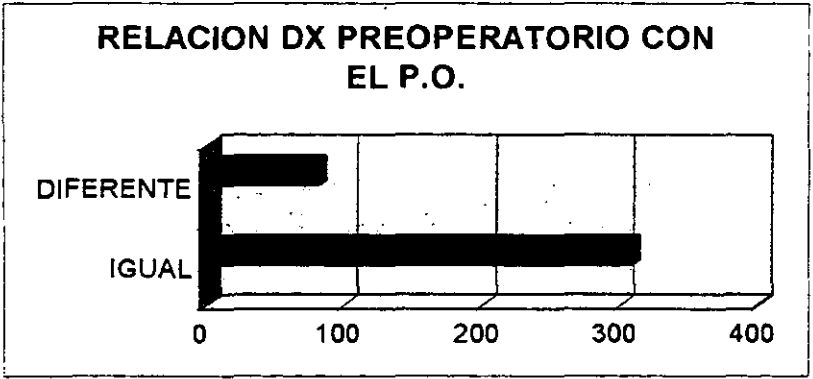
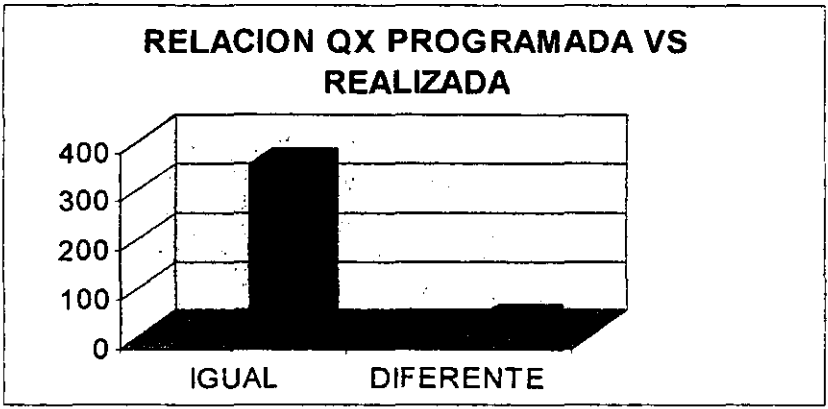
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS GLOBALES POR SEXO		
MASCULINO	199	51.15%
FEMENINO	190	48.85%
total	389	100.00%



El tiempo quirúrgico se agrupo de la siguiente manera: aquellos en que la cirugía duró de 10 a 59 minutos (134 = 34.4%), de 1 hora a 1:59 (131 = 33.6%), de 2 horas a 2:59 (60 = 15.4%), de 3 horas a 3:59 (28 = 7.2%), de 4 horas a 4:59 (11 = 2.8%), de 5 horas a 5:59 (3 = 0.8%), de 6 horas a 6:59 (4 = 1%) y de 7 horas a más al 0.5% . El porcentaje restante (4.3% que corresponde a las 16 cirugías dando un total de 389 procedimientos) no se reportaron en las hojas correspondientes.



La relación entre el diagnóstico preoperatorio con el diagnóstico postoperatorio fue igual en el 79.2% de los casos (308) y diferente en el 20.8 % (81). La proporción de la relación entre la cirugía programada con la realizada fue igual en el 90.42% de los casos (353) y diferente en el 9.25% (36).

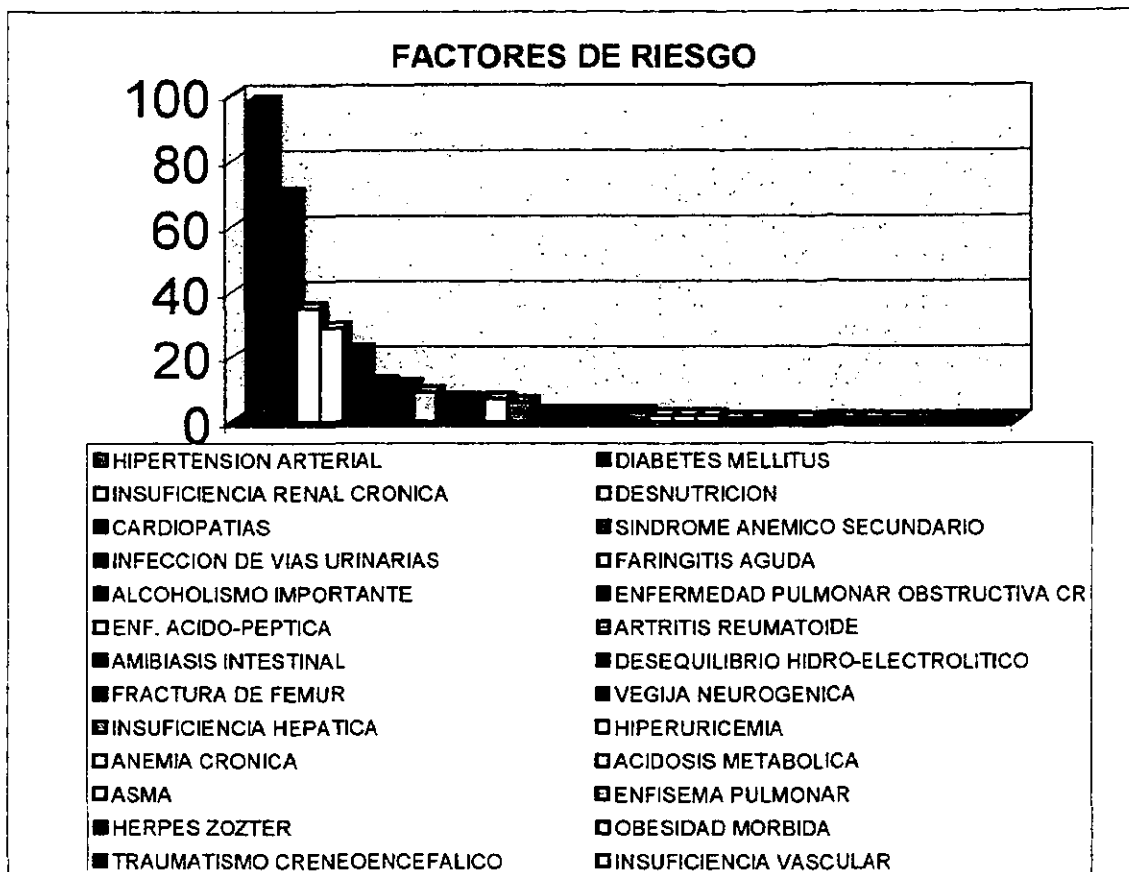


A continuación se presenta una tabla que expone las patologías asociadas en los pacientes (253) que fueron sometidos a procedimiento quirúrgico en el lapso de tiempo determinado y en los que no se encontraron depurados sus expedientes.

<b>PATOLOGIAS ASOCIADAS</b>	
H.A.S.	98
D.M.-II	69
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	35
SINDROME ANEMICO	29
ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA	12
INSUFICIENCIA CARDIACA	11
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	11
OSTEOARTROSIS	9
ARTRITIS REUMATOIDE	9
DESNUTRICION	7
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	7
INFECCION DE VIAS URINARIAS	7
DESEQUILIBRO HIDROELECTROLITICO	6
INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA	5
ASMA BORNQUIAL	4
CARDIOPATIA ISQUEMICA	4
DERRAME PLEURAL	4
INSUFICIENCIA HEPATICA	3
HIPERURICEMIA	3
ANEMIA CRONICA	3
OBESIDAD MORBIDA	3
ANGINA DE PECHO	3
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO	3
FIBRILACION AURICULAR	2
ACIDOSIS METABOLICA	2
FARINGITIS AGUDA	2
TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFALICO	2
INSUFICIENCIA ARTERIAL	2
CARDIOPATIA MIXTA	2
CA PANCREAS	2
NEUMONIA	2
D.M.-I	1
HIPOACUSIA	1
ESQUIZOFRENIA	1

ALCOHOLISMO IMPORTANTE	1
ESTRABISMO	1
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	1
PANCREATITIS AGUDA	1
NEUROPATIA DIABETICA	1
CISTICERCOSIS CEREBRAL	1
AMIBIASIS INTESTINAL	1
FRACTURA DE FEMUR	1
NEUMOTORAX	1
DEPRESION MAYOR	1
VEJIGA NEUROGENICA	1
ESCLERODERMIA	1
ENFISEMA PULMONAR	1
HERPES ZOZTER	1
ARRITMIA VENTRICULAR	1
CIRROSIS HEPATICA	1
TRASTORNO DE ANSIEDAD ORGANICO	1
ENFERMEDAD DE GRAVES	1
VARICES ESOFAGICAS	1
INSUFICIENCIA VERTEBRO-BASILAR	1
SINDROME DE FORUNIER	1
POLICITEMIA	1
ARTRITIS PSORIASICA	1
ARTRITIS GOTOSA	1
EPILEPSIA	1

Acontinuación se expone una tabla que muestra los factores de riesgo encontrados en los pacientes estudiados, dichos datos se tomaron de los expedientes (253 pacientes).



La presente tabla expone las 76 diferentes cirugías efectuadas y el número de veces que se efectuaron dichos procedimientos, dando un total de 389.

<b>CIRUGIAS REALIZADAS:</b>	
RETIRO Y COLOCACION CATETER TENCKHOFF	9
APENDICECTOMIA	8
AMPUTACION ORTEJOS POR PIE DIABETICO	7
RETIRO DE CATETER TENCKHOFF	6
LAVADO QUIRURGICO + DEBRIDACION	6
CIERRE DE HERIDA QUIRURGICA	5
PLASTIA DE PARED	5
PLASTIA INGUINAL BILATERAL CON MALLA	5
VAGOANTRECTOMIA + GASTRO-YEYUNO ANASTOMOSIS "Y" ROUX	5
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	47
HEMORROIDECTOMIA	4
FUNDUPLICATURA + PLASTIA DE HIATO	4
AMPUTACION SUPRACONDILEA	4
PLASTIA HIATO + FUNDUPLICATURA + CCT	4
COLOCACION CATETER TENCKHOFF	36



LAVADO QUIRURGICO	31
PLASTIA INGUINAL	30
PLASTIA UMBILICAL CON COLOCACION DE MALLA MARLEX	3
EXPLORACION VIAS BILIARES	3
CCT + C.T.O. + E.V.B.	3
CCT + PLASTIA DE PARED CON MALLA	3
LAVADO QUIRURGICO Y CIERRE DE HERIDA	3
PLASTIA INGUINAL CON COLOCACION DE MALLA	24
PLASTIA DE PARED CON MALLA	21
PLASTIA UMBILICAL Y DE PARED	2
TALLA SUPRAPUBICA	2
TIROIDECTOMIA TOTAL	2
TOMA Y APLICACIÓN DE INJERTO	2
RESECCION TUMOR CERVICAL	2
GASTRECTOMIA TOTAL + ESOFAGOYEUANO ANAST. + VAGOTOMIA	2
FUNDUPLICATURA + CCT	2
EXPLORACION INGUINAL	2
HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA	2
RESECCION LIPOMA	2
COLECISTECTOMIA	19
CCT + C.T.O.	16
CCT + E.V.B.	10
PLASTIA UMBILICAL	10
COLECTOMIA TOTAL + ILEO-RECTO ANAST + PLASTIA DE PARED	1
RESECCION DE NEVO	1
PROSTATECTOMIA	1
RESECCION ABDOMINOPERINEAL	1
ORQUIECTOMIA	1
CCT + VAGOANTRECTOMIA + PILOROPLASTIA + NISSEN+ PLASTIA HIATO	1
ANTRECTOMIA + VAGOTOMIA TRONCULAR	1
PLASTIA UMBILICAL + COLOCACION CATETER TENCKHOFF	1
PROSTATECTOMIA + HIDROCELECTOMIA	1
DRENAJE HEMATOMA + EXPLORACION PLASTIA + ORQUIECTOMIA	1
CCT + C.T.O. + PLASTIA UMBILICAL	1
DESMANTELAMIENTO + FUNDUPLICATURA + PLASTIA DE PARED	1
PLASTIA UMBILICAL + RETIRO DE CATETER TENCKHOFF	1
FISTULECTOMIA + HEMORROIDECTOMIA	1
DRENAJE ABSCESO RENAL + NEFRECTOMIA	1
EXPLORACION DE CUELLO	1
APLICACIÓN DE SONDA DE YEYUNOSTOMIA	1
CCT + C.T.O. + PLASTIA INGUINAL	1
PLASTIA INGUINOESCROTAL CON MALLA	1
ESPLENECTOMIA	1
PLASTIA DE HIATO BELSEY-MARCK	1
DRENAJE ABSCESO ESCROTAL + HEMORROIDECTOMIA	1
RESECCION GRANULOMA ABDOMINAL	1
BYPASS FEMOROPOPLITEO CON COLOCACION DE INJERTO	1
VAGOTOMIA + PILOROPLASTIA + ULCEROTOMIA	1
RESECCION DE MUCOSA RECTAL	1

E.V.B. + DERIVACION COLEDOCO-YEYUNAL EN "Y" ROUX	1
AMPUTACION TRANSMETATARZIANA	1
PLASTIA HIATO + FUNDUPLICATURA + ESPLENECTOMIA	1
CARDIOMIOTOMIA TIPO HELLER	1
SIMPATECTOMIA	1
FISTULECTOMIA	1
BIOPSIA MAMARIA EXCISIONAL	1
BIOPSIA DE GLUTEO EN CUÑA	1
VAGOANTRECTOMIA + GASTRO-YEYUNO ANASTOMOSIS "Y" ROUX + CCT	1
PLASTIA INGUINAL Y UMBILICAL	1
PLASTIA INGUINAL + PLASTIA DE PARED	1
CCT + VAGOTOMIA + PILOROPLASTIA + APENDICECTOMIA	1

Los diagnósticos finales de los pacientes sometidos a cirugía, se revelan en la siguiente tabla, mostrando también el número de diagnósticos encontrados.

<b>DIAGNOSTICOS</b>	
IRC EN FASE TERMINAL	36
ABDOMEN AGUDO	32
HERNIA INGUINAL DERECHA	24
CCL	23
HERNIA INGUINAL IZQ	20
CATETER TENCKHOFF DISFUNCIONAL	15
HERNIA UMBILICAL	14
HERNIA POSTINCISIONAL	13
EVISGERACION	12
APENDICITIS AGUDA	10
HERNIA ING BILATERAL	10
PIE DIABETICO IZQ	7
ABSCESO ESCROTAL	7
ABSCESO PERIANAL	7
CCL + COLEDOCOLITIASIS	6
CELULITIS ANTEBRAZO IZQ	6
CCL + HIDROCOLECISTO	5
CCL + PIOCOCLECISTO	5
ESCARAS POR DECUBITO INFECTADAS	5
DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA	5
ULCERA GASTRICA	5
ENFERMEDAD HEMORROIDAL	4
HERNIA ING IZQUIERDA RECIDIVANTE	4
ABSCESO GLUTEO BILATERAL	4
HERNIA HIATAL	4
TUMOR ABDOMINAL	3
ABDOMEN AGUDO + NEUMOTORAX	3

CCA	3
ERGE + HERNIA HIATAL	3
CCL + HERNIA UMBILICAL	3
TUMOR REGION CERVICAL	3
SEPSIS DEL MUÑON	3
RETENCION AGUDA DE ORINA	2
HIDROCOLECISTO	2
COLEDOCOLITIASIS PRIMARIA	2
SINDROME DE FOURNIER	2
HERNIA INGUINO-ESCROTAL ENCARCELADA DER	2
ADENOCARCINOMA GASTRICO	2
HERNIA DE PARED	2
INSUFICIENCIA ARTERIAL M.P.	2
INSUFICIENCIA VENOSA + PIE DIABETICO	2
HERNIA INGUINAL DER RECIDIVANTE	2
ERGE + HERNIA HIATAL + CCL	2
CA COLON	1
NEVO CUTANEO	1
HERNIA UMBILICAL Y DE PARED UMBILICAL	1
HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA	1
ULCERA BOCA ANASTOMOTICA G-Y ANASTOMOSIS	1
CA DE RECTO	1
CRIPOTORQUIDIA	1
ABSCESO DE RODILLA	1
HERNIA INGUINO-ESCROTAL ENCARCELADA IZQ	1
HERIDA QUIRURGICA EN RODILLA DER	1
TRONBOSIS VENOSA PROFUNDA EN MIEMBRO PELVICO	1
TUMORACION INGUINAL	1
CCL + HERNIA ING DERECHA RECIDIVANTE	1
CCL + ULCERA GASTRICA	1
HERNIA HIATAL + ESOFAGITIS	1
ABSCESO PERIRRECTAL ANTERIOR	1
ESTENOSIS PILORICA POR PROCESO ULCEROCICATRIZAL	1
DIASTASIS DE RECTOS	1
CCA + POLIPO VESICULAR	1
IRC EN FASE TERMINAL + HERNIA UMBILICAL	1
CCL + HERNIA POSTINCISIONAL	1
HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA + HIDROCELE	1
HEMATOMA ESCROTAL POST QUIRURGICO	1
ERGE + FUNDUPLICATURA INCOMPETENTE	1
HERNIA UMBILICAL + RETIRO CATETER TENCKHOFF	1
TRAUMATISMO CERRADO DE ABDOMEN	1
HERNIA HIATAL + CCL	1
ABSCESO RENAL	1
SECUELAS E.V.C. + SONDA NASOYEYUNAL DISFUNCIONAL	1

VOLVULUS DE SIGMOIDES	1
POLIPO GASTRICO + DISPLASIA GASTRICA	1
DISKINECIA VESICULAR + HERNIA UMB.+ DIASTASIS RECTOS	1
ENFERMEDAD DIVERTICULAR IZQ	1
HIPERESPLENISMO	1
BOCIO MULTINODULAR	1
ESTENOSIS PROXIMAL DE COLEDOCO + COLANGIOMIOMA	1
GRANULOMA DE PARED ABDOMINAL	1
CA RECTOSIGMOIDEO	1
HERNIA UMBILICAL ENCARCELADA Y ESTRANGULADA	1
ENFERMEDAD HEMORROIDAL + FISTULA PERIANAL	1
INSUFICIENCIA ARTERIAL + PIE DIABETICO	1
ULCERAS VARICOSAS INFECTADAS	1
ULCERA DUODENAL	1
ESTENOSIS DE BOCA DE G-Y ANASTOMOSIS	1
HERNIA INGUINAL + HERNIA UMBILICAL	1
NECROSIS M.P.	1
RECTOCELE	1
SX ICTERICO OBSTRUCTIVO + CA CABEZA PANCREAS	1
DISKINECIA VESICULAR	1
CCA + HIDROCOLECISTO	1
HERNIA HIATAL + ULC.GASTRICA + HIPERESPLENISMO + INSUF.MEDULAR	1
ACALASIA	1
HERNIA ING DER RECIDIVANTE + HERNIA POSTINCISIONAL	1
HERIDA QUIRURGICA INFECTADA	1
HERNIA UMBILICAL + HERNIA POSTINCISIONAL	1
LIPOMA SUBCAPSULAR	1
FISTULA RECTOPERINEAL	1
HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN POR INSTRUMENTO PUNZOCORTANTE	1
LIPOMA M.P.	1
ABSCESO ABDOMINAL RESIDUAL	1
FIBROADENOMA MAMARIO	1
TUMORACION GLUTEA	1
COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL	1
CCL + PICOLECISTO + TUMOR EN COLEDOCO	1

Los hallazgos incidentales en las cirugías que se realizaron de forma electiva así como las que se efectuaron de urgencia se exponen a continuación

**HALLAZGOS INCIDENTALES EN LAS CIRUGIAS****URGENCIA**

PERFORACION DE I.D.	3
OCLUSION INTESTINAL SECUNDARIO A MULTIPLES ADHERENCIAS	3
TROMBOSIS MESENTERICA	2
ADENOCARCINOMA DE COLON	2
PANCREATITIS	2
HEMOPERITONEO	2
PERFORACION DE COLON	2
CA DE HIGADO	2
LIQUIDO DE ASCITIS	1
OSTEOMIELITIS	1
TUMOR DE BAZO	1
ILEITIS INESPECIFICA	1
QUISTE DE OVARIO	1
PERITONITIS POR HIPOPROTEINEMIA	1
ABSCESO PELVICO + CCL	1
ABSCESO DE PARED	1
HERNIA UMBILICAL ENCARCELADA	1
DOLICOMEGALOSIGMA	1
BILIPERITONEO	1
CA DE PANCREAS	1
TEXTILOMA	1
HEMATOMA MUSCULO RECTO ANTERIOR	1
VOLVULUS + BILIPERITONEO	1

**ELECTIVA**

CIRROSIS HEPATICA	4
HERNIA UMBILICAL	3
LINFOMA NO HODGKING	2
CCL	2
ENFERMEDAD DIVERTICULAR + DIVERTICULITIS	1
CISTADENOMA MUCINOSO DE APENDICE	1
ADENOCARCINOMA DE RECTO	1
ATROFIA TESTICULAR	1
FISTULA COLECISTO-YEYUNAL	1
QUISTE DE OVARIO	1
MULTIPLES ADHERENCIAS	1
HEMANGIOMA CAVERNOSO	1
METAPLASIA OSEA	1
CISTADENOMA SEROSO DE OVARIO	1
CISTADENOMA DE CORDON ESPERMATICO	1

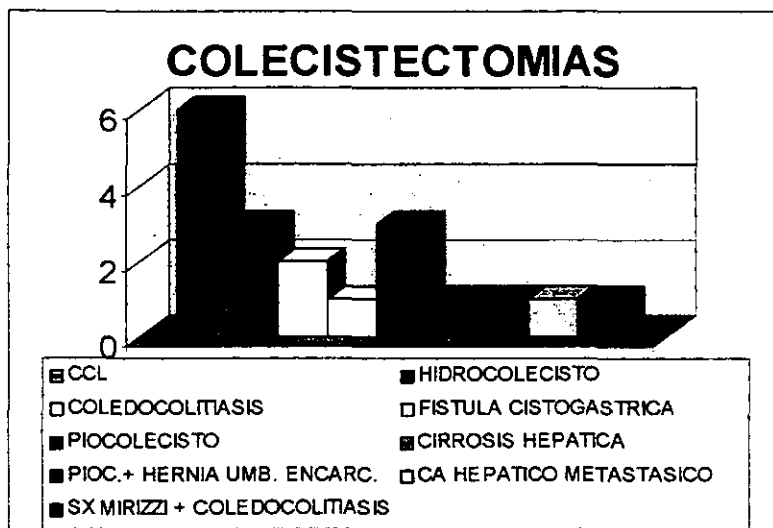
CA HEPATICO	1
BAZOS ECTOPICOS	1
ESTENOSIS COLEDOCIANA	1
SINDROME DE MIRIZI	1
METS A PANCREAS,BAZO,DUODENO,ESOFAGO,DIAFRAGMA,PELVIS.	1
ADENOCARCINOMA DE COLON	1
HIDROCELE + HERNIA UMBILICAL	1

Se realizaron 47 laparotomías Exploradoras tanto de manera electiva como de urgencia, de esta última se encontro que el mayor porcentaje corresponde a OCLUSION INTESTINAL 2º. A MULTIPLES ADHERENCIAS (5), perforación de intestino delgado (5), apendicitis complicada (4), hemoperitoneo (3), trombosis mesentérica (3), CA hepático (2), hernia interna + múltiples adherencias (2). De las laparotomías exploradoras efectuadas de forma electiva se encontró PROLAPSO UTERINO (1), hernia inguinal bilateral encarcelada + cistadenoma apendicular (1) y cistadenoma mucinoso de ovario + hernia umbilical (1).

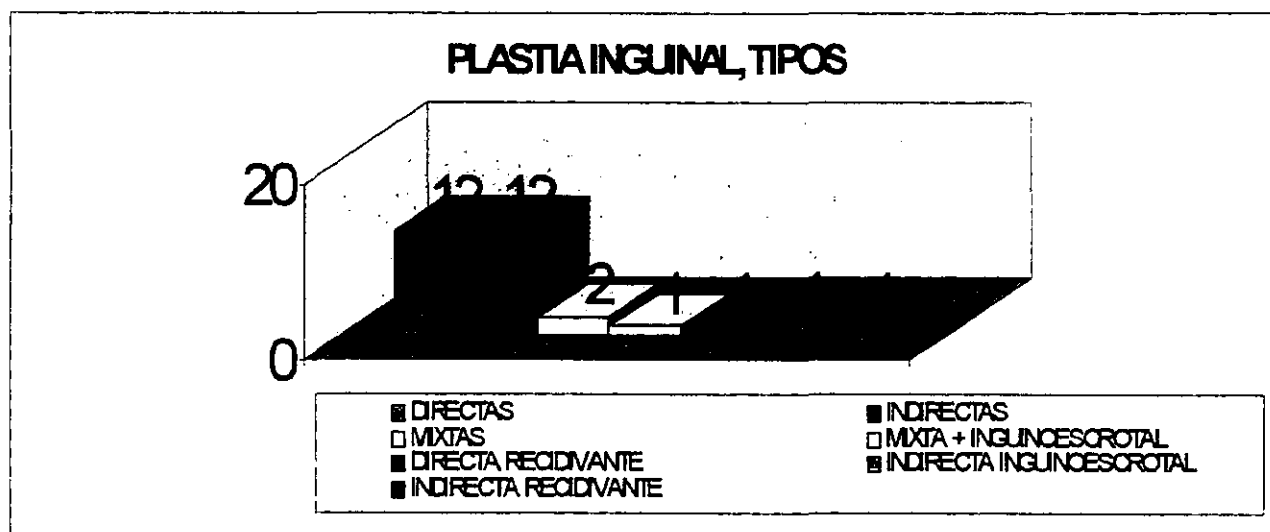
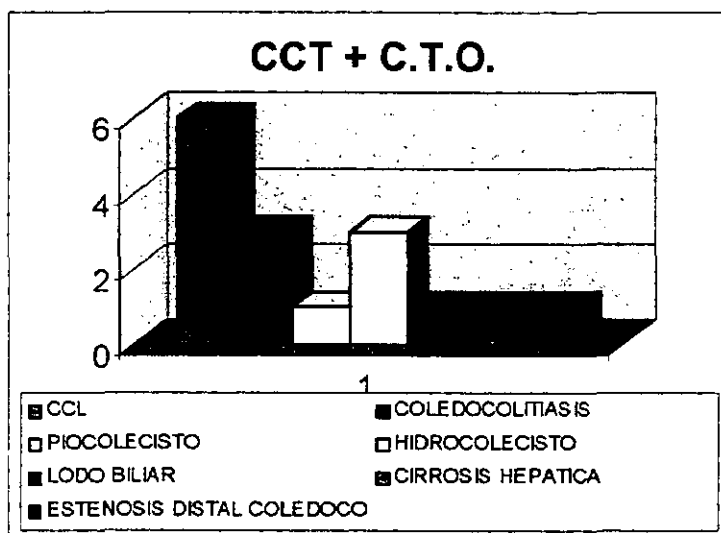
<b>HALLAZGOS EN LAS LAPAROTOMIAS</b>	
<b>URGENCIA</b>	
OCLUSION INTESTINAL 2º. MULTIPLES ADHERENCIAS	5
PERFORACION DE INTESTINO DELGADO	5
APENDICITIS COMPLICADA	4
HEMOPERITONEO	3
TROMBOSIS	3
CA HEPATICO	2
HERNIA INTERNA + MULTIPLES ADHERENCIAS	2
ABSCESO PELVICO	1
ABSCESO PELVICO + CCL + ULCERA GASTRICA PERFORADA	1
ABSCESO PERIDIVERTICULAR COLONICO	1
BILIPERITONEO	1
CA PANCREAS	1
CA SIGMOIDES	1
DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS + TROMBOSIS MESENT.	1
DOLICOMEGALOSIGMA	1
HEMATOMA MUSCULO RECTO ANTERIOR	1
PANCREATITIS EDEMATOSA + ILEO SECUNDARIO	1
PANCREATITIS EDEMATOSA + OCLUSION INTESTINAL	1
PERF. ILEON + DEHISCENCIA ANAST + PERITONITIS QUIMICA	1
PERFORACION DE COLON	1
PERITONITIS HIPOPROTEINEMICA	1
QUISTE DE OVARIO IZQ	1
TEXTILOMA	1
TUMOR DE BAZO	1
ULCERA GASTRICA PERFORADA	1

VOLVULUS + BILIPERITONEO	1
<b>ELECTIVA</b>	
PROLAPSO UTERINO	1
HERNIA ING BILAT. ENCARCELADA + CISTADENOMA APENDICE	1
CISTADENOMA MUCINOSO OVARIO + HERNIA UMBILICAL	1

Se efectuaron 19 colecistectomías simples, encontrando el mismo diagnóstico en 6 de los 19 casos, que corresponde al 31.6%, hidrocolecisto al 15.8% (3), coledocolitiasis al 10.5% (2), fistula cisto-gástrica al 5.2% (1), piocolecisto al 15.8% (3). Se encontró un caso de cada uno de las siguientes entidades, que corresponden al 5.2%: cirrosis hepática, piocolecisto + hernia umbilical encarcelada, CA hepático metastásico y síndrome de Mirizzi.



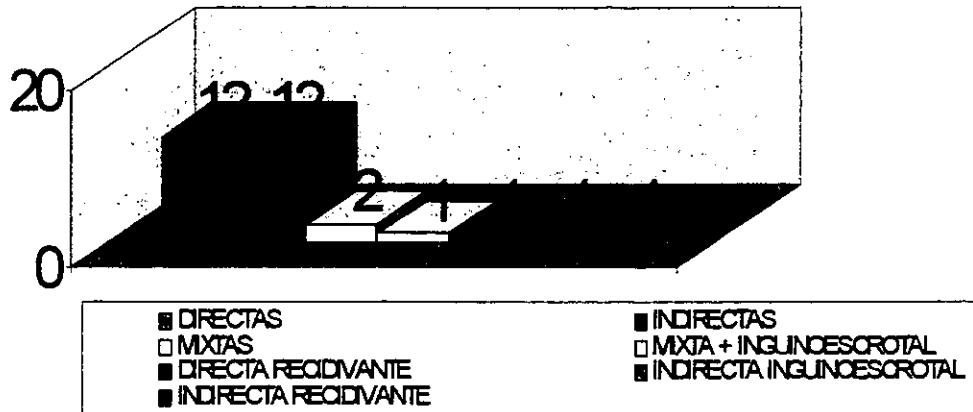
En las colecistectomías programadas con COLANGIOGRAFIA TRANS - OPERATORIA (CCT + C.T.O.) fueron 16 las efectuadas en total, encontrándose el mismo diagnóstico en 6 casos (37.5%), coledocolitiasis e hidrocolecisto en 3 casos en cada uno (18.7%), y el 6. 2% corresponde a cada uno de los siguientes hallazgos: piocolecisto, lodo biliar, cirrosis hepática, estenosis distal de colédoco.



Se efectuaron 30 plastias inguinales simples, que de acuerdo al lado de aparición 16 (53.3%) corresponden al lado IZQUIERDO y 14 (46.7%) al DERECHO. Del tipo de hernia encontrada, las directas y las indirectas corresponden a un 40% (12 casos de cada uno), las mixtas (2 casos ) al 6.6% y a la Directa recidivante, mixta+ hernia inguinoescrotal, Indirecta recidivante al 3.3 % (1 caso de cada uno). La plastía simple efectuada fue 15 tipo Mc Vay (50%), 14 Mc Vay + Bassinni (46.6%) y una tipo Linsteinten (3.4%). + hernia inguinoescrotal, Indirecta recidivante al 3.3 % (1 caso de cada uno). La plastía simple efectuada fue 15 tipo Mc Vay (50%), 14 Mc Vay + Bassinni (46.6%) y una tipo Linsteinten (3.4%).

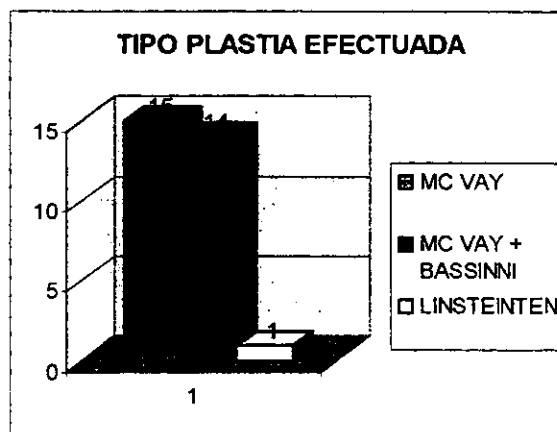


### PLASTIA INGUINAL, TIPOS

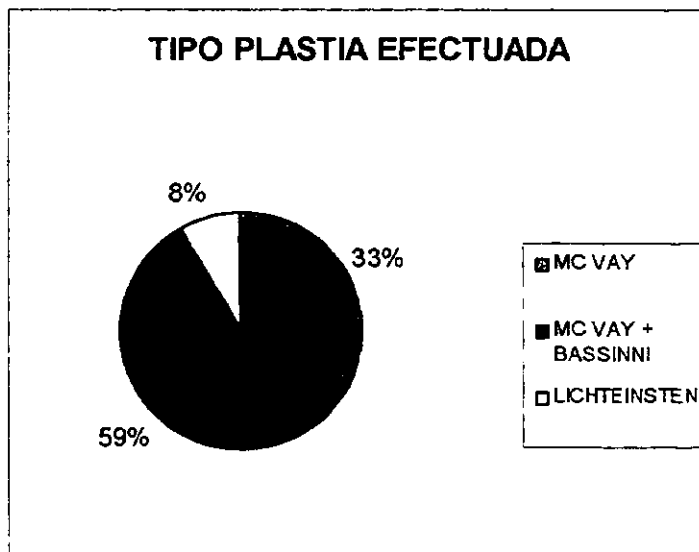
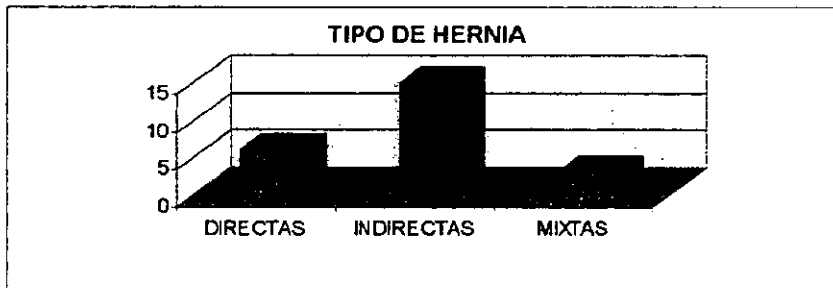
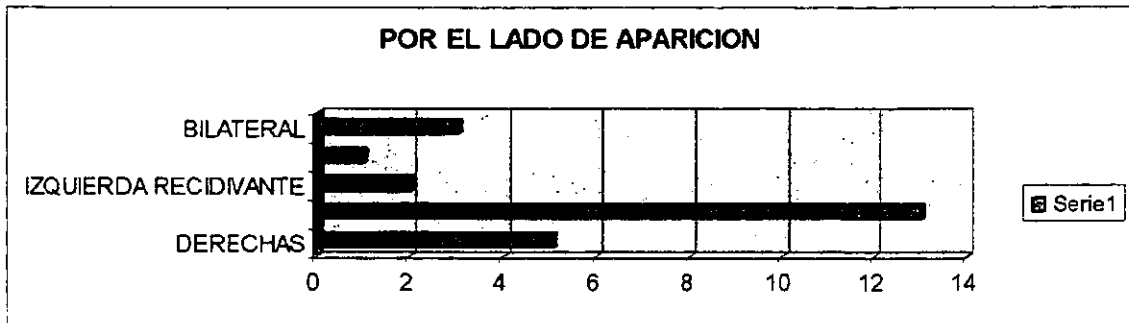


Se efectuaron 30 plastias inguinales simples, que de acuerdo al lado de aparición 16 (53.3%) corresponden al lado IZQUIERDO y 14 (46.7%) al DERECHO. Del tipo de hernia encontrada, las directas y las indirectas corresponden a un 40% (12 casos de cada uno), las mixtas (2 casos) al 6.6% y a la directa recidivante, mixta+ hernia inguinoescrotal, indirecta recidivante al 3.3 % (1 caso de cada uno). La plastía simple efectuada fue 15 tipo Mc Vay (50%), 14 Mc Vay + Bassinni (46.6%) y una tipo Linsteinten (3.4%). + hernia inguinoescrotal, Indirecta recidivante al 3.3 % (1 caso de cada uno). La plastía simple efectuada fue 15 tipo Mc Vay (50%), 14 Mc Vay + Bassinni (46.6%) y una tipo Linsteinten (3.4%).

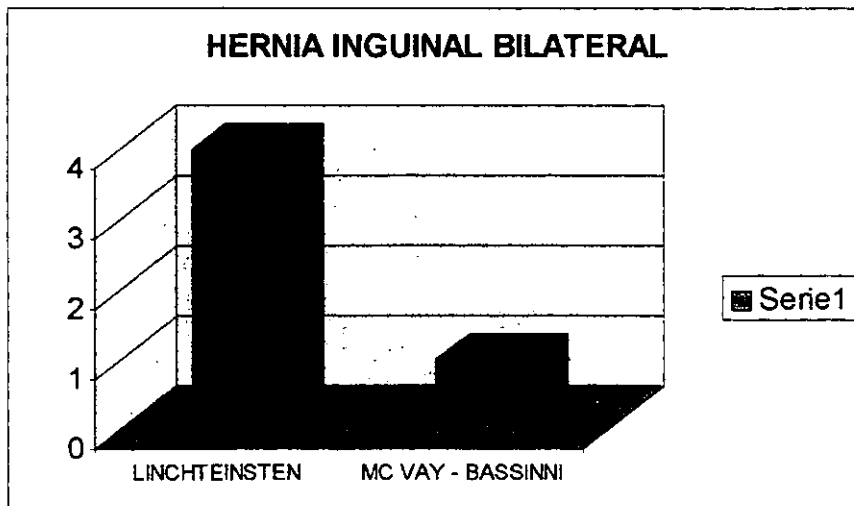
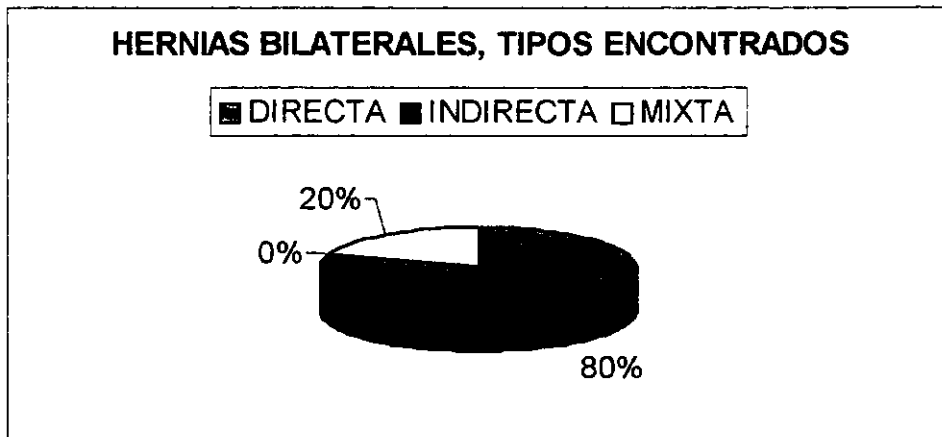
### TIPO PLASTIA EFECTUADA



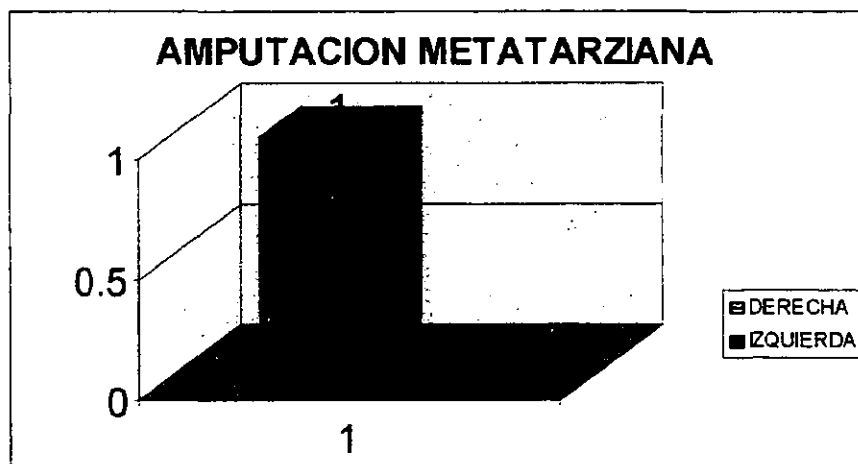
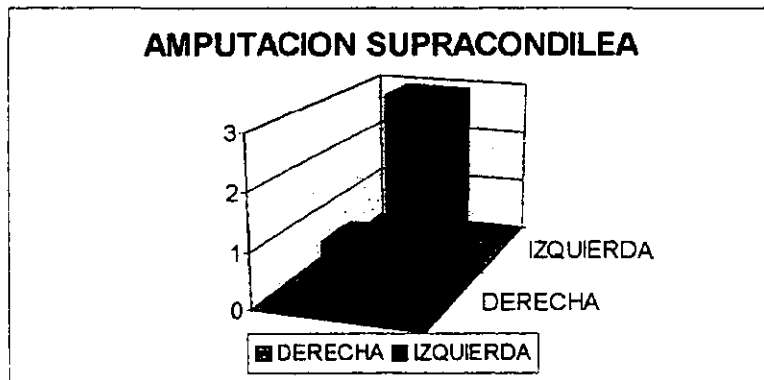
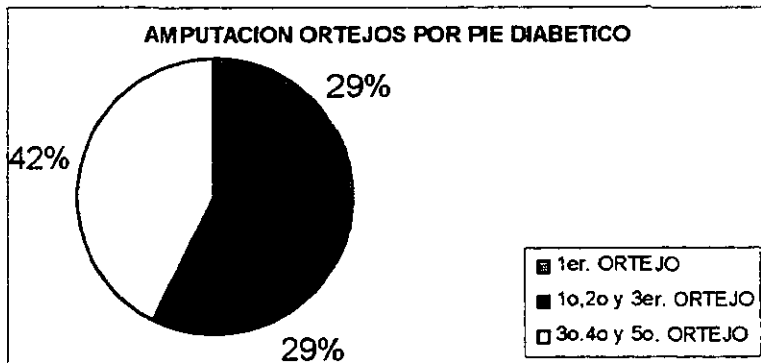
Se realizaron 24 plastías con colocación de malla marlex, que por su lado de aparición el 54.1% (13) corresponden al lado IZQUIERDO, el 20.8% (5) al DERECHO, 12.5 % (3) a las BILATERALES , el 8.3% (2) a la IZQUIERDA RECIDIVANTE y el 4.1% (1 caso) a la IZQUIERDA primaria. En el tipo de hernia encontrada, la Indirecta representa el 62.5% (15), Las Directas al 25% (6) y las Mixtas al 12.5% (3). Las plastías efectuadas en este tipo de Hernias fueron: 14 Mc Vay + Bassinni (58.3%), 8 tipo Mc Vay (33.3%) y 2 tipo Lichsteinsten (8.4%).



Se llevaron a cabo 5 plastías con colocación de malla marlex en hernias inguinales bilaterales, encontrando que el 80% (4) corresponde a la tipo directa y el 20% (1) a la tipo Indirecta. El tipo de plastía que se efectuó en dichos pacientes, el 80% corresponde a la técnica de Lichteinsten (4 = 80%) y Mc Vay + Bassinni al 20% (1).



Se efectuaron un total de 12 amputaciones, la de ortijos por pie diabético fueron en número de 7, corresponde a la amputación del 1er. Ortejo en el 28.7% (2), a la amputación del 1er. 2º. 3º. Ortejo al 28.7% (2) y al 3º. 4º. 5º. Al 42.6% (3). De las amputaciones supracondíleas (4 casos), la amputación del lado IZQUIERO corresponde al 75% (3), la del lado DERECHO al 25% (1 caso). La amputación transmetatarsiana, el único caso efectuado en esta población de pacientes se efectuó del lado DERECHO.

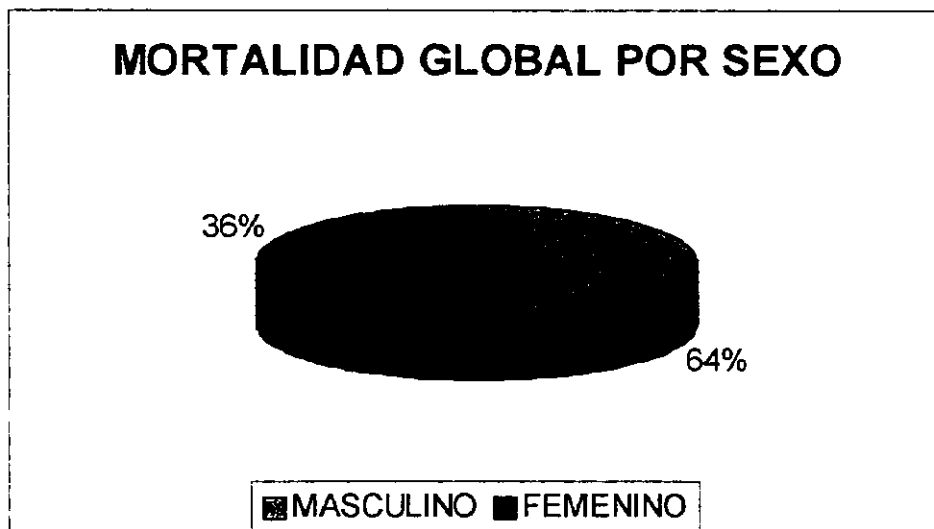
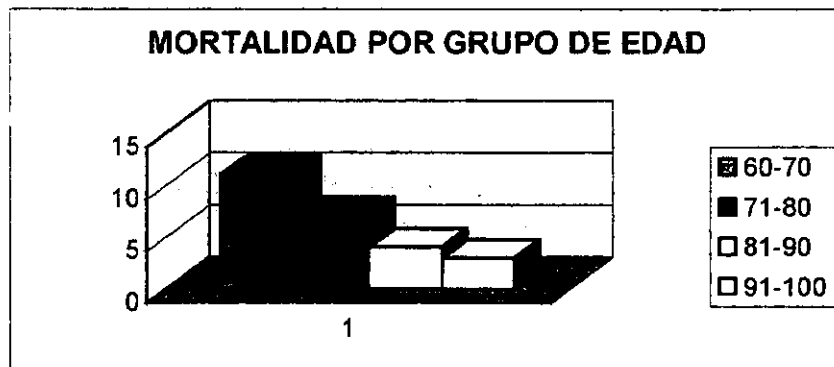


De las complicaciones de las cirugías efectuadas, el 21.4% (12) corresponde a DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRURGICA, el 12.5% (7) corresponde a cada una de las siguientes entidades: dehiscencia de anastomosis intestinal, evisceración, sépsis abdominal e Infección de vías urinarias. El 8.9% (5) corresponde a Infección de la herida quirúrgica, el 5.3% (3) a peritonitis y el 1.7% (1 caso de las siguientes que a continuación se presentan) corresponde a: retención aguda urinaria, absceso residual, absceso de pared abdominal, hematoma de pared abdominal, hemoperitoneo por sangrado del lecho hepático, sangrado por descontrol de la hemostasia, atelectasia pulmonar y tirotoxicosis.

<b>COMPLICACIONES DE LAS CIRUGIAS EFECTUADAS:</b>	
<b>COMPLICACIONES QUIRURGICAS</b>	
DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS	7
DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA	12
EVISCERACION	7
SEPSIS ABDOMINAL	7
PERITONITIS	3
RETENCION AGUDA URINARIA	1
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	5
ABSCESO RESIDUAL	1
ABSCESO DE PARED	1
HEMATOMA DE PARED	1
HEMOPERITONEO POR SANGRADO LECHO HEPATICO	1
SANGRADO POR DESCONTROL DE HEMOSTASIA	1
<b>COMPLICACIONES MEDICAS</b>	
ATELECTASIA PULMONAR	1
INFECCION DE VIAS URINARIAS	7
TIROTOXICOSIS	1

La mortalidad global es del 7.5% (25 casos de los 332 pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico), de los cuales el 64% (16) corresponde al sexo masculino y el 36% (9) al sexo femenino. En la causa de muerte en estos pacientes el 17.6% (9) corresponde a choque séptico, el 13.7% (7) a sépsis abdominal, el 11.7% (6) a acidosis Metabólica, el 7.8% (4) corresponde a cada una de las siguientes: desequilibrio hidro-electrolítico, y neumonía. El 3.9% (1) corresponde a cada una de los siguientes: choque cardiogénico, infarto agudo miocárdico, falla orgánica múltiple y oclusión intestinal. El 3.9% (1) corresponde a cada una de las entidades siguientes: Perforación intestinal por dehiscencia de anastomosis intestinal, trombosis mesentérica, peritonitis, gastroenteritis infecciosa, nefropatía isquémica, bloqueo A-V, tromboembolia pulmonar, urosepsis, choque hipovolémico, acidosis respiratoria, neumotorax espontáneo e insuficiencia renal aguda.

Por grupo de edad, el 44% fue de 60 a 70 años, el 28% (7) a 71 – 80 años, el 16% (4) de 81 – 90 años y el 12% (3) corresponde a pacientes de 91 a 100 años. La mortalidad quirúrgica específica es de 0.25 %, el cual fue un caso fue por dehiscencia de anastomosis intestinal. De la mortalidad derivada de los factores de riesgo, el 18.9% (14) corresponde a la hipertensión arterial, el 14.8% (11) a diabetes mellitus, el 12.1% (9) a insuficiencia renal crónica, el 10.8 % (8) a cirugías abdominales previas, el 9.4% (7) a síndrome anémico secundario, el 8.1% (6) a insuficiencia cardíaca, el 5.4% (4) es por hipoproteïnemia por desnutrición, el 2.7% a cada una de ellas (2) por infección de vías urinarias y enfermedad ácido – péptica y el 1.3% corresponde a cada una de las siguientes entidades: pancreatitis, síndrome de Fournier, fractura de fémur, insuficiencia hepática, osteomielitis, Insuficiencia venosa periférica, artritis reumatoide, cardioangiosclerosis, artritis gotosa, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, CA de páncreas.



<b>MORTALIDAD</b>	
<b>CAUSAS:</b>	
CHOQUE SEPTICO	9
SEPSIS ABDOMINAL	7
ACIDOSIS METABOLICA	6
DESEQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLITICO	4
NEUMONIA	4
NECROSIS INTESTINAL	3
CHOQUE CARDIOGENICO	2
INFARTO AGUDO MIOCARDICO	2
FALLA ORGANICA MULTIPLE	2
OCLUSION INTESTINAL	2
PERFORACION INTEST. POR DEHISCENCIA ANASTOMOSIS	1
TROMBOSIS MESENERICA	1
PERITONITIS	1
GASTROENTERITIS INFECCIOSA	1
NEFROPATIA ISQUEMICA	1
BLOQUEO A-V	1
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1
UROSEPSIS	1
CHOQUE HIPOVOLEMICO	1
ACIDOSIS RESPIRATORIA	1
NEUMOTORAX ESPONTANEO	1
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	1

El tiempo transcurrido entre la fecha de la cirugía y la defunción varió; estando dentro de los primeros 19 días: Abdomen agudo + colecistitis crónica alitiásica (1), retiro y colocación de cateter Tenckhoff + I.R.C. en fase terminal (1), abdomen agudo + trombosis mesentérica + oclusión intestinal (2), colocación cateter Tenckhoff + I.R.C. en fase terminal (4), síndrome obstructivo + CA cabeza páncreas (4), síndrome de Fournier + sépsis Abdominal (5), abdomen agudo + apendicitis complicada (7), tumor abdominal (9), retiro y colocación de cateter Tenckhoff (10), abdomen agudo + dehiscencia de anastomosis intestinal (11), abdomen agudo + hernia interna (11), abdomen agudo + oclusión intestinal (11), plastía de pared por hernia postincisional gigante (11), absceso glúteo bilateral + sépsis abdominal (13), estenosis pilórica por proceso ulcero-cicatrizal (16), abdomen agudo + tumor de Bazo (18) y abdomen agudo + trombosis mesentérica (19).

<b>DX Y CIRUGIA</b>	<b>REALIZACION</b>	<b>DEFUNCION</b>	<b>DIAS</b>
ABDOMEN AGUDO + CC ALITIASICA	150798	150898	1
RETIRO Y COLOCACION CATETER TENCKHOFF + IRC TERMINAL	150899	150899	1
COLOCACION CATETER TENCKHOFF + IRC TERMINAL	170399	190399	2
ABDOMEN AGUDO + TROMBOSIS MESENERICA + OCLUSION INTEST.	80799	90799	2
COLOCACION CATETER TENCKHOFF + IRC TERMINAL	40499	80499	4
SX OBSTRUCTIVO + CA CABEZA PANCREAS	280498	20598	4
SX FORUNIER + SEPSIS ABDOMINAL	100898	150898	5
ABDOMEN AGUDO + APENDICITIS COMPLICADA	140199	210199	7
TUMOR ABDOMINAL	290598	80698	9
RETIRO Y COLOCACION CATETER TENCKHOFF + IRC TERMINAL	50399	150399	10
ABDOMEN AGUDO + DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS INTESTINAL	70998	180998	11
ABDOMEN AGUDO + HERNIA INTERNA	70899	180899	11
ABDOMEN AGUDO + OCLUSION INTESTINAL	110399	220399	11
PLASTIA DE PARED POR HERNIA POSTINCISIONAL GIGANTE	220598	30699	11
ABSCESO GLUTEO BILATERAL + SEPSIS ABDOMINAL	260899	80999	13
ESTENOSIS PILORICA POR PROCESO ULCEROCICATRIZAL	70599	230599	16
ABDOMEN AGUDO + TUMORACION BAZO	150399	20499	18
ABDOMEN AGUDO + TROMBOSIS MESENERICA	151298	30199	19
CELULITIS ANTEBRAZO IZQUIERDO	230698	150899	22
RETIRO Y COLOCACION CATETER TENCKHOFF + IRC TERMINAL	80598	10998	23
HERNIA INGUINAL DERECHA	130598	91098	23
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	300998	230098	56
RETIRO Y COLOCACION CATETER TENCKHOFF + IRC TERMINAL	111098	80599	178
RETIRO Y COLOCACION CATETER TENCKHOFF + IRC TERMINAL	140398	261298	255
ABSCESO SEPTICO ESCROTAL BILATERAL	130998	20699	260



## CONCLUSION:

En el total de Cirugías realizadas en los pacientes mayores de 60 años en estos 17 meses fueron: Biopsias y resecciones (11), Lavados quirúrgicos (40), Cirugía Proctológica (8), Amputaciones (12), Cirugías del Aparato Digestivo (26), Procedimientos de Urología efectuados por el Servicio de Cirugía General (7), Cirugía de la Vía Biliar (56), Laparotomías Exploradoras (47), Cirugías a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (51), Plastías (110), 14 Cirugías de corrección de Hernia Hiatal y Esofagitis, 1 Exploración de Cuello, 2 Exploraciones Iguinlaes, 2 Toriodectomías totales, 1 Aplicación de Sonda de Yeyunostomía y 1 Bypass Femoro-poplíteo.

## TABLA GENERAL DE CIRUGIAS EFECTUADAS

<b>BIOPSIAS Y RESECCIONES</b>	11
RESECCION NEVO CUTANEO	1
TOMA Y APLICACIÓN INJERTO	2
RESECCION TUMOR CERVICAL	2
RESECCION GRANULOMA ABDOMINAL	1
RESECCION DE LIPOMA	2
BIOPSIA EXCISIONAL MAMARIA	1
BIOPSIA EN CUÑA GLUTEO	1
SIMPATECTOMIA	1

<b>LAVADOS QUIRURGICOS</b>	40
SOLO LAVADO QUIRURGICO	31
LAVADO + DEBRIDACION	6
LAVADO + CIERRE DE HERIDA	3

<b>CIRUGIA PROCTOLOGICA</b>	8
HEMORROIDECTOMIA	4
HEMORROIDECTOMIA + FISTULECTOMIA	1
HEMORROIDECT + DRENAJE ABSCESO ESCROTAL	1
RESECCION DE MUCOSA RECTAL	1
FISTULECTOMIA	1

<b>AMPUTACIONES</b>	12
DE ORTEJOS POR PIE DIABETICO	7
SUPRACONDILEA	4
TRANSMETATARZIANA	1

<b>CIRUGIA DEL APARATO DIGESTIVO</b>	26
COLECTOMIA TOTAL + I-R ANAST + PLASTIA PARED	1
RESECCION ABDOMINOPERINEAL	1
ANTRECTOMIA + VAGOTOMIA TRONCULAR	1
GASTRECTOMIA TOTAL + ESOFAGO-YEYUNO ANAST	2
VAGOANTRECTOMIA + G-Y ANASTOMOSIS "Y" ROUX	5
HEMICOLECTOMIA IZQ	2
DERIVACION COLEDOCO-YEYUNAL "Y" ROUX + EVB	1
CARDIOMITOMIA (HELLER)	1
VAGOANTRECTOMIA + G-Y ANAST "Y" ROUX + CCT	1
VAGOPILOROPLASTIA + CCT + APENDICECTOMIA	1
APENDICECTOMIA	8
VAGOPILOROPLASTIA + ULCEROTOMIA	1
ESPLENECTOMIA	1

<b>PROC. DE UROLOGIA QUE FUERON REALIZADAS POR CIRUGIA GENERAL</b>		
7		
PROSTATECTOMIA	1	
TALLA SUPRAPUBICA	2	
ORQUIECTOMIA	1	
PROSTATECTOMIA + HIDROCELECTOMIA	1	
EXPLORACION DE PLASTIA+DRENAJE+ORQUIECT.	1	
DRENAJE ABSCESO RENAL + NEFRECTOMIA	1	

<b>CIRUGIAS DE LA VIA BILIAR</b>	56
COLECISTECTOMIAS	19
CCT + E.V.B.	10
CCT + C.T.O.	16
E.V.B.	3
CCT + C.T.O. + E.V.B.	3
CCT + PLASTIA DE PARED	3
CCT + PLASTIA UMBILICAL	1
CCT + C.T.O. + PLASTIA INGUINAL	1

<b>LAPAROTOMIAS</b>	47
---------------------	----

<b>CIRUGIAS A PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL</b>	51
COLOCACION CAT	36
ETER TENCKHOFF	
RETIRO DE CATETER TENCKHOFF	6
RETIRO Y COLOCACION DE CATETER TENCKHOFF	9

<b>PLASTIAS</b>	110
UMBILICAL Y DE PARED ABDOMINAL	2
PLASTIA UMBILICAL CON MALLA	3
INGUINAL	30
INGUINAL CON MALLA	24
PARED ABDOMINAL CON MALLA	21
PARED ABDOMINAL	5
UMBILICAL	10
INGUINAL BILATERAL CON MALLA	5
UMBILICAL CON COLOCACION CATETER TENCKHOFF	1
UMBILICAL + RETIRO CATETER TENCKHOFF	1
INGUINOESCROTAL CON MALLA	1
INGUINAL Y UMBILICAL	1
INGUINAL Y DE PARED	1
CIERRE DE HERIDA QUIRURGICA	5

<b>CIRUGIAS CORRECCION DE HERNIA HIATAL Y LA ESOFAGITIS 14</b>	
FUNDUPLICATURA + PLASTIA HIATO	4
DESMANTELAMIENTO + FUNDUP + PLAST.PARED	1
FUNDUPLICATURA + CCT	2
PLASTIA DE HIATO BELSEY MARCK	1
PLASTIA HIATO + FUNDUPLICATURA + CCT	4
PLASTIA HIATO + FUNDUPLIC.+ ESPLENECTOMIA	1
VAGOANTRECTOMIA+PILOROPLAST+FUNDUPLIC+CCT	1

<b>EXPLORACION DE CUELLO</b>	1
------------------------------	---

<b>EXPLORACION INGUINAL</b>	2
-----------------------------	---

<b>TIROIDECTOMIA TOTAL</b>	2
----------------------------	---

<b>APLICACION DE SONDA DE YEYUNOSTOMIA</b>	1
--	---

<b>BYPASS FEMOROPOPLITEO CON INJERTO</b>	1
--	---

La incidencia global de las cirugías mayores en pacientes de más de 60 años es de 1.12 mujeres por cada hombre intervenido quirúrgicamente (48.8% y 51.2% respectivamente), el mayor número de pacientes se encuentra en el rango de 80 a 84 años de edad (95% del total de pacientes estudiados). El 68.6% se sometió a cirugía electiva y la valoración de riesgo quirúrgico otorgada durante el procedimiento fue ASA-II (46.2%). El mayor número de pacientes atendidos fue al pensionado, 35 de los 332 pacientes fueron intervenidos, del tipo electivo fue por lavado quirúrgico (25) y por urgencia fue por laparotomía exploradora. El 44.47% de los pacientes fueron sometidos a bloqueo peridural (BPD) y el tiempo promedio de duración del procedimiento fue en primer lugar de 10 a 59 minutos (34.4%) seguida en segundo lugar de 1 hora a 1:59 hs (33.6%). En el 79.2% de los casos el diagnóstico postoperatorio fue el mismo que el preoperatorio y el 90.42% fue igual la cirugía realizada con la programada. De las patologías asociadas, el 79.3% de los pacientes presentó hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo II; de los factores de riesgo, las dos entidades anteriores fueron las que sobresalieron en 98 y 70 pacientes respectivamente. Se realizaron 76 diferentes procedimientos quirúrgicos, de los cuales el que más se efectuó en primer lugar fueron las plastias (inguinales, abdominales y umbilicales) en un 28.3% (110), cirugías de la vía biliar en un 14.4% (56), laparotomías exploradoras en un 12% (47), 10.3% (40) lavados quirúrgicos, 9.25% (36) cirugías a pacientes con insuficiencia renal y el 6.7% (26) a cirugías del aparato digestivo. De los hallazgos incidentales importantes durante las cirugías efectuadas de manera electiva, destacan: Cirrosis hepática y en la de urgencia en la misma proporción, dos entidades: perforación de intestino delgado y oclusión intestinal secundaria a múltiples adherencias. De los hallazgos en las laparotomías exploradoras, en las efectuadas de urgencia, destaca en primer lugar la oclusión intestinal secundaria a múltiples adherencias y en la misma proporción la perforación de intestino delgado; de las efectuadas de manera electiva, destaca el prolapso uterino. De las colecistectomías simples (19), como hallazgos importantes se encuentran dos entidades que aparecieron en el estudio en la misma proporción: Coledocolitiasis (3) y Píocolecisto (3), de las colecistectomías con colangioperoperatorio programado, se encontró también dos entidades en la misma proporción: Hidrocolecisto (3) y Píocolecisto (3). De las plastias inguinales se encontró en mayor porcentaje las del lado izquierdo, del tipo indirecto. La técnica de la plastia efectuada en mayor porcentaje a estos pacientes, fue la del tipo Mc Vay + Bassinni y de todas las hernias inguinales, sólo al 48% requirió de la colocación de malla marlex. Del total de amputaciones, el 58.3% fue por pie diabético y el 41.7% por insuficiencia arterial.

Las Intervenciones quirúrgicas realizadas en este tipo de pacientes, se incrementan día a día en todas las especialidades, con objetivos de índole social y económico como son: el beneficiar al paciente de un rápido retorno a un medio familiar, minimizar la probabilidad de aparición de complicaciones de carácter infeccioso y reducir los costos sanitarios sin que por ello deteriore la calidad asistencial.

La adquisición de mayor experiencia en las Unidades Hospitalarias en donde manejan Cirugía Mayor, así como la presión que los Cirujanos y Anestesiólogos están sufriendo para aumentar su conocimiento y actividad en este tipo de pacientes, los han llevado a seleccionar pacientes considerados de Alto Riesgo (de edad más avanzada o con peor estado general). Esta ampliación en los criterios de selección de pacientes han

supuesto un mayor número de complicaciones (el 14.1% de los 332 pacientes sometidos a 389 procedimientos quirúrgicos) y un incremento del índice de ingresos hospitalarios. De acuerdo a nuestra experiencia, pensamos que un excesivo deterioro de estos importantes indicadores de calidad en Cirugía General (como edad avanzada del paciente, enfermedades o estados patológicos asociados, tiempo quirúrgico, tipo de anestesia aplicada, tiempo de estancia intrahospitalaria, valoración ASA, Certeza en el Diagnóstico preoperatorio, Atención a los hallazgos incidentales durante una cirugía, entre otros) podría frenar su expansión por un efecto negativo y el personal Sanitario, por tanto, es de gran importancia valorar que factores como la edad podrían tener en los resultados que presentan las unidades de cirugía no solo por el posible empeoramiento que podrían causar los indicadores, sino también por que, en caso de no existir influencia alguna, la población de mayor edad se vería beneficiada de alguna modalidad de asistencia muy bien aceptada por los pacientes. La probabilidad de que un paciente de edad avanzada que requiera una operación, tenga asociadas Enfermedades Crónico - Degenerativas, Metabólicas y Cardiovasculares, es más alta que en la población más joven (presentado en el 73.9% de nuestros pacientes estudiados y revisados {332}). En nuestra serie, la mayor parte de los pacientes (30.4%) fueron incluidos al grupo de ASA-III, 14.6% ASA-I, 6.3% ASA-IV y el 2.3% ASA-V.

El número de complicaciones postoperatorias fue del 14.1%, resolviéndose en un lapso no mayor a 3 semanas, la mortalidad global fue de 6.4%, de esta, la derivada de los factores de riesgo corresponde al 19% y la mortalidad Quirúrgica fue de 0.25% cuya causa fue Choque Séptico secundario a Sépsis abdominal debido a perforación intestinal por dehiscencia de anastomosis. En estudios publicados por Warnet y cols. (1949) analizaron una amplia casuística encontrando dentro de los primeros 30 días del postoperatorio, una mortalidad de un enfermo por cada 11.273 y una morbilidad mayor (Infarto Agudo al Miocardio, Embolia pulmonar, Enfermedad Vascular Cerebral, Insuficiencia Respiratoria Aguda) de un enfermo por cada 1.455. En Nuestra serie, reportamos de acuerdo a la experiencia de nuestros pacientes estudiados en Nuestro Hospital, una mortalidad de un enfermo por cada 7.53 y una morbilidad de 1 enfermo por cada 15.963 que la primera es menor y la segunda es mayor a las cifras reportadas mundialmente, siendo los 5 primeros lugares de complicaciones: Dehiscencia de herida quirúrgica (12), Dehiscencia de anastomosis intestinal (7), Evisceración (7), Sépsis abdominal (7), Infección de Vías Urinarias (7), Infección de la herida quirúrgica (5) y Peritonitis (3). La Dehiscencia de la Herida Quirúrgica puede estar condicionada por la debilidad de los tejidos dada por los cambios degenerativos propios de la edad, así mismo por errores en la Técnica quirúrgica del cierre o también, por el estado general del paciente (Desnutrición y/o Enfermedades concomitantes) el cual ha condicionado un reingreso hospitalario.

La importancia de la Técnica y el Anestésico empleado, proporciona mejores resultados y control del dolor postoperatorio, a medida que se utilizan técnicas menos invasivas, bloqueos segmentarios y cuando el tiempo quirúrgico es corto. En nuestro estudio se presentó Retención Aguda de Orina secundario a Bloqueo Peridural quien requirió de realización de Talla suprapúbica para resolver la retención, así mismo se presentó Atelectasia Pulmonar secundario al Uso de Anestesia General Inhalatoria balanceada y se relacionó con el tiempo quirúrgico prolongado (7hs con 20 minutos).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En conclusión, los resultados obtenidos apoyan a que hace falta tener mas conocimiento en la Patología Quirúrgica en el adulto mayor de 60 años, ya que su manejo no es igual que en la población adulta joven, adolescentes y niños, ya que por la presencia de patologías preexistentes así como su estado general, tiempo quirúrgico prolongado, estancia intrahospitalaria prolongada, hacen que se presenten complicaciones que dan como resultado un empeoramiento en la calidad de vida. Estos índices de Morbi-mortalidad se podrían mejorar si se contara con una mejor preparación y conocimiento del paciente a tratar, efectuar una exquisita selección previa a su inclusión en el Protocolo Quirúrgico y se opte dentro de lo que sea posible por procedimientos anestésicos locorreregionales y exponer al paciente al menor tiempo quirúrgico posible, los cuales se asocien con una rápida recuperación y menores complicaciones.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1).- Arribas del Amo, D. Jiménez Bernadó, Escartín Arias, Lagunas Lostao, Núñez Royo, González y González. CIRUGIA AMBULATORIOA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS; NUESTRA EXPERIENCIA. Servicio de Cirugía General. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Madrid. Revista Española de Geriatria, 1999;34 (2):73-77.
- 2).- Carrol P.H. Ogg T.W. Watson B, Hitchcock M. Pickworth T. Andrade. THE SAFETY , EFIFICACY AND RECOVERY CHARACTERISTICS OF DESAFLURANE VS. PROPOFOL FOR ANESTHESIA IN AN OLDER DAY SURGERY POPULATION. Principal surg 1998;5:85-92.
- 3).- Mark W. Sraim, Joanne A.P. Wilson. GI EMERGENCIALES: RAPID THERAPEUTIC RESPONSES FOR OLDER PATIENTS GERIATRICS. June 1999. Vol.54, No.6.
- 4).- Roberto Pérez García, Hernán Rodríguez Gojón, Salomón Hernández Badillo, Arturo Zárate Santamaría. TEXTILOMAS QUE SEMEJAN PATOLOGIA ABDOMINAL TUMORAL. DESCRIPCION DE SEIS PACIENTES. Cirujano General, Vol.20 No. 4-1998.
- 5).- Patricio Sánchez Fernández, César Cruz, Felipe Robledo Ogazón, Juan Mier y Díaz, Roberto Blanco Benavides. CIRUGIA GASTROINTESTINAL EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS. Cirujano General, 1998;65:2-5.
- 6).- Karuda U.J, Sheldon G.F. SURGERY IN THE AGED. Adv. Surg. 1997;24:293-313.
- 7).- Linn B, Linn M, Wallen N. EVALUATION OF RESULTS OF SURGICAL PROCEDURES IN THE ELDERLY. Ann surg 1997;195:90-96.
- 8).- Greenburg A, Soick R, Farris J, et al. OPERATIVE MORTALITY IN GENERAL SURGERY. Am J surg 1997; 144:22-28.