

2 ej. 7/1 11209



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

## CIRUGIA DE URGENCIAS EN EL PACIENTE ANCIANO:

### PERSPECTIVA DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

MAYO 12 2000  
Unidad de Servicios Especiales  
BP de (Poggiato)

SECRETARIA DE SALUD  
SERVICIO GENERAL DE MEXICO  
CERRILLO DE SAN ANTONIO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

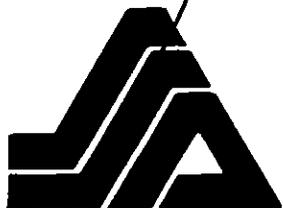
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. MARIO GUZMAN GUTIERREZ

TUTOR DE TESIS: DR CESAR ATHIE GUTIERREZ

278806



MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



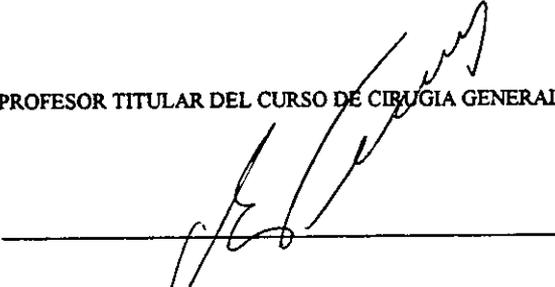
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL



---

DR. ENRIQUE FERNANDEZ HIDALGO

TUTOR DE TESIS:



---

DR. CESAR ATHIE GUTIERREZ

## **DEDICATORIA**

La tarea de seleccionar a los seres queridos, maestros y amigos que merecen ser mencionados en este modesto trabajo de tesis es difícil, ya que corre uno el riesgo de excluir a gente valiosa.

Con esta disculpa anticipada, dedico este esfuerzo, en primer lugar, a mis padres, el Dr. Mario de Jesús Guzmán Hurtado, y la Señora María Elena Gutiérrez de Guzmán. Por haber dado origen a mi existencia y privilegiarme con gran esfuerzo y cariño, con su apoyo.

A mis 5 hermanos, particularmente a Morelos, cuasi mi hijo, de quien, a sus 2 décadas de vida, aún espero grandes cosas.

Al querido maestro, Doctor Enrique Fernández Hidalgo, por su desinteresada e invaluable entrega a la formación de cirujanos capaces y humanistas. Tenga la certeza que no le fallaré.

A los maestros Doctores César Athié Gutiérrez, Clemente Guízar Bermúdez y Heriberto Rodea Rosas. Son demasiadas las deudas que tengo con ustedes. Enseñanzas, consejos y amistad genuina, así como haber creído en mí. Reciban de manera perdurable mi gratitud, admiración y afecto.

Al Doctor Miguel Angel Puga Llinas, a quien siempre orgullosamente llamaré maestro, y cuyo consejo ha enriquecido vastamente mi humilde caudal quirúrgico y humanista.

Al maestro Doctor Sergio González Díaz, cuya sencillez es directamente proporcional a su infinito caudal de sabiduría quirúrgica, talento y calidad humana.

Al Doctor Rafael Gutiérrez Vega, cirujano innovador y capaz, verdaderamente un hombre fuera de serie. Siempre presumiré de haber sido privilegiado con su amistad y enseñanzas.

Con particular emoción y cariño, al admirado maestro José de Jesús Martínez Robles. En cada uno de nosotros existe un poco de usted.

A Dulce Carmina. Por el 25 de diciembre de 1995, y las demás fechas. Por enseñarme que la felicidad es el objetivo primordial de la vida. Por ser siempre mujer y siempre talentosa. Te quiero hoy y siempre.

A mis grandes amigos: Miguel Angel Villagómez Zarza, Sergio Kurt, Octavio Rodríguez, Eduardo Montalvo y otros especiales como Jorge López, Leo, Salvador, Dr. Mauricio Hurtado, Dr. Alejandro Cárdenas, y a mis hijos y nietos quirúrgicos. Dios los bendiga a todos.

A mi hermano, Doctor Carlos Cervantes Sánchez, joven y talentoso cirujano, cuyo futuro en la investigación científico-médica es promisorio. Tus asesorías y consejos han sido invaluable para desarrollar este trabajo.

A mis admirados y queridos maestros de cirugía:

Al maestro, Doctor Erich Otto Basurto Kuba. Por enseñarme que ser el cirujano no es tan solo una actividad médica, sino todo un estilo de vida responsable, serio, pero fascinante.

Al Doctor Miguel del Castillo, hombre de calidad y calidez, además de ser cirujano completo. Un ejemplo a seguir. Al Dr. Armando Vargas Domínguez, cuyo tenaz trabajo en la docencia e investigación médica y quirúrgica merecen emularse por las nuevas generaciones de cirujanos. Al Dr. Francisco Galindo, por su ejemplo de disciplina y diligencia en el trabajo. Al maestro, Dr. Oscar Chapa Azuela, prototipo del cirujano moderno, técnicamente impecable y de encumbrado nivel académico. Al Doctor Rafael Soto Villagrán por su amistad y enseñanzas, así como demostrarme que en la cirugía es fundamental la toma de decisiones oportunas.

Por último, mencionaré los nombres de: los Dres. Alejandro Rodríguez, Guillermo Alcaraz, Dr. Luis Miguel Cruz Melgar, Dr. Ignacio Guzmán Mejía (tío), Dr. Vivanco no me alcanzará esta vida para agradecerles sus enseñanzas.

A mi querido tío, Martell Gutiérrez Miranda, hombre versátil, genial, a quien le debo parte importante de mi formación como ser humano. Te extraño mucho.

## **INDICE**

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>	<b>5</b>
<b>2. RESUMEN ESTRUCTURADO</b>	<b>7</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>12</b>
<b>Cirugía Intraabdominal</b>	<b>15</b>
<b>Cirugía Extraabdominal</b>	<b>18</b>
<b>4. TIPO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS</b>	<b>20</b>
<b>Cirugía Intraabdominal</b>	<b>20</b>
<b>Cirugía Extraabdominal</b>	<b>45</b>
<b>5. REINTERVENCIONES</b>	<b>50</b>
<b>6. MORTALIDAD</b>	<b>53</b>
<b>7. ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>57</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>63</b>
<b>9. REFERENCIAS</b>	<b>64</b>

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**  
Dirección de Investigación

---

**1. INFORMACION GENERAL**

**TITULO:**

**CIRUGIA DE URGENCIAS EN EL PACIENTE ANCIANO:  
PERSPECTIVA DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.**

**SERVICIO:**

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.  
UNIDAD 401. URGENCIAS MEDICO-QUIRURGICAS.

**FICHA DE IDENTIFICACION DE LOS AUTORES.**

**RP.DR. CESAR ATHIE GUTIERREZ**

Jefe de la Unidad de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México.  
Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía General. Profesor de Asignatura en la  
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Tels. 588 01 00 Ext 231.

RFC AIGC361103

**DR. MARIO GUZMAN GUTIERREZ.**

Médico adscrito al servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital General de México.

Tel. 553 88 09.

RFC GUGM680618

**DR. CLEMENTE GUIZAR BERMUDEZ.**

Médico adscrito del servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital General de México.

Profesor de asignatura de la Facultad de Medicina de la UNAM.

RFC GUBC451122

**DR. HERIBERTO RODEA.**

Médico adscrito del Servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital General de México.

Profesor de asignatura de la Facultad de Medicina de la UNAM.

RFC RORH580901

**DR. ENRIQUE FERNANDEZ HIDALGO.**

Profesor Titular del Curso de Especialización de Cirugía General, en el Hospital General de México. Profesor de Asignatura de la Facultad de Medicina, UNAM. Consejero Técnico de la U-305 de Cirugía General del Hospital General de México.

FECHA DE PRESENTACION.

Mayo de 1998

FECHA PROBABLE DE INICIO

Mayo de 1998-

FECHA PROBABLE DE TERMINO

Junio de 1998.

## **2. RESUMEN ESTRUCTURADO**

### **JUSTIFICACION.**

Conocer las principales causas de atención quirúrgica urgente en el anciano, la evolución postoperatoria, su morbilidad y mortalidad, ya que a la fecha no existe ninguna serie en nuestro hospital

### **HIPOTESIS**

Identificar las causas de cirugía urgente del paciente geronte.

### **OBJETIVOS**

- 1). Conocer las principales patologías que demandaron atención quirúrgica urgente en paciente mayores de 60 años en el Servicio de Urgencias del Hospital General de México, durante un periodo de dos décadas, de 1970 a 1989, así como los procedimientos realizados.
- 2) Conocer la proporción de cirugías de urgencias realizadas en este mismo grupo etario durante el mismo periodo de tiempo.
- 3) Conocer la morbi-mortalidad postoperatorias relacionadas a la realización de cirugía urgente en este grupo etario.

### **DISEÑO Y DURACION.**

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, transversal, que empleó un mes aproximadamente en su realización.

### **MATERIAL Y METODOS.**

Se revisaron los registros realizados en el servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital General de México comprendidos en el periodo de 1970 a 1989 (20 años), donde se encuentran vaciados los datos de grupo etario, sexo, diagnóstico quirúrgico, tratamiento quirúrgico, datos en relación a patologías agregadas (cardiovasculares, neumológicas, riesgo cardiovascular, etc.) estancia hospitalaria, tiempo de demora entre el ingreso del paciente al hospital y su tratamiento, así como la evolución postoperatoria, complicaciones y causa de defunción.

### **POBLACION Y MUESTRAS.**

Registros y expedientes disponibles en la unidad de Urgencias Quirúrgicas, en el archivo central del Hospital General de México y en su caso, en la Unidad de Patología, de los pacientes de 60 años o más que se hayan internado en este mismo periodo de tiempo en el Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México, durante el

período de 1970 a 1989 por patología quirúrgica urgente y que hayan sido sometidos a tratamiento quirúrgico.

## **VARIABLES POR ANALIZAR**

**VARIABLE DEPENDIENTE.** Diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio.

**VARIABLE INDEPENDIENTE.** Edad, sexo del paciente, tratamiento quirúrgico, evolución postoperatoria.

## **PROCEDIMIENTO**

VER PUNTO 4 MAS ADELANTE.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS.**

Se analizarán los diferentes datos obtenidos utilizando Medidas de Tendencia Central, así como estadística inferencial con Análisis de Regresión y Anova.

## **DESARROLLO DEL PROTOCOLO**

### **ANTECEDENTES.**

Con el aumento en la expectativa de vida, se ha notado un incremento notable en la cantidad de pacientes seniles que requieren atención quirúrgica, y médica en general (1,2,3), y además, como sostiene Bender, conforme la población envejece, un número cada vez mayor de pacientes tendrá cuadros abdominales agudos que obliguen a su atención(4).

Sin embargo, la patología quirúrgica de urgencias en el anciano presenta características diferentes que la que se presenta en el paciente de menor edad, pues presentan un espectro de patología diferente, y así lo han informado Abi-Hanna y Gleckman, quienes presentaron en un estudio retrospectivo donde demuestran que mientras los jóvenes acuden a las salas de urgencias presentando abdomen agudo por trauma, apendicitis y obstrucción intestinal, los pacientes de más de 65 años de edad fueron hospitalizados sobre todo por patología biliar, dolor abdominal inespecífico, enfermedad diverticular en 23.3, 13.59 y 11.65% respectivamente en 103 pacientes(5), y otra serie de Blake presenta datos similares (6).

Por otro lado, es bien conocido que el paciente añoso presenta patología agregada concomitante, acude a recibir asistencia médica en etapa más tardía de su patología que aunada a los datos clínicos poco claros, como interrogatorio confuso, cuadro clínico atípico o dudoso contribuyen a un incremento en las complicaciones y en la mortalidad, además de que los problemas quirúrgicos en el paciente senil tienden a causar más rápidamente la muerte que en el de menor edad(7).

Fenyö, de Estocolmo, presentó 2 grandes series de 1000 y de 762 pacientes mayores de 70 años atendidos en 2 décadas, 1960 a 1968 y 1977 a 1978, encontrando en la serie más

reciente un incremento notable en la incidencia de enfermedad maligna que requirió intervención quirúrgica de emergencia(8.)

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es de notable importancia conocer los espectros de las patologías quirúrgicas de urgencias, los tratamientos quirúrgicos realizados y los resultados obtenidos en los pacientes mayores de 60 años que acuden al servicio de Urgencias de nuestra institución, analizando las tendencias de estas patologías durante el periodo 1970 a 1989.

### **4. JUSTIFICACION**

En nuestra institución, que representa el Hospital de concentración más importante para población no asegurada, se realiza una gran cantidad de intervenciones quirúrgicas de urgencia, y dentro de ellas, es muy posible que las que se realizan en pacientes mayores de 60 años represente una proporción importante, como resultado del aumento de la longevidad de los mexicanos. El conocer dicha proporción, el saber cuales son las patologías que más son atendidas en el grupo de edad señalado, los tratamientos quirúrgicos, los resultados en cuanto a evolución postoperatoria y mortalidad relacionadas, representa una gran oportunidad para que en el futuro se tomen estrategias dirigidas a realizar diagnósticos más precisos, tratamientos quirúrgicos más adecuados y oportunos e inclusive realizar tareas de prevención de dichos problemas.

### **5. HIPOTESIS**

La patología quirúrgica de urgencia en el paciente mayor de 60 años representa una proporción importante de la totalidad e las cirugías de urgencia realizadas en el servicio de Urgencias del Hospital General de México, por lo que es necesario identificar sus principales causas.

### **6. OBJETIVOS.**

1) CONOCER LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS QUE MAS SE ATENDIERON EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE NUESTRA INSTITUCION EN EL PERIODO DE ENERO DE 1970 A DICIEMBRE DE 1989.

2) CONOCER LA PROPORCION DE CIRUGIAS DE URGENCIAS QUE SE REALIZARON EN PACIENTES DE ESE MISMO GRUPO ETARIO EN DICHO SERVICIO, PARA TAL PERIODO.

3) CONOCER LA MORBI-MORTALIDAD RELACIONADA.

### **7. DISEÑO Y DURACION.**

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y transversal que empleará un mes aproximadamente en su realización.

## **8. METODOLOGIA**

POBLACION Y MUESTRA. EXPEDIENTES Y REGISTROS DE PACIENTES DE MAS DE 60 AÑOS QUE FUERON SOMETIDOS A INTERVENCION QUIRURGICA DE URGENCIA EN EL PERIODO DE ENERO DE 1970 A DICIEMBRE DE 1989 POR EL SERVICIO DE URGENCIAS MEDICO-QUIRURGICAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

### **CRITERIOS**

A) INCLUSION. EXPEDIENTES DE PACIENTES DE CUALQUIER SEXO, MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD SOMETIDOS A CIRUGIA DE URGENCIAS DURANTE EL PERIODO SEÑALADO.

B) EXCLUSION. EXPEDIENTES DE PACIENTES DE EDAD MENOR A 60 AÑOS QUE FUERON SOMETIDOS A CIRUGIA. PACIENTES QUE NO FUERON INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE, POR CUALQUIER MOTIVO.

C) ELIMINACION. EXPEDIENTES DE PACIENTES DE MAS DE 60 AÑOS INCOMPLETOS O AQUELLOS QUE NO FUERON OPERADOS POR MEDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

### **DEFINICION DE LAS VARIABLES**

VARIABLE DEPENDIENTE. DIAGNOSTICO PREOPERATORIO, POSTOPERATORIO.

VARIABLE INDEPENDIENTE. EDAD MAYOR A 60 AÑOS, SEXO, TRATAMIENTO QUIRURGICO, EVOLUCION POSTOPERATORIA.

### **PROCEDIMIENTO**

Se revisaran los registros de Urgencias, y se solicitarán los expedientes correspondientes del Archivo Clínico y en su caso de Anatomía Patológica, para tomar nota de los casos de cirugía de urgencias realizados por el servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital General de México, durante el periodo comprendido entre el 1°. De enero de 1970 al 31 de diciembre de 1989, registrándose sexo, edad del paciente, diagnóstico y tratamiento quirúrgico, datos en relación con el tiempo de estancia hospitalaria antes del tratamiento quirúrgico y después de este, así como las complicaciones postoperatorias y registrándose si hubo deceso y su causa.

## **9. ANALISIS DE RESULTADOS.**

Como se cita arriba, en hojas de vaciamiento se anotarán los datos mencionados y se realizarán tablas para agrupar los resultados.

## **10. ANALISIS ESTADISTICO**

De acuerdo con el tipo de variable y los objetivos del estudio, se aplicaran las medidas de tendencia central, y el análisis estadístico inferencial se realizará mediante Anova y Análisis de Regresión Lineal.

## **11. ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD**

Durante las fases operativas del estudio que es únicamente descriptivo y observacional sin involucrar modelos experimentales ni manipulación en animales o humanos, se mantendrá la anonimidad de los pacientes de los archivos realizados, apegándose a los Estatutos de los Acuerdos de Helsinki.

## **12. EXPECTATIVAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO**

1. Realización de tesis recepcional del Dr. Mario Guzmán Gutiérrez.
2. Publicación en revista especializada.
3. Presentación en Congresos Nacionales e Internacionales

## **12. RECURSOS DISPONIBLES.**

Humanos. Médicos y profesores de Cirugía General del Hospital General de México que deseen colaborar en la elaboración del estudio.

Material. Registros y expedientes disponibles en los bancos de datos del Servicio de Urgencias Quirúrgicas del Hospital General de México.

Expedientes facilitados por la unidad de Archivo y en su caso, de la Unidad de Anatomía Patológica, del Hospital General de México.

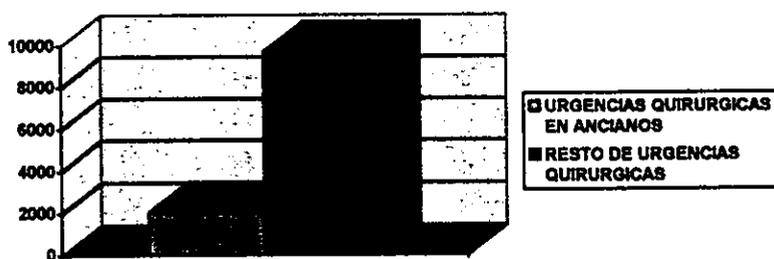
## **13. RECURSOS A SOLICITAR.**

Ninguno.

## RESULTADOS

Se presenta la siguiente tabla relacionada con el número total de cirugías realizadas durante el período comprendido entre enero de 1970 y diciembre de 1989 en el servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México. Se presenta el año, el total de intervenciones quirúrgicas por año así como las realizadas en pacientes de 60 años de edad y mayores

Año	Total de Cirugías	Cirugías en ancianos
1970	340	61
1971	510	87
1972	508	76
1973	519	73
1974	485	80
1975	460	87
1976	586	83
1977	597	92
1978	493	86
1979	449	85
1980	481	81
1981	589	97
1982	668	112
1983	772	142
1984	741	144
1985	502	104
1986	511	89
1987	648	120
1988	874	150
1989	964	170



En este período, se efectuaron un total de 11697 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 2019 fueron realizadas en pacientes de 60 años de edad o mayores, correspondiendo a un 17.26% del total de cirugías efectuadas. Es de destacar que en la primera década estudiada, se realizaron 810 intervenciones quirúrgicas que constituyen el 40% del total. En la 2da.

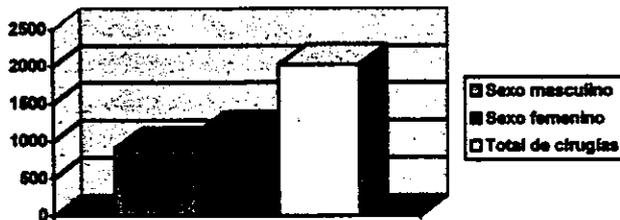
década estudiada, se realizaron 1209 procedimientos, formando 60% del total. Esto representa un incremento de 20% en las operaciones realizadas.

De estas 2019 intervenciones quirúrgicas, la distribución por año y sexo se presenta en la siguiente tabla:

AÑO	CIRUGIAS	SEXO MASCULINO	FEMENINO
1970	61	32	29
1971	87	48	39
1972	76	42	34
1973	73	33	40
1974	80	34	46
1975	87	41	46
1976	83	35	48
1977	92	42	50
1978	86	33	53
1979	85	42	43
1980	81	31	50
1981	97	46	51
1982	112	47	65
1983	142	63	79
1984	144	59	85
1985	104	45	59
1986	89	32	57
1987	120	47	73
1988	150	80	70
1989	170	70	100

De estos datos obtenidos, resultó que del total de las 2019 cirugías efectuadas en pacientes de 60 años o mayores, 902 fueron efectuadas en pacientes del sexo masculino, y 1117 en pacientes del sexo femenino. Para el total de cirugías en su grupo etario resulta en la siguiente tabla:

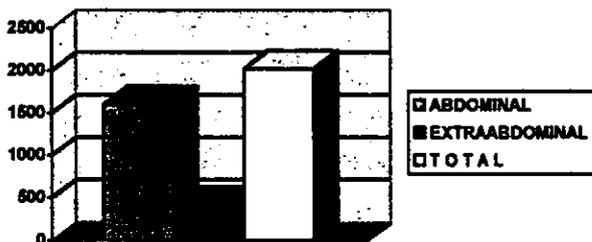
Sexo	No. Cirugías	Porcentaje
Sexo masculino	902	44.7%
Sexo femenino	1117	55.33%
Total de cirugías	2019	100%



Y para el total de cirugías realizadas en el servicio de Urgencias en todos los grupos etarios, un 7.7% de las 11697 correspondieron a las efectuadas en pacientes seniles del sexo masculino, y 9.5% a pacientes seniles del sexo femenino, siendo la proporción de 1.2:1, ligeramente a favor de este último.

Del total de intervenciones quirúrgicas efectuadas, 1599 fueron realizadas por patología abdominal, incluidos los problemas de pared como hernias, eventraciones o evisceraciones. 420 del total, fueron cirugías extraabdominales

TIPO DE CIRUGIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
ABDOMINAL	1599	79.2%
EXTRAABDOMINAL	420	20.8%
TOTAL	2019	100%



## **CIRUGIA ABDOMINAL Y DE PARED ABDOMINAL.**

Las causas de intervención quirúrgica abdominal de urgencia fueron:

<b>1. PATOLOGÍA HERNIARIA</b>	<b>589 casos</b>
Inguinal	157
Crural	158
Umbilical	154
Eventración	79
Evisceración	34
Epigástrica	4
Obturatriz	3

<b>2. OBSTRUCCION INTESTINAL</b>	<b>269 casos</b>
Por Bridas Postoperatorias	95
Volvulus	66
Trombosis Mesentérica	55
Carcinomatosis	15
Torsión de Mesenterio	14
Ileo Biliar	9
Tuberculosis Peritoneal	7
Hernias Internas	5
Intususcepción Ilea	1
Torsión de Intestino Delgado	1
Oclusión por Ascaris	1

<b>PATOLOGIA DEL APENDICE</b>	<b>199</b>
Apendicitis no Complicada	38
Apendicitis Complicada	161

<b>4. Perforación de Viscera Hueca</b>	<b>127</b>
Enfermedad Acido Péptica	86
Perforación Intestino Delgado	18

Perforación Colon 23

**5. PATOLOGIA BILIAR 121**

Colecistitis 36

Hidrocolecisto 21

Piocollecisto 34

Perforación de vesícula biliar 30

**6. ABSCESO HEPATICO 77**

Absceso Hepático Roto 72

Absceso Hepático No roto 5

**7. NEOPLASIAS DE TRACTO DIGESTIVO 72**

Esófago 6

Estómago 12

Intestino Delgado 4

Colon y Recto 40

Vesícula Biliar 2

Páncreas 3

Hígado 5

**8. SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO 17**

Úlcera Gástrica 12

Úlcera Duodenal cero

Várices Esofágicas 4

Gastritis Erosiva 3

Todas fueron de tubo digestivo alto.

**9. PATOLOGIA URINARIA 25**

(No se incluye patología testicular)

Abscesos Perirrenales 9

Absceso Vesical 1

Perforación Vesical 1

Retención Urinaria 11

(Por crecimiento prostático)

Carcinoma Renal 1

Carcinoma Vesical 2

<b>10. LAPAROTOMIAS BLANCAS</b>	<b>19</b>
Blancas	8
Por Cirrosis	4
Peritonitis	5
Ileo	2
<b>12. PATOLOGIA GINECOLOGICA</b>	<b>24</b>
Carcinoma de Ovario	3
Quiste de Ovario Torcido	11
Piosálpinx	2
Carcinoma Cervicouterino	8
<b>13. OTRA PATOLOGIA ONCOLOGICA</b>	<b>2</b>
<b>INTRAABDOMINAL</b>	
Cancer Retroperitoneal	1
Cancer Broncogénico*	1
<b>14. COLON TOXICO</b>	<b>12</b>
Incluye 1 caso de Colitis Neutropénica	
<b>15. PANCREATITIS AGUDA</b>	<b>8</b>
<b>16. PATOLOGIA ANORECTAL</b>	<b>12</b>
Prolapso rectal	3
Absceso rectoperineal	2
Cuerpo extraño en recto	7
<b>17. PATOLOGIA MISCELANEA</b>	<b>25</b>
Diverticulitis de Colon	2
Dehiscencias	6
Divertículo de Meckel	3
Quiste de Epiplón	1
Estallamiento de Bazo	1
Perforación de Esófago	1
Fístula Esofágica	1
Retracción de Colostomía	1
Cierre de Ileostomía	1
Absceso Residual	2
Absceso Subfrénico	1
Absceso Retroperitoneal	1

Hemoperitoneo	1
Lesión de Vena Cava	1
Gastrostomía*	1
Colostomía	1

\*Realizada para un paciente con EVC

## **PATOLOGIA EXTRA-ABDOMINAL.**

<b>Necrobiosis Diabética</b>	<b>357</b>
------------------------------	------------

<b>Patología Vascular Periférica</b>	<b>30</b>
Miembro Pélvico	28
Miembro Torácico	2

<b>Tumores Extraabdominales</b>	<b>4</b>
Carcinoma de Laringe	4

<b>Gangrena de Fournier</b>	<b>16</b>
-----------------------------	-----------

<b>Abscesos Extra-abdominales</b>	<b>6</b>
Rodilla	1
Inguinal	2
Glúteo	2
Granuloma Abscedado	1

<b>Hematoma Intracraneano</b>	<b>1</b>
-------------------------------	----------

<b>Patología Testicular</b>	<b>3</b>
Hematocele	1
Torsión Testicular	1

Absceso Testicular

1

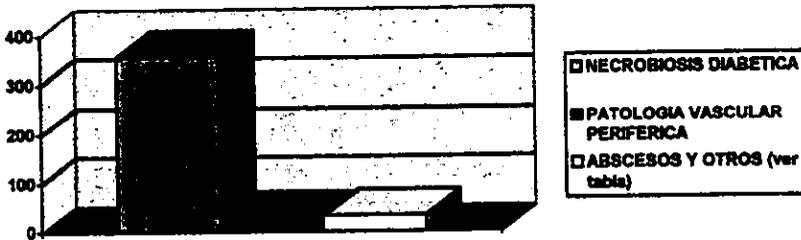
Fascitis de Pared Abdominal

3

**T O T A L**

**420**

\*El caso de Carcinoma broncogénico se incluyó en la patología intraabdominal por el motivo ya expuesto.



## TIPO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

### CIRUGIA ABDOMINAL.

#### HERNIAS Y EVENTRACIONES.

De las 586 cirugías se realizaron los siguientes procedimientos

#### HERNIA INGUINAL

Fueron en total 157 procedimientos quirúrgicos de urgencias por hernia inguinal.

AÑO	TOTAL	PLASTIA SIMPLE	PLASTIA MAS RESECCION
1970	8	3	5
1971	2	2	0
1972	5	2	3
1973	3	3	0
1974	5	4	1
1975	4	3	1
1976	3	2	1
1977	12	12	0
1978	12	10	2 ILEOSTOMIA
1979	8	6	2
1980	4	2	2
1981	9	9	0
1982	13	11	2
1983	7	6	1
1984	7	4	3 COLOSTOMIA
1985	7	4	3 ILEOSTOMIA
1986	6	2	4
1987	8	4	4
1988	17	9	8 ILEOSTOMIA
1989	17	10	7
TOTAL	157	108	49



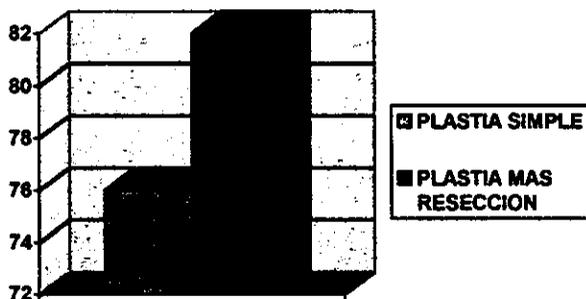
De estas 157 cirugías, se realizaron 108 reparaciones simples únicamente(68.78%), y 49 (31.21%), requirieron procedimientos adicionales,45 resecciones intestinales con entero-enteroanastomosis, 3 con ileostomía, y 1 con colostomía.

### HERNIA CRURAL

Fueron 158 las intervenciones requeridas para esta patología.

AÑO	TOTAL	PLASTIA SIMPLE	PLASTIA +RESEC.
1970	8	6	2
1971	8	3	5 HEMIC.
1972	11	2	9
1973	10	3	7
1974	7	3	4
1975	6	3	3
1976	10	3	7
1977	7	4	3
1978	8	3	5
1979	10	7	3
1980	1	1	0
1981	3	0	3
1982	7	6	1
1983	13	9	4
1984	13	7	6
1985	5	3	2
1986	7	4	3
1987	11	3	8
1988	2	0	2 ILEOST.
1989	11	6	5
TOTAL	158	76	82

Se realizaron 76 plastías crurales simples (48.1%) y 82(51.9%) requirieron un procedimiento adicional, de estas, 1 una hemicolectomía y 1 ileostomía



## HERNIA UMBILICAL.

Se efectuaron 154 procedimientos durante el período en estudio.

AÑO	TOTAL	PLASTIA SIMPLE	PLASTIA MAS RESECCION	MAS RESECCION
1970	4	3	1	
1971	4	3	1	
1972	4	3	1	
1973	15	9	6	
1974	11	8	3	
1975	6	6	0	
1976	8	7	1	
1977	13	9	4	
1978	6	5	1	
1979	7	3	4	
1980	11	8	3	
1981	4	4	0	
1982	2	2	0	
1983	8	8	0	
1984	10	10	0	
1985	9	5	4	
1986	13	11	22	
1987	6	3	3	COLOSTOMIA
1988	5	5	0	
1989	8	7	1	



Con estos datos, resulta que se realizaron 119 plastias umbilicales simples (77.2%) y 35 requirieron procedimientos adicionales, 34 resecciones intestinales con enteroenteroanastomosis, y 1 colostomía.

### HERNIA EPIGASTRICA

Fueron 4 los casos que se intervinieron en el Servicio de Urgencias Quirúrgicas

AÑO	TOTAL	PLASTIA	PLASTIA + RESEC
1973	1	0	1
1974	1	0	1
1975	1	1	0
1984	1	0	1
TOTAL	4	1	3



Con los datos obtenidos, se realizó una sola plastía simple para hernia epigástrica (25%) y 3 intervenciones donde se realizó resección intestinal más enteroenteroanastomosis (75%) para esta patología.

### HERNIA OBTURATRIZ

De esta hernia, se atendieron 3 casos durante las décadas estudiadas

AÑO	TOTAL	PLASTIA SIMPLE	PLASTIA RESECCION
1972	2	1	1
1984	1	1	0
TOTAL	3	2	1

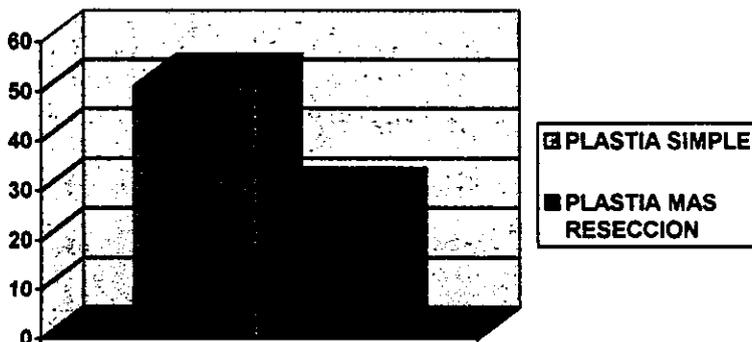


De los 3 casos, 2 requirieron una plastia simple del orificio obturatriz si bien desconocemos con qué técnica. Uno de los 3 casos ameritó resección intestinal y anastomosis.

### HERNIA POSTINCISIONAL O EVENTRACION

Fueron 79 casos los atendidos en nuestro servicio.

AÑO	TOTAL	PLASTIA SIMPLE	PLASTIA MAS RESECCION
1970	5	5	0
1971	5	2	2
1972	5	2	2
1973	1	1	0
1974	7	4	3
1975	4	2	2
YEYUNOSTOMIA			
1976	3	2	1
1977	1	1	0
1978	2	1	1
1979	2	2	0
1980	3	1	2
1981	2	1	1
1982	6	5	1
1983	8	3	5 ILEOSTOMIA
1984	3	2	1
1985	3	3	0
1986	3	2	1
1987	3	2	1
1988	7	3	4
1989	8	7	1
TOTAL	79	51	28

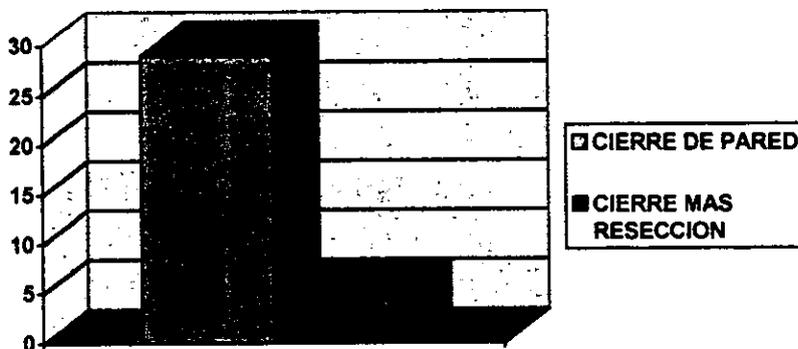


De lo obtenido se desprende que 51 eventraciones fueron tratadas con cierre de pared simple(64.5%), Y 28(35.5%) ameritaron procedimientos adicionales, la instalación de yeyunostomía en 1 caso, y de ileostomía en otro caso. No es factible documentaron si se colocó malla en algunos casos.

### DEHISCENCIA DE PARED O EVISCERACION.

34 fueron los casos de evisceración que fueron tratados por el servicio de Urgencias quirúrgicas.

AÑO	TOTAL	CIERRE DE PARED	CIERRE+RESEC.
1970	2	2	0
1974	2	2	0
1975	3	2	1CECO
1976	1	1	0
1977	3	1	2 ILEO
1978	2	2	0
1979	3	3	0
1980	1	1	0
1981	1	1	0
1982	1	1	0
1983	2	2	0
1984	4	4	0
1985	1	1	0
1987	1	1	0
1988	3	3	0
1989	4	2	2
TOTAL	34	29	5



29 Evisceraciones (85.3%) fueron tratadas con cierre de pared únicamente. En 5 de los casos(14.7%) se requirieron procedimientos adicionales, 1 cecostomía, 1 ileostomía y 3 resecciones intestinales con enteroenteroanastomosis, respectivamente.

### **OBSTRUCCION INTESTINAL**

269 casos de obstrucción intestinal fueron manejados quirúrgicamente durante el periodo 1970 a 1989. De estos casos, se presentan de forma separada las diferentes formas de obstrucción intestinal, el total de casos para cada etiología, y el manejo quirúrgico realizado. En lo relacionado a causas neoplásicas específicas de oclusión intestinal, los resultados se pueden cotejar en el rubro de la neoplasia, más adelante.

### **OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS POSTOPERATORIAS.**

De los 296 casos quirúrgicos de obstrucción intestinal atendidos, 95 (32%) fueron a causa de bridas postquirúrgicas. 66 (69.5%) fueron tratados con adhesiolisis, y 29 requirieron procedimientos adicionales, 28 resección intestinal con enteroenteroanastomosis y 1 ileostomía.

<b>BRIDAS POSTOPERATORIAS</b>	<b>95</b>
<b>TRATAMIENTO</b>	
ADHESIOLISIS	66
RESECCION INTESTINAL U OTRO PROCEDIMIENTO	29

### **VOLVULUS DE TUBO DIGESTIVO.**

66 de los procesos de obstrucción intestinal fueron a causa de volvulus de tubo digestivo(22.3%).

De estos, 65 fueron de intestino grueso, de los cuales 55 involucraron al colon sigmoidees, 7 fueron volvulus de ciego, 1 en colon transverso.  
1 se atendió 1 caso de vólvulus gástrico, .

<b>VOLVULUS</b>	<b>NUMERO</b>
INTESTINO GRUESO	65
ESTOMAGO	1
<b>T O T A L</b>	<b>66</b>

<b>VOLVULUS DE COLON</b>	
SIGMOIDES	55
CIEGO	7

**TRATAMIENTO DEL VOLVULUS DE SIGMOIDES.**

De los volvulos de sigmoides 48 casos se trataron con destorsión del vólculo.  
5 casos fueron sometidos a sigmoidectomía y colostomía.  
En 2 casos se realizó sigmoidectomía con colo-coloanastomosis.

DESTORSION DEL VOLVULO	48	87.3%
SIGMOIDECTOMIA Y COLOSTOMIA	5	9.1%
SIGMOIDECTOMIA Y ANASTOMOSIS	2	3.6%
T O T A L	55	100.0%

**TRATAMIENTO DEL VOLVULUS DE CIEGO**

Fueron 7 los casos de volvulus de ciego atendidos. De estos 6 fueron manejados con hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis y 1 solo con cecopexia.

CECOPEXIA	1	14.3%
HEMICOLECTOMIA DERECHA + ILEOTRANSVERSOANASTOMOSIS	6	85.7%
T O T A L	7	100.0%

Un solo caso de Volvulus de transverso fue atendido, siendo el tratamiento fijación del colon transverso y cecostomía.

En el caso del vólculo gástrico, el tratamiento fue reducción del vólculo, así como ajuste del hiato esofágico.

**TROMBOSIS MESENERICA.**

55 casos de trombosis mesentérica se atendieron, correspondiendo a 18.6% del total de casos de obstrucción intestinal.

El tratamiento indicado para los casos fue:

TIPO DE TRATAMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
LAPAROTOMIA EXPLORADORA UNICAMENTE	22	40%
RESECCION+ ENTEROENTEROANASTO MOSIS	14	25.45%

RESECCION+ YEYUNOSTOMIA	4	7.3%
RESECCION+ ILEOSTOMIA	7	12.75%
HEMICOLECTOMIA DERECHA * ILEOSTOMIA	5	9.1%
TROMBOENDARTERECTO -MIA	2	3.5%
LIBERACION DE BRIDA OCLUSORA	1	1.9%
TOTAL	55	100%

### CARCINOMATOSIS

15 pacientes (5%) presentaron cuadro de obstrucción intestinal relacionado con carcinomatosis.

El manejo quirúrgico realizado fue:

LAPAROTOMIA EXPLORADORA CON TOMA DE BIOPSIA	5
LIBERACION DE BRIDAS + BIOPSIA	2
OTROS PROCEDIMIENTOS	8

1 Resección de ciego con ileotransversonastomosis, 1 gastrectomía parcial con gastroyeyunoanastomosis además de yeyunostomía, colectomía parcial,  
1 caso de resección con enteroenteroanastomosis,  
1 instalación de yeyunostomía,  
una instalación de ileostomía con gastrectomía parcial,  
finalmente 1 cierre de perforación de íleon.

### TORSION DE MESENTERIO.

Se trataron 14 casos, que comprenden el 4.72% de los tratamientos a causa de oclusión intestinal.

Fueron tratados de la siguiente manera

DESTORSION SIMPLE	12
DESTORSION + HEMICOLECTOMIA DERECHA CON ILEOTRANSVERSO ANASTOMOSIS	1
DESTORSION + RESECCION INTESTINAL Y ENTEROENTEROA- NASTOMOSIS	1

## **ILEO BILIAR**

Se tuvieron 9 casos de ileo biliar., 8 casos en mujeres y 1 en 1 varón.  
La cirugía realizada fue

ENTEROLITOTOMIA SOLA	6
EXTRACCION DE LITOS + COLE- CISTECTOMIA Y CIERRE DE FISTULA COLECISTODUODENAL	2
RESECCION INTESTINAL + COLECIS- TECTOMIA + DUODENOSTOMIA	1
T O T A L	9

## **TUBERCULOSIS PERITONEAL.**

Se tienen registrados 7 casos atendidos quirúrgicamente por obstrucción intestinal, de Tuberculosis Peritoneal.

Para constituir 2.36% de los casos de obstrucción intestinal.

El tratamiento fue

LAPAROTOMIA EXPLORADORA	3*
LIBERACION DE BRIDAS	1
LAPAROTOMIA MAS BIOPSIA	3'
T O T A L	7

\*En uno de los casos se efectuó apendicectomía profiláctica

'A uno de los casos se le hizo salpingectomía derecha.

## **HERNIA INTERNA.**

Se realizaron 5 intervenciones por oclusión intestinal relacionada con hernias internas, que comprenden el 2.36% de las urgencias quirúrgicas por obstrucción . En este apartado se registraron todas las hernias de la cavidad abdominal sin nombre específico, por lo que las hernias obturatrices tratadas y ya documentadas se comentan aparte.

La terapéutica quirurgica fue:

RESECCION INTESTINAL + ANASTOMOSIS	2
RESECCION + YEYUNOSTOMIA	1

LIBERACION DE BRIDA	1
RESECCION Y COLOSTOMIA	1
T O T A L	5

#### CAUSAS DIVERSAS DE OCLUSION

OCLUSION POR ASCARIS	1
TORSION DE INTESTINO DELGADO	1
INTUSUSCEPCION DE DELGADO	1
T O T A L	3

En la ascariasis, se realizó enterotomía y extracción de los parásitos.

La torsión de intestino delgado ameritó resección intestinal más ileostomía y gastrostomía para alimentación.

La intususcepción, cuya etiología no se definió requirió resección de intestino mas anastomosis.

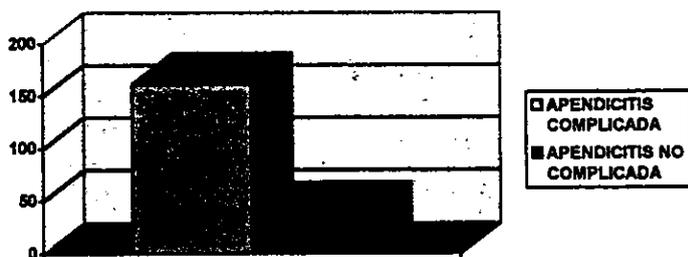
#### PATOLOGIA APENDICULAR

La apendicitis aguda en sus diversas fases de evolución requirió 199 intervenciones quirúrgicas para constituir el 9.8% del total de las cirugías de urgencia en el paciente anciano, y el 12.4% de la cirugía abdominal de urgencia.

De estos 199 casos, 38 pacientes tuvieron apendicitis aguda (19%) y 161 pacientes (81%) tuvieron absceso apendicular.

Los pacientes con apendicitis aguda fueron tratados únicamente con apendicectomía.

Los pacientes con apendicitis complicada (absceso apendicular) requirieron apendicectomía y drenaje del absceso. No se realizaron procedimientos resectivos adicionales.



#### ABSCESO HEPATICO

77 casos de absceso hepático se atendieron quirúrgicamente, para corresponder a 3.8% del porcentaje total de cirugías realizadas en urgencias y 4.8% de las cirugías abdominales. 72 estaban rotos en la laparotomía realizándose lavado de cavidad y drenaje. 5 abscesos hepáticos no rotos aunque con inminencia de ruptura requirieron drenaje de los abscesos.

### PATOLOGIA BILIAR

Un total de 121 casos de problemas relacionados con la vesícula biliar se atendieron en el periodo en estudio.

Esto comprende un 6% del total de la cirugía realizada, y 7.6% de la cirugía abdominal de urgencias. No se incluye en este apartado un par de casos de carcinoma de la Vesícula biliar, que se comentan adelante.

Los tipos de patología tratados fueron:

PATOLOGIA	TOTAL	COLECISTECTOMIA SIMPLE	COLECISTECTOMIA + R.V.B.*
COLECISTITIS AGUDA	36	19	17
POCOLECISTO	34	21	13
HIDROCOLECISTO	21	13	8
PÉRFORACION DE VESICULA	30	25	5
TOTAL	121	78	43

\*Revision Vía Biliar

### PATOLOGIA VESICULAR



En el apartado de revisión de la vía biliar, esto incluye colecistectomía. No es posible saber si la revisión de la vía biliar incluyó en todos los casos colocación de sonda en T.

### VISCERA HUECA PERFORADA.

En este apartado se incluye únicamente la patología benigna que involucró al tubo digestivo desde el estómago al intestino grueso. De otras vísceras intraabdominales perforadas, como vesícula biliar o vejiga urinaria, los datos se encuentran en el rubro respectivo de patología biliar o urinaria.

Se tuvieron un total de 127 casos quirúrgicos, distribuidos de la siguiente manera:

Úlcera Gástrica	67
Úlcera duodenal	19
Perforación Intestino Delgado	18
Perforación Colon	23

### ULCERA GASTRICA.

Cuando la complicación fue perforación, se tuvieron 67 casos, que fueron manejados de la siguiente manera:

TRATAMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Cierre Primario	65	97
Vagotomía Truncular + Píloroplastia	1	1.5
Gastrectomía Subtotal + Billroth II	1	1.5

### ULCERA DUODENAL PERFORADA.

Fueron 19 las úlceras de duodeno perforada. Los tratamientos fueron los siguientes.

TRATAMIENTO	NUMERO
CIERRE PRIMARIO	17
VAGOTOMIA TRONCULAR + ANTRECTOMÍA	2
TOTAL	19

### PERFORACION INTESTINO DELGADO.

Fueron 18 perforaciones de intestino delgado, 1 en yeyuno y las 17 restantes en íleon. Salvo en 2 casos donde se estableció la etiología tifóidica, se desconoce la etiología en los 16 casos restantes.

El tratamiento fue el siguiente:

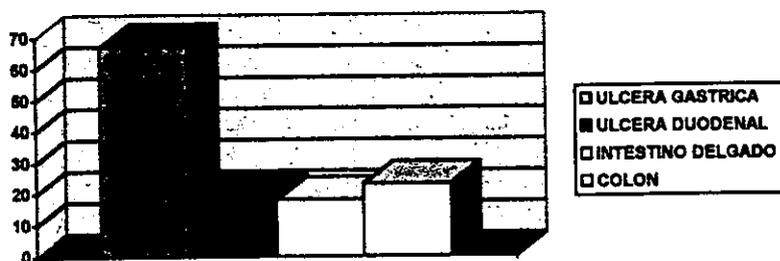
Resección + enteroenteroanastomosis	10
Ileostomía	3
Resección+Ileotransversoanastomosis	1
Cierre Primario de Perforación	3
Yeyunostomía	1
Drenaje	1
TOTAL	19

### PERFORACION DE COLON

23 casos de perforación de colon se registraron en las décadas estudiadas. Los tratamientos empleados fueron:

TRATAMIENTO	NUMERO
COLECTOMIA TOTAL	5
HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA+ COLOSTOMIA	2
SIGMOIDECTOMIA	4
HEMICOLECTOMIA DERECHA+ ILEOSTOMIA	9
COLOSTOMIA	1
HEMICOLECTOMIA DERECHA+ ILEOSTRANSVERSOANASTOMOSIS	1
DRENAJE UNICAMENTE	1

Solamente en dos casos se registro la etiología de la perforación colónica, que fue amibiana.



### COLON TOXICO

12 casos de colon tóxico fueron operados en urgencias. Del total, solo en 3 casos se conoció la etiología, amibiana en 2 de ellos, colitis neutropénica en un caso más.

El manejo quirúrgico fue el siguiente:

COLECTOMIA TOTAL	2
COLECTOMIA SUBTOTAL	3
HEMICOLECTOMIA DERECHA + ILEOSTOMIA	2
HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA + COLOSTOMIA	1
COLOSTOMIA	1
CECOSTOMIA	1
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	1
DRENAJE	1

### PANCREATITIS.

8 CASOS DE PANCREATITIS FUERON SOMETIDOS A CIRUGIA. 6 CASOS FUERON PANCREATITIS AGUDA Y 2 CASOS DE ABSCESO DE PANCREAS. LA ETIOLOGIA NO FUE REFERIDA EN NINGUNO DE LOS CASOS

#### Pancreatitis Aguda

##### TRATAMIENTO

COLECISTECTOMIA	1
DUODENOSTOMIA	
REVISION DE VIAS BILIARES	
COLECISTECTOMIA	1
GASTROSTOMIA	
YEYUNOSTOMIA	
DRENAJE	
COLECISTECTOMIA	2
REVISION VIAS BILIARES	
GASTROSTOMIA	
DRENAJE	
GASTROSTOMIA	1
YEYUNOSTOMIA	
COLECISTOSTOMIA	1

## YEYUNOSTOMIA DRENAJE

### **Absceso de Páncreas**

Fueron 2 casos. Ambos tratados con drenaje de absceso sin procedimientos adicionales.

## **PATOLOGIA URINARIA**

Fueron realizadas 25 intervenciones de urgencia por patología urinaria. Las urgencias por patología testicular se tratan en el apartado correspondiente de Urgencias extraabdominales.

Tales casos fueron

RETENCION URINARIA AGUDA (Por Hipertrofia Prostática) Todos los casos requirieron Cistostomía suprapúbica	11
ABSCESO PERIRRENAL Incisión y drenaje Nefrectomía	9
ABSCESO VESICAL Etiología desconocida Su tratamiento fue cistostomía Y drenaje	1
PERFORACION VESICAL Manejada con cistostomía, sondeo suprapúbico y cierre	1
CARCINOMA RENAL Ameritó nefrectomía+esplenectomía +hemicolectomía izquierda y colos- tomía	1
CARCINOMA VESICAL	2

1 era un carcinoma abscedado requiriéndose drenaje del absceso y toma de biopsia. El otro caso originaba una fistula vesicocutánea. El manejo fue resección del trayec fistuloso, toma de biopsia y cistostomía.

## **PATOLOGIA GINECOLOGICA.**

24 intervenciones quirúrgicas fueron requeridas. Los tratamientos fueron

QUISTE TORCIDO DE OVARIO 11 CASOS

Salpingooforectomía	8
Salpingooforectomía bilateral	2
*Ooforectomía+liberación de adherencias	1

Y resección intestinal con anastomosis

*\*Se trató de un quiste que causó obstrucción de intestino.*

PIOSALPINX	2
Salpingectomía Izquierda	1
Panhisterectomía abdominal*	1

*\*Se trató de un caso de piosálpinx bilateral con piometra.*

CANCER DE OVARIO 3 CASOS

Los tratamientos fueron:

Cistooforectomía	1
Ooforectomía + colostomía	1
Ooforectomía + cecostomía + Biopsia	1

En el 2do. Caso, se realizó colostomía por la obstrucción intestinal que provocaba dicho tumor.

CANCER CERVICOUTERINO 8 CASOS

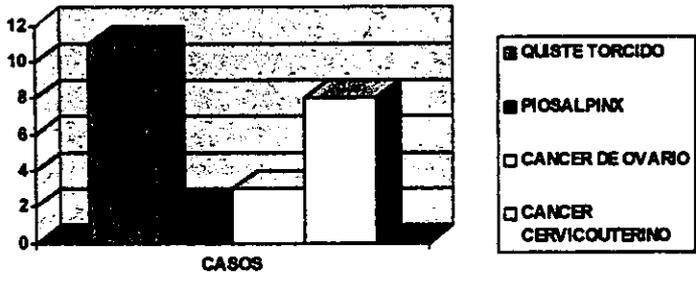
Los tratamientos fueron

Nefrostomía	5
-------------	---

Por obstrucción de ureteros  
En 2 casos la nefrostomía fue bilateral.

Histerectomía subtotal	3
------------------------	---

1 caso, por perforación uterina por la neoplasia  
1 caso por hemoperitoneo por erosión de vasos.  
1 caso por tumor que provocaba obstrucción intestinal.



**PATOLOGIA ANORECTAL.**

12 intervenciones quirúrgicas fueron efectuadas.

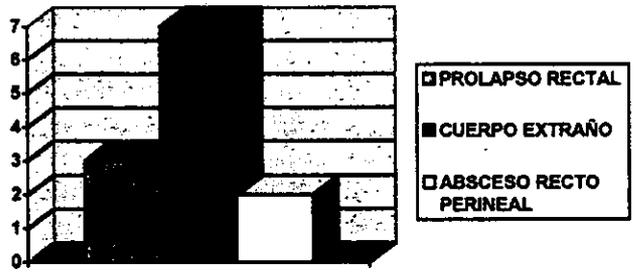
Prolapso rectal 3 casos

En los 3 casos se realizó como procedimiento de urgencias reducción manual del prolapso.

Cuerpo extraño en Recto 7 casos

5 casos fueron manejados con extracción del cuerpo extraño  
2 casos requirieron cierre de perforación y colostomía.

Absceso rectoperineal 2 casos



El manejo en ambos casos fue incisión y drenaje.

## **SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO**

19 eventos de este tipo, incluidos aquí los causados por patología benigna, ameritaron tratamiento quirúrgico.

Las causas y los tratamientos se exponen a continuación:

### **ULCERA GASTRICA SANGRANTE 12 CASOS**

#### **TRATAMIENTO**

GASTRECTOMIA SUBTOTAL	4
GASTROTOMIA + LIGADURA VASOS	6
VAGOTOMIA TRONCULAR	1
LIGADURA	DE 1
VASOS+PILOROPLASTIA	

### **VARICES ESOFAGICAS 4 CASOS SANGRANTES**

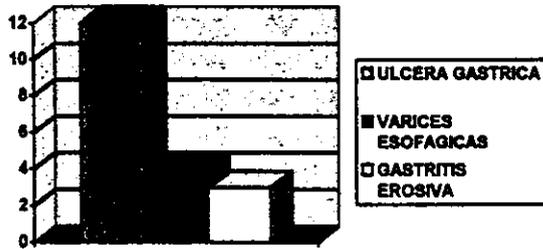
#### **TRATAMIENTO**

	2
OPERACIÓN DE WOMACK	1
GASTROTOMIA Y LIGADURA DE VASOS	1
GASTROTOMIA+LIGADURA DE VASOS+LIGADURA VENA GASTRICA IZQUIERDA Y GASTROEPIPLOICAS	

### **GASTRITIS EROSIVA 3 CASOS**

#### **TRATAMIENTO**

GASTROTOMIA +LIGADURA	DE 1
VASOS HEMORRAGICOS	
VAGOTOMIA	1
TRONCULAR+PILOROPLASTIA	
GASTRECTOMIA SUBTOTAL	TIPO 1
POLYA	



### NEOPLASIAS DE TUBO DIGESTIVO

72 LESIONES MALIGNAS DEL APARATO DIGESTIVO AMERITARON IGUAL NUMERO DE INTERVENCIONES. LOS TRATAMIENTOS PARA CADA TIPO DE NEOPLASIA SE EXPONEN:

<b>ESOFAGO</b>	<b>6 CASOS</b>
TRATAMIENTO	
GASTROSTOMIA	6

Todos los pacientes se presentaron con disfagia o afagia.

**ESTOMAGO 12**

<b>CANCER GASTRICO PERFORADO</b>	<b>6</b>
CIERRE +	1
GASTROYEYUNOANASTOMOSIS	1
CIERRE SIMPLE	1
CIERRE + COLOSTOMIA	3
CIERRE + YEYUNOSTOMIA	1
<b>CANCER GASTRICO SANGRANTE</b>	<b>1</b>
HEMOSTASIA + GASTROSTOMIA	5
<b>OTROS CASOS DE CA GASTRICO</b>	<b>1</b>
GASTRECTOMIA +YEYUNOSTOMIA	1
COLECTOMIA + COLOSTOMIA	1
GASTRECTOMIA SUBTOTAL	1
YEYUNOSTOMIA	1
GASTROSTOMIA	1
TOMA DE BIOPSIA	

**TUMORES DE INTESTINO DELGADO 4**

<b>CARCINOMA DE YEYUNO-ILEON</b>	<b>3</b>
Se realizó unicamente Laparotomía	
Exploradora	
No se documentó la causa de la urgencia	1
<b>LINFOMA DE ILEON</b>	
Tumor que provocaba obstrucción intestinal.	
Se realizó resección con enteroenteroanastomosis.	

**COLON Y RECTO 40**

<b>CANCER EN COLON</b>	<b>28</b>
Colostomía	11
Resección + colostomía	7
Laparotomía exploradora	2
Laparotomía + toma de biopsia	2
Hemicolectomía derecha + ileotrans- Versoanastomosis	6
<b>CANCER RECTAL</b>	<b>12</b>
Colostomía	11
Resección * colostomía	1

**VESICULA BILIAR 2**

Diagnóstico fue de colecistitis aguda, en ambos casos se hizo colecistectomía.

<b>PANCREAS</b>	<b>3</b>
Toma de Biopsia	2
Colecistostomía	1

<b>HIGADO</b>	<b>5</b>
Laparotomía Exploradora	2
Toma de biopsia	2
Colecistectomía	1

**OTROS TUMORES INTRAABDOMINALES EXTRADIGESTIVOS**

2 Casos ameritaron tratamiento.

**CARCINOMA RETROPERITONEAL 1**  
 Se trató de un liposarcoma retroperitoneal.  
 El manejo incluyó toma de biopsia así como hemicolectomía derecha  
 Con ileotransversoanastomosis.

**CARCINOMA BRONCOGENICO 1**  
 La lesión invadía esófago por lo que se realizó gastrostomía.

## LAPAROTOMIA POR CAUSAS NO QUIRURGICAS.

Se realizaron 19 intervenciones quirúrgicas por causas no especificadas y sin hallazgos de relevancia quirúrgica. Estos casos fueron

LAPAROTOMIA BLANCA	8
ILEO ADINAMICO	2
CIRROSIS	4
(¿Peritonitis Primaria?)	
PERITONITIS NO ESPECIFICADA	5
<b>CAUSAS MISCELANEAS</b>	<b>25</b>
<b>FISTULAS O DEHISCENCIAS DE ANASTOMOSIS.</b>	<b>6</b>
6 casos se tuvieron. Su naturaleza y tratamiento fueron	
<b>DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS INTESTINAL</b>	<b>3</b>
TRATAMIENTO	
Resección + enteroenteroanastomosis	2
Resección + ileotransversoanastomosis	1
<b>DEHISCENCIA DE GASTROYEYUNOANASTOMOSIS</b>	<b>1</b>
Tratamiento	
GASTROYEYUNOANASTOMOSIS+ COLEDOCOYEYUNOANASTOMOSIS+ YEYUNOSTOMIA+ DRENAJE	
<b>FISTULA DUODENAL</b>	<b>1</b>
TRATAMIENTO	
RESECCION DE FISTULA+ GASTROYEYUNOANASTOMOSIS	

**DEHISCENCIA DE GASTRORRAFIA** 1  
(Cierre Primario Ulcera Gástrica Perforada)

TRATAMIENTO  
GASTRECTOMIA PARCIAL+  
GASTROYEYUNOANASTOMOSIS

**DIVERTICULO DE MECKEL** 3  
Se intervinieron quirúrgicamente 3 casos  
TRATAMIENTO  
RESECCION + ANASTOMOSIS 2  
RESECCION + ILEOSTOMIA 1

**DIVERTICULITIS DE COLON**  
2 casos fueron sometidos a cirugía. Los manejos fueron

LAPAROTOMIA EXPLORADORA 1  
LAPAROTOMIA+APENDICECTOMIA 1  
INCIDENTAL.  
No se efectuaron drenaje de cavidad ni resección de colon.

**HEMOPERITONEO**  
1 Solo caso. No se señaló fuente de sangrado. El manejo fue empaquetamiento.

**QUISTE DE EPIPLON**  
1 caso. Este quiste epiploico se encontraba abierto a intestino. El manejo fue resección de quiste + resección intestinal con anastomosis primaria.

**LESION DE BAZO.** 1  
Por traumatismo contuso. Se realizó esplenectomía y hepatorrafia por la lesión asociada en hígado. 1 caso

**GASTROSTOMIA** 1  
Efectuada en un paciente con evento vascular cerebral para alimentación. 1 caso.

**RETRACCIÓN DE COLOSTOMÍA** 1  
1 caso. Se manejó con laparotomía, reinstalación de colostomía y lavado de cavidad.

**CIERRE DE ILEOSTOMIA**  
1 caso. Se hizo ileotransversoanastomosis.

**COLOSTOMIA** 1  
Se instaló en un paciente con oclusión rectal al parecer con ca rectal. 1 caso.

**PERFORACION ESOFAGICA 1**

1 caso. Paciente sometido a endoscopia rígida.

El manejo incluyo gastrostomía. Drenaje de mediastino e inserción de tubos de pleurostomía.

**FISTULA ESOFAGICA 1**

Se trató de 1 fistula esofagocutánea de etiología no especificada.

Se manejó con gastrostomía.

**ABSCEOS RESIDUALES 2**

En 1 caso la cirugía previa fue resección intestinal por trombosis mesentérica.

Otro caso relacionado con absceso apendicular.

Se manejaron con drenaje y lavado de cavidad.

**ABSCESO SUBFRENICO 1**

En el espacio subfrénico izquierdo. No se documentó etiología.

Se manejó con esplenectomía y drenaje.

**LESION DE VENA CAVA 1**

Ocasionado por instalación de cateter de diálisis peritoneal.

Se reparó mediante cavorrafia.

## CIRUGIA EXTRAABDOMINAL DE URGENCIA.

Se tuvieron 420 intervenciones por causas extraabdominales como se conoce previamente. A continuación se presentan los tipos de patología que ameritaron intervención y los tratamientos quirúrgicos efectuados

### NECROBIOSIS DIABETICA Y OTROS PROBLEMAS INFECCIOSOS DE EXTREMIDADES.

Se requirieron 357 intervenciones por dicha patología.

TIPO DE PATOLOGIA	NUMERO	%
NECROBIOSIS DIABETICA	342	95.8%
COMPLEJO		
VASCULOCUTANEO DE LA		
PIERNA	1	0.28%
FASCITIS		
EXTRAMIDADES	5	1.4%
GANGRENA GASEOSA	1	0.28%
MIASIS	2	0.6%
CELULITIS	3	0.8%
ABSCESO		
EXTREMIDADES	2	0.6%
AMPUTACION		
TRAUMATICA	1	0.28%
TOTAL	357	100%

**NECROBIOSIS DIABETICA 342**

En Miembro Torácico 2  
En Miembro Pélvico 340

AFECCION UNILATERAL 338  
AFECCION BILATERAL\* 4  
T O T A L 342

\*Todas afectaron a miembros pélvicos.

Los tratamientos realizados fueron  
En extremidad superior :

Amputación 2  
T o t a l 2

En Extremidad Inferior

Amputación Supra o Infracondílea 331  
Desarticulación 1  
Aseo y Debridación 3  
Amputación de orjejo(s) 5  
T o t a l 340

**COMPLEJO VASCULOCUTANEO DE LA PIERNA**

Se tuvo un solo caso, que se trató con aseo y debridación quirúrgicos.

**FASCITIS DE EXTREMIDADES**

5 casos.

Todos en miembros pélvicos.

Tratamiento Quirúrgico: Fasciotomía y debridación.

**MIASIS**

2 casos.

Ambos en miembro pélvico.

Amputación supracondílea en ambos casos.

**GANGRENA GASEOSA**

1 caso en miembro pélvico.

Tratamiento Quirúrgico: Amputación supracondílea.

## **CELULITIS**

2 casos,

tratamiento 1 caso requirió amputación.

El otro caso fue manejado con debridación y aseo quirúrgico.

## **ABSCESO EN EXTREMIDADES**

2 abscesos, ambos crurales.

Tratamiento quirúrgico: drenaje y aseo.

## **AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA.**

1 caso. se trató con remodelación de muñon.

## **GANGRENA DE FOURNIER**

Con 16 casos atendidos, constituyó el 3.8% de la patología de urgencias extraabdominal.  
Los tratamientos fueron:

Debridación Únicamente	3
Debridación + Colostomía	3
Debridación + Cistostomía	5
Debridación + Colostomía + Cistostomía	5
<b>T o t a l</b>	<b>16</b>

## **FASCITIS ABDOMINAL**

Se tuvieron 3 casos.

<b>TRATAMIENTO</b>	<b>TOTAL</b>
Fasciotomía	2
Lavado y Debridación	1

## **ABSCESO DE GLUTEO**

2 Casos.

Se desconoce etiología.

Se manejaron con drenaje y lavado quirúrgicos.

## **ABSCESO INGUINAL**

2 Casos.

Etiología desconocida.

Se drenaron ambos abscesos.

## **ABSCESO DE RODILLA**

1 Caso. se manejó con drenaje.

# GRANULOMA ABSCEDADO

1 Caso. Ameritó resección y drenaje del absceso

## PATOLOGIA TESTICULAR

3 CASOS.

HEMATOCELE 1

Se manejó con orquectomía.

Se hizo plastía de una hernia inguinal acompañante

ABSCESO TESTICULAR 1

El manejo consistió en drenaje.

TORSION TESTICULAR 1

Requirió orquectomía.

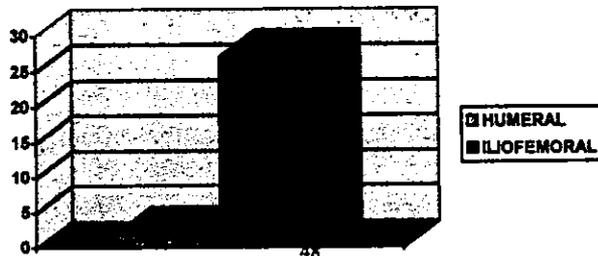
## ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA

30 casos de enfermedad vascular de las extremidades se atendieron. Esto constituye el 7.1% del total de la patología extraabdominal. Los casos correspondieron a los siguientes grupos de patología vascular:

Enfermedad oclusiva	29	96.6%
Enfermedad aneurismatica	1	3.3%
<b>T o t a l</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>

### Enfermedad Oclusiva

Humeral	2	7%
Iliofemoral	27	93%
<b>T o t a l</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>



## **TRATAMIENTOS**

### **OCLUSION HUMERAL 2**

En ambos casos se realizo amputación del miembro torácico afectado.

<b>OCLUSION ILIOFEMORAL</b>	<b>27</b>
Tromberdarterectomia	19
Derivación Aortofemoral	1
Amputación	3
Desarticulación	3
Amputación bilateral	1

### **ENFERMEDAD ANEURISMATICA.**

**1 CASO DE ANEURISMA DE LA ARTERIA ILIACA  
SE REALIZO PUENTE (Bypass) ILIOFEMORAL**

Un caso de lesión de la vena cava inferior se documenta en la patología intraabdominal.

## **ONCOLOGIA EXTRAABDOMINAL**

### **CA LARINGEO. 4**

Tratamiento	No.
Traqueostomía	4

Los 4 casos estuvieron relacionados con insuficiencia respiratoria.

### **TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL 1**

Hematoma intracerebral 1

Se manejó con craneotomía y evacuación de hematoma.

No se especifica su origen (intradural, extradural, parenquimatoso)

## REINTERVENCIONES.

Se practicaron un total de 27 reintervenciones en 23 pacientes.  
Los motivos más frecuentes de reintervención fueron:

MOTIVO DE REINTERVENCION	NUMERO
EVISCERACIONES	10
DEHISCENCIAS DE ANASTOMOSIS Y PATOLOGIA RELACIONADA	8
VASCULOPATIAS PERIFERICAS Y NECROBIOSIS	5
GANGRENA DE FOURNIER	1
ABSCESOS RESIDUALES	3

### EVISCERACIONES

10

Su tratamiento fue Cierre de Pared en 9 casos.

En 1 caso se requirió ileostomía adicional.

2 pacientes presentaron nueva evisceración que fue manejada con cierre.

Los procedimientos quirúrgicos previos fueron:

-Laparotomía Exploradora por hepatoma.

-Cierre previo por evisceración --- drenaje de abscesos hepáticos.

-Cierre previo por evisceración --- resección intestinal y plastía de pared por hernia umbilical.

-Resección intestinal más anastomosis por Intususcepción Intestinal.

-Plastía de pared más resección intestinal por hernia umbilical estrangulada.

-Resección intestinal más ileostomía por Trombosis Mesentérica.

-Laparatomía Exploradora y toma de biopsia por Cáncer de Páncreas.

-Apendicectomía más drenaje de absceso por absceso apendicular.

### DEHISCENCIAS DE ANASTOMOSIS Y COMPLICACIONES AFINES

8

Resección más enteroenteroanastomosis por fistula enterocutánea.\*

Resección más anastomosis por torsión de mesenterio.\*

Resección más anastomosis por dehiscencia de anastomosis de una hernia crural estrangulada.

Resección colon más ileostomía por necrosis de colon transverso en una plastía por hernia umbilical estrangulada.

Gastrectomía parcial con gastroyeyunoanastomosis por dehiscencia de gastrorrafia en una ulcera gastrica perforada.

Cierre primaria de perforación gástrica inadvertida. La cirugía inicial fue una plastía inguinal más resección intestinal con anastomosis por hernia inguinal estrangulada.

## **PATOLOGIA VASCULAR PERIFERICA Y NECROBIOSIS**

**5**

Amputación en un paciente que previamente fue sometido a tromboendarterectomía por trombosis de la arteria femoral.  
Remodelación de muñón en una dehiscencia de muñón posterior a una amputación supracondílea por necrobiosis diabética.  
Amputación supracondílea requerida por un paciente que fue inicialmente tratado con amputación transmetatarsiana por necrobiosis diabética.  
Amputación supracondílea en un paciente previamente manejado con tromboendarterectomía por embolia femoral.  
Amputación en un paciente previamente sometida a debridación de úlceras plantares en pie izquierdo.

## **GANGRENA DE FOURNIER**

**1**

Paciente que inicialmente fue sometido a extracción de cuerpo extraño rectal.  
Se le realizó debridación y colostomía.

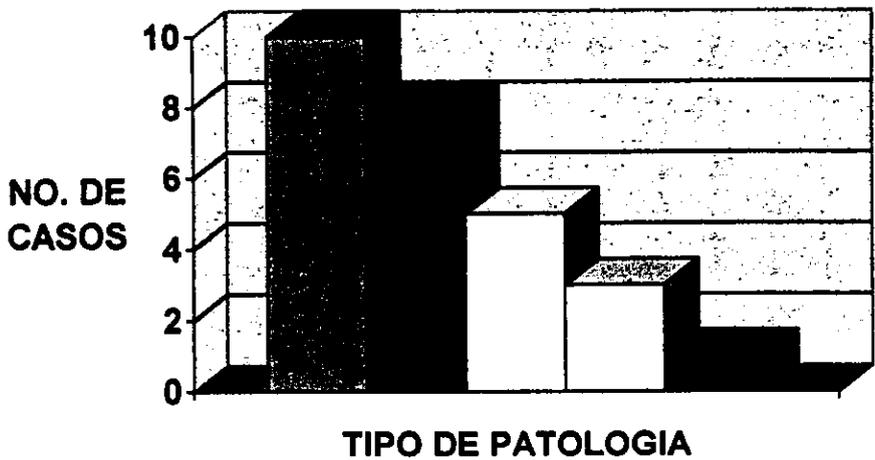
## **ABSCEOS RESIDUALES**

**3**

1. Drenaje de abscesos en un paciente con Trombosis Mesentérica que requirió resección intestinal más anastomosis.  
2.-Drenaje de abscesos y colostomía en un paciente con perforación de colon por amibas y que inicialmente fue manejado con hemicolectomía derecha más ileostomía.

3.-Drenaje de abscesos más plastía inguinal en un paciente sometido previamente a drenaje

### REINTERVENCION



- Evisceración
- Dehiscencia anastomosis y afines
- Patología vascular periférica y necrobiosis
- Absceso residual
- Fournier

## MORTALIDAD

Se registraron 86 fallecimientos durante el período postoperatorio inmediato

Con estos datos, la proporción de muertes en relación con la totalidad de la patología quirúrgica de urgencias atendida fue de 4.25%.

76 de los fallecimientos estuvieron relacionados con patología intraabdominal, constituyendo el 88.4% de esta proporción de mortalidad.

10 fallecimientos, a su vez, tuvieron relación con patología extraabdominal, concretamente, patología vascular periférica y necrobiosis.

TIPO DE PATOLOGIA	NUMERO DE MUERTES	%
INTRAABDOMINAL	76	88.4
EXTRAABDOMINAL	10	11.6
TOTAL	86	100%



Las principales causas de muerte fueron:

**OCCLUSION INTESTINAL** 19

TIPO DE OCCLUSION	NUMERO DE MUERTES
TROMBOSIS MESENTERICA	14
OCCLUSION POR BRIDAS	3
VOLVULUS DELSIGMOIDES	1
TORSION DE MESENTERIO	1

### MORTALIDAD POR OCLUSION INTESTINAL



### HERNIAS ESTRANGULADAS Y PATOLOGIA AFIN

14

Tipo de Hernia	No. Muertes
HERNIA ESTRANGULADA	INGUINAL 2
HERNIA ESTRANGULADA	CRURAL 3
HERNIA ESTRANGULADA	UMBILICAL 4
EVENTRACION QUIRURGICA	POST- 2
EVISCERACION	3

### MORTALIDAD POR HERNIAS Y AFINES



**VISCERA HUECA PERFORADA**

10

**ULCERA GASTRICA 3**  
**PERFORADA**  
**ULCERA DUODENAL 1**  
**PERFORADA**  
**PERFORACION INTESTINO 1**  
**DELGADO**  
**PERFORACION COLON 3**  
**PERFORACION VESICULA 2**  
**BILIAR**

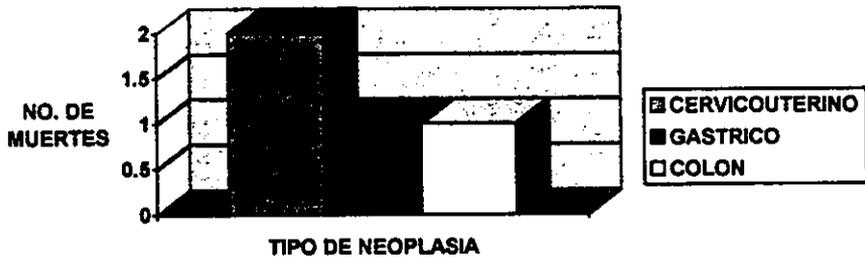
**MORTALIDAD POR VISCERA HUECA PERFORADA**



<b>ABSCESO HEPATICO</b>	<b>11</b>
<b>ABSCESO APENDICULAR</b>	<b>8</b>
<b>NECROBIOSIS DIABETICA</b>	<b>8</b>
<b>PROBLEMAS ONCOLOGICOS</b>	<b>4</b>
<b>CARCINOMA CERVICOUTERINO 2</b>	
<b>CARCINOMA ESTOMAGO 1</b>	
<b>CARCINOMA DE COLON 1</b>	

<b>HEMORRAGIA TUBO DIGESTIVO ALTO</b>		<b>2</b>
<b>GASTRITIS EROSIVA</b>	<b>1</b>	
<b>VARICES ESOFAGICAS</b>	<b>1</b>	
<b>PROBLEMAS VASCULARES</b>		<b>2</b>
<b>OCLUSION FEMORAL BILATERAL</b>	<b>1</b>	
<b>ANEURISMA ROTO DE ARTERIA ILIACA</b>	<b>1</b>	
<b>ABSCESO PERIRRENAL</b>	<b>1</b>	
<b>PANCREATITIS</b>	<b>1</b>	
<b>DIVERTICULO DE MECKEL</b>	<b>1</b>	
<b>PERFORACION DEL ESOFAGO</b>	<b>1</b>	
<b>Causada por endoscopia rígida.</b>		
<b>LAPARATOMIA BLANCA</b>	<b>1</b>	

**MORTALIDAD ONCOLOGICA**



## ANALISIS DE RESULTADOS

La esperanza de vida en nuestro país se ha incrementado. En 1900 era de 32 años. En 1960, de 57 años, en 1980, de 65 años, y en la década que vivimos, de 68 años. La tendencia es superar los 70 años para el año 2000(9).

Con el incremento en la esperanza de vida, se ha observado un aumento proporcional en la cantidad de pacientes ańosos que acuden a los servicios de salud en busca de atención médica, y los servicios de urgencias han reflejado estas tendencias. El Hospital General de México, en su servicio de urgencias, muestra un particular perfil de patologías que requieren atención quirúrgica, que difiere de las tendencias de las patologías quirúrgicas que se han atendido en otros servicios quirúrgicos de urgencias en otras partes del mundo.

### TOTAL DE CIRUGIAS.

En la serie de casos que se ha presentado, de 11,697 intervenciones quirúrgicas realizadas en el servicio de Urgencias del Hospital General de México durante el periodo de 2 décadas comprendido entre enero de 1970 a diciembre de 1989, 2019 intervenciones quirúrgicas fueron efectuadas en el paciente mayor de 60 años.

TOTAL DE CIRUGIAS	PORCENTAJE
11,697	100 %
2,019	17.26%

Comparando las 2 décadas, se obtiene que de 1970 a 1979 se realizaron 810 procedimientos quirúrgicos de urgencias, en tanto que en la década 1980-1989 se realizaron 1209 procedimientos, lo que representa un incremento porcentual de 19.8%.

PERIODO	No. Urgencias Quirúrgicas	Porcentaje
1970-1979	810	40.1%
1980-1989	1209	59.9%
T O T A L	2019	100%

El porcentaje de 17.26% de urgencias quirúrgicas realizadas en pacientes ancianos, contrasta con series como la de Kim, donde las operaciones de emergencia fueron requeridas hasta en un 44.6% de los pacientes operados en hospitales comunitarios de ese país.

## EDAD Y DISTRIBUCION POR SEXO.

### Edad

Los pacientes intervenidos fueron distribuidos en 4 subgrupos etarios.

La mayor parte de estos pacientes perteneci6 al grupo etario de 60 a 69 a6os

Los pacientes de 90 a6os o mayores fueron 41 para constituir el 2% del total.

De estos pacientes, 4 (0.2%) tuvieron un siglo de edad o m6s.

60 a 69 a6os	979	48.5%
70 a 79 a6os	700	34.7%
80 a 89 a6os	299	14.8%
90 a 99 a6os	37	1.8%
100 o mas	4	0.2%

### Sexo

En cuanto al sexo, de las 2019 intervenciones quir6rgicas realizadas, 902 (44.7%) fueron efectuadas en varones y 1117(55.3%) en mujeres, por lo que la proporci6n establecida se inclina ligeramente a favor de las mujeres, contrastando con lo reportado por Rorbaeck-Madsen(10), quien present6 que de 296 admisiones quir6rgicas de urgencias, la mayor1a fue en pacientes del sexo masculino. En su estudio, 166 pacientes fueron varones y 130 mujeres.

SEXO	CIRUGIAS	PORCENTAJE
HOMBRES	902	44.7
MUJERES	1117	55.3
TOTAL	2019	100

Estos datos tambi6n contrastan c con estudios como el de F6nyo, donde las series fueron dominadas por mujeres en 62.8 y 65% para cada una de sus dos series.

En conclusi6n, y a diferencia de lo descrito por otros autores, cuyas series se tienden notablemente a favor de uno u otro sexo, nuestra serie fue practicamente equilibrada en cuanto al n6mero de pacientes de cada sexo, con ligero predominio del sexo femenino.

## PANORAMA DE ENFERMEDADES

La cirug1a intraabdominal se destaca como la que interes6 la mayor parte de las intervenciones quir6rgicas, con un total de 1599 intervenciones (79.2%), contra 420(20.8%) procedimientos quir6rgicos realizados causas extraabdominales.

## PANORAMA DE ENFERMEDADES



Las 5 principales causas de patología intraabdominal que requirieron intervención quirúrgica fueron en primer lugar la patología hernia y de pared, que requirió 586 atenciones quirúrgicas para constituir el 36.6% de las intervenciones abdominales. A continuación, la oclusión intestinal constituyó el 2do. Lugar, con 269 casos operados, o sea, el 6.8% del total. La patología apendicular constituyó la siguiente causa más importante de atención abdominal quirúrgica de urgencias, con 199 casos, que contribuyeron con 12.4% de los procesos sometidos a intervención, y cuando ésta se llevó a cabo, el 81% se encontraba perforada -absceso apendicular-cifra inclusive superior a la reportada en literatura mundial, que documentan hasta un 67% de apendicitis perforada en el anciano como la de Peltokallio.(11). La perforación de viscera hueca, con 124 casos, y 7.75% fue la cuarta causa de atención, y finalmente, la patología biliar, con 121 procedimientos para número similar de casos, representó la quinta causa más común, representando un 7.6% de la casuística estudiada. intraabdominal la perforación de víscera hueca.

Es importante considerar que la patología oncológica, incluida la que interesó al tubo digestivo, al aparato genitourinario, incluidos el cervicouterino, el de ovario, el renal y las otras neoplasias intraabdominales como ca retroperitoneal o ca broncogénico y 15 casos de carcinomatosis, constituyó en total 103 casos en el grupo etario estudiado en el período establecido, y cuyas formas de presentación: hemorragia, perforación, obstrucción del tubo digestivo o del tracto urinario u otras, ameritaron alguna forma de intervención quirúrgica, integrando como grupo la 6ª. Causa más importante de atención quirúrgica por urgencia intraabdominal, con 6.4 por ciento de los casos registrados.

Si se incluyen los 4 casos de cáncer laríngeo que al presentarse como obstrucción de la vía aérea requirió intervención quirúrgica urgente, los casos son 107, para constituir el 5.3 del total de casos que ameritaron alguna forma de cirugía urgente.

Estas cifras son inferiores a las presentadas en un servicio de urgencias de un hospital de Estocolmo, en donde Fényo, en su segunda serie reportó un 13.2% de la patología atendida en urgencias, es decir, lo doble de lo que se atendió en el Hospital General de México para el período 1970-1989., y puede ser un reflejo de la patología que predomina en el primer mundo, donde las neoplasias destacan como causa de morbi-mortalidad aun más importante que la de nuestro país.

En el caso de la patología extraabdominal, la mayor parte de los 420 casos atendidos quirúrgicamente fueron constituidos por necrobiosis diabética con 357 casos, que en su

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

mayor parte ameritaron intervenciones mutilantes tipo amputaciones y que representó el 85% de los problemas quirúrgicos urgentes extraabdominales.

Es importante resaltar que al considerar en general las causas de atención quirúrgica en general, sin tomar en cuenta si fueron intraabdominales o no, la necrobiosis diabética representó la 2da. Causa que más demandó atención quirúrgica durante el período 1970 a 1989, con un 17.7% del total de los casos, y solamente superada por las hernias y trastornos relacionados de pared abdominal, que integraron la principal causa de atención de todas las patologías en general, con 29.1% de los casos.

A continuación, la patología vascular periférica, fundamentalmente en su modalidad de enfermedad arterial oclusiva contribuyó como 2da. Causa principal de atención quirúrgica extraabdominal, con 30 casos atendidos, esto es, 7.14% de los problemas extraabdominales. Sin embargo, al considerar las causas generales de patología, solamente 1.5% del total de casos fue representado por este tipo de trastornos.

Al revisar las gráficas y los datos obtenidos en este estudio, es de llamar la atención que la patología vesicular aguda benigna si bien constituyó la menos numerosa de las 5 causas más frecuentes de atención quirúrgica en el paciente senil, estuvo lejos de constituir la patología predominante, a diferencia de lo descrito por Fényo de Suecia, que reportó en sus 2 series una frecuencia de 40.8% y 26% respectivamente, o por Koelsch, donde constituyó el 25% de su casuística, o la reportada en otras series, como la de Reiss(12), siendo en sus reportes la principal causa de patología quirúrgica atendida. y que contrastan notablemente con el 7.6% con que la patología biliar contribuyó a los casos de patología abdominal atendida en nuestra institución.

En relación con las hernias, que como se discute previamente constituyeron la principal causa de atención quirúrgica urgente en el periodo establecido, se encuentran diferencias con la literatura, comparadas con la serie de Fényo, las hernias, únicamente presentadas por este autor como incarceradas, constituyeron el 9.6% de la atención, casi 4 veces menos frecuente que la proporción atendida en el Hospital General de México para dicho periodo.

En el caso de la apendicitis aguda, las cifras presentadas en nuestro estudio superan a la serie del citado autor sueco, cuyos 49 casos reportados constituyeron el 6.7% de la patología abdominal atendida en urgencias. Además, como ya se comentó, la mayor parte de estos casos se presentaron complicados, lo que inclusive es superior a lo reportado por autores como Horattas(13).

En la serie de Kim, en contraste, el diagnóstico más frecuente que requirió intervención quirúrgica fue el de apendicitis aguda

En el caso de las patologías extraabdominales, destaca la necrobiosis diabética, la cual, se documentó ya, constituyó la 2da. Principal causa de atención quirúrgica en general en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. Lo digno de notificar es que la mayor parte de los tratamientos quirúrgicos para resolver este problema fueron mutilantes (más del 90%), que pueden reflejar tanto el período avanzado del proceso en el que acudieron los pacientes

a buscar atención profesional, como tratamientos quirúrgicos posiblemente más agresivos de lo necesario para manejar este problema, o bien, la ineficacia de tratamientos conservadores previos. La explicación más acertada, sea cual fuere, excede los objetivos de este estudio.

## **MORTALIDAD.**

Se registraron 86 fallecimientos relacionados con la patología quirúrgica atendida en el servicio de Urgencias.

La proporción de muertes en relación con el total de casos atendidos fue de 4.25%. Si se acepta esta cifra como válida, sería considerablemente inferior a la reportada por las series suecas, que fueron de 14% y 11.3% respectivamente; o sería comparable a la serie coreana, que para procedimientos quirúrgicos urgentes realizados en hospitales universitarios fue de 4.2% y 4.1% para los hospitales comunitarios.

Para las causas de muerte por causas intraabdominales en nuestro estudio, la causa fundamental fue la obstrucción intestinal, que abarcó un 25% de las muertes. Para la mortalidad en general, constituyó el 22% de los casos. Dentro de esta patología en especial, la trombosis mesentérica, o mejor dicho, la enfermedad vascular mesentérica aguda, causó el 18.4% de las muertes relacionadas con patología abdominal quirúrgica de urgencias. La patología herniaria, siempre con compromiso isquémico irreversible de contenido intestinal, fue la 2da. Causa principal de muerte, con 14 decesos, que conformaron 18.4% de los fallecimientos atribuibles a patología intraabdominal. El absceso hepático roto, que figuró como causa importante de morbilidad quirúrgica durante el primer decenio estudiado, constituyó la 3ra. Causa de mortalidad quirúrgica, con 14.5% de las muertes relacionadas con problemas intraabdominales y 12.8% para la proporción de decesos registrada en las décadas estudiadas. La 4ª. Causa fue la perforación de víscera hueca, con 10 decesos constituyeron el 13.2% de la mortalidad por causa intraabdominal, y que incluyó enfermedad ácido péptica perforada, con 4 casos, perforación de intestino delgado 1 caso, perforación de colon 3 casos, y 2 de vesícula biliar perforada. Finalmente, la 5ª. causa de muerte por etiología intraabdominal fue el absceso apendicular, con 8 defunciones, que son el 10.5% de estos casos.

A diferencia de los datos anteriores registrados en el servicio de Urgencias de nuestro hospital, las series del hospital de Estocolmo presentan como primera causa de mortalidad a la colecistitis aguda, posteriormente el Ileo (Obstrucción Intestinal) enseguida la apendicitis aguda, posteriormente hernia encarcelada, y finalmente la enfermedad diverticular aguda del colon, esta última representado 12 y 2.9% de la mortalidad para cada una de las series.

No figuran en esta serie como causas significativas de mortalidad el absceso hepático amibiano, y en nuestra serie solo se documentaron 2 casos de diverticulitis aunque al parecer sin decesos.

De estos resultados se puede comentar que la oclusión intestinal es causa importante de muerte en el anciano que presenta patología quirúrgica abdominal de urgencias en el

mundo. Que la enfermedad diverticular aguda, causa común de atención médico-quirúrgica en el 1er. Mundo, también resulta en importante de muerte mientras que en nuestro medio, el absceso hepático, ha representado, hasta fechas no tan lejanas, causa importante de defunción.

La necrobiosis diabética compartió junto con la apendicitis complicada, el 5º lugar como causa general de mortalidad. Esto probablemente es atribuible a la patología concomitante de estos pacientes, que suelen encontrarse sépticos, deshidratados, con estado nutricional muy deficiente, y otras patologías multisistémicas como cardiovascular y respiratoria.

.Sin embargo es posible que exista un subregistro de fallecimientos. Los datos corresponden a los proporcionados por el servicio de Urgencias de nuestro hospital, no siendo posible obtener expedientes completos de los pacientes al ser depurados en Archivo Clínico. Esto dificulta hacer estadística inferencial y otro tipo de análisis que permitirían establecer tasas de supervivencia, tasas de morbilidad. Relacionar las complicaciones postoperatorias y la mortalidad con patología concomitante, con el retraso en el diagnóstico y el tratamiento, y otros datos importantes.

Por estas mismas razones, la morbilidad postoperatoria que se documenta posiblemente se encuentre subregistrada, ya que únicamente se puede hacer una descripción de las reintervenciones, que siendo 27 contabilizaron para sólo .01% de las intervenciones realizadas. Las dehiscencias de pared o evisceraciones, con 10 casos representaron 37% de las reoperaciones. Para las 1599 intervenciones abdominales, representa menos del 1% de frecuencia, cifra que de ser real, sería mucho mejor que la propuesta por Mulhivill(14), que afirma que acontece en alrededor del 5% de las laparotomías en pacientes mayores de 60 años.

## CONCLUSIONES

Durante el período de enero de 1970 a 1989, el servicio de Urgencias del Hospital General de México, la quinta parte de las atenciones quirúrgicas brindadas fue recibida por el grupo etario de seres humanos de 60 años o más. Los resultados de este estudio, meramente descriptivos, presentan un perfil de patología quirúrgica particular y que presenta diferencias con los perfiles de patología urgente que se atiende en otras latitudes.

Las patologías quirúrgicas más atendidas fueron en primer lugar las hernias de pared y padecimientos afines. A continuación, la necrobiosis diabética, la oclusión intestinal, la apendicitis y la patología vesicular. Los problemas oncológicos presentándose como urgencia quirúrgica representaron la 6ª. causa más frecuente de atención.

Las 3 principales causas de muerte fueron oclusión Intestinal, a continuación la patología herniaria complicada y, finalmente, la ruptura de abscesos hepáticos.

El hecho que haya habido un incremento notable en las cirugías de urgencias en el anciano atendidas durante la 2da. Década en comparación con la primera (1209 vs 810 cirugías atendidas), nos hace anticipar que esta tendencia continuará en incremento conforme la población vaya envejeciendo. No debemos perder de vista el hecho de que los censos y estimaciones poblacionales pronostican que la población mayor de 60 años, que en México constituyó el 6% de la población total, en el 2000 conformará el 6.2%, en el 2020 el 10% y en el 2025 el 12.6%.

El conocimiento de los problemas quirúrgicos de urgencia inherentes a este importante sector de la población que acudió con patología meritoria de intervención quirúrgica –es mi esperanza-, debe estimular en el futuro a la realización de nuevos estudios descriptivos con el uso de instrumentos estadísticos más completos, que permitan hacer inferencias sobre las diferentes ángulos que representa la atención quirúrgica en el paciente anciano, particularmente el diagnóstico certero y oportuno que permita una atención más eficaz y que redunde en una mayor esperanza de vida , siempre productiva, y de calidad.

#### 14. REFERENCIAS.

1. Zenilman, ME Surgery in the Elderly patient I Clin Surg North Am 1994;74(1), 1-264.
2. Kim, JP et als. Surgery in the aged in Korea. Arch Surg 1998 Jan; 133(1):18-23.
3. Salem, R. Emergency geriatric surgical admissions. Br Med J 1978,2(4): 16-7.
4. Bender, JS. Approach to the acute abdomen. Geriatria en Clin Med North Am. 1989. 73(6):1413-22.
5. Abi-Hanna P, Gleckman R. Acute abdominal pain: a medical emergency in older patients. Geriatrics 1997 Jul; 52(7):72-4.
6. Blake RL:Emergency abdominal surgery in the aged. Br J Surg 1976; 63:956.
7. Bender, JS. Ver cita 4
8. Fenyő,G: Acute abdominal Disease in the Elderly. Experience from two series in Stockholm. Am J Surg 1982; 143. 751-754.
9. Consejo Nacional de Población. World Populations Prospects(UN Publications No. 83),1989.
10. Rorbaek-Madsen,M: General surgery in patients aged 80 years and older. Br J Surg1992 79. 1216-1218.
11. Peltokallio P.: Evolution of the age distribution and mortality of acute appendicitis. Arch Surg 116:153-156,1981.
12. Reiss R: Surgical problems in octogenarians: Epidemiological analysis of 1,083 consecutive admissions. World J Surg 16:1017-1021, 1992.
13. Horattas: A reappraisal of appendicitis in the elderly. Am J Surg 160:291,1990.
14. Mulvihill,SJ.:Wound Dehiscence in Postoperative Complications. Chapter 4. Current Problems in Surgery, 1994. Appleton.