

11209

29

CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud
DDF

29

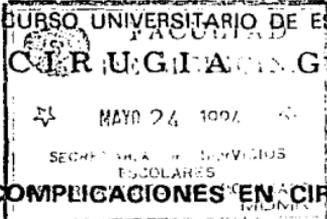


**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN:
FACULTAD
CIRUJIA GENERAL**



**COMPLICACIONES EN CIRUGIA UROLOGICA
PRACTICADA POR CIRUJANO GENERAL**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICA**

**P R E S E N T A
DR. RAMON ESPINOZA HERNANDEZ
PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

DIRECTOR DE TESIS: DR. FRANCISCO JAVIER RETANA MARQUEZ

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México

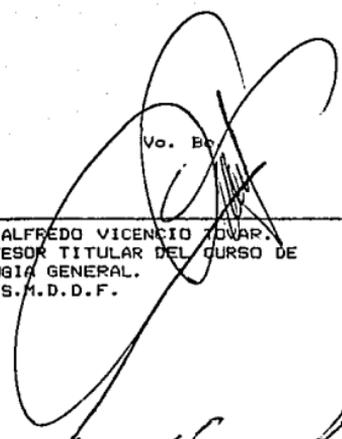


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

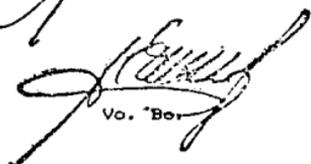
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Vo. Bo.

DR: ALFREDO VICENCIO TOWAR.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
CIRUGIA GENERAL.
D.G.S.M.D.D.F.



Vo. Bo.

C. DR: BENJAMIN SOTO DE LEON.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
D.G.S.M.D.D.F.

Vo. Bo.

DIRECTOR DE TESIS:


C. DR. FRANCISCO JAVIER RETANA MARQUEZ
ASISTENTE DE DIRECCION DE TURNO VESPERTINO
HOSPITAL DE URGENCIAS VILLA
D. G. S. M. D. D. F.

DEDICATORIAS

**A MIS PADRES.
RAMON Y LYDIA**

**A MIS HERMANOS.
VERONICA, OLIVIA Y HECTOR**

**A MI TIO.
LEORNARDO HERNANDEZ**

**A MI ASESOR MAESTRO Y DIRECTOR DE TESIS.
DR. FRANCISCO JAVIER RETANA MARQUEZ**

A MIS MAESTROS Y AMIGOS.

**DR. FCO. MANUEL BARRERA MARTINEZ
DRA. ROSA ELIA GONZALEZ BONILLA
DR. ALBERTO ESPINOSA M.
DR. ISAIAS VALDEPRAMA
DR. ANTONIO CORDERO
DR. JOSE A. PEREZ HINOSTROZA
DR. J. ALFONSO RAMIREZ
DR. DANIEL DAVILA
DRA. INEZ DIAZ MUÑOZ**

INDICE

	PAGS.
I. INTRODUCCION.....	1
II. JUSTIFICACION.....	4
III. OBJETIVOS.....	4
IV. HIPOTESIS.....	5
V. MATERIAL Y METODOS.....	6
VI. RESULTADOS.....	8
VII. FIGURAS.....	11
VIII. DISCUSION.....	31
IX. CONCLUSIONES.....	33
X. BIBLIOGRAFIA.....	35

I N T R O D U C C I O N

La Cirugía urológica involucra aspectos relacionados con la practica quirúrgica diaria tanto del cirujano general como del cirujano urólogo. Siendo interesante y estimulante para ambos recopilar los datos aportados por cada uno de los pacientes intervenidos durante un periodo de 4 años 6 meses, de cirugía urológica programada en el Hospital General La Villa por médicos cirujanos generales, conocer la frecuencia de complicaciones de los mismos a corto, mediano y largo plazo, la resolución de os mismos, si la hubo y la importancia clínica e incapacidad consecuente que pudieron ocasionar, comparándolo con la literatura mundial.

Entre los antecedentes históricos de mayor importancia en la Historia de la Urología, encontramos la aparición del "Tratado de todas las enfermedades de los riñones y carnosidades de la verga y urina", de Francisco Díaz (1588). Marca un hecho importante en la Historia de la medicina. La originalidad y precocidad de su doctrina planteó una verdadera revolución en la concepción de la literatura medioquirúrgica, pues el texto constituyó una genial anticipación de la época de las especialidades. La prioridad en la descripción de varios instrumentos, por el inventados, para el tratamiento de determinadas afecciones urológicas, al ser pionero en la utilización de los mismos, y el reconocerle por su innovadora obra como el primer tratadista de la especialidad, otorga a Francisco Díaz el merecido título del "Padre de la Urología" (Maganto, 1933).

Francisco Díaz nació en Alcalá de Henares, en diciembre de 1507. El 10 de abril de 1570, se le confirió el título de "Cirujano de S.M." con un salario de 60 000 maravedis al año, cargo que desempeñó durante más de 20 años hasta su fallecimiento. En el nombramiento real se habla de "...la habilidad, letras y experiencias del Doctor Francisco Díaz..." Durante ésta etapa profesional se fue destacando hacia la especialización de Urología, aunque en seis obras consta que durante su época en Burgos, ya había adquirido

conocimientos en estos quehaceres. Fue en estos años de residencia en Madrid, cuando logró su mayor prestigio profesional desarrolló su mayor actividad quirúrgica y publicó las dos obras que se le conocen; EL COMPENDIO DE CIRUGÍA, (1575) y el Tratado nuevamente impreso en prensa en Madrid. La contiene recomendaciones quirúrgicas sobre algunos procedimientos urológicos, como la hernia testicular "de agua" ó hidrocele, y sobre hidrocele y sobre la ninphe o crecimiento de carne en el pudendo de la mujer. (prob. Condiloma genital femenino).

En 1625 reimprime nuevamente el "Tratado de todas las enfermedades", en el cual incluye innovadoras ideas con respecto a las obras científicas de su época mostrando originalidad en los diferentes instrumentos, modificación de técnica quirúrgica e invención de aparatos para el tratamiento de determinadas patologías (litiasis y estrechese ureterales), estudiando las enfermedades de un modo rutinario con exposiciones prácticas y experiencias propias, contiene reflexiones etiopatógenas, acomoda los procedimientos médicos o quirúrgicos en cada caso y confirma por anatomía patológica muchos de los procedimientos clínicos, la parte más importante de este libro está consagrada al estudio del proceso que denomina "Piedra de los riñones", con distinción entre las "arenas" y "las piedras", y su modo de originarse las piedras, humor grueso viscoso y glutinoso o de las mismas arenas. Los capítulos más extensos de la obra conciernen a las enfermedades específicas o caseras a base de ungüentos o pósimas. La terapéutica profiláctica como las recomendaciones higiénico dietética y los alimentos que deben evitarse, o lo que prescribirse en el tratamiento como recursos de acción diurética analgésicos, vómitos, sangrías y aguas minerales medicinales que le parecía conocer muy bien para cálculos ureterales pequeños, ideó un aparato en forma de tenasa graduada el cual llamo especuluo pudendi, el cual es introducido a través de la uretra, el cual podía abrirse en su interior para pinzar la piedra. Otro capítulo lo dedica para describir el tratamiento de estrechese con tallos juntos, y candelillas recomienda la utilización de su invención y la forma de utilizarlo. Esta descripción práctica del instrumento y del método es

la primera en la historia del quehacer médico y otorga la prioridad o invención de la ureterotomía interna a Francisco Díaz. (Maganto, 1993).

Es por estos antecedentes de gran importancia y relevancia en el campo de la Cirugía General, siendo aún no se contaba con una subespecialidad dedicada únicamente y exclusivamente a padecimientos urológicos quirúrgico, cuando se inicia de una manera de tanto avanzado para su época la práctica urológica por el Cirujano General. Actualmente se puede considerar al Doctor Francisco Díaz, como uno de los fundadores de la urología.

De 300 años a la actualidad; la ciencia en general ha evolucionado en forma importante, los métodos exploratorios de gabinete y paraclínicos son capaces de determinar con mayor precisión la función renal, la localización de litos hasta de 2 mm. en un riñón enfermo, la sospecha y Dx de un cáncer mediante determinación de marcadores tumorales. Existen tantos y tantos descubrimientos e inventos sin embargo en nuestras instituciones carecemos de ello, algunas ocasiones por falta de recursos otra por falta de interés pero la población es la que necesita el servicio y nosotros estamos dispuestos a ayudarla.

Sometemos nuestro trabajo a estudio, análisis y comparación para determinar si lo que se realiza en cirugía urológica programada y definitiva es benéfico y cuál es la trascendencia individual y colectiva de los que intervenimos quirúrgicamente.

JUSTIFICACION:

Año con año los Cirujanos Generales, en preparación y calificados - llevan a cabo procedimientos urológicos quirúrgicos programados " 60 a - 70 procedimientos urológicos programados por año ".(Archivos Hospital Ge- neral la Villa). El número de cirujanos urológicos no alcanza a cubrir_ las necesidades de la población en todas partes del país y muchas insti- tuciones carecen de recursos para contratar a este tipo de especialistas lo que ha orillado al cirujano general a incursionar en el terreno uroló- gico quirúrgico.

El seguimiento de estos pacientes a corto, mediano y largo plazo se pierde, pudiendo ocurrir un sin número de complicaciones en los mismos - que pudieran ser atribuibles a una técnica quirúrgica deficiente o en sí a complicaciones esperadas de acuerdo al tipo de cirugía practicada. O-- tras desventajas que habría que tomar en cuenta son la carga de trabajo institucional por procedimientos inapropiados con el consecuente despredi- ción de recursos financieros, de personal y espacio que de una u otra ma- nera también repercuten en el paciente y en la población.

Es por ésto que se considera necesario llevar a cabo la recopilación de datos que permitan ampliar conocimientos y aclarar dudas con respecto_ a la evolución de pacientes intervenidos por padecimientos urológicos que ameritan tratamiento quirúrgico intervenidos en el Hospital General la -- Villa en un lapso de 4 años 6 meses.

OBJETIVOS:

Objetivo General: Describir las complicaciones a corto, mediano y largo plazo ocurridas en pacientes sometidos a cirugía urológica programada, realizada por cirujano general en el Hospital General la Villa del 10. de enero de 1989 al 30 de Junio de 1993.

Objetivo Específico: Comparar la frecuencia de complicaciones derivadas de cirugía urológica practicada por cirujano general y las reportadas en la literatura realizadas por cirujano urólogo.

HIPOTESIS:

Hipotesis Nula: "No existen diferencias en la frecuencia de complicaciones de la cirugía urológica practicada por el cirujano general, de la frecuencia de complicaciones que se presentan al cirujano urólogo - que se reportan en la literatura mundial".

Hipotesis Alternativa: "Existen diferencias en la frecuencia de complicaciones de cirugía urológica practicada por el cirujano general de la - frecuencia de complicaciones que se presentan al cirujano urólogo que se reportan en la literatura mundial".

MATERIAL Y METODOS:

El estudio se inicia en los archivos médicos quirúrgicos del Servicio de Cirugía General, del Hospital General Urgencias la Villa, dependiente de la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, en donde se buscaron todos los casos de pacientes a los que se les intervino quirúrgicamente de cirugía Urológica definitiva programada en un periodo de tiempo comprendido del 12 de enero de 1989 al 30 de junio de 1993. Incluyéndose pacientes con padecimientos urológicos a los que se les practico cualquier procedimiento urológico definitivo, de cualquier sexo y edad, así como pacientes que ameritaron reparación, reconstrucción o resección a nivel testicular, resección de prostática, resección, desviación o ampliación vesical; pacientes con vejiga incontinente, al igual que pacientes a lo que se realizo reconstrucción, reimplante, incisión o resección de uretero, así como a los que se realizó Nefrectomia, nefrolitotomía, o nefrostomía.

Una vez obtenidos estos datos se acudió a los expedientes médicos de Archivo Clínico del Hospital General Urgencias la Villa, para realizar una búsqueda retrospectiva de los casos considerándose con información suficiente todos aquellos expedientes completos que proporcionen un seguimiento mínimo de un año a través de la consulta externa, llenándose posteriormente una hoja de recolección de datos, con la información obtenida a partir del expediente. Se obtuvieron datos como la edad, sexo, estado civil, escolaridad, residencia, órgano afectado, tomándose en cuenta el grado de severidad de la enfermedad, así como la presencia de padecimientos previos o concomitantes a la patología urológica a tratar, se busco información sobre estudios paraclínicos aplicados al diagnóstico quirúrgico, la técnica quirúrgica empleada, el tiempo de estancia intrahospitalaria previa a su egreso y el seguimiento y evolución en Consulta Externa.

Aquellos pacientes con un seguimiento menor a un año se les practico un cuestionario en forma directa endonde se obtuvieron datos sobre su evolución así como una opinión personal respecto al manejo de

su padecimiento y una crítica acerca de la cicatriz de la cirugía realizada.

Posteriormente se concentraron los resultados en una hoja de tabulación a partir de la cual se obtuvieron los resultados de la investigación, la frecuencia de complicaciones se compararon con datos obtenidos de la literatura mundial y a partir de los cuales se sacaron conclusiones.

RESULTADOS:

Durante el periodo comprendido del 12 de enero de 1989 al 30 de Junio de 1993, se realizaron 15,326 cirugías en total de todos los servicios en el Hospital General de Urgencias la Villa, dependiente de la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, de las cuales 6,480 fueron intervenciones realizadas por el Servicio de Cirugía General entre urgencias médicas, traumáticas y cirugía programada, correspondiendo a esta última 1918.

Se practicaron 183 intervenciones de cirugía urológica programada y considerada como definitiva (Figura 1). De estos pacientes solamente fue posible recabar 80 expedientes con antigüedad y seguimiento superior a un año. 25 pacientes se encontraron con un seguimiento menor de un año, pero mayor de seis meses y a 42 pacientes fue necesario aplicar un cuestionario para determinar su evolución a largo plazo por presentar datos incompletos en su expediente o por no contar con un seguimiento de consulta externa mayor de 6 meses. Fueron eliminados 36 casos en los cuales no fue posible localizar dicho expediente.

En total se incluyeron en el estudio 147 casos. 53 de ellos pertenecían al sexo femenino, (36.1% Figura 2) y 94 casos pertenecían a pacientes del sexo masculino (63.9%, Figura 3). Las edades fluctuaron de 2 a 87 años para el sexo masculino con una media de 54.8 y para el sexo femenino de 21 a 72 años con una media de 42.3 años.

Se registro el estado civil más frecuente de esta serie, con 31 casos, en el sexo femenino el estado civil más frecuente fué casadas con un total de 29 casos (Resumidos en el Histograma de la Figura 4). Se registró la escolaridad encontrándose que 52 casos son analfabetas. (35 % y un 51% cuentan con una preparación de primaria o primaria incompleta, Figura 5). Se determino el estado de origen o

residencia, encontrándose 116 habitaban dentro del perímetro del Área Metropolitana o Distrito Federal. (Figura 6).

El órgano más frecuentemente intervenido fué la vejiga urinaria en 47 casos correspondiendo al 31%, y el segundo lugar a nivel de prostata con 44 casos correspondiendo al 29.9% (Figura 7).

Se determino en forma genral el grado de afección según el diagnóstico de ingreso reportándose como leve en 26 casos, (17.6%), moderado con 110 casos (74.82%) y en 11 caos severo (7.48%, Figura 8). En 119 casos se detecto padecimientos de importancia previos para Cirugía como Infección de Vías Urinarias (96), Diabetes Mellitus, (16) Hipertensión Arterial (4) (Figura 9).

Se valoraron los estudios practicados antes de la cirugía y posterior a ella valorando si persistió el diagnóstico preoperatorio y el postoperatorio no detectándose discrepancia alguna según los estudios realizados. (Figura 10). El tipo de cirugía realizada fue de Prostatectomía en 44 casos (29.9%, colpoperinoplastia o cistourethropexia anterior como tratamiento de cistocele e incontinencia urinaria en 41 pacientes (27.89% litotomía (nefro-cisto-uretero) en 18 casos correspondiente al 12.24% varicocelectomía en 5 casos (4.08%, circuncisión 10 casos (6.8%), manejo de criptorquidea 14 casos (9.52%). Uretroplastia 6 casos (4.08) y ureteroplastia 4 casos (2.72%). Se formó un grupo con cirugía única como quiste de epididimo, tumoración testicular, polipsectomía prostática, nefrectomía por Ca. renal y en número de 1 cada una. El diagnóstico y la técnica empleada se resume en las Figuras 11 y 12 respectivamente, tomándose en cuenta el número de días de estancia hospitalaria prequirúrgica el cual varió de 1 a 17 días con media de 7.2 días (Figura 13). El número de complicaciones encontradas fue de 40 casos (27.21%) Figura 14. 3 ocurrieron durante la cirugía (7.5%), 31 casos durante su estancia intrahospitalaria (77.5%) y 6 durante el seguimiento a largo plazo (15%). De las complicaciones transoperatorias (Figura 15) dos fueron durante la realización de prostatectomía y una durante una colpoperinoplastia Kelly, todas a

consecuencia de sangrado, uno de ellos amerito empaquetamiento y paso a UTI, otro solo hemotransfusión, la tercera histerectomia total abdominal, su evolución posterior fue favorable a mediano plazo en los tres casos.

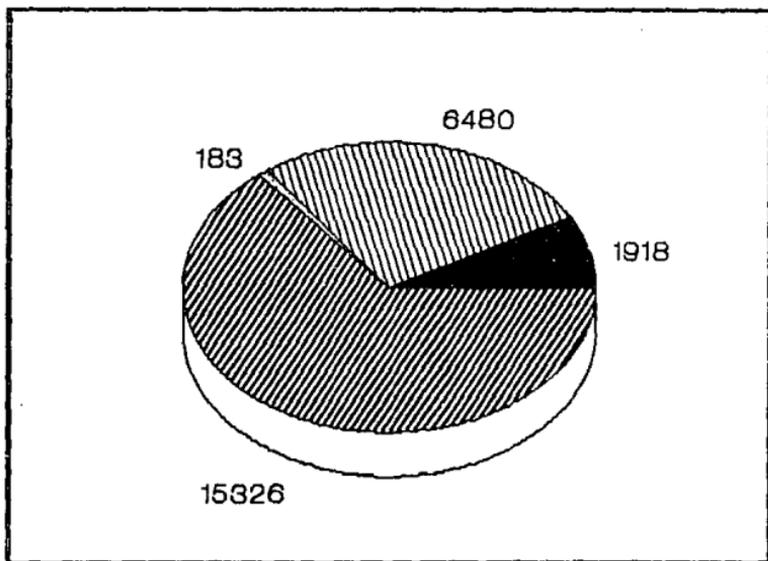
Un total de 11 pacientes (Figura 16) ameritaron reintervención quirúrgica durante su estancia, 5 de ellos urgente (7.48%) y 2 por choque hipovolémico y sangrado a través de cistoclisis y 3 por hemocisto y retención aguda de orina, los 6 restantes fueron intervenidos mediante cirugía programada por absceso residual. En la figura 17 se muestra la causa de reintervención, el total de pacientes y el resumen de complicaciones de estos se resume en la Figura 18.

La evolución final transhospitalaria se considero buena 110 casos, regular en 24 casos y mala en 13 casos. El dolor referido por los pacientes fue de moderada a gran intensidad en 114 pacientes, distribuidos de acuerdo a intensidad siendo el más frecuente el de moderada intensidad con un total de 116 casos correspondiendo a un porcentaje de 78.9%, representado en la figura 19.

De los pacientes encuestados 42 casos correspondientes a 28.5% de la muestra muestran una evolución satisfactoria (Tabla 20), en 36 pacientes el un porcentaje de 69%, y mal en 6 pacientes 3.1%. Dentro de los que se detectaron con mala evolución fue 1 paciente con Incontinencia Urinaria, 1 con importante dolor pelvico e impotencia únicamente. La apreciación personal de los pacientes encuestados refirieron evolución satisfactoria en 29 pacientes (69%) y mala en 6 pacientes.

FIGURA 1

TOTAL DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS DEL 19 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993.
HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
D.G.S.M.D.D.F.

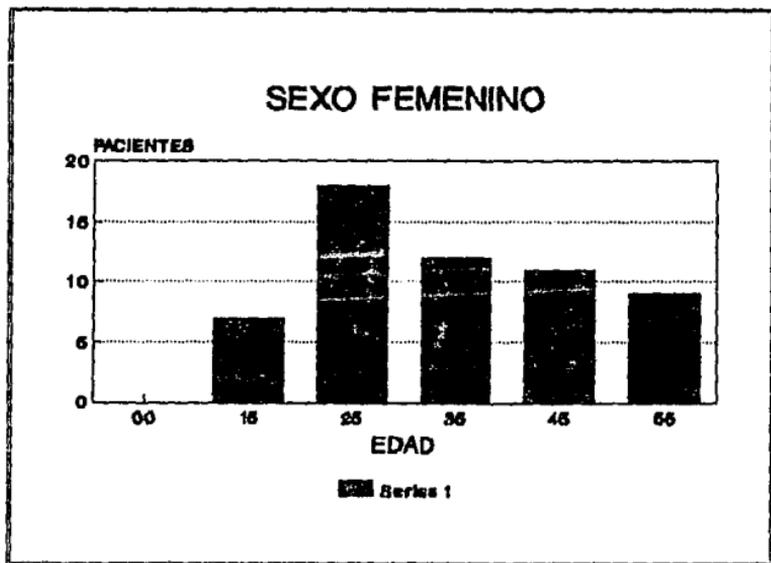


15326: OTROS SERVICIOS
1918: CIRUGIA PROGRAMADA

6480: CIRUGIA URG. MED. Y TRAUMA
183: CIRUGIA UROLOGICAS PROGRAMADAS
Y DEFINITIVAS.

FIGURA 2

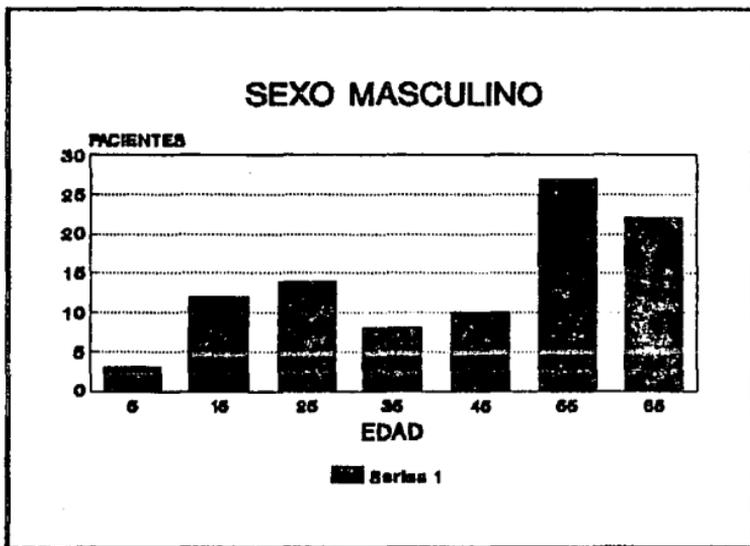
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO SOMETIDOS A INTERVENCION QUIRURGICA DE CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA. DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993. HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA D.G.S.M.D.D.F.



MEDIA DE 48.3 +/- 2.1

FIGURA 3

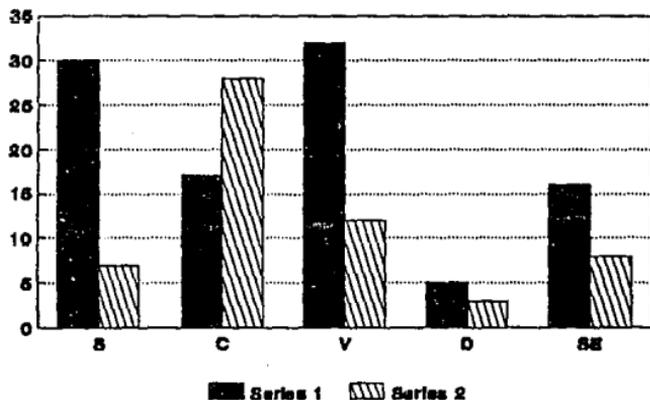
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO SOMETIDOS A INTERVENCION QUIRURGICA DE CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA. DEL 1º DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993. HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA D.G.S.M.D.D.F.



SEXO: MASCULINO TOTAL DE PACIENTES 94
 MEDIA: 58.8 +/- 3.2

FIGURA 4

ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA.
DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993.
HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
D.G.S.M.D.D.F.

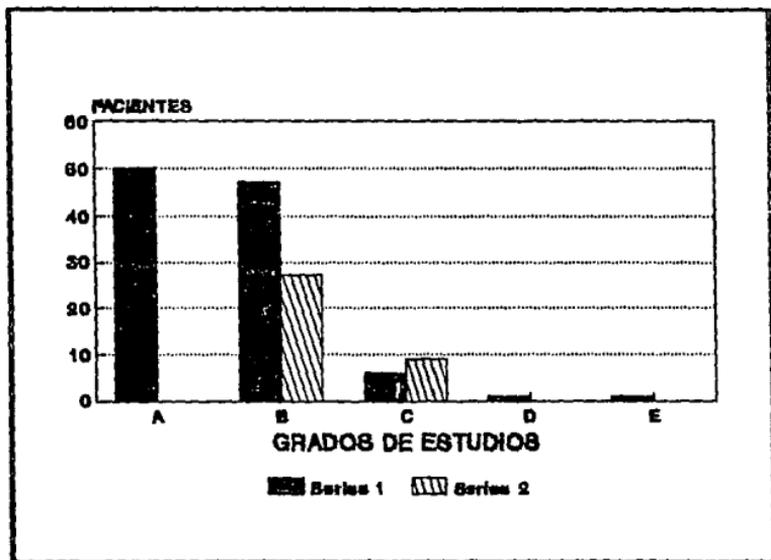


S: SOLTERO
C: CASADO
V: VIUDO

D: DIVORCIADO
SE: SEPARADO

FIGURA 5

ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ESTUDIADA DE LA CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA.
 DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993.
 HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
 D.G.S.M.D.D.F.



SERIE 1: ESTUDIOS COMPLETOS

SERIE 2: ESTUDIOS INCOMPLETOS

A: ANALFABETA

D: BACHILLERTO

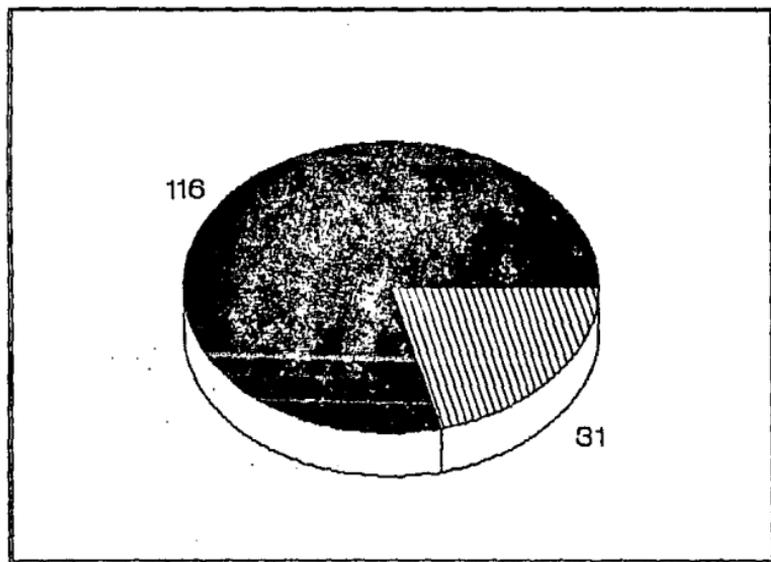
B: 12 A 62 AÑO DE PRIMARIA

E: PROFESIONISTA

C: 12 A 32 DE SECUNDARIA

FIGURA 6

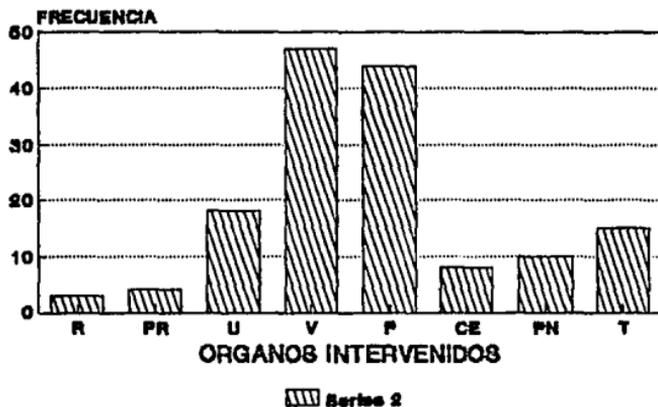
RESIDENCIA DE LA POBLACION ESTUDIADA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA, DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993. HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA D.G.S.M.D.D.F.



116: HABITA D.F. O AREA METROPOLITANA
31: FUERA DEL AREA METROPOLITANA

FIGURA 7

FRECUENCIA DE ORGANOS INTERVENIDOS EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA.
 DEL 19 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993.
 HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
 D.G.S.M.D.D.F.



R: RINON
 PR: PERVISILLA RENAL
 U: URETERO
 V: VEJIGA

P: PROSTATA
 CE: CORDON ESPERMATICO
 PN: PENE
 T: TESTICULO

FIGURA 8

GRAFICA DE CAJA Y LINEAL DE GRADO DE AFECCION Y TIEMPO DE EVOLUCION,
AL REALIZARSE PROCEDIMIENTOS UROLOGICOS PROGRAMADOS Y DEFINITIVOS,
DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993
HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
D.G.S.M.D.D.F.

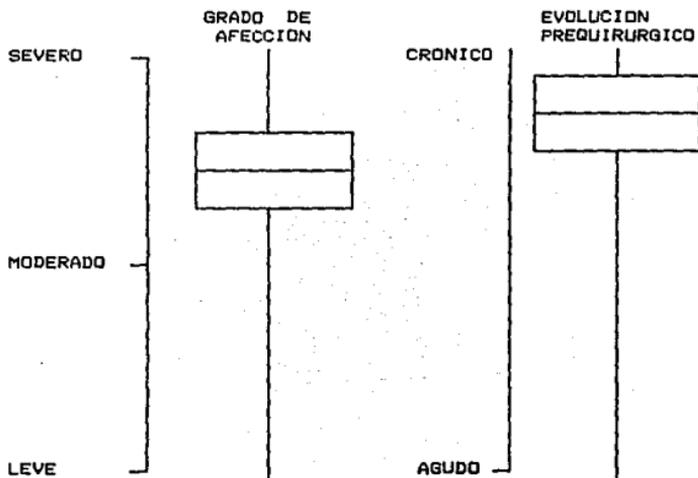
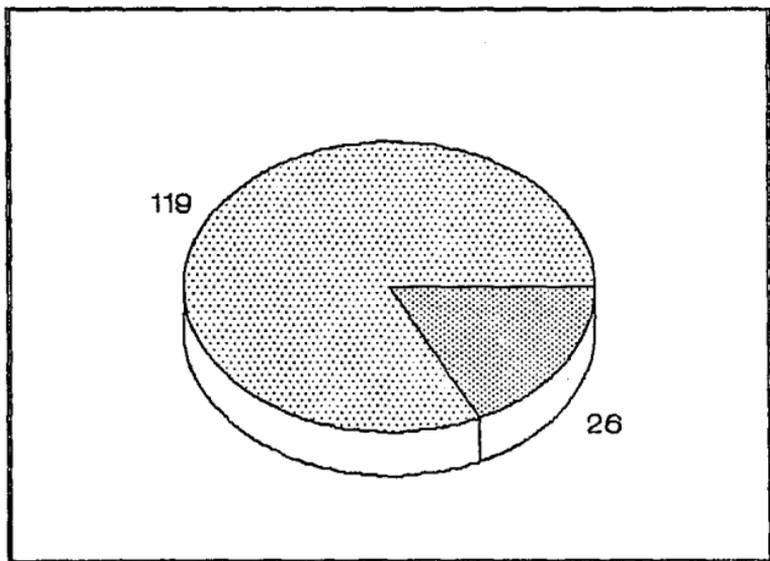


FIGURA 9

PROPORCION DE PACIENTES CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA ANTES DE REALIZARSE PROCEDIMIENTOS UROLOGICOS PROGRAMADOS Y DEFINITIVOS.
DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993
HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
D. G. S. M. D. D. F.



119: INFECCION PREVIA
DIABETES MELLITUS
HIPERTENSION ARTERIAL

26: SOLO PATOLOGICA
QUIRURGICA

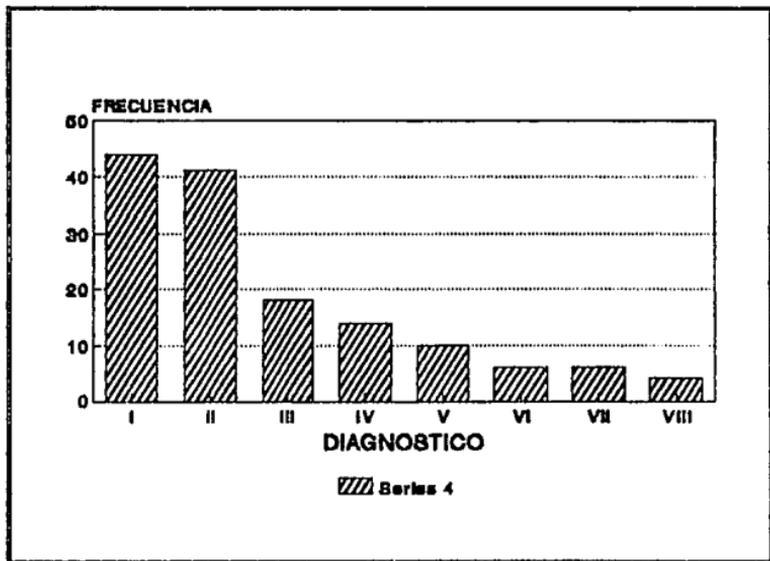
FIGURA 10

TABLA DE CORRELACION DE ESTUDIOS PREOPERATIVOS Y TRANSOPERATORIOS EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADOS Y DEFINITIVOS.
 DEL 19 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993
 HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
 D.G.S.M.D.D.F.

ESTUDIO	FRECUENCIA	CORRELACION/FREC.
Rx SIMPLE DE ABDOMEN	10	10 / 10
Rx CON MEDIO DE CONTRASTE	55	55 / 55
LABORATORIOS	147	147 / 147
U. S. G.	11	11 / 11
T. A. C.	2	2 / 2
OTROS	5	5 / 5
SOLO CLINICO	0	0 / 0

FIGURA 11

HISTOGRAMA DE FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS DE 147 PACIENTES INTERVENIDOS POR CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA. DEL 19 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993 HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA D.G.S.M.D.D.F.



- I. HIPERTROFIA PROSTATICA
 II. CISTOCELE E INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
 III. LITIASIS
 IV. CRIPTORQUIDEA

- V. CIRCUNCISION
 VI. VARICOCELE
 VII. ESTENOSIS URETRAL
 VIII. ESTENOSIS URETERAL.

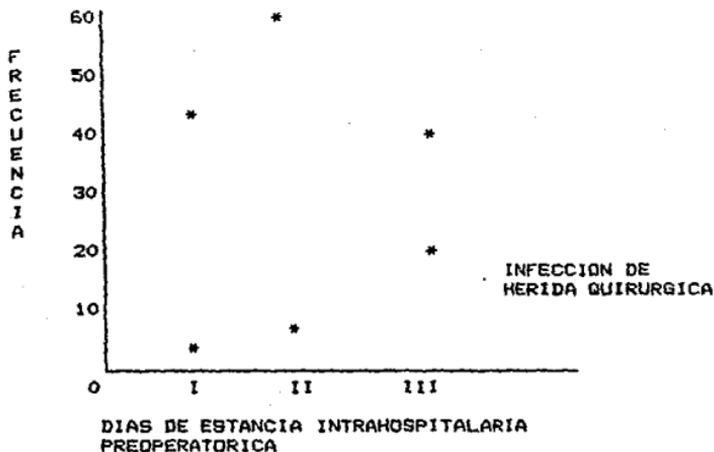
FIGURA 12

TABLA DE TECNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS EN 147 PACIENTES INTERVENIDOS POR CIRUGIA UROLOGICA Y DEFINITIVA.
DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993
HOSPITAL GENERAL URGENCIAS HOSPITAL LA VILLA
D.G.S.M.D.D.F.

TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA	NUMERO
PROSTATECTOMIA RETROPUBICA	22
PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL	22
COLPOFERINOPLASTIA DE KELLY	28
URETEROCISTOPEXIA MARSHALL MARSHETI	11
CISTOPEXIA TEC. BURSH	2
NEFROLITOTOMIA	2
CISTOLITOTOMIA	6
URETEROLITOTOMIA	6
PIEOLITOTOMIA	4
VARICOCELECTOMIA TEC PALOMO	4
VARICOCELECTOMIA TEC IVANSEVISH	2
CIRCUNSION	10
ORQUIDOPEXIA	2
ORQUIECTOMIA	12
URETEROPLASTIA	6
URETEROSTOMIA	2
RESECCION DE QUISTE DE EPIDIDIMO	1
RESECCION DE TUMOR TESTICULAR IZQUIERDO	1
RESECCION DE POLIPO PROSTATICO	1
NEFRECTOMIA (TUMOR RENAL)	1
T O T A L	147

FIGURA 13

ILUSTRACION LA CUAL MUESTRA LOS DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA Y LA FRECUENCIA DE INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA SEGUN LOS DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA DE SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE POR CIRUGIAS UROLOGICAS PROGRAMADAS Y DEFINITIVAS DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993. HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA D.G.S.M.D.D.F.

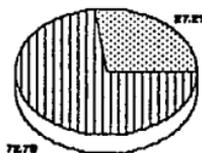


- I.- 1 - 3 DIAS
 II.- 3-7 DIAS
 III.- MAS DE 7 DIAS

FIGURA 14

TOTAL DE PACIENTES CON COMPLICACIONES DE CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA. HOSPITAL GENERAL VILLA DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993.

27.21% COMPLICADOS
72.79 NO COMPLICADOS



DETECCION DE COMPLICACIONES

A: DURANTE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA
B: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO
C: TRANS OPERATORIO

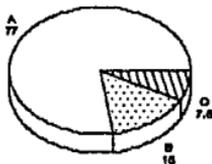
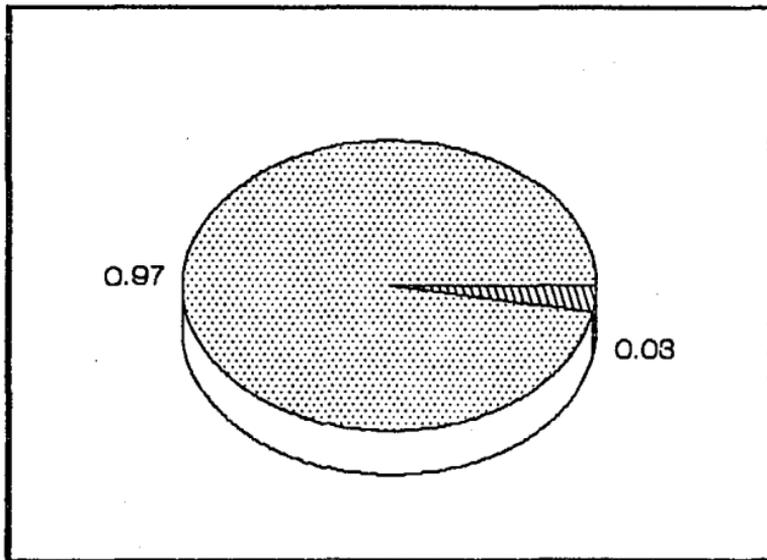


FIGURA 15

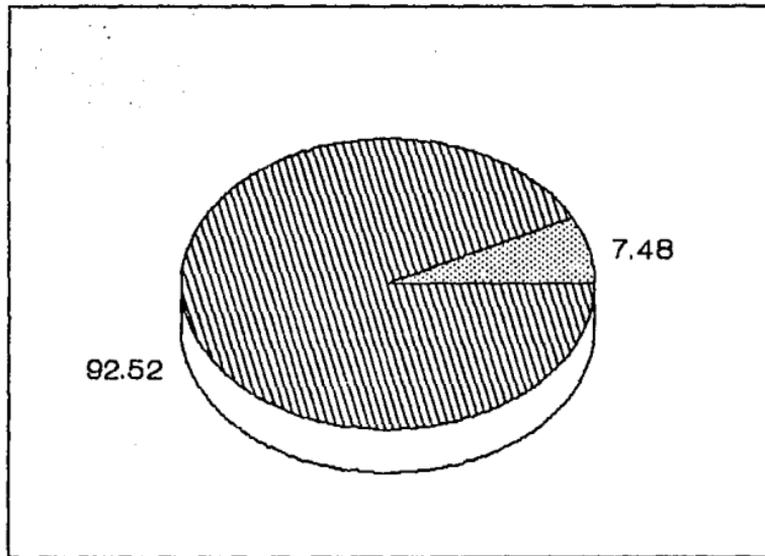
FRECUENCIA DE COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS DE LA CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA.
DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993.
HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
D.G.S.M.D.D.F.



.97 SIN COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS
.03 COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

FIGURA 16

GRAFICA QUE MUESTRA EL NUMERO DE PACIENTES QUE AMERITARON REINTERVENCIO QUIRURGICA EN SU ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA POR COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA, DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993, HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA D.G.S.M.D.D.F.



92.52% ND REINTERVENIDOS
7.48% REINTERVENIDOS

FIGURA 17

TABLA QUE MUESTRA LA FRECUENCIA Y CAUSA DE REINTERVENCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA
 DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993
 HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
 D.G.S.M.D.D.F.

CIRUGIA EFECTUADA	TECNICA	CAUSA	FRECUENCIA
PROSTATECTOMIA	TRANSVESICAL	CHOQUE HIPOVOLEMICO	2
PROSTATECTOMIA	TRANSVESICAL	HEMOCISTO	3
PROSTATECTOMIA	TRANSVESICAL	ABSCESO PELVICO	3
PROSTATECTOMIA	RETROPUBLICA	ABSCESO PELVICO	2
PROSTATECTOMIA	TRANSVESICAL	DESEMPAQUE-TAMIENTO	1
TOTAL			11

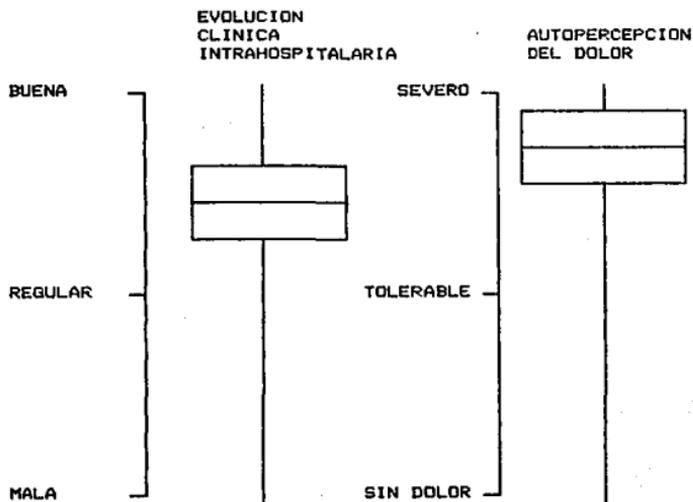
FIGURA 18

RESUMEN ACUMULADO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA, DEL 19 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE DICIEMBRE DE 1993, HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA D.G.S.M.D.D.F.

C A U S A	FREC. COMPLICACIONES
SANGRADO TRANSOPERATORIO	2
HEMATOCISTO	3
SANGRADO POSTOPERATORIO (CHOQUE)	3
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	22
FISTULA URINARIA	2
URINOMA	1
ESTENOSIS URETRAL	3
IMPOSIBILIDAD RETIRO DE SONDA URETERAL	1
IMPOTENCIA	2
DOLOR DE MIEMBROS INFERIORES	1
INCONTINENCIA URINARIA	3
PARO CARDIORESPIRATORIO	2
MUERTE SECUNDARIA A CIRUGIA	1
TOTAL DE PACIENTES	40

FIGURA 19

GRAFICA DE CAJA Y LINEA DE LA EVOLUCION CLINICA Y AUTOPERCEPCION DEL DOLOR DE 147 PACIENTES INTERVENIDOS POR CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA.
DEL 19 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 1993.
HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
D.G.S.M.D.D.F.



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FIGURA 20

TABLA DE DATOS ACCESORIOS OBTENIDOS DE 42 PACIENTES CUESTIONADOS INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE POR CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA Y DEFINITIVA.
DEL 12 DE ENERO DE 1989 AL 30 DE JUNIO DE 1993.
HOSPITAL GENERAL URGENCIAS LA VILLA
D.G.S.M.D.D.F.

		- 2 SEM	3 A 4 SEM	3 A 6 SEM	MAS 7 S
EVOLUCION CLINICA	BUENA	10	14	20	29
	REGULAR	24	22	16	7
	MALA	8	6	6	6

OPINION CURACION	CURACION TOTAL	35
	CURACION PARCIAL	7

CICATRIZ	QUELOIDE	17
	MODERADA	22
	ESTETICA	3

DISCUSION:

Existen múltiples autores que manifiestan una mortalidad del 1% para cirugía realizada en pacientes mayores de 55 años de edad (Beck). En este estudio se detecto una mortalidad del 0.66% la cual tomando en cuenta la edad media de los pacientes de muestra por debajo a la reportada en la literatura mundial.

La cirugía urológica programada definitiva más frecuentemente realizada correspondio a prostatectomía y técnicas contra la incontinencia urinaria de esfuerzo y cistocele lo cual es semejante a series británicas como la de Wilson y colaboradores.

Existe en nuestro país un alto índice de analfabetismo el cual se observa más notoriamente en nuestro estudio ya que a nuestro hospital acuden personas de escasos recursos no amparados por instituciones como el Seguro Social, ISSSTE, PEMEX, etc. y la mayoría habita en el Distrito Federal o área metropolitana.

La gran mayoría de los pacientes que fueron incluidos en la serie padecían de enfermedad concomitante siendo la más frecuente la infección de vías urinarias entidades que acompañan la mayoría sino es que la totalidad de las veces a pacientes con hipertrofia prostática benigna y mujeres que padecen de cistocele así como pacientes con afección de litiasis quienes son el 85% de nuestra población estudiada.

Se considera que puede presentar complicaciones durante la cirugía 4 de cada 7 prostatectomías (Smith). En esta serie 147 pacientes excluyendo a los pacientes prostatectomizados solo hubo 4 complicaciones. Dentro de ellos los pacientes con prostatectomía se complicaron 36 de los 44 sin embargo durante el seguimiento a largo plazo solo persistieron las complicaciones de importancia en uno de cada 6 pacientes lo que es significativo para el lapso de tiempo y la población estudiada.

Puede considerarse que se cumplieron los objetivos en forma completa ya que se logro dar una descripción pormenorizada de las complicaciones a corto, mediano y largo plazo ocurridas en pacientes sometidos a cirugía urológica programada y la frecuencia de las mismas.

CONCLUSIONES

- El cirujano general practica la cirugía urológica programada definitiva con una frecuencia del 9.5% en el Hospital General de Urgencias "VILLA" dependiente de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.
- La media de edad en mujeres a las que se les practica cirugía urológica definitiva programada es de 42.3 años.
- Dentro de la práctica quirúrgica programada no se realizó procedimiento quirúrgico alguno, en mujeres menores de 17 años de edad.
- La media en varones a los que se les practica cirugía urológica definitiva programación es de 54.8 años de edad.
- La distribución de frecuencia de cirugía urológica definitiva programada muestra una distribución bimodal con frecuencia elevada durante la primera década de la vida y durante la senectud.
- La prevalencia de estado civil de la población estudiada fué de viudos en el sexo masculino y de casadas en el sexo femenino.
- La escolaridad prevalente de la población que acudió a nuestra institución fué de predominio entre primero y sexto grado de primaria (49.65%)
- El organismo más frecuentemente involucrado en la práctica quirúrgica urológica definitiva es la vejiga, seguida por la próstata.
- Más de 3/4 partes de la población que acudió al Hospital General de Urgencias "VILLA", pertenece al Distrito Federal o Área Metropolitana.
- Por lo menos un 80% de los pacientes intervenidos por afecciones urológicas programadas cursan con patología infecciosa o enfermedades sistémicas que repercuten de manera importante en la evolución postoperatoria.

- Más del 66% de los pacientes estudiados cursaron con un grado de severidad superior al moderado y un índice de cronocidad del 90%
- La presencia de complicaciones transoperatorias de importancia son raras y atribuibles a pérdida importante de volúmen sanguíneo y generalmente durante la realización de prostactetomía con técnica transvesical.
- Dentro de las detecciones diagnósticas prequirúrgicas en la serie se encuentra en primer lugar la hipertrofia prostática benigna y en segundo lugar la cistocele con incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Existe coordinancia del 97% de certeza diagnóstica con los métodos auxiliares diagnóstico y los hallazgos transoperatorios.
- Se observa una relación directamente proporcional de infecciones de herida quirúrgica y el número de días de estancia hospitalaria prequirúrgica incrementándose el número de infecciones de herida conforme aumenta el número de días de hospitalización.
- De los pacientes que ameritaron reintervención durante el periodo de recuperación la causa principal fue por absceso a nivel de herida quirúrgica.
- La evolución clínica intrahospitalaria en la mayoría de los casos es de regular a buena y se refieren una anteropercepción del dolor poco más intenso de tolerable.
- El número de complicaciones documentadas correspondió a 1/4 de los pacientes intervenidos sin embargo es importante mencionar la afección que mayor número de complicaciones presentó, fué la realización de prostatectomía con una morbilidad del 76% para esta serie.
- Los malos resultados producto de la cirugía urológica se ven en un 29% de los pacientes prostactetomizados y estas se asocian a un 66% a complicaciones durante la cirugía o cuando se asocia a infección importante de la herida quirúrgica que ocurre en un 50% de los casos por lo menos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- MAGANTO, Emilio; El original del " Tratado de Urologia" de Francisco Díaz. Acta Urol. Esp. 1992; 16:91
- 2.- MANGANTO, Emilio; Francisco Díaz (1527-1590). Padre de la Urología. Bol. Col. Mex. Urol. 1993; 10:3
- 3.- MAGANTO, Emilio; El Doctor Díaz y su Epoca. Actas Urol. Esp. 1992 151:170
- 4.- SMITH. R. DONALD. Urología General. Editorial Manual Moderno. 92. Edición 1990 25:150
- 5.- QUIROZ G. Fernando. Anatomía Humana Reimpresión. Ed. 1988. 250:350
- 6.- SKANDALAKIS. M. S. Complicaciones Anatómicas en Cirugía. Ed. Interamericana 1987. 178-210
- 7.- BARRY. J. Michal Watchful waiting vs immediate transurethral resection for symptomatic prostatism. JAMA, May 27, 1988 Vol 259, No. 20.
- 8.- GRADE M. (1987) Antimicrobial agents transurethral prostatic resection J. Urol. 138. 245-252.
- 9.- MURPHY D.M. (1983) Septicemia after transurethral prostatectomy. Urology 133-135.
- 10.- WILSON. N.L. (1985) Survey of antibiotic prophylaxis in British urological practice Br. J. Urol 93. 478-482.
- 11.- BECK JR. PSEUKER. The markow process in medical prognosis. Med Decis Making 1983; 3:419.
- 12.- FOWLER, F.J. Symptom status and quality of life following prostatectomy JAMA 1988;259 3018-3022
- 13.- FOWLER, F.J. (1988) Symptom status of prostatectomy JAMA. 1987 350 3001-3009.
- 14.- GODDWIN, W. E. Percutaneous trocar nephrostomy in hydronephrosis J. Am. Med Assoc. 157. 891-894
- 15.- SULLIVAN J. W. (1980) Complications of ureteroileal conduit with radical cystectomy review of 336 cases J. Urol 124. 797-801.

- 16.- MITTY. H. A. (1983) Antegrade uretral stenting in the managment of fistulas, strictures, and calculi radiology, 149, 433-438
- 17.- HEDLUND H, Andersson. EK A Effects of prazocin in patients with bening prostatic obstruction. J. Urol 1983; 130:275-278.
- 18.- CRAINGEN. A.A. Natural History of prostatic obstruction J. R. Coll Gen Pract 1969; 18: 225-232.
- 19.- CHILTON C.P. Acrritical evaluaci3n of the results of the results of transurethral resection of the prostate Br. J. Urol. 1978, 50 542-546.
- 20.- HOLTGREWE HL. Late results of transurethral prostatectomy J. Urol 1964; 92: 51-55.