

11209  
BIBLIOTECA CENTRAL

2 ej 32

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES DE MAS DE 60 AÑOS DE EDAD.

(CAUSAS QUE INCREMENTAN LA MORTALIDAD).

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA.

México, D. F., 1985.

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 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.

Como consecuencia de la elevación del promedio de vida-- hay un número importante de pacientes mayores de 60 años. Es necesario tomar en cuenta que no existen enfermedades de la vejez, puesto que son las mismas enfermedades que aparecen en cualquier etapa de la vida; pero que adquieren características peculiares por múltiples causas, entre las que podemos mencionar las siguientes:

- existe una disminución de las capacidades de adaptación,
- disminución de la reacción inmunológica,
- aumento de la susceptibilidad y de la vulnerabilidad a los agentes bióticos y abióticos,
- hay un período prolongado de recuperación y lentitud en los procesos de reparación, (1,21).

Estos puntos merecen especial atención en cirugía ya que predisponen a un número mayor de complicaciones, y por las enfermedades intercurrentes a una mortalidad mayor, (1,23).

En la urgencia abdominal grave la variabilidad de las causas y las pocas manifestaciones clínicas específicas, dificultan establecer un diagnóstico primario que permita realizar el tratamiento adecuado, con la oportunidad necesaria (3).

El propósito de este estudio es el de establecer las causas que aumentan la mortalidad en pacientes de más de 60 años de edad, con abdomen agudo.

#### Material y métodos.

Se analizan 80 expedientes de pacientes de más de 60 años de edad con diagnóstico de abdomen agudo; confirmado por medio de laparotomía y estudio histopatológico, vistos en el servicio de cirugía general del Hospital Central de Concentración Norte de Petróleos Mexicanos, desde 1980 a 1984.

Para su estudio el total de los pacientes se dividieron en tres grupos con las siguientes características, y de acuerdo con VILLAZON, (3):

Grupo A: pacientes con diagnóstico obvio de abdomen agudo.

Grupo B: pacientes con diagnóstico de abdomen agudo, más repercusión sistémica importante.

Grupo C: paciente con abdomen agudo de diagnóstico difícil.

Se estudiaron las causas más frecuentes de abdomen agudo por grupo y frecuencia.

También se analiza el estado preoperatorio, enfermedades intercurrentes, falla diagnóstica, complicaciones postoperatorias y su relación con la morbilidad y mortalidad.

#### Resultados.

Se encontró una relación de 39 pacientes femeninos y 41-masculinos sin que el sexo modificara la mortalidad y morbi-

lidad, (28).

Las causas más frecuentes de abdomen agudo en pacientes de más de 60 años de edad, así como su mortalidad se esquematizan en el cuadro No.1. Esta relación va de acuerdo a las encontradas por otros autores. Siendo la obstrucción intestinal la primera causa, secundaria a hernia estrangulada seguida de piocolecisto, apendicitis aguda, úlcera péptica perforada, trombosis mesentérica, abscesos pancreáticos, absceso hepático y hemoperitoneo traumático, (2, 6, 8, 9, 10, 11, 23, 25, 27). Se encontró que el incremento de la mortalidad estaba directamente relacionado con la gravedad del proceso.

Así las entidades con mayor mortalidad fueron: la trombo-  
sis mesentérica, absceso pancreático y absceso hepático roto a cavidad abdominal, que tuvieron del 70 al 100% de mortalidad. Esta mortalidad estuvo relacionada estrechamente con un diagnóstico preoperatorio incorrecto y retardado, (12, 13, 14, 16, 17 y 18).

Setenta y dos casos, (90%); tenían uno o más estados patológicos coexistentes, (cuadro No.2). Los más frecuentes fueron los padecimientos cardiovasculares, seguidos por diabetes mellitus, hernia inguinal, úlcera péptica, neumopatías colecistitis crónica y otras que están de acuerdo a lo encontrado por otros autores, (1, 11, 20, 23).

En el análisis por grupo, los datos preoperatorios demostraron que el Grupo A, diagnóstico obvio de abdomen agudo; hubo una evolución preoperatoria más corta, como consecuencia de diagnóstico oportuno. En promedio 2-3 horas con una certeza diagnóstica del 80% y un error diagnóstico del 20% con un efecto terapéutico del 100%. Esto es el resultado de detectar y detener el proceso en etapas tempranas de su evolución fisiopatológica, y por lo tanto sin repercusiones sistémicas importantes, (Cuadro No.3). Hubo una evolución postoperatoria de 6 días como promedio y complicaciones en el 10%, (Cuadro No.5).

En el Grupo B, diagnóstico de abdomen agudo con repercusiones sistémicas importantes, se encontró una evolución preoperatoria en promedio de 3.5 días, fundamentalmente como consecuencia del retardo en la visita al médico, estos enfermos se presentaron al servicio de urgencias con un cuadro clínico, en una fase fisiopatológica más avanzada, con repercusiones sistémicas importantes. Lo que provocó una estancia preoperatoria de 8 horas, debido a que se requirió de medidas para mejorar su estado general. En este grupo se encontró que el 68% de los pacientes tenía peritonitis con una certeza diagnóstica del 73% y un error del 27%, con un efecto benéfico de la laparotomía del 72%, y un efecto adverso en cuatro casos, en los que no se encontró durante la lapa-

ratomía, padecimientos quirúrgicos responsables de la sintomatología abdominal, y que murieron como consecuencia del -- procedimiento y de sus complicaciones, (Cuadro No.4); con una mortalidad general del 27% (Cuadro No.5); y una evolución postoperatoria más prolongada, 11 días promedio, con complicaciones en el 31%, datos que van de acuerdo al estado de gravedad inicial del paciente.

En el Grupo C, con abdomen agudo de difícil diagnóstico-- presentó una evolución de su patología de 7 días como promedio, y una estancia preoperatoria de 33 horas debido a la -- necesidad de repetir estudios y/o efectuar otros más complejos. Es importante señalar que un 80% de estos casos fueron vistos inicialmente por servicios no quirúrgicos, lo que influyó en detectar tardíamente a estos pacientes. Se encontró una falla diagnóstica del 61% (Cuadro No.3); durante la laparatomía estos pacientes presentaron peritonitis generalizada en un 50%; con un efecto benéfico del tratamiento en -- el 77% de los casos (Cuadro No.4), una estancia intrahospitalaria postoperatoria de 14 días, una mortalidad del 22%; -- y complicaciones postoperatorias del 16%, (Cuadro No.5).

En el Cuadro No.6 se resúmen los datos de los 14 pacientes que fallecieron. Se encontró una edad promedio de 75 -- años, en todos ellos había enfermedades intercurrentes, con una evolución promedio de el proceso de 8 días, con diagnóstico de certeza del 50%, con datos de peritonitis generalizada en el 65% de los casos.

### Discusión.

Es indiscutible que los procedimientos quirúrgicos en el paciente mayor de 60 años, se encuentran asociados con un incremento en la morbilidad y mortalidad. A. GERSON G. reporta una mortalidad del 6 al 8% en procedimientos quirúrgicos-- electivos y una mortalidad en procedimientos de urgencia, -- del 20-50%(8,27); es decir de 2-5 veces mayor. Este incremento está estrechamente relacionado con diferentes factores como son: edad, presencia de enfermedad crónica ó sistémica, la magnitud del proceso morbozo y retardo en el diagnóstico-- (20). La mortalidad en nuestro grupo de estudio fué de --- 17.5% debido a que se efectuó diagnóstico oportuno, (Grupo A).

Sin lugar a dudas el factor que más contribuye a la mortalidad, es el retardo en el diagnóstico. Como en los grupos B y C ya que el retardo en el diagnóstico, se encuentra estrechamente relacionado con un grado más avanzado de peritonitis, que es la principal causa de mortalidad en los pacientes con abdomen agudo, de más de 60 años de edad, (6,7, -- 8,20,23,27,28).

En nuestra serie se encontró una mortalidad por sepsis -

peritoneal del 50%. Estos pacientes tuvieron como promedio una evolución preoperatoria de 10 días. La segunda causa de mortalidad la constituyen los estados no relacionados con la condición quirúrgica, como son las neumonías y procesos cardiovasculares, (6,7,8,23,25,27,28); que en nuestro grupo causaron el 30% de mortalidad. Estos estados patológicos se vieron influenciados en forma importante por las enfermedades coexistentes previas al procedimiento quirúrgico, (1,5,6,7,9,21,23). En nuestra serie de pacientes se controló que un 90% tenían enfermedad coexistente comprobada.

SIDNEY E.Z., CHARLES y BJØRN, han establecido que a medida que avanza la edad, hay un mayor incremento en la mortalidad para pacientes de edad avanzada, tanto en procedimientos electivos como de urgencia, (23,24,30); pero definitivamente esta se encontraba influenciada por la presencia de enfermedades crónicas de 6.9 a 14.6%, y con procesos peritoneales extensos de 24-58%. En el grupo de pacientes que fallecieron en nuestra serie, se encontró un promedio de 75 años de edad, pero estos pacientes tenían enfermedades asociadas, así como un 50% tenían proceso peritoneal coexistente.

#### Conclusiones.

El retardo en el diagnóstico y el tratamiento son de mayor riesgo en el paciente de edad avanzada, que en los jóvenes. La deficiencia en los mecanismos de defensa, hacen que la peritonitis, y los procesos pulmonares sean las principales causas de mortalidad.

El retraso en el diagnóstico, se debe fundamentalmente a la indiferencia al dolor; que hace que consulten tardíamente, y la falta de experiencia por parte de los médicos, para reconocer la sintomatología y signología poco clara en estos pacientes, (26).

En conclusión: la mortalidad en pacientes de más de 60 años de edad, sometidos a cirugía por abdomen agudo, se ve influenciada en forma importante por los siguientes factores, en este orden:

- Severidad y naturaleza del proceso patológico.
- Retardo en el diagnóstico.
- Enfermedades preexistentes.
- Edad del paciente.
- Que sean vistos inicialmente ó no por el departamento quirúrgico.
- Cirugía fallida (efecto adverso del procedimiento quirúrgico); y error diagnóstico.
- Complicaciones postoperatorias relacionados o no con el procedimiento quirúrgico.

Por estas razones se recomienda una actitud agresiva ---  
para efectuar el diagnóstico y un tratamiento, quirúrgicos -  
de estos pacientes.

CUADRO I CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO Y MORTALIDAD

C A U S A	GRUPO A # CASOS	GRUPO B # CASOS	GRUPO C # CASOS	TOTAL DE CASOS	%	MORTALI- DAD
OBSTRUCCION INTESTINAL	15	6	3	24	30	6.5 %
PIOCOLECISTO	5	8	4	17	21.25	0
APENDICITIS	2	7	2	11	13.75	0
ULCERA PEPTICA PERFORADA	1	2	1	4	5	.25 %
DIVERTICULO PERFORADO	0	3	1	4	5	0
TROMBOSIS MESENTERICA	0	3	0	3	3.75	66 %
ABSCESO PANCREATICO	0	0	3	3	3.75	66 %
ABSCESO HEPATICO ROTO	0	1	1	2	2.5	100%
HEMOPERITONEO TRAUMATICO	1	2	0	3	3.75	66%
LAPARATOMIAS SIN CAUSA DE ABDOMEN AGUDO	1	5	3	9	11.25	11%
T O T A L	25	37	18	80	100%	

BIBLIOTECA CENTRAL



CUADRO No. 2  
ESTADOS PATOLOGICOS COEXISTENTES POR GRUPO

GRUPO	CARDIOVASCULARES	INTERVENCIONES QUIRURGICAS PREVIAS	METABOLICAS	HERNIAS	ULCERA PEPTICA	PULMONARES	COLECISTITIS CRONICA	NEOPLASICOS	ANTECEDENTES TRAUMATICOS	DIVERTICULOSIS	AUTOMEDICACION	TOTAL	MORBILIDAD %
A	8	6	4	9	2	1	2	1	1		5	39	10
B	18	6	7	3	5	3	1	2	2		9	56	31.25
C	7	4	4	4		1	2	1		1	3	24	16.25
TOTAL%	28	15	12	11	6	4	4	4	3		142		

CUADRO # 3 DATOS PREOPERATORIOS

GRUPO	EVOLUCION	ESTANCIA HOSPITALARIA PREOPERATORIA	SEGURIDAD/FALLA DIAGNOSTICA
A	1 DIA	2-3 Hrs.	80 % 20%
B	3.5 DIAS	8.9 Hrs.	73% 27%
C	7 DIAS	35 Hrs.	38.8% 61.1%

CUADRO # 4

GRUPO	EFECTO DE LA LAPARATOMIA			
	Dx ERRONEO	Dx ACERTADO	BENEFICO	ADVERSO
A	5 CASOS	20 CASOS	25	0
B	27 CASOS	10 CASOS	27	4
C	7 CASOS	11 CASOS	14	0

**CUADRO No.5 DATOS POSTOPERATORIOS**

<b>GRUPO</b>	<b>ESTANCIA POST OPERATORIA</b>	<b>MORBILIDAD</b>	<b>MORTALIDAD</b>
<b>A</b>	<b>6 DIAS</b>	<b>8 CASOS (10%)</b>	<b>.0</b>
<b>B</b>	<b>11.4 DIAS</b>	<b>25 CASOS (31.25 %)</b>	<b>10 CASOS (27 %)</b>
<b>C</b>	<b>14 DIAS</b>	<b>13 CASOS (16.25 %)</b>	<b>4 CASOS (22%)</b>

CUADRO No. 6 CAUSAS DE MUERTE.

GRUPO	EDAD	EVOLUCION	Dx CERTERO	HALLAZGOS LAPARATOMIA	CAUSAS DE LA MUERTE
C	73	14 DIAS	✓	P	SEPSIS
C	60	20	✓	P	SEPSIS
C	62	2	✓	P	DESEQUILIBRIO H. E.
C	73	14	X	P	SEPSIS
B	78	13	X	SP	NEUMONIA
B	79	8	X	P	SEPSIS
B	76	5	✓	P	SEPSIS
B	80	6	✓	P	SEPSIS
B	69	HORAS	✓	H	HIPOVOLEMIA
B	82	HORAS	✓	H	HIPOVOLEMIA
B	68	2	X	P	BLOQUEO A.V.
B	76	19	X	P	INSUFICIENCIA CARDIACA
B	80	2	X	P	SEPSIS
B	95	2	X	SP	NEUMONIA

Dx ✓ = DIAGNOSTICO CERTERO.  
 Dx X = DIAGNOSTICO ERRONEO  
 P = PERITONITIS.  
 SP = SIN PERITONITIS  
 H = HEMOPERITONEO

## REFERENCIAS.

- 1.- Alvarez, C.A. Cirugía en la vejez. Cirugía y cirujanos-1980, Vol.48: pág. 261.
- 2.- Wilson, D.H., Wilson, P.D. Diagnosis of acute abdominal pain in the accident and emergency department. Br.J. -- Surg. 1977, Vol.64: pág. 250.
- 3.- Villazon, A.S., Laparatomía temprana v.s. estudio clínico prolongado. Urgencias comunes en medicina crítica, - Ed. C.E.C.S.A. cáp.33: 381. México 1982.
- 4.- Kongigsberg, A. Causas previsibles de mortalidad en el abdomen agudo. Urgencias comunes en medicina crítica, -- Ed. C.E.C.S.A. Cáp.35. Pág. 403. México 1982.
- 5.- Izcoa, A.V. Factores que determinan el empleo de técnicas quirúrgicas radicales y conservadoras. Urgencias -- comunes en medicina crítica, Ed. C.E.C.S.A. cáp. 34 ; - pág.391. México 1982.
- 6.- Ponka, J.L., Keith, W.J. Acute abdominal pain in aged - patients: an analysis of 200 cases. J. Am. Geriatr. Soc. - 1983, Vol.11: pag.993.
- 7.- Blake, R., Lynn, J. Emergency abdominal surgery in the aged. Br.J. Surg. 1976. Vol.63: pag.956.
- 8.- Ryan, P., Surgery for abdominal emergencies. Geriatrics - 1960. Vol.15; Num.2: pág.73.
- 9.- Wallace, W.G. Bowel obstruction in the aged patient. -- The American Journal of Surgery, 1969. Vol.118: pag.541.
- 10.- Chukwuma, L.CH. Mechanical Bowel Obstruction. The ame-- rican journal of surgery. 1980. Vol.139: pág.389.
- 11.- Bolt, D.E. Geriatric Surgical Emergency. British Medi-- cal Journal. 1960. Vol.19: pag.832.
- 12.- Raymond, C.D. Reappraisal of the problems of intraabdo-- minal abscess. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 1982 - Vol.154: pag.875.
- 13.- Eggleston, F.C. Amebic peritonitis secondary to amebic- liver abscess. Surgery 1982, Vol.91: pág.46.
- 14.- Kandel, G. Pyogenic Liver Abscess New concepts of an - old Disease. The American Journal Gastroenterology. 1984 Vol.79: pag.65.
- 15.- Howe, H.J. Casali, R.E. acute perforations of the sigmoid Colon Secondary to Diverticulitis. The American Journal of Surgery. 1979. Vol.137: pág.184.
- 16.- George, E.P. The Spectrum of Mesenteric Infarction. The- American Journal of Surgery. 1970. Vol.119, pag.233.
- 17.- Rondey, N.S. Amebic Liver Abscess. The American Journal of Surgery. 1983. Vol.146, pág.827.

- 18.- Greenstein, A.J. Continuing Changing Patterns of Disease in Pyogenic Liver Abscess: A Study of 38 Patients The American Journal of Gastroenterology.1984. Vol.79 - pág.217.
- 19.- Eastwood, H.D.H., Causes of Jaundice in the Elderly. -- Geront. Clin.1971, Vol.13,pág.69.
- 20.- Buchman,T.G., Reason for delay of the diagnosis of acute appendicitis. Surgery, Gynecology & Obstetrics. 1984 Vol.158,pág.260.
- 21.- Hubbell,D.S., Barton,W.K.,Appendicitis in older people- Surgery, Gynecology & Obstetric 1960.March. pág. 289.
- 22.- Peltokallio,P.;Tykka, H. Evolution of the age distribution and mortality of acute appendicitis. Arch. Surg.-- 1981.Vol.116.Pág.153.
- 23.- Cogbill,CH.L. Operation in the Aged. Arch. Surg.1967 Vol.94, pág.202.
- 24.- Ziffren,S.E. Comparison of Mortality rates for Various - Surgical Operations According to Age Groups 1951-1977 - American Geriatrics Society.1979.Vol.XXVII,pág.433.
- 25.- Santos,A.L. Surgical Mortality in the Elderly. Journal- Of the American Geriatrics Society.1975.Vol.23,pág.42.
- 26.- Madden,J.W. Croker,J.R. Septicaemia in the elderly -- Post.Medical Journal.1981.Vol.57,pág.502.
- 27.- Greenburg,A.G.; Saik,R.P. Mortality and Gastrointestinal Surgery in the Aged. Arch.Surg.1981,Col.116,pág.778.
- 28.- Seymour,D.G.; Pringle,R. Post-Operative Complications in the Elderly. Surgical Patient. Gerontology,1983.Vol. 29.pág.282.
- 29.- Schultz,A. Jørgensen P.M. Septic Complications after - Appendicectomy for Perforated Appendicitis. Acta-Chir.- Scand.1983. Vol.149,pág.517.
- 30.- Andersen, B.; Østberg,J. Long-Term Prognosis in Geriatric Surgery: 2-17 Year Follow-up of 7922 Patients. --- Journal of the American Geriatrics Society.1972.Vol.XX- pág.255.
- 31.- Morrow, D.J.; Thompson, J. Acute Cholecystitis in the Elderly. Arch. Surg. 1978.Vol.113,pág.1149.