

11212
8210



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
C. H. " 20 DE NOVIEMBRE "
I.S.S.S.T.E.

**CIRUGIA GINECOLOGICA EN LA
ANCIANA**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N :
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DRA. ESTHER HARO MUÑOZ



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE COPIA

MEXICO,

1988.



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.

INDICE

PAG.

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	2
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS	10
DISCUSION	21
BIBLIOGRAFIA.....	24

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

La mujer es la única en su capacidad para mantener hasta - bien pasado el climaterio una "inmunidad endocrinológica" en lo_ que respecta a las alteraciones ateromatosas del sistema cardio-vascular. Este fenómeno biológico es uno entre los numerosos fac_ tores que favorecen el aumento de la longevidad en la mujer.

La última mitad del siglo pasado ha sido testigo de un mo- mento en el promedio de vida de la mujer, hasta la edad de 70 - años. Como consecuencia un mayor número de mujeres ancianas re- quieren cirugía ginecológica por aumento en el promedio de vida_ y mayor oportunidad de que se presenten padecimientos ginecológi_ cos que requieran corrección quirúrgica.

Muchas clínicas revelan que la incidencia actual de la ci- rugía mayor es más elevada en el grupo cuya edad oscila entre - los 60 y 69 años.^{1,2} No obstante la cirugía pelviana en la mu- jer anciana puede ser realizada en forma ilimitada cuando se com- bina con un buen control médico de los padecimientos preexisten- tes, exista un adecuado conocimiento tanto fisiológico como far- macológico en los campos de la anestesiología, y la cirugía sea_ realizada por un buen cirujano.

En el presente trabajo se presentan los padecimientos gi- necológicos encontrados, y los padecimientos quirúrgicos más fre_ cuentemente realizados en las pacientes ancianas, así como la - morbilidad de los mismos, en el servicio de Ginecología del Hos- pital Regional 20 de Noviembre, ISSSTE.

GENERALIDADES

La edad en la cual un individuo se vuelve candidato para la asistencia geriátrica, ha sido fijada en forma arbitraria y artificial, y más bien se relaciona con un criterio normativo - como la posibilidad de ser protegido por un seguro social ó la edad obligatoria de jubilación.

El envejecimiento comienza en el momento de la concepción, pero con fines prácticos el crecimiento y desarrollo se acompañan de procesos anabólicos, en tanto que en la madurez y la senilidad predominan los procesos catabólicos.

El envejecimiento es un problema individual, que requiere interpretación también individual, por lo que se fijó la edad - de 65 años para hacer la revisión de los casos quirúrgicos, para sacar conclusiones adecuadas, tomando en cuenta las opiniones actualmente más comunes y la frecuencia de alteraciones biológicas que puedan ser interpretadas como factores de senectud.

Numerosos estudios han examinado un riesgo relativo a varios procedimientos quirúrgicos en ancianos comparados con jóvenes, pero ninguno ha mostrado convincentemente que la edad por sí sola incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad quirúrgica. No obstante la morbilidad y mortalidad son influenciadas por la presencia y severidad de enfermedades sistémicas.³⁻⁵

En el futuro la cirugía electiva para mejorar la calidad de vida de una mujer que envejece será una de las indicaciones frecuentes para operar, compitiendo con la enfermedad neoplásica.

Los peligros de la cirugía pueden disminuir al ir mejorando los conocimientos y la destreza en el cuidado preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de las ancianas.

Ante el dilema de operar o no operar a una persona anciana muchas veces se debe de tomar en cuenta, no tanto si podrá el paciente sobrevivir a la intervención quirúrgica, cuanto si podrá seguir viviendo sin ella.⁶

El afirmar que no se debe privar a un paciente de los recursos de la cirugía por el sólo hecho de ser anciano, no significa que este criterio debe aplicarse indiscriminadamente a todas las personas mayores de 60 años, si no que deben tomarse en cuenta las circunstancias individuales, y no sólo rigiéndose por la descripción teórica de lo que es una persona anciana. El diagnóstico y el tratamiento deben hacerse siempre individualizado cada caso, sin que importe la edad del paciente, ya que a medida que pasan los años, la edad va perdiendo exactitud como índice de estado físico, por lo que mucho más importante que la edad cronológica del individuo es la edad biológica. Actualmente puede valorarse el estado fisiológico del individuo, y los cambios que ha provocado la edad, con bastante exactitud para predecir cómo va a reaccionar el organismo bajo condiciones de stress.⁷ Por lo que la cirugía en los ancianos no difiere mucho de la que se ejecuta en pacientes adultos, sin embargo teniendo en cuenta que la persona de edad avanzada es más susceptible a un decaimiento general o particular de un órgano, sea por el proceso mismo del envejecimiento, o por haber sufrido previas enfermedades, el criterio quirúrgico debe ser más estricto, y el cuidado, durante y después de la intervención más metódico.

ANESTESIA.- Ningún agente anestésico ha demostrado tener cualidades especiales para la cirugía geriátrica, por lo que se deben de tomar precauciones en este tipo de pacientes, debido a la falta de reservas circulatorias y respiratorias, por lo que es aconsejable evitar los medicamentos depresores y administrar oxígeno todo el tiempo que dure la intervención quirúrgica. El manejo de la anestesia en las personas de edad avanzada requiere la comprensión de los cambios fisiológicos básicos que caracterizan esta etapa de la vida. En cuanto al agente anestésico, debe ser aquel que no cause trastornos respiratorios o depresión circulatoria, sus efectos deben desaparecer rápidamente y carecer hasta donde sea posible de acción deletérea sobre los diversos órganos y sistemas del cuerpo, asimismo ha de ser una sustancia que no obligue al paciente a permanecer encamado más tiempo que el estrictamente necesario para completar una adecuada vigilancia postoperatoria. En cuanto a la duración y profundidad de la anestesia, se ha encontrado que es un factor que afecta directamente la morbilidad y mortalidad en los ancianos sometidos a una intervención quirúrgica.¹¹

TECNICA OPERATORIA.- La cirugía en los ancianos debe caracterizarse por su sencillez, delicadeza y rapidez, como virtudes cardinales. Deben evitarse posiciones forzadas en la mesa de operaciones, así como cambios bruscos de postura. Además durante la técnica operatoria, más importantes que la rapidez es la delicadeza para manejar los tejidos, evitando exposiciones o manipulaciones innecesarias. Las intervenciones muy prolongadas son mal toleradas por los ancianos.⁶

INDICACIONES DE CIRUGIA.- Existen algunos trastornos que se --

presentan con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada - que son sometidos a cirugía, comparados con pacientes más jóvenes, por lo que la indicación de cirugía puede ser diferente. - En la práctica geriátrica el urólogo encuentra más enfermedades prostáticas y casos de obstrucción del cuello de la vejiga, el ortopedista ve más caderas fracturadas, y el cirujano y el internista se enfrentan con un número mayor de padecimientos abdominales agudos. Las indicaciones más frecuentes de operaciones ginecológicas en mujeres mayores de 60 años de edad son los tumores malignos, la hemorragia postmenopáusica, tumores benignos y alteraciones de la estática pélvica, según varios reportes en Alemania,^{12,13}

En México las indicaciones de cirugía ginecológica más frecuente fueron los prolapsos genitales, el enterocece, incontinenencia urinaria y neoplasias malignas, siendo la histerectomía vaginal y la Operación de Manchester las cirugías más frecuentes.^{1,2,9} Para individuos seleccionados, la valoración adecuada y la cirugía vaginal llevada a cabo en debida forma pueden brindar varios años de vida activa y feliz.⁸

Una afirmación general bastante razonable es que la paciente de edad avanzada tolera la cirugía vaginal mejor que una incisión abdominal. La cirugía vaginal es una técnica eficaz para histerectomía y para reparación colpoplástica de hernias vaginales.⁸ Las mujeres de edad avanzada con frecuencia están más afectadas de prolapsos y suelen tratarse de preferencia por vía vaginal.⁹ Si la infraestructura quirúrgica y anestesiológica son adecuadas y se asegura una cooperación estrecha con la pa--

ciente, aún mujeres mayores de 80 años, pueden actualmente ser sometidas a más cirugías ginecológicas radicales que hace pocos años.¹⁰

PADECIMIENTOS ASOCIADOS.— En las mujeres que han pasado los 65 años, se ha encontrado como padecimientos asociados más frecuentemente a la hipertensión arterial, y la coronariopatía relacionados con arteriosclerosis, ya que afectan a más del 50% de estas mujeres.⁸

La enfermedad pulmonar de tipo obstructivo crónico es frecuente en la paciente de más de 65 años de edad, y la predispone a múltiples problemas respiratorios especialmente después de una cirugía abdominal.¹⁴

Cuidados postoperatorios y complicaciones.— Las complicaciones postoperatorias más comunes en los pacientes ancianos — que son sometidos a cirugía son: la bronconeumonía, los trastornos cardíacos, el edema pulmonar y el tromboembolismo. Las dos complicaciones más usuales de cirugía vaginal son hemorragia e infección, ambas guardan relación con hematomas que muchas veces preceden al absceso postoperatorio, lo cual puede disminuirse con la selección cuidadosa de las pacientes, el empleo de buena técnica quirúrgica y el uso de antibióticos profilácticos.
15-17

Entre los cuidados postoperatorios del paciente de edad avanzada sometido a cirugía es el iniciar la deambulación precoz, como medida para prevenir algunas de las complicaciones — las cuales constituyen serias amenazas a la vida. Si no se desarrollan complicaciones, es frecuente que los ancianos tengan una evolución postoperatoria más satisfactoria que los pacientes —

quirúrgicos jóvenes.⁶

MORBILIDAD Y MORTALIDAD.- Se ha encontrado que en cirugía ginecológica mayor y sobretodo en mujeres de edad avanzada, la causa principal de morbilidad y mortalidad postoperatoria es la infección a pesar del empleo común de antibióticos profilácticos en pacientes de alto riesgo.¹⁴

La supervivencia postoperatoria no depende de la edad de la paciente ni del tipo de radicalidad de la operación (excepto operaciones ultrarradicales) sino de la enfermedad básica.^{10,18}

En cuanto a la mortalidad en las pacientes mayores de 65 años sometidas a cirugía ginecológica ha sido muy baja.

En estudios realizados en Alemania, encuentran una mortalidad para las pacientes ancianas sometidas a cirugía ginecológica del 0.55%.¹³ En trabajos realizados en México, la mortalidad encontrada ha sido del 1.12%.^{1,2}

Se ha visto además en las pacientes ancianas una mortalidad postoperatoria variable, dependiendo de si se trata de una cirugía vaginal ó abdominal, encontrándose en la primera una mortalidad del 0.7%, y en la cirugía abdominal una mortalidad de hasta el 7.1%.¹²

OBJETIVOS

- 1.- Identificar los padecimientos ginecológicos más frecuentes en la mujer mayor de 65 años de edad.
- 2.- Identificar cuales son los procedimientos quirúrgicos que más frecuentemente se aplican a la mujer mayor de 65 años - de edad, en el servicio de Ginecología del Hospital Regional "20 de Noviembre", ISSSTE.
- 3.- Identificar cuales son los padecimientos asociados más comunes en éste tipo de pacientes.
- 4.- Determinar la causa o causas de defunción encontradas, así como la frecuencia de éstas.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y abierto de los expedientes clínicos de las pacientes mayores de 65 años de edad, a quienes les fué realizada algún tipo de cirugía ginecológica en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional "20 de Noviembre", ISSSTE, en el periodo comprendido entre el 1ro de marzo de 1984 a mayo de 1987.

En el presente estudio se investigó a partir de la edad - (mujeres mayores de 65 años), las siguientes variables:

- Antecedentes personales patológicos
- Diagnóstico operatorio
- Tipo de Intervención quirúrgica
- Tipo de Anestesia Empleada
- Complicaciones trans y postoperatorias
- Días de estancia hospitalaria
- Causas de mortalidad

De los datos obtenidos, se cuantificaron las variables, - se sacaron promedios y porcentajes y se representan algunos de los resultados en cuadros. Además se correlacionaron los resultados de algunas de las variables con una prueba de chi cuadrada (χ^2).

R E S U L T A D O S

Fueron revisados 51 expedientes clínicos, de las pacientes mayores de 65 años de edad, quienes fueron intervenidas quirúrgicamente en el servicio de ginecología del Hospital Regional "20 de Noviembre" ISSSTE; en donde se encontró que el grupo de edad más frecuente correspondía al quinquenio de 65 a 69 años de edad, con 22 pacientes, que corresponde al 43.1%. El cuadro I muestra la distribución de pacientes por grupos de edad.

Entre los antecedentes personales patológicos (cuadro II) de las pacientes mayores de 65 años, que se sometieron a cirugía se encontró que 18 pacientes tenían antecedentes de padecimientos cardiovasculares, lo cual corresponde al 35.2%. De los padecimientos cardiovasculares, la hipertensión arterial sistémica fue la más común, ya que se encontró en 13 pacientes (25.4%). Menos frecuentes fueron la cardiopatía isquémica en 3 pacientes (5.8%), y el síndrome de insuficiencia venosa en 2 pacientes (3.9%).

Los padecimientos metabólicos se presentaron en 11 pacientes, lo cual corresponde al 21.5%, de los cuales la diabetes mellitus se encontró en 5 pacientes (9.8%); la obesidad se presentó en 3 pacientes (5.8%), el hipertiroidismo en 2 (3.9%), y el hipotiroidismo en 1 (1.9%).

Los padecimientos digestivos se encontraron en 4 pacientes (7.8%), de los cuales la úlcera gastroduodenal se presentó en 2 pacientes (3.9%), los padecimientos hepatobiliares en una, al igual que una paciente con hernia hiatal.

Entre los padecimientos renales, sólo se presentó en una paciente un caso de insuficiencia renal crónica.

Entre otros de los padecimientos asociados en las pacientes mayores de 65 años de edad sometidas a cirugía ginecológica se encontró a la artritis degenerativa en 4 pacientes (7.8%).

No se encontró antecedentes personales patológicos sobre padecimientos broncopulmonares en el grupo de pacientes revisadas. El cuadro II muestra la frecuencia de los padecimientos asociados en las pacientes mayores de 65 años sometidas a cirugía ginecológica.

En cuanto al diagnóstico operatorio se encontró que el más frecuente en las pacientes mayores de 65 años, que fué sometida a cirugía ginecológica correspondió al prolapso genital, el cual se presentó en 42 pacientes, correspondiendo al 82.3%.

El tumor de ovario benigno se presentó en 4 pacientes (7.8%), la elongación cervical en 2 pacientes (3.9%).

Los padecimientos ginecológicos que se presentaron con menor frecuencia fueron la miomatosis uterina, la displasia de cervix y la hiperplasia de endometrio, correspondiendo a un paciente en cada uno de ellos. El cuadro III presenta el diagnóstico operatorio por grupos de edad.

Con respecto a las intervenciones quirúrgicas realizadas a las pacientes mayores de 65 años, fueron las plastias vaginales y la histerectomía vaginal las más frecuentes, correspondiendo la primera a 17 pacientes (33.3%), y la segunda a 21 pacientes (41.1%).

El cuadro IV muestra el tipo de intervención quirúrgica - que fueron realizadas.

En cuanto al tipo de anestesia que fué empleada para las_ intervenciones quirúrgicas de las pacientes mayores de 65 años, se encontró que el bloqueo subaracnoideo (BSA), se aplicó a 27_ pacientes, correspondiendo al 52.9%. El bloqueo peridural (BPD), se empleó en 11 pacientes (21.5%), y la anestesia general inh- latoria en 13 pacientes (25.4%).

Se realizó correlación con el tipo de anestesia dada y pa_ decimientos asociados en las pacientes, encontrándose que el ti_ po de anestesia sí se asocia con pacientes con padecimientos - asociados ($\chi^2=3.9$ $p < .05$) pero no en cuanto al tipo de pade_ cimiento ($\chi^2= 5.7$ $p n s$), no como se muestra en los cuadros V y VI.

Las complicaciones trans y postoperatorias se encontraron en 9 pacientes, correspondiendo al 17.6%.

De las complicaciones, la infección se presentó en 3 pa-- cientes (5.8%), correspondiendo a una infección de herida qui-- rúrgica, un absceso retroperitoneal y un absceso perineal.

Las complicaciones secundarias a la anestesia se presenta_ ron en 2 pacientes (3.9%), ambas debidas a cefalea postbloqueo.

Con menor frecuencia se presentó una paciente en cada una de las siguientes complicaciones: sangrado postoperatorio, in- fección de vías urinarias, alteraciones metabólicas postoperato_ rias, y una lesión vesical en el transoperatorio.

Los cuadros VII y VIII muestran la correlación entre el tipo de cirugía a que fueron sometidas las pacientes, y las complicaciones que se presentaron en las mismas; no se encontró correlación significativa con $\chi^2=19$, y $\chi^2=6.1$ respectivamente.

No se encontró correlación entre las complicaciones transó postoperatorias y los padecimientos asociados de las pacientes, ni con el tipo de anestesia dada, como se muestran en los cuadros IX, X, XI y XII.

Con respecto a los días de estancia hospitalaria de las pacientes postoperadas de cirugía ginecológica, se encontró de 2 hasta 28 días de hospitalización, presentándose un promedio de 5.3 días, encontrándose que el 62.7% de las pacientes permanecieron hospitalizadas de 5 a 6 días.

No hubo correlación significativa entre los días de estancia hospitalaria con el tipo de cirugía efectuada ($\chi^2=10$ pns), ni con los padecimientos asociados de las pacientes ($\chi^2=.27$ pns).

Las pacientes que presentaron algún tipo de complicación fueron hospitalizadas durante 5 a 28 días, con un promedio de 10.4 días de hospitalización. Se encontró correlación entre los días de hospitalización y las complicaciones.

En el grupo de pacientes estudiadas, no se encontró ninguna defunción secundaria a cirugía ginecológica en la anciana.

CUADRO I

GRUPOS DE EDAD	No. PACIENTES	%
65 - 69	22	43.1
70 - 74	18	35.2
75 - 79	7	13.7
80 y más	4	7.8
TOTAL	51	100 %

CUADRO II

PADECIMIENTOS ASOCIADOS	No.	%
Cardiovasculares	18	35.2
Metabólicos	11	21.5
Digestivos	4	7.8
Renales	1	1.9
Degenerativos	4	7.8
TOTAL	38	100%

NOTA: Algunas pacientes presentaron más de un padecimiento asociado.

CUADRO III

Dx OPERATORIO	GRUPOS DE EDAD				TOTAL
	65-69	70-74	75-79	80 y más	
Prolapso genital	19	15	5	3	42
Miomatosis uterina	0	1	0	0	1
Displasia de cervix	1	0	0	0	1
Tumor de ovario benigno	1	1	1	1	4
Hiperplasia endometrio	1	0	0	0	1
Elongación de cervix	0	1	1	0	2
TOTAL	22	18	7	4	51

CUADRO IV

TIPO DE CIRUGIA	No.	%
Histerectomía total abdominal más salpingooforectomía bilateral	6	11.7
Histerectomía vaginal	21	41.1
Plastias vaginales	17	33.3
Operación de Manchester	3	5.8
Anexectomía	3	5.8
Operación de Le Fort	1	1.9
TOTAL	51	100 %

CUADRO V

PADECIMIENTOS ASOCIADOS	TIPO ANESTESIA		
	BPD	BSA	GRAL.
Cardiovasculares	3	8	7
Metabólicos	3	3	5
Digestivos	0	1	3
Renales	1	0	0
Degenerativos	0	2	2
TOTAL	7	14	17

NOTA: Algunas pacientes presentaron más de un padecimiento asociado.

$$X^2=5.7 \quad p.n.s.$$

CUADRO VI

	TIPO ANESTESIA		
	BPD	BSA	GRAL
Con padecimientos asociados	7	14	17
Sin padecimientos asociados	5	14	5

$$X^2=3.9 \quad p < .05$$

CUADRO VII

TIPO COMPLICACION	TIPO CIRUGIA					
	HTA+SOB	H.V.	P.V.	O.M.	ANEX.	O. LE FORT
Infección	1	1	0	1	0	0
Sangrado postcirugía	0	1	0	0	0	0
Por anestesia	0	1	1	0	0	0
Infección urinaria	0	0	0	1	0	0
Alteraciones metabólicas	1	0	0	0	0	0
Lesión vesical transop.	0	1	0	0	0	0
TOTAL	2	4	1	2	0	0

NOTA: Algunas pacientes presentaron más de una complicación.

$$\chi^2=19 \text{ pns}$$

CUADRO VIII

	TIPO CIRUGIA					
	HTA+SOB	H.V.	P.V.	O.M.	ANEX.	O. LE FORT
Con complicación	2	4	1	2	0	0
Sin complicación	5	17	16	2	3	1

$$\chi^2=6.1 \text{ pns}$$

HTA+SOB= Histerectomía total abdominal más salpingooforectomía bilateral

HV = Histerectomía vaginal

PV = Plastia vaginal

OM = Operación de Manchester

ANEX= Anexectomía

O. LEFORT= Operación de Lefort

CUADRO IX

TIPO COMPLICACION	PADECIMIENTO ASOCIADO					
	C.V.	MB.	DIG.	REN.	DEG.	NINGUNO
Infección	1	2	0	0	0	0
Sangrado postcirugía	0	0	0	0	0	1
Por anestesia	1	0	0	0	0	1
I.V.U.	0	0	0	0	0	1
Alteraciones metabólicas	0	1	0	0	0	0
Lesión vesical	0	0	0	0	0	1
TOTAL	2	3	0	0	0	4

NOTA: Algunas pacientes presentaron más de un padecimiento asociado.

$$X^2 = 8.9 \text{ pns}$$

CUADRO X

	PADECIMIENTOS ASOCIADOS					
	CV	MB	DIG	REN	DEG	NINGUNO
Con complicación	2	3	0	0	0	4
Sin complicación	16	8	0	1	4	24

$$X^2 = 3.2 \text{ pns}$$

CV = Cardiovascular

MB = Metabólico

DIG = Digestivo

REN = Renal

DEG = Degenerativo

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO XI

TIPO DE COMPLICACION	TIPO ANESTESIA		
	BPD	BSA	GRAL.
Infección	1	1	1
Sangrado postcirugía	0	1	0
Por anestesia	1	1	0
IVU	0	1	0
Alteraciones metabólicas	0	0	1
Lesión vesical	1	0	0
TOTALES	3	4	2

NOTA: Algunas pacientes presentaron más de una complicación.

$$X^2 = 8.8 \text{ pns}$$

CUADRO XII

	TIPO ANESTESIA		
	BPD	BSA	GRAL.
Con complicación	3	4	2
Sin complicación	8	24	12

$$X^2 = 1.04 \text{ pns}$$

CUADRO XIII

TIPO COMPLICACION	DIAS HOSPITALIZACION		
	2-4	5-6	+ 7
Infección	0	0	3
Sangrado postcirugía	0	0	1
Complicación por anestesia	0	2	0
I.V.U.	0	0	1
Alteraciones metabólicas	0	0	1
Lesión vesical transoperatoria	0	1	0

NOTA: Algunas pacientes presentaron más de un tipo de complicación.

$$X^2=9 \quad p < .05$$

CUADRO XIV

	DIAS HOSPITALIZACION		
	2-4	5-6	+ 7
Con complicación	0	3	6
Sin complicación	14	30	0

$$X^2 = 33.6 \quad p < .0001$$

DISCUSION

De las 51 pacientes mayores de 65 años de edad que fueron sometidas a cirugía ginecológica en el servicio de ginecología del Hospital Regional "20 de Noviembre", se encontró la mayor frecuencia en el grupo de edad de 65 a 69 años correspondiendo el 43.1%, en general semejante a un estudio realizado en México², en donde se reportan 34 pacientes en éste grupo de edad, correspondiendo el 38.2% de las mayores de 65 años.

De los padecimientos asociados encontrados en las pacientes mayores de 65 años de edad, se encontró que los padecimientos cardiovasculares fueron más frecuentes (38.2%) seguidos de los padecimientos metabólicos presentándose en el 21.5%, lo cual se relaciona con otros estudios realizados en México y el extranjero.^{2,8} Por lo cual debe prestarse una especial atención preoperatoria a la paciente ginecológica de edad avanzada, cuya reserva cardíaca-pulmonar-renal requiere una evaluación cuidadosa y la corrección preoperatoria de cualquier anomalía fisiológica y patológica.

En el grupo de pacientes estudiados no se encontraron padecimientos broncopulmonares asociados, los cuales se han reportado como frecuentes en éstas pacientes en otros estudios.^{2,14}

En el servicio de ginecología la indicación de cirugía más frecuente fué el prelapso genital (82.3%), y los tumores benignos de ovario (7.8%), lo cual se relaciona en parte a otros trabajos realizados, ya que en nuestro servicio no se encontró ningún caso de neoplasias malignas en el grupo de pacientes estudiadas, las cuales fueron causa frecuente de cirugía ginecológica

gica en otros trabajos, ^{2,12,13} ésto debido a que este tipo de cirugías se realiza con mayor frecuencia en el servicio de oncología de nuestro hospital, por lo cual además, el número de éstas pacientes en el servicio de ginecología es menor.

Al igual que otros trabajos realizados, ^{1,2,12} como era de esperarse la histerectomía vaginal (41.1%) y las plastias vaginales (33.3%) constituyeron el tipo de cirugía más frecuente realizada en las ancianas, como tratamiento para los diversos tipos de relajación pélvica.

En cuanto a la morbilidad de las 51 pacientes mayores de 65 años sometidas a cirugía ginecológica, se encontró en el 17.6% alguna complicación trans o postoperatoria.

No se encontró correlación entre las complicaciones y el tipo de anestesia dada, el tipo de cirugía efectuada, ó los padecimientos asociados.

Se encontró correlación con la prolongación en los días de estancia hospitalaria en las pacientes que presentaron algún tipo de complicación, la cual fue muy significativa, ya que permanecieron las pacientes sin complicaciones un promedio de 5.3 días de hospitalización, y las que presentaron complicaciones permanecieron 10.4 días hospitalizadas en promedio, lo cual corresponde al doble de días hospitalizados. Comparado con otro estudio² en donde el promedio de días de hospitalización fué de 12.2, se puede considerar bajo los días de hospitalización en nuestras pacientes operadas, aunque la causa de la prolongación en los días de estancia en el estudio realizado fué debido a la mayor incidencia de neoplasias malignas, los cuales no se pre--

sentaron en nuestras pacientes.

No hubo mortalidad en el grupo de pacientes mayores de 65 años de edad estudiadas, lo cual puede deberse al tamaño de la muestra, ó más probablemente a que en el grupo de pacientes estudiadas no presentaron neoplasias malignas, las cuales fueron causa frecuente de mortalidad en otros trabajos realizados ^{1,2, 13} con una mortalidad del 0.55% al 1.12%.

Por lo anterior, confirmamos que la edad avanzada no contraíndica la cirugía, si la indicación operatoria es precisa y si son manejados adecuadamente el pre, trans y post-operatorio.

Por lo cual el cirujano ginecólogo interesado en cuidar de mujeres de edad avanzada tiene la obligación de intentar que éstos años agregados en su vida sean buenos para la paciente.

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

- 1.- Alvarez A. Cirugía ginecológica en la anciana.
Ginecol Obstet Mex 1985; 51:335.
- 2.- Alvarez A. Cirugía ginecológica en la anciana.
Ginecol Obstet Mex 1984; 52:321.
- 3.- Djokovik L, Hedley-Whyte J. Prediction of outcome of surgery and anesthesia in patients over 80.
JAMA 1979; 242:2301-2306.
- 4.- Linn S, Linn W, Warren N. Evaluation of results of surgical procedures in the elderly.
Ann Surg 1982; 195:90-96.
- 5.- Kane L, Cualander G, Abraas B. Evaluating the elderly patient (in): Essentials of clinical geriatrics.
Mc.Graw-Hill Book Company 1985:35.
- 6.- Orr L. Aspectos quirúrgicos en los cuidados geriátricos
The Care of the Geriatric Patient. The CV Mosby Company 1958:84.
- 7.- Del Guarcio L, Cohn J. Monitoring Operative risk in the elderly.
JAMA 1980; 243:1350.
- 8.- Parker T, et al: Gynecologic Surgery in the elderly patient
Clin Obstet Gynecol 1986;29 (2):453-61.
- 9.- Lozano A. Histerocolpsectomía en la procidencia de útero en la mujer anciana.

Ginecol Obstet Mex 1984; 52:321.

- 10.- Richter K. Gynecologic operations in old women.
Gynakologe 1980; 13(4):198-204.
- 11.- Gibson J, Mendenhall M. Geriatric Anesthesia:Minimizing the risk.
Clinics in Geriatric Medicine 1985; 1:313.
- 12.- Junge D. Gynecologic Operations en elderly women.
Zentralbl Gynakol 1979;101(7):485-492.
- 13.- Sevelde P, et al. Surgical gynecologic interventions in Females over 75 years of age.
Geburtshilfe Frauenheilkd 1986;46(8):520.
- 14.- Shlveter P. Pulmonary evaluation. In: Mattingly F, Thompson D, eds. Operative gynecology 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincett 1985;68.
- 15.- Cartwright S, Pittaway E, Jones N, et al. The use of prophylactic antibiotics in obstetrics and gynecology.
Obstet Gynecol Surv 1984; 39:137.
- 16.- Gray A. Vaginal hysterectomy. 34d ed. Springfield, Charles G. Thomas, 1983.
- 17.- Forges F. Changing indication for vaginal hysterectomy.
Am.J Obstet Gynecol 1980; 136:153.
- 18.- Rummler S, et al: The geriatric patient in surgical Gynecology.

Zentralbl Gynakol 1986; 108(18):1089-100.

- 19.- Somers A. Toward a femals gerontocracy. Haug M, Ford A, Shaefer M, eds, Springer Publishing Co. 1985.