

11209 24
283



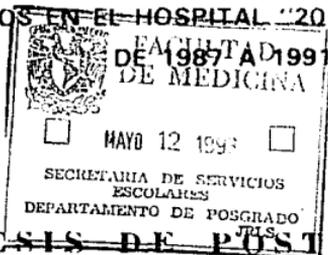
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

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

ABDOMEN AGUDO EN LOS PACIENTES ANCIANOS
OPERADOS EN EL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"



~~TESIS DE POSTGRADO~~

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN: CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A
DR. VICTOR MANUEL ESQUIVEL ESTRADA

ASESOR: DR. JAVIER LUJANA MARTINEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

RESUMEN

En vista de que el abdomen agudo en el paciente anciano se presenta como cuadros atípicos, en ocasiones silenciosos en manifestaciones clínicas, comparándolo con el paciente joven, el diagnóstico precoz y correcto es a menudo difícil. Además conforme aumenta la edad, aumentan las enfermedades subyacentes (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia Renal Crónica, etc.), que generalmente se descontrolan con algún factor precipitante (Abdomen Agudo, Infección, Trauma, etc.), incrementando considerablemente la morbi-mortalidad por falla multiorgánica.

Por lo que en el presente estudio de 266 pac. ancianos operados en el Hospital Regional "20 de Noviembre" por abdomen agudo, realizamos una correlación del cuadro clínico y la exploración física en la presentación del abdomen agudo, así como enfermedades subyacentes que modifican o complican la patología a estudiar.

Encontrando que la mortalidad operatoria es del 50.75%, mayor que la esperada (20%), y concluimos que la causa de ello es multifactorial.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	7
JUSTIFICACION Y OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	15
ANALISIS DE RESULTADOS	18
DISCUSION	21
CONCLUSIONES	22
CUADROS	24
FIGURAS	36
REFERENCIAS	39

INTRODUCCION

ABDOMEN AGUDO: Es un síndrome caracterizado por dolor, rigidez o resistencia muscular, rebote, distensión y ausencia de peristaltismo que requiere tratamiento de urgencia.^{1, 2, 3}

ENVEJECIMIENTO: Es un fenómeno que comienza con la concepción, presenta cambios fisiológicos, celulares, biosociales, culturales y psicológicos, los cuales se caracterizan por ser universales, constantes, irregulares, asincrónicos, progresivos e irreversibles que culminan con la muerte.^{4, 5, 6, 7}

La longevidad en el ser humano está regida genéticamente, pero las diferencias entre la longevidad máxima y la longevidad promedio, manifiestan las interacciones con el medio ambiente. El control de estos factores produce una vida más placentera sin aumentar la longevidad, aunque se están haciendo estudios con animales en base a los factores nutricionales para aumentar la misma.

Factores que influyen en el Estado Nutricional

El metabolismo basal en el anciano disminuye un 20%, la masa corporal magra también disminuye constantemente un promedio de 6.3% por cada decenio de vida.

Se presentan trastornos dentarios que dificultan la ingesta de ciertos alimentos, alteraciones en la motilidad esofágica, disminución del volumen de jugos digestivos

(ácido clorhídrico y pepsina), peristaltismo lento, una absorción de nutrientes defectuosa, estreñimiento en el 25% de sujetos mayores de 65 años, además de fármacos que modifican la digestión, absorción, utilización y excreción de nutrimentos, Así como las enfermedades subyacentes (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cáncer) modifican las necesidades de los mismos, y otras enfermedades que provocan incapacidad física, que les impide comprar y preparar sus alimentos, incluso para alimentarse en forma autónoma. El 58% de los pacientes ancianos presentan manifestaciones gastrointestinales causadas por trastornos psicósomáticos (depresión y ansiedad), caracterizadas principalmente por dispépsia, diarrea intermitente o estreñimiento.

Sistema Inmunitario

Inmunidad Celular: La involución de timo comienza con la madurez sexual y termina a los 45-50 años de edad, conservando del 5-10%, que es incapaz de diferenciar linfocitos T inmaduros, caracterizándose con aumentos de los mismos dentro de la glándula y en la sangre periférica, y manifestándose con hipersensibilidad tardía menos intensa.⁸

Inmunidad Humoral: Las concentraciones séricas de IgG e IgA están aumentadas y la IgM está disminuida en ancianos, estos cambios son sutiles, no modificándose el número total de linfocitos B o T en sangre periférica, y su respuesta se caracteriza por una reacción disminuida a antígenos extraños, en tanto que aumenta la reacción a antígenos autólogos y quizá esto aumenta la susceptibilidad de los ancianos a enfermedades autoinmunes (de la colágena, vasculares, etc.) e infecciosas.⁹

Enfermedades infecciosas

En la población de pacientes ancianos hay mayor susceptibilidad a infecciones por gérmenes gram-negativos, con mayor frecuencia y mortalidad para problemas bacterianos (por senescencia inmunológica y por enfermedades subyacentes o concomitantes).

Farmacoterapia

Existe una mayor hipersensibilidad a los antibióticos en los ancianos. A causa de una disminución en la concentración de albúmina sanguínea, hay mayor susceptibilidad a intoxicación o efectos adversos ya que no se conjugan completamente los fármacos, y circulan libremente, esta toxicidad se incrementa con la administración de otros fármacos en forma simultánea. La posología de algunos fármacos se modifica de acuerdo a la depuración de creatinina.¹⁰

Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas en los ancianos suelen ser más incidiosos, inespecíficos y atípicos que en los jóvenes, además los padecimientos pueden modificar la función de varios órganos, independientemente del órgano que se encuentre afectando. El S.N.C. es el más afectado presentando letargo, confusión, agitación o delirio.

El umbral al dolor está aumentado, y cuando aparece es un síntoma urgente que requiere una cuidadosa valoración. El mayor porcentaje de pacientes ancianos con dolor abdominal agudo necesita cirugía comparado con jóvenes.¹¹

La fiebre generalmente es leve o no se presenta, pero cuando aparece es por que existe un padecimiento concomitante (Neumonía, Urosépsis, etc.) o subyacente (Enfermedades del Tejido Conectivo, Enfermedades Neoplásicas, etc.) graves.

La hipotermia se advierte en muchas situaciones clínicas (Diabetes Mellítus, Enfermedades Cardiovasculares, Cerebrovasculares e infecciosas principalmente del riñón, pulmón o gastrointestinales, así como traumatismos con o sin fracturas. Y en pocas ocasiones no guarda relación con entidades nosológicas y resulta de condiciones sociales en el hogar adversas, o exposición al frío antes de ingresar al hospital.

Anorexia y Pérdida de Peso. La depresión y la angustia, así como otros trastornos psíquicos se relacionan con anorexia pero hay que realizar diagnóstico diferencial con intoxicación medicamentosa (digital), Insuficiencia Cardíaca descontrolada, disnea grave, trastornos abdominales agudos, etc. La pérdida de peso gradual y progresiva sin enfermedad aguda (sépsis) indicará patología subyacente (enfermedades neoplásicas, inflamatorias crónicas, etc).

Cambios en los hábitos intestinales. Diarrea y estreñimiento, la primera puede ser dada por cambios en los hábitos alimenticios, por el uso de laxantes, enfermedades infecciosas, y otras causas. El segundo es el síntoma más frecuente en los ancianos causado por peristaltismo lento, disminución de la actividad física, escasa ingesta de líquidos, pero hay que descartar obstrucción intestinal por cáncer, vólvulos, bridas, hernias, uso de fármacos, impactación fecal, etc.

La enfermedad abdominal aguda difiere mucho en el paciente anciano, el diagnóstico correcto a menudo es difícil de establecer y frecuentemente las enfermedades subyacentes o concomitantes influyen en las indicaciones y en los resultados del tratamiento quirúrgico. La estancia hospitalaria a menudo es más prolongada por las mismas enfermedades o por problemas sociales (abandono). La evaluación de los

factores peculiares del anciano con enfermedad abdominal aguda es necesaria para mejorar los resultados terapéuticos y poder lograr mejores cuidados médicos para este grupo de pacientes. Reporta una mortalidad postoperatoria en la serie I (726 pacientes, > 70 años, 1960-1968) del 23.1% y en la serie II (1000 pacientes, > 70 años, 1977-1978) del 16%.¹²

La cirugía gastrointestinal electiva en el paciente anciano conlleva un riesgo significativo y la muerte resulta casi siempre de una enfermedad asociada (pulmonar, renal, cardíaca) con una mortalidad operatoria de 6.7%. Los procedimientos de emergencia en el anciano por sí mismos llevan un riesgo mayor y la muerte frecuentemente se relaciona con un proceso agudo, complicando una enfermedad tratable, con una mortalidad del 20%.¹³

El riesgo de la cirugía de emergencia en el paciente anciano es 3 veces mayor que la cirugía electiva.¹⁴

La mortalidad global postoperatoria (muerte relacionada con el procedimiento quirúrgico y muerte relacionada con enfermedades subyacentes o concomitantes, dentro de los 30 días después de la cirugía) fue del 31.7%, consideramos que es razonable ya que la media de edad fue mayor de 80 años sin embargo la edad por sí misma no tuvo relación con la mortalidad. Ya que está relacionada con la severidad y naturaleza de la condición quirúrgica y con la intolerancia del paciente anciano a las complicaciones, principalmente cardiorrespiratorias. Una actitud agresiva en el diagnóstico y tratamiento debería ser adoptada, y la cirugía definitiva temprana sería lo ideal.¹⁵

JUSTIFICACIONES Y OBJETIVOS

En el presente estudio aprovechamos el número de pacientes ancianos que se operan en el Hospital Regional "20 de Noviembre" por abdomen agudo, y documentar estadísticamente cuales son las causas y el cuadro clínico más frecuente en cada patología, así como las dificultades en el diagnóstico.

Determinar cuales son los factores que incrementan la morbi-mortalidad, ya sea por la patología de urgencia o por padecimientos subyacentes.

Saber cuales son las entidades patológicas más frecuentes de abdomen agudo en el paciente anciano, sus complicaciones y la mortalidad operatoria.

MATERIAL Y METODOS

Se realizaron un total de 418 cirugías de urgencia por abdomen agudo en el paciente anciano, en el Hospital Regional "20 de Noviembre" del primero de enero de 1987 al 31 de diciembre de 1991. De las cuales según: Los criterios de inclusión; que deberían de ser pacientes de 60 años o más, sin importar el sexo, que su cirugía se haya llevado a cabo en el H. R. "20 de Noviembre", tener vigilancia postoperatoria del paciente y que hayan sido operados de 1987 a 1991. Los criterios de exclusión; se aplica para aquellos pacientes ancianos que fueron operados en el H. R. "20 de Noviembre" por abdomen agudo, pero que fueron trasladados a otro hospital por no ser derechohabientes, y en los cuales no pudo haber seguimiento postoperatorio. Y los criterios de eliminación; Este grupo esta conformado por pacientes que cumplieron todos los criterios de inclusión pero que no se encontró su expediente en el archivo clínico, ni en el microfilm. El grupo de pacientes estudiados fue de 266, de los cuales 121 fueron masculinos y 145 femeninos.

Los datos recabados y analizados en cada paciente fueron: Nombre, edad, sexo, expediente, fecha y hora de ingreso, fecha y hora de la cirugía, días de estancia hospitalaria, sus antecedentes personales patológicos como; tabaquismo, alcoholismo, Diabetes Mellítus, Hipertensión Arterial Sistémica, patología cardiopulmonar, Insuficiencia Renal, Cirugías Previas, los síntomas como; dolor, anorexia, náuseas, vómito, obstipación, y diarrea, los signos tales como; peristaltismo anormal, distensión abdominal, resistencia muscular y descompresión. Los signos vitales; tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, y temperatura. Los exámenes de laboratorio básicos; hemoglobina, hematocrito, leucocitos, glicemia, BUN, creatinina, sodio,

potasio, tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina. Diagnóstico pre y postoperatorio, cirugías efectuadas, y complicaciones.

Todos estos datos se agruparon de acuerdo a las siguientes variables: Distribución por edad y sexo, antecedentes personales, signos vitales, exámenes de laboratorio, diagnósticos preoperatorio, diagnósticos postoperatorios, cirugías efectuadas, complicaciones, y mortalidad. Se realiza un cuadro de correlación entre los síntomas y el diagnóstico postoperatorio, así como entre los signos y el diagnóstico postoperatorio.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó con promedios, desviación estándar, t de Student y Ji cuadrada, estas 2 últimas fue para comparar el grupo de pacientes vivos y muertos dentro del universo de trabajo.

RESULTADOS

Se revisaron los expedientes clínicos de 266 pacientes de 60 años o más operados por abdomen agudo, en el Hospital Regional "20 de Noviembre" en un período comprendido entre el 1o. de enero de 1987 al 31 de diciembre de 1991.

Encontrando predominio del sexo femenino (145 pacientes) en relación al masculino (121 pacientes). con un promedio de edad para los femeninos de 72.6 +- 8 años, y el promedio para los masculinos fue de 71.1 +- 7.6 años.

Entre los antecedentes personales de los pacientes vivos y finados el Tabaquismo fue positivo en 39.8%, el Alcoholismo en 46.6%, las Patologías Cardiopulmonares en 43.6%, Diabetes Mellitus en 24.4%, la Hipertensión Arterial en 48.5%, la Insuficiencia Renal en 10.9% y las Cirugías previas en 42.1%.

Los signos vitales para el grupo total de pacientes demuestran que el promedio de la temperatura fue de 36.5°C +-1.1, la frecuencia cardíaca de 92.3 x'± 26.2, la frecuencia respiratoria de 23.5 x'± 8.6, la presión arterial sistólica de 121.5 +- 60, la presión arterial diastólica de 73.3 +- 34.9, y la presión arterial media de 89.3.

Los resultados de los exámenes de laboratorio en promedio para ambos grupos (vivos y defunciones) fueron los siguientes: hemoglobina de 13.0 +- 3.4, hematocrito de 40.5 +- 10.6, leucocitos 13060 +- 18420, glicemia de 175.0 +- 212.4, BUN de 48.9 +- 62.9, creatinina de 2.3 +- 4.9, sodio de 136.0 +- 15.6, potasio 3.9 +- 1.4, tiempo de protrombina de 15.8" +- 4.3" y tiempo de tromboplastina de 43.8" +-18.7".

Los diagnósticos preoperatorios mas frecuentes fueron: apendicitis aguda en 13.5%, hernias inguinales en 10.9%, Abdomen agudo en 9.4%, oclusión intestinal mecánica en 8.6%, colecistitis litíásica aguda en 7.8%, y los diagnósticos en orden decrecientes se verán en el cuadro V.

Los diagnósticos postoperatorios en orden decreciente fueron: Apendicitis aguda en 9.7%, colecistitis litíásica aguda en 9.0%, hernias inguinales en el 7.5%, trombosis mesentéricas en 6.7%, oclusión intestinal por bridas en 6.0%, los diagnósticos postoperatorios restantes verlos en cuadro VI.

De las cirugías que más se realizaron; las colecistectomías en un 21.4%, resecciones intestinales en un 15.3%, apendicectomías en 9.3%, plastías inguinales en 8.0%, plastías de pared abdominal y hemicolectomías derechas en un 5.6%, las cirugías que con menor frecuencia se realizaron verlas en cuadro VII.

La correlación del cuadro clínico y el diagnóstico postoperatorio nos demuestra que en las patologías causantes de abdomen agudo el dolor se encuentra en un 66.0%, la anorexia en un 63.7%, las náuseas en un 74.8%, el vómito en 62.8%, la obstipación en 50.2%, la diarrea en 14.1%. Y para conocer el promedio de presentación de cualquiera de estos síntomas relacionado con alguna patología en especial ver el cuadro VIII.

La correlación de exploración física y diagnóstico postoperatorio demuestra que el peristaltismo anormal se presenta en 54.9%, la distensión abdominal en 57.9%, la resistencia muscular en 58.1% y el signo de descompresión en 38.3%.

El tiempo promedio desde que el paciente ingresa al servicio de urgencias y es sometido a cirugía por abdomen agudo es de 27.02 horas.

El tiempo de estancia hospitalaria es de 13 días en promedio. Para los vivos fue de 13.5 días y para los finados de 12.5 días.

La mortalidad para masculinos fue de 54.1% y para femeninos de 45.9%, la mortalidad por grupos de edad se observa en el cuadro XI.

En el cuadro de complicaciones encontramos que las quirúrgicas se presentaron en un 30.4%, en tanto que las no quirúrgicas estuvieron presentes en el 94.3%. De las primeras predominó la sépsis abdominal, seguida de la eventración, de la infección de herida quirúrgica y dehiscencia de anastomosis intestinales. En las segundas las alteraciones ácido-base y electrolíticas predominaron, seguidas en frecuencia por insuficiencia renal, neumonía, infartos al miocardio e infección de vías urinarias.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los 266 pacientes encontramos mínimo predominio del sexo femenino sobre el masculino, al igual que en el promedio de edad. Dentro de los antecedentes personales que influyeron en la mortalidad en nuestra población fueron la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la insuficiencia renal, todos ellos con una ($P < 0.05$), consideramos que el resto de los antecedentes no influyeron en la mortalidad debido a que no es un grupo homogéneo en el grado de afecciones orgánicas, principalmente los antecedentes cardiopulmonares ya que es un grupo heterogéneo que va desde disritmias cardíacas hasta infartos agudos del miocardio recientes. El grado de intensidad del alcoholismo y tabaquismo es muy variable. Al comparar entre el grupo de sobrevivientes y finados los parámetros de signos vitales, así como los valores de los exámenes de laboratorio básicos, encontramos que estos no influyen en la mortalidad en forma estadísticamente significativa ($P > 0.05$).

De nuestra población los diagnósticos preoperatorios fueron en orden de frecuencia los siguientes: vesícula y vías biliares en 22.5%, hernias 18.0%, apendicitis en 13.5%, como abdomen agudo 9.4%, Perforaciones de víscera hueca 9.0%, y algunas otras patologías menos frecuentes son oclusión intestinal mecánica, hemorragia digestiva baja, pancreatitis y hemorragia digestiva baja.

Los hallazgos postoperatorios son acordes con el diagnóstico preoperatorio en un 72.6% y mantienen una proporción similar a las afecciones diagnosticadas preoperatoriamente, tracto biliar 21.4% predominando la colecistitis aguda, en segundo lugar las hernias con 19.1% donde predominan las inguinales y femorales y en un grado menor las hernias internas, las perforaciones de víscera hueca fueron en un

No Existe

PAGINA

en las enfermedades con perforaciones de víscera hueca. Las alteraciones en el peristaltismo como era de esperarse predominó en los fenómenos oclusivos como lo son las hernias y las oclusiones intestinales mecánicas.

Es evidente el incremento de las defunciones entre mayor fue el tiempo transcurrido desde el ingreso y la realización del procedimiento quirúrgico, para sobrevivientes fue de 17.3 horas con rango de 4 a 48 horas y para los finados fue de 35.5 horas con un rango de 6 a 12 horas.

La morbilidad es muy similar en los pacientes vivos y en los finados, con un promedio de 13.5 rango (4 a 54) y 12.5 rango (1 a 45) días de estancia hospitalaria respectivamente. Puede apreciarse en la figura 3, que la mortalidad alcanza su pico máximo en los enfermos de más de 90 años como era de esperarse por sus múltiples fallas orgánicas.

El hecho de que las complicaciones no quirúrgicas se encuentren muy por arriba de las quirúrgicas, es porque estas últimas favorecen el desarrollo de las primeras. La gran mayoría de las causas de mortalidad están dadas por falla orgánica múltiple.

DISCUSION

El predominio del sexo también lo reporta Fenyó¹⁷, en relación a la frecuencia de presentación de diagnósticos nuestro estudio también coincide con lo reportado en la literatura, donde se encuentra como primera causa de abdomen agudo en el paciente anciano la patología del tracto biliar, seguida en frecuencia por hernias, enfermedad ácido péptica y apendicitis.¹⁶ La correlación de cuadro clínico así como la exploración física con el diagnóstico postoperatorio difiere con la que presenta Brewer¹¹, puesto que su estudio es de dolor abdominal, un análisis de 1000 casos consecutivos en los que predominan las edades inferiores de 60 años y por lo tanto nos demuestra que en este tipo de pacientes la sintomatología es más florida que en el anciano, excepto en la rigidez, que en problema de apendicitis aguda únicamente la presentaron un 7% de los pacientes.

En relación a la morbilidad en nuestro estudio resulto ser menor el tiempo de estancia hospitalaria en pacientes que sobrevivieron comparándolo con la morbilidad reportada por Greenburg¹³, y el mismo reporta una mortalidad operatoria del 20%, no así Blake¹⁵ quien reporta una mortalidad del 31.7%. Nosotros en el presente estudio encontramos una mortalidad del 50.75%.

Las complicaciones que se desarrollaron en la población de estudio fueron influidas por los antecedentes de enfermedades subyacentes y que de acuerdo a la frecuencia de presentación también coincide con lo reportado por Blake¹⁵.

CONCLUSIONES

Se estudiaron 266 pacientes de 60 años o más, los cuales fueron operados en el H. R. "20 de Noviembre" por abdomen agudo, de 1987 a 1991.

Encontrando que los antecedentes personales que influyen en la morbi-mortalidad en forma significativa ($P < 0.05$) son la hipertensión arterial, la diabetes mellítus y la insuficiencia renal.

Los signos vitales y los exámenes básicos de laboratorio no tienen significado estadístico para valorar la morbimortalidad.

Las patologías de mayor relevancia encontradas como causas de abdomen agudo en nuestro hospital en orden decreciente son del tracto biliar, hernias, perforaciones de víscera hueca, apendicitis, trombosis mesentérica, oclusión intestinal, cáncer intraabdominal, pancreatitis, hemorragia digestiva alta y baja, y otras.

Las cirugías que con mayor frecuencia se efectuaron fueron las resecciones intestinales seguidas por colecistectomías y exploración de vías biliares, plastías de pared abdominal, apendicectomías, cierres primarios, bridolisis y otras.

El promedio general de síntomas que presentan los ancianos cuando están cursando con un cuadro de abdomen agudo es de 55.32% \pm 10.88. Así también el promedio de signos fue del 52.33% \pm 21.83, lo cual nos indica que el paciente anciano cursa con sintomatología poco específica, por lo tanto dificulta realizar un diagnóstico precoz y correcto.

Esto es confirmado con el tiempo de dilación mayor de 24 horas, (27.02) para poder llevar a un paciente que cursa con un problema abdominal agudo, y que indudablemente incrementa su morbi-mortalidad, esto también comprobado por la comparación en horas de pacientes vivos y finados, 17.3 contra 35.5 horas, respectivamente.

La mortalidad en el presente estudio fue de 50.75%, muy superior a la esperada (20%) y también por arriba de la reportada en la literatura (31.7%).

La gran cantidad de complicaciones encontradas y todas ellas responsables de la morbi-mortalidad aumentada, nos debería de llevar a tratar de identificar las patologías subyacentes, evitar que se descontrolen y si ya se encuentran descontroladas, compensarlas antes de realizar la cirugía, el control postoperatorio estricto, principalmente en este tipo de pacientes por la escasa sintomatología que manifiestan.

CUADRO I
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL	%
60-69	59	54	113	42.48%
70-79	44	63	107	40.23%
80-89	15	26	41	15.41%
>=90	3	2	5	1.88%
TOTALES	121	145	266	100.00%

CUADRO II
ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES	POSITIVO				NEGATIVO				JI-CUADRADA	
	%	VIVOS	DEFUNCIONES	%	VIVOS	DEFUNCIONES	%			
TABAQUISMO	39.85%	59	22.18%	47	17.67%	72	27.07%	88	33.08%	2.90
ALCOHOLISMO	46.62%	62	23.31%	62	23.31%	69	25.94%	73	27.44%	0.05
CARDIOPULMONAR	43.61%	51	19.17%	65	24.44%	80	30.08%	70	26.32%	2.30
DIABETES MELLITUS	24.44%	24	9.02%	41	15.41%	107	40.23%	94	35.34%	5.23
HIPERTENSION ARTERIAL	48.50%	53	19.92%	76	28.57%	78	29.32%	59	22.18%	6.68
INSUFICIENCIA RENAL	10.90%	6	2.26%	23	8.65%	125	46.99%	112	42.11%	10.62
CIRUGIAS PREVIAS	42.11%	59	22.18%	53	19.92%	72	27.07%	82	30.83%	0.91

CUADRO III
SIGNOS VITALES

SIGNOS VITALES	PROMEDIO	DESV. EST.	VIVOS	DESV. EST.	DEFUNC.	DESV. EST.	DESV. PONDERAL	T-STUDENT
TEMPERATURA	36.5	1.13	36.3	1.13	36.7	1.13	7.50	0.44
FRECUENCIA CARDIACA	92.3	26.27	90.1	23.38	94.2	25.69	163.04	0.21
FRECUENCIA RESPIRATORIA	23.5	8.66	22.8	7.21	24.0	8.66	52.93	0.19
PRESION ARTERIAL								
SISTOLICA	121.5	60.91	118.0	55.14	124.5	60.91	385.66	0.14
DIASTOLICA	73.3	34.93	69.5	33.49	76.6	34.93	227.05	0.26
MEDIA	89.3		85.6		92.2			

CUADRO IV
EXAMENES DE LABORATORIO

EXAMENES	PROMEDIO	DESV. EST.	VIVOS	DESV. EST.	DEFUNC.	DESV. EST.	DESV. PONDERAL	T-STUDENT
HEMOGLOBINA	13.0	3.44	13.9	3.06	12.3	3.18	20.71	0.63
HEMATOCRITO	40.5	10.68	43.0	10.07	38.6	10.07	66.80	0.54
LEUCOCITOS	13060.0	18420.00	12435.0	5286.00	13504.0	10420.00	90460.08	0.10
GLICEMIA	175.0	212.49	150.0	150.14	196.0	210.47	1215.62	0.31
BUN	48.9	62.96	34.7	60.94	59.2	62.96	411.09	0.49
CREATININA	2.3	4.99	1.6	3.29	2.8	4.94	27.92	0.35
SOOIO	136.0	15.62	133.0	11.86	138.0	15.33	91.08	0.45
POTASIO	3.9	1.47	3.9	1.30	3.9	1.47	9.21	0.00
TIEMPO DE PROTOMBIANA	15.8"	4.36	15.6"	2.92	16"	4.36	24.68	0.13
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	43.8"	18.79	44"	11.29	43.6"	18.79	103.18	0.03

CUADRO V

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS	FRECUENCIA	%
TRACTO BILIAR	*60	22.56%
CCL-A	21	7.89%
PICOLECISTO	19	7.14%
HIDROCOLECISTO	13	4.89%
COLANGITIS	7	2.63%
HERNIAS	*48	18.05%
INGUINALES	29	10.90%
UMBILICALES	10	3.76%
POSTINCISIONALES	7	2.63%
FEMORALES	2	0.75%
APENDICITIS	36	13.53%
ABDOMEN AGUDO	25	9.40%
PERFORACION DE VISCERA HUECA	*24	9.02%
ULCERA GASTRICA	11	4.14%
ULCERA DUODENAL	5	1.88%
DIVERTICULOS	5	1.88%
ESOFAGICAS	3	1.13%
OCCLUSION INTESTINAL POR BRIDAS	23	8.65%
TROMBOSIS MESENTERICA	19	7.14%
H.T.D.A.	8	3.01%
PANCREATITIS	6	2.26%
H.T.D.B.	6	2.26%
MISCELANEOS	11	4.14%
TOTAL	266	100.00%

CUADRO VI

DIAGNOSTICOS POSTOPERATORIOS		%
TRACTO BILIAR	*57	21.43%
COLECISTITIS LITIASICA AGUDA	24	9.02%
HIDROCOLECISTO	14	5.26%
PICOLECISTO	14	5.26%
COLEDOCOLITIASIS	5	1.88%
*COLANGITIS	*6	2.26%
HERNIAS	*51	19.17%
INGUINALES	20	7.52%
FEMORALES	11	4.14%
UMBILICALES	10	3.76%
POSTINCISIONALES	7	2.63%
INTERNAS	3	1.13%
PERFORACION DE VISCERA HUECA	*39	14.66%
DIVERTICULOS	13	4.89%
ULCERA GASTRICA	9	3.38%
INTESTINO DELGADO	9	3.38%
ULCERAS DUODENALES	5	1.88%
ESOFAGICAS	3	1.13%
APENDICITIS	26	9.77%
TROMBOSIS MESENTERICA	18	6.77%
OCLUSION POR BRIDAS	16	6.02%
CA INTRA-ABDOMINALES	*14	5.26%
COLON	5	1.88%
PANCREAS	5	1.88%
ESTOMAGO	3	1.13%
VEJIGA	1	0.38%
PANCREATITIS	9	3.38%
H.T.D.A.	8	3.01%
LAPAROTOMIAS BLANCAS	7	2.63%
MISCELANEOS	21	7.89%
TOTAL	266	100.00%

CUADRO VII

CIRUGIAS EFECTUADAS		%
RESECCIONES INTESTINALES	*75	25.08%
INTESTINO DELGADO	46	15.38%
HEMICOLECTOMIA DERECHA	17	5.69%
HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA	11	3.68%
ESTOMAGO	1	0.33%
TRACTO BILIAR	*70	23.41%
COLECISTECTOMIAS	64	21.40%
CON EXP. DE VIAS BILIARES	*17	5.69%
COLEDOCODUODENO ANASTOMOSIS	4	1.34%
COLECISTOSTOMIAS	2	0.67%
PLASTIAS DE PARED	*41	13.71%
INGUINALES	24	8.03%
ABDOMINALES	17	5.69%
APENDICECTOMIAS	28	9.36%
CIERRES PRIMARIOS	*28	9.36%
ULCERA + PARCHES	14	4.68%
ULCERA + VAGO-PILOROPLASTIA	7	2.34%
ESOFAGICOS	3	1.00%
INTESTINO DELGADO	3	1.00%
VEJIGA	1	0.33%
BRIDOLISIS	16	5.35%
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	15	5.02%
ABSCEOS	*10	3.34%
RESIDUALES	6	2.01%
HEPATICOS	4	1.34%
OMENTECTOMIA PARCIAL	7	2.34%
QUISTES DE OVARIO	4	1.34%
MISCELANEOS	5	1.67%
TOTAL	299	100.00%

CUADRO VIII
CORRELACION DE CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

			DOLOR	ANOREXIA	HAUSEAS	VOMITO	OBSTIPACION	DIARREA	PROMEDIO SINTOMAS					
TRACTO BILIAR	*57													
COLECISTITIS LITIASICA AGUDA	24	11	45.83%	12	50.00%	16	66.67%	4	16.67%	0	0.00%	40.97%		
HIDROCOLECISTO	14	8	57.14%	8	57.14%	10	71.43%	2	14.29%	0	0.00%	43.24%		
PICOCOLECISTO	14	10	71.43%	9	64.29%	10	71.43%	3	21.43%	0	0.00%	46.81%		
COLEDOCOLITIASIS	5	4	80.00%	4	80.00%	5	100.00%	4	80.00%	1	20.00%	63.33%		
*COLANGITIS	*6													
HERNIAS	*51													
INGUINALES	20	16	80.00%	16	80.00%	17	85.00%	12	60.00%	17	85.00%	4	20.00%	68.33%
FEMORALES	11	9	81.82%	5	45.45%	9	81.82%	6	54.55%	10	90.91%	1	9.09%	60.61%
LUMBILICALES	10	7	70.00%	3	30.00%	6	60.00%	5	50.00%	7	70.00%	0	0.00%	46.67%
POSTINCISIONALES	7	3	42.86%	2	28.57%	4	57.14%	5	71.43%	5	71.43%	0	0.00%	45.24%
INTERNAS	3	2	66.67%	2	66.67%	2	66.67%	2	66.67%	1	33.33%	1	33.33%	61.11%
PERFORACION DE VISCERA BUECA	*39													
DIVERTICULOS	13	8	61.54%	2	15.38%	4	30.77%	7	53.85%	11	84.62%	2	15.38%	43.59%
ULCERA GASTRICA	9	8	88.89%	7	77.78%	8	88.89%	8	88.89%	6	66.67%	0	0.00%	68.52%
INTESTINO DELGADO	9	7	77.78%	6	66.67%	8	88.89%	7	77.78%	8	88.89%	0	0.00%	66.67%
ULCERAS DUODENALES	5	4	80.00%	4	80.00%	4	80.00%	3	60.00%	4	80.00%	0	0.00%	63.33%
ESOFAGICAS	3	3	100.00%	3	100.00%	3	100.00%	1	33.33%	0	0.00%	0	0.00%	55.56%
APENDICITIS	26	18	69.23%	20	76.92%	22	84.62%	19	73.08%	21	80.77%	5	19.23%	67.31%
TROMBOSIS MESENTERICA	18	10	55.56%	13	72.22%	13	72.22%	10	55.56%	6	33.33%	12	66.67%	59.26%
OCCLUSION POR BRIDAS	16	14	87.50%	14	87.50%	14	87.50%	15	93.75%	13	81.25%	4	25.00%	77.08%
CA INTRA-ABDOMINALES	*14													
COLON	5	3	60.00%	2	40.00%	2	40.00%	1	20.00%	2	40.00%	3	60.00%	43.33%
PANCREAS	5	1	20.00%	4	80.00%	5	100.00%	3	60.00%	0	0.00%	1	20.00%	46.67%
ESTOMAGO	3	1	33.33%	3	100.00%	3	100.00%	2	66.67%	0	0.00%	0	0.00%	50.00%
VEJIGA	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	33.33%
PANCREATITIS	9	7	77.78%	6	66.67%	8	88.89%	8	88.89%	4	44.44%	0	0.00%	61.11%
M.T.D.A.	8	1	12.50%	8	100.00%	8	100.00%	7	87.50%	0	0.00%	3	37.50%	56.25%
MISCELANEOS	28													
TOTAL	266		66.08%	63.71%	74.87%	62.80%	50.28%	14.18%	55.32%					
								DESV-EST	10.88%					

CUADRO IX
CORRELACION DE EXPLORACION FISICA Y DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

		PERISTALTISMO ANORMAL	DISTENSION ABDOMINAL	RESISTENCIA MUSCULAR	SIGNO DE DESCOMPRESION	PROMEDIO SIGNOS
TRACTO BILIAR	*57					
COLECISTITIS LITIASICA AGUDA	24	4 16.67%	3 12.50%	16 66.67%	8 33.33%	32.29%
HIDROCOLECISTO	14	2 14.29%	2 14.29%	9 64.29%	6 42.86%	33.93%
PICOLECISTO	14	2 14.29%	3 21.43%	8 57.14%	6 42.86%	33.93%
COLEDOCOLITIASIS	5	1 20.00%	1 20.00%	3 60.00%	2 40.00%	35.00%
*COLANGITIS	*6					
HERNIAS	*51					
INGUINALES	20	18 90.00%	17 85.00%	6 30.00%	4 20.00%	56.25%
FEMORALES	11	10 90.91%	10 90.91%	3 27.27%	2 18.18%	56.82%
UMBILICALES	10	6 60.00%	7 70.00%	5 50.00%	6 60.00%	60.00%
POSTINCISIONALES	7	5 71.43%	6 85.71%	4 57.14%	3 42.86%	64.29%
INTERNAS	3	2 66.67%	3 100.00%	2 66.67%	1 33.33%	66.67%
PERFORACION DE VISCERA NUECA	*39					
DIVERTICULOS	13	9 69.23%	11 84.62%	9 69.23%	4 30.77%	63.46%
ULCERA GASTRICA	9	6 66.67%	7 77.78%	8 88.89%	6 66.67%	75.00%
INTESTINO DELGADO	9	7 77.78%	7 77.78%	6 66.67%	7 77.78%	75.00%
ULCERAS DUODENALES	5	4 80.00%	3 60.00%	4 80.00%	4 80.00%	75.00%
ESOFAGICAS	3	2 66.67%	2 66.67%	3 100.00%	2 66.67%	75.00%
APENDICITIS	26	24 92.31%	21 80.77%	18 69.23%	16 61.54%	75.96%
TROMBOSIS MESENTERICA	18	14 77.78%	16 88.89%	7 38.89%	5 27.78%	58.33%
OCCLUSION POR BRIDAS	16	15 93.75%	16 100.00%	5 31.25%	3 18.75%	60.94%
CA INTRA-ABDOMINALES	*14					
COLON	5	3 60.00%	2 40.00%	4 80.00%	2 40.00%	55.00%
PANCREAS	5	1 20.00%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	5.00%
ESTOMAGO	3	0 0.00%	0 0.00%	1 33.33%	0 0.00%	8.33%
VEJIGA	1	0 0.00%	1 100.00%	1 100.00%	0 0.00%	50.00%
PANCREATITIS	9	7 77.78%	5 55.56%	8 88.89%	7 77.78%	75.00%
H.T.D.A.	8	3 37.50%	0 0.00%	1 12.50%	0 0.00%	12.50%
MISCELANEOS	28					
TOTAL	266	1720.16%	57.91%	58.18%	38.31%	52.33%
					DESVE-EST	21.83%

CUADRO X
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO Y LA CIRUGIA

	Hrs.	RANGO Hrs.
PROMEDIO	27.02	(4-124)
VIVOS	17.3	(4-48)
DEFUNC.	35.5	(6-124)

CUADRO XI
MORTALIDAD

	NUMERO DE PACIENTES		MORTALIDAD POR EDAD		MORTALIDAD GLOBAL	
	MASC.	FEM.	PAC.	%	PAC.	%
60-69	59	54	61	53.98%	61	22.93%
70-79	44	63	43	40.19%	43	16.17%
80-89	15	26	27	65.85%	27	10.15%
>=90	3	2	4	80.00%	4	1.50%
TOTALES	121	145	135	50.75%	135	50.75%
				DESV-EST	20.96872	

CUADRO XII
COMPLICACIONES

QUIRURGICAS	No. de pacientes	%
Sépsis abdominal	18	6.77%
Eventraciones	14	5.26%
Infecciones de heridas quirúrgicas	13	4.89%
Dehiscencia de anastomosis	10	3.76%
Seromas	5	1.88%
Biliperitoneo	5	1.88%
Abscesos residuales	5	1.88%
Hemorragia	4	1.50%
Oclusión intestinal	1	0.38%
Misceláneos	6	2.26%
Total	81	30.45%

NO QUIRURGICAS

Desequilibrio ácido-base	90	33.83%
Desequilibrio hidro-electrolítico	70	26.32%
Insuficiencia renal	22	8.27%
Neumonía	18	6.77%
Infarto agudo del miocardio	16	6.02%
Infección de vías urinarias	14	5.26%
Insuficiencia cardíaca	12	4.51%
Enfermedad vascular cerebral	3	1.13%
Misceláneos	6	2.26%
Total	251	94.36%

FIGURA 1
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

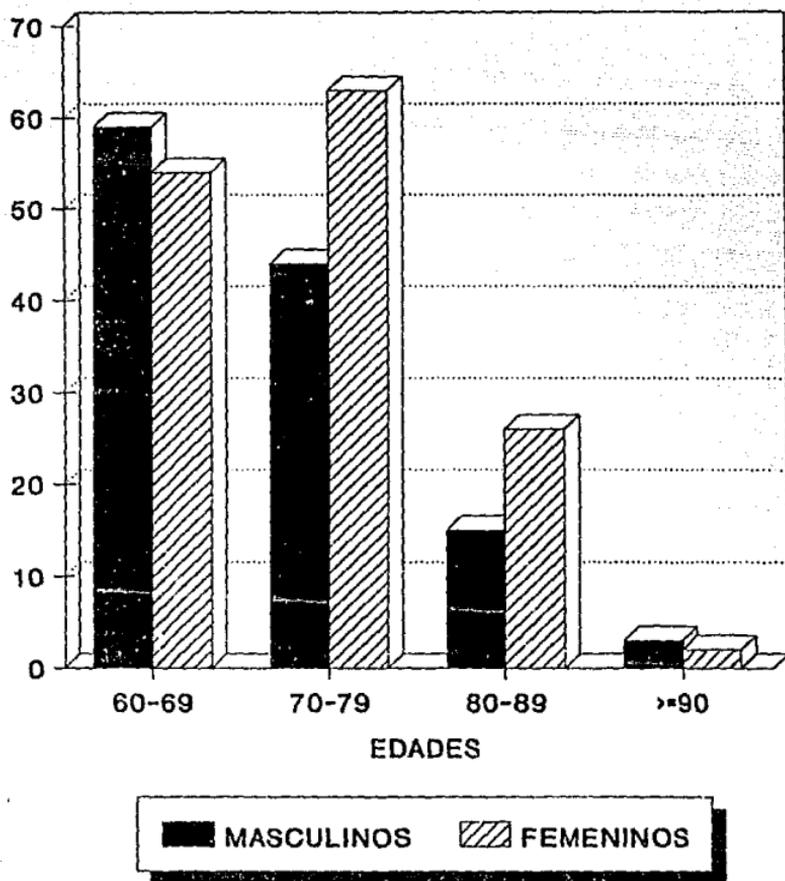


FIGURA 2
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE
EL INGRESO Y LA CIRUGIA

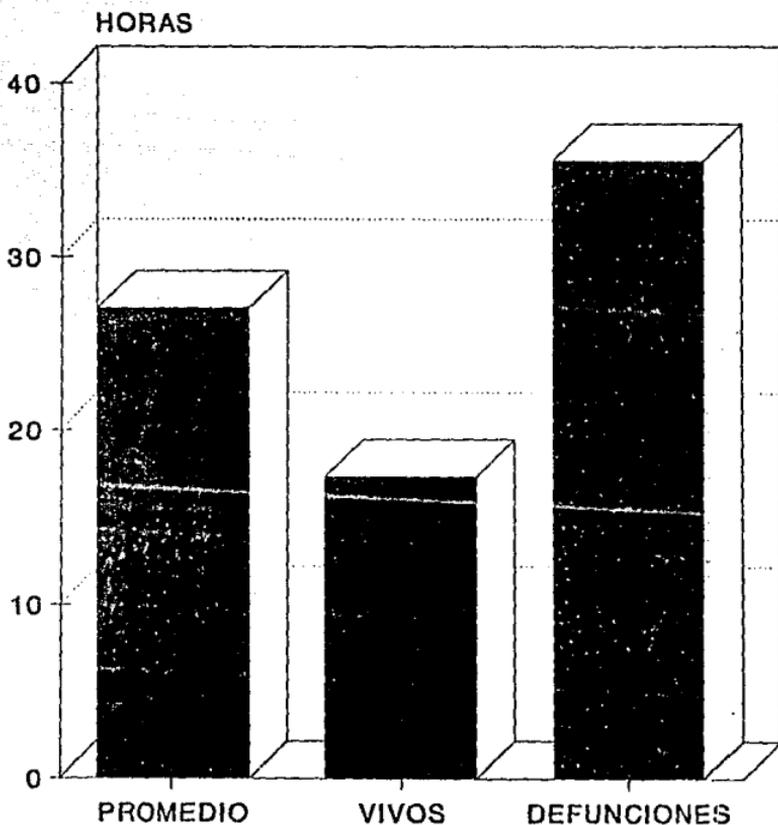
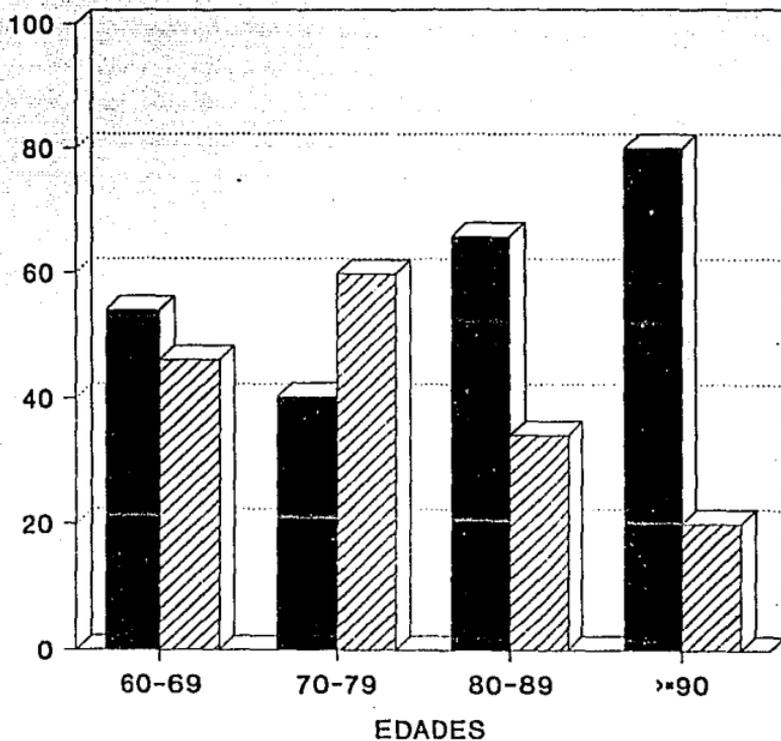


FIGURA 3
MORTALIDAD



MORATIDAD **SOBREVIDA**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Zuckermann, C.: ABDOMEN AGUDO. Acad. Mex. Cir. 1a. Edición 1985. p.15.
2. Bostford, T. W., Wilson, R. E.: THE ACUTE ABDOMEN. W. B. Saunders Company 1977. p.3.
3. El autor.
4. Alfin-Slater, R. B.: NUTRITION AND AGING. Introducción. Fed. Proc., 38:1993, 1979.
5. Makinodan, T.: BIOLOGY OF AGING: RETROSPECT AND PROSPECT. In Makinodan, T. y Yunis, E. (eds.): Immunology and aging. New York, Plenum Medical Book Co., 1977, pp. 1-7.
6. Watkin, D. M.: LOGICAL BASES FOR ACTION IN NUTRITION AND AGING. J. Am. Geriatr. Soc., 26:193-202, 1978.
7. Weg, R. B.: NUTRITION AND THE LATER YEARS. Los Angeles, California, The University of Southern California Press, 1978, p.222.
8. Singh, J., Singh A. K.: AGED-RELATED CHANGES IN HUMAN THYMUS. Clin. Exp. Immunol., 37:507, 1979.
9. Goidl, E. A., Michelis, M., y Cols.: EFFECT OF AGE ON THE INDUCTION OF AUTOANTIBODIES. Clin. Exp. Immunol., 44:24, 1981.

10. Wallace, S., Whiting, B., y Runcie, J.: FACTORS AFFECTING DRUG BINDING IN PLASMA OF ELDERLY PATIENT. Br. J. Clin. Pharmacol., 3:327-330, 1976.
11. Brewer, R. J. y Cols.: ABDOMINAL PAIN. An analysis of 1000 consecutive cases in a University Hospital Emergency Room. Am. J. Surg. 131:219-223, 1976.
12. Fenyő, G.: ACUTE ABDOMINAL DISEASE IN THE ELDERLY. Am. J. Surg., 143:751-754, 1982.
13. Greenburg A. G. y Cols.: MORTALITY AND GASTROINTESTINAL SURGERY IN THE AGED. Arch. Surg., 116:788-791, 1981.
14. Linn, B. S., Linn, M. W., y Wallen N.: EVALUATION OF RESULTS OF SURGICAL PROCEDURES IN THE ELDERLY. Ann. Surg., 195(1):90-96, 1982.
15. Blake, R., y Lynn, J.: EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY IN THE AGED. Br. J. Surg., 63:956-960, 1976.
16. Wilkins, A. G., Varela-Rueda, C. E., Blasco y González J. M.: MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES QUE PRESENTAN DOLOR ABDOMINAL AGUDO. Rev. Gastroenterol. Mex. 1989; 54:223-229.